Bibliothèque numérique
medic@

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

1884, Troisième série, n° 37. - Paris : aux Bureaux du journal, 1884.
Cote : 90068

PARIS biu Santé

(c) Bibliothèque interuniversitaire de santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90068x1884x37

©BIU Santé

90068



L'UNION MÉDICALE

©BIU Santé

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

©BIU Santé

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

90068

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL

GÉRANT : le docteur G. RICHELOT.

RÉDACTEUR EN CHEF : le docteur L. GUSTAVE RICHELOT



TROISIÈME SÉRIE

TOME TRENTE-SEPTIÈME

90068

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11

ANNÉE 1884

©BIU Santé

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL

GÉRANT : le docteur G. RICHELOT.

RÉDACTEUR EN CHEF : le docteur L. Gustave RICHELOT

TROISIÈME SÉRIE

TOME TRENTE-SEPTIÈME

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA GRANDE-BATELIÈRE, 11

ANNÉE 1884

©BIU Santé

Sommaire

I. L.-H. Petit : De la désarticulation inter-scapulo-thoracique. — II. Lubansky : Contribution à l'étude de la Rubéole. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de chirurgie. — IV. Sociétés médicales des départements : La Société médicale de Saint-Etienne et de la Loire. — V. Courrier.

Clinique chirurgicale de la Pitié

(Service de M. Verneuil.)

De la désarticulation inter-scapulo-thoracique.

Cette opération, pratiquée déjà par M. Desprès et par M. Berger, l'a été par M. Verneuil dans des conditions à peu près analogues ; mais elle a présenté dans ce dernier cas quelques particularités remarquables, tant au point de vue de ses indications que de son manuel opératoire. Voici d'abord l'observation du malade, dont les détails nous ont été communiqués obligeamment par M. Tuffier, interne du service.

Le patient était un jeune homme de 23 ans, étudiant en médecine, atteint d'un ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus, dont l'apparition remontait au mois de février dernier. En faisant de l'escrime, il ressentit, dans un mouvement de moulinet, une douleur assez vive dans l'épaule droite, et entendit en même temps un léger craquement dans la même région. La douleur persista pendant plusieurs jours et fit suspendre tout exercice violent, mais il n'y avait alors ni gonflement ni rougeur des parties douloureuses.

A quelques semaines de là, en descendant d'un tramway, il glissa, saisit le montant de la voiture avec la main droite, et fut traîné pendant quelques mètres. La douleur de l'épaule, qui avait disparu, revint plus vive qu'après le premier accident. Elle persista et le malade consulta un chirurgien qui constata une paralysie du deltoïde et conseilla l'électrisation.

Pendant ce traitement, il fut pris dans les membres inférieurs de douleurs siégeant surtout aux genoux, sans rougeur ni gonflement. On administra le salicylate de soude, et en quinze jours elles avaient disparu.

C'est seulement deux mois plus tard que l'on constata une augmentation de volume de l'articulation scapulo-humérale. On appliqua alors des pointes de feu sur l'épaule ; néanmoins les douleurs augmentèrent au point d'amener l'insomnie ; le gonflement s'accrut ; l'impotence fonctionnelle était absolue.

Le malade, traité comme atteint de tumeur blanche, finit par entrer dans le service de M. Verneuil le 24 octobre. Il est pâle, un peu maigre ; pas d'antécédents morbides personnels ; mère morte d'un cancer de l'utérus.

La tumeur a le volume d'une tête de fœtus à terme. La peau qui la recouvre présente les cicatrices des nombreuses pointes de feu qu'on y a appliquées ; elle n'adhère pas à la tumeur, qui est très dure, lisse, immobile. Celle-ci occupe le tiers supérieur de l'humérus et se prolonge en arrière dans la fosse sous-épineuse où elle est mal limitée ; en bas, il est impossible d'explorer l'aisselle, qui est envahie par le mal. Le bras est atrophié.

Les mouvements de l'articulation sont nuls, mais en cherchant à faire mouvoir l'humérus sur l'omoplate, on constate de la crépitation, causée par une fracture siégeant au-dessous du col chirurgical. Cette fracture est de date indéterminée ; le malade ne s'en était jamais aperçu et ne sait ce qui a pu la causer.

Cette exploration est peu douloureuse, mais il existe dans toute la région de violentes douleurs spontanées qui empêchent tout repos, et depuis plusieurs jours ce n'est que grâce au chloral et à la morphine que le malade peut dormir.

On ne trouve en aucun point d'engorgement ganglionnaire. Les viscères paraissent sains. Le patient accuse bien encore quelques douleurs dans les membres inférieurs, mais elles sont fugaces, passent d'un membre à l'autre, et ne présentent pas le caractère névralgique. Aucun signe de compression médullaire. Urine normale.

©BIU Santé

M. Verneuil diagnostique un ostéo-sarcome de la tête de l'humérus, et, sans se dissimuler les dangers de l'opération, sur lesquels nous reviendrons plus loin, se fondant sur la violence des douleurs et l'absence apparente de généralisation, propose la désarticulation de l'épaule, qui est acceptée.

L'opération fut pratiquée le 2 novembre.

Voulant épargner autant que possible le sang du malade, et la bande d'Esmarch étant inapplicable à cause du siège de la tumeur, M. Verneuil commence par lier la sous-clavière.

Toutes les précautions antiseptiques étant prises, incision à partir du milieu de la clavicule et parallèlement à cet os, jusqu'à l'acromion; dissection du lambeau inférieur, dénudation de la clavicule, et section de cet os avec une scie et une pince de Liston, à la réunion du tiers externe avec les deux tiers internes. Le fragment externe étant saisi et soulevé avec la pince de Farabeuf, M. Verneuil divise quelques faisceaux du grand pectoral, et tombe alors directement sur l'artère et la veine sous-clavières, qui sont liées et coupées entre deux ligatures.

L'incision primitive est alors continuée autour de l'aisselle, comme dans la désarticulation de l'épaule ordinaire, sauf que l'ovale est plus grand; en traçant le lambeau externe, on constate l'envahissement complet de l'omoplate. En avant, le grand pectoral et le deltoïde étant également envahis, M. Verneuil ne conserve dans cette région que la peau saine.

Ne pouvant à ce moment dégager l'omoplate, et voulant s'assurer des limites du mal, il scie le scapulum au niveau de la section de la clavicule, détache les parties molles sous-jacentes, et le bras tombe avec les portions attenantes de la clavicule et de l'omoplate.

En explorant la plaie, on trouve le reste de cet os et une partie du grand rond envahis; on saisit l'os avec une pince, et on le dissèque ainsi que les muscles qui le garnissent et une partie de ceux qui s'y insèrent.

On vide ensuite soigneusement l'aisselle des ganglions et du tissu cellulaire.

Au cours de l'opération, on ouvrit quelques rameaux artériels venant de la sous-clavière; on les saisit avec des pinces et on les lia. Le malade ne perdit pas en tout 200 grammes de sang.

Pas de réunion de cette vaste plaie. Pansement antiseptique ouvert.

Dans la journée, la température tombe à 36°; on fait deux injections sous-cutanées d'éther; on donne du champagne et du consommé. 37°4 le soir. Journée assez calme. Aucune douleur.

Le lendemain 3 novembre, le thermomètre monte à 39°4 le matin, sans aucune complication du côté de la plaie. On enlève le pansement et on fait deux pulvérisations durant une heure chaque. Nouveau pansement antiseptique ouvert. La température tombe le soir à 39°. Pendant la journée, le malade prend deux litres de bouillon et une demi-bouteille de champagne. Nuit tranquille. Sommeil bon.

Le lendemain matin, la température est encore à 39°, mais l'état général est très satisfaisant; l'appétit est revenu, la langue est humide, le malade est souriant et ne souffre en aucune façon.

Deux pulvérisations durant une heure; la température est à 38°6 le soir et, le lendemain matin, elle tombe à 38°2. Cette quatrième journée se passe très bien. La plaie ayant un peu mauvaise odeur, M. Verneuil fait changer la première mousseline qui est restée en place depuis l'opération. L'appétit est bon (deux litres de lait, un consommé, deux jaunes d'œuf et un demi-litre de bière). Le soir, nouvelle élévation de la température à 39°8 (attribuée à l'inoculation en changeant le pansement).

Le lendemain à sept heures (cinquième jour), température 37°8; pulvérisation. Plaie rosée; suppuration peu abondante; état général excellent.

A partir de ce jour, la plaie se rétrécit à vue d'œil sous l'influence de la pulvérisation et du pansement ouvert. Le malade ne souffre en aucune façon.

Le huitième jour, il demande à se lever; le neuvième, il reste une partie de la journée debout, et le dix-septième jour il quitte l'hôpital.

La plaie n'est pas encore cicatrisée. Elle est rosée, couverte de granulations et tout à fait superficielle. Elle ne présente plus qu'une étendue de 8 centimètres de long sur 6 de large. Toutes les parties profondes sont parfaitement cicatrisées; il n'existe pas trace d'inflammation; tout autour, les téguments sont absolument souples. La clavicule est bien recouverte. Le malade a repris meilleure mine, les douleurs des jambes ont disparu et on ne trouve en aucun point trace de récidive.

©BIU Santé

Dissection du membre. — Tous les muscles de l'épaule, y compris le deltoïde, sont infiltrés par le néoplasme.

La section longitudinale de l'humérus montre que la tumeur, du volume de deux poings, a un aspect blanc bleuâtre, marbré et riche en vaisseaux.

La tête humérale a disparu; elle est remplacée par la tumeur, au milieu de laquelle on trouve encore quelques stries osseuses radiées du corps à la périphérie en forme d'éventail. Le corps de l'humérus est entouré, dans son tiers supérieur, par le néoplasme.

Au-dessous du col chirurgical, au milieu des produits morbides, est une fracture transversale de la diaphyse.

Le canal médullaire est envahi par des traînées blanchâtres du néoplasme, et on trouve immédiatement au-dessus de l'épiphyse inférieure un noyau isolé du volume d'une noisette.

Rien au coude ni dans les os de l'avant-bras; la clavicule est saine. L'omoplate est perforée en plusieurs points par des masses du même tissu pathologique.

Partout les limites du mal semblent avoir été dépassées.

L'examen microscopique a été fait par MM. Tuffier, interne du service, et Sapelier, préparateur au laboratoire de M. Robin.

La tumeur est un ostéo sarcome embryoplastique, formé exclusivement de cellules rondes disposées sans ordre.

Les travées osseuses en sont infiltrées. Les muscles ont perdu leur striation et se présentent sous l'aspect de traînées jaunâtres granuleuses, après coloration par le picro-carmin.

En résumé l'ostéo-sarcome paraît avoir été extirpé complètement.

Dans la leçon clinique qu'il fit sur ce cas, M. Verneuil rappela les dangers inhérents aux opérations chez les sujets atteints de néoplasmes, et qui peuvent compromettre la vie soit immédiatement, soit plus ou moins longtemps après l'acte chirurgical.

Ces dangers ont pour cause l'état des viscères internes, poumons, foie, reins. Dans le cas actuel, le foie et les reins paraissaient absolument sains, et, sauf une petite toux sèche, rien n'indiquait une généralisation dans les poumons. Mais M. Verneuil se rappelait des cas dans lesquels des opérés, morts quelques jours après l'opération, sans complication locale, avaient présenté des masses néoplasiques très volumineuses dont rien n'avait décelé l'existence pendant la vie. Ces faits ont été communiqués au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Paris, en 1878. En pareil cas, le sujet ne reprenait pas ses forces après l'opération, s'affaissait progressivement, et succombait en quelques heures, ou en quelques jours.

Dans d'autres cas, la généralisation viscérale a été cause de complications parties de la plaie, érysipèle, phlegmon, septicémie, sans que les pansements pussent être incriminés.

Enfin, il faut encore faire entrer en ligne de compte la récidive rapide soit dans la plaie, soit dans les viscères. Toutes ces éventualités sont démontrées par des faits contenus dans la thèse de M. Cerné (Paris, 1882).

L'une de ces terminaisons était d'autant plus à craindre, dans le cas actuel, que le sujet semblait prédisposé aux néoplasmes par ses antécédents maternels, que son état général n'était guère bon, et que la tumeur avait marché avec une assez grande rapidité.

Mais, d'autre part, les souffrances vives, qui enlevaient tout repos, les supplications du malade, qui demandait qu'on lui fît quelque chose pour le soulager, son jeune âge, l'innocuité des grandes opérations, grâce aux pansements antiseptiques, plaidaient en faveur de l'intervention.

Une fois décidé à opérer, M. Verneuil ne pouvait songer qu'à la désarticulation de l'épaule, et même à la résection d'une partie de la clavicule et de l'omoplate, ces os paraissant atteints par le néoplasme. Pour réduire la perte de sang à son minimum, il résolut d'avoir recours à la ligature préalable du vaisseau principal du membre, comme il le recommande et l'a exécutée plusieurs fois dans les amputations et même la désarticulation de

©BIU Santé

l'épaule (voir Thèse de Pillet, 1872). Mais il dut modifier son procédé habituel pour cette dernière opération, à cause du siège très élevé de la tumeur. Il fallait ici lier la sous-clavière, et comme l'excision du tiers externe de la clavicule était nécessaire, il fit d'abord la section de cet os pour se donner du jour, et trouva ensuite facilement l'artère sous-clavière, qu'il lia ainsi que la veine du même nom. Le reste de l'opération se fit rapidement et avec la plus grande sécurité. On n'eut à lier que quelques branches venues de la première portion de la sous-clavière, scapulaires supérieure et postérieure, et mammaire interne.

La plaie avait environ 15 centim. dans son diamètre vertical et autant en travers; elle était très profonde et très anfractueuse, puisque l'omoplate avait été enlevée; ses parois étaient nécessairement contuses, par les manœuvres assez longues de la ligature des gros vaisseaux et de la section des os; c'étaient autant de raisons pour que M. Verneuil préférât le pansement antiseptique ouvert à tout autre. La plaie fut en conséquence lavée largement avec la solution phéniquée à 5 p. 100, et recouverte de petits carrés de tarlatane imbibés d'une solution phéniquée à 2 p. 100, puis de charpie imbibée de la même solution, d'une épaisse couche d'ouate et d'une feuille de taffetas gommé, le tout maintenu par plusieurs tours de bandes.

La contusion des parois de la plaie amena la formation de produits septiques dont l'absorption se traduisit par les ascensions de la température à deux reprises différentes, mais qui céda à la pulvérisation phéniquée prolongée.

Dans le cas actuel, la cicatrisation fut aussi rapide que si on eût rapproché et suturé les bords de la plaie après l'opération, car elle était presque terminée à la troisième semaine. C'est donc un magnifique succès à l'actif du pansement antiseptique ouvert. L.-H. Petit.

Contribution à l'étude de la Rubéole.

Un article du docteur Longuet, dans le numéro de l'*Union Médicale* du 25 décembre 1883, nous fait connaître l'admission prochaine, sinon accomplie, d'une nouvelle espèce dans le cadre des fièvres éruptives, et signale en même temps l'extrême rareté de cette maladie en France. Les cas de rubéole se comptent à Paris, dit M. Longuet, au point que la totalité des faits connus dans notre littérature médicale ne dépasse pas une vingtaine.

Cette pénurie de documents cliniques comparée à l'accord des auteurs anglais et allemands sur l'existence de la rubéole, m'engage à publier, comme contribution au débat, les quatre exemples suivants, que je possède depuis bien longtemps dans mes notes, et qui y figuraient dès l'origine sous la dénomination de rubéole.

Ces observations, dont le résumé suffira, ont été recueillies à l'hôpital militaire de Strasbourg dans le service de M. le docteur Aron, actuellement directeur du Service de santé du 10e corps d'armée. Notre excellent maître admettait donc, dès l'année 1868, la rubéole comme entité morbide, puisqu'il avait ainsi formulé le diagnostic des cas en question, dont les détails, relevés jour par jour au lit du malade, correspondent d'ailleurs à la description adoptée par M. Longuet d'après plusieurs ouvrages récents.

L'hiver auquel remontent ces souvenirs fut assez rigoureux à Strasbourg, et se termina par une épidémie de rougeole, dont les cas de rubéole constatés en novembre et décembre furent comme les précurseurs, tout en conservant la physionomie propre qui assure à la rubéole une place distincte, à côté de ses trois aînées, variole, rougeole et scarlatine.

On remarquera cette apparition de la rubéole sous forme d'une petite poussée épidémique, son développement sur de jeunes sujets, la rapidité de

©BIU Santé

l'évolution et de l'entrée en convalescence, ensemble de caractères entièrement conforme au type aujourd'hui reconnu et adopté pour la description de cet exanthème.

L'observation n° III offre quelque intérêt particulier, en raison de l'intervention de la rubéole comme épisode ultime d'une phthisie pulmonaire ancienne.

Obs. I. — V. G..., soldat, âgé de 21 ans, entré à l'hôpital le 20 novembre 1868. Conjonctivite chronique; granulations.

Toux, diarrhée et frissons le 16 novembre. Le 18, quelques boutons sur la face. Le 21, à la face et surtout au front, éruption de pustules peu élevées, non ombiliquées, sur un fond rouge. Sur tout le corps, éruption très confluente de petites taches rouges, de la grandeur d'une lentille, un peu élevées au-dessus de la peau, sans desquamation. Angine simple, coryza, céphalalgie, courbature, boursouflement des paupières, malaise général. Température 39°4 le soir, 36°6 le matin.

Le 22, disparition presque complète de l'éruption sur le corps; à la face, les boutons se flétrissent, l'œdème des paupières se dissipe.

Le 23, la température tombe brusquement à 36°, toute éruption a disparu, et le malade commence à se lever le 25 novembre. La guérison est retardée par une poussée de conjonctivite aiguë, liée à la présence des granulations.

Obs. II. — K..., soldat, âgé de 22 ans, entre à l'hôpital le 23 novembre 1868.

Début de la maladie le 20 : toux, aphonie, courbature.

Le 22, apparition de quelques boutons sur la figure.

Le 23, on constate à la face et sur tout le corps un semis de petites taches d'un rouge vif, élevées, assez confluentes, séparées par des intervalles de peau saine.

Larmoiement, coryza, angine et laryngite.

Du 24 au 26, disparition progressive de l'exanthème.

Le 27, guérison complète, apyrexie,

Obs. III. — F..., soldat, âgé de 26 ans, en traitement depuis deux ans pour une phthisie pulmonaire au troisième degré (cavernes aux deux sommets, gargouillement, etc.).

Le 4 décembre 1868, après une nuit de malaise, rougeur des mains et de la face; sur tout le corps, éruption discrète de petites taches rouges, peu saillantes. La toux et l'expectoration diminuent sensiblement lorsqu'apparaît l'exanthème.

Le 5 et le 6, l'éruption pâlit rapidement; le 7, elle a disparu, ainsi que la chaleur fébrile, mais l'expectoration redevient abondante, et dans les jours qui suivent, la phthisie affecte une marche beaucoup plus rapide.

Le malade succombe le 17 décembre aux progrès de l'asphyxie, et l'autopsie montre la destruction d'une grande partie des deux poumons par les ulcérations tuberculeuses.

Obs. IV. — C..., soldat, âgé de 23 ans, entre à l'hôpital le 18 décembre 1868.

Il est au quatrième jour d'une éruption consistant en petites élevures rouges, discrètes, surtout abondantes à la région épigastrique. Léger prurit, fièvre modérée; coryza, inappétence, insomnie.

Le 19, l'éruption a disparu; il reste à la face un peu de rougeur, avec quelques taches brunes.

Le 20, la guérison est complète.

Dr Lubanski.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1883. — Présidence de M. Hardy.

Correspondance officielle :

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Vidal, comme membre titu-

©BIU Santé

laire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Davaine.

Sur l'invitation de M. LE PRÉSIDENT, M. Vidal prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'intérieur informe l'Académie qu'il a mis à sa disposition pour l'année 1884, une somme de 2,000 francs dont le montant est destiné à accorder des récompenses aux auteurs des meilleurs mémoires sur la mortalité des enfants du premier âge, et à la publication du rapport de la Commission permanente d'hygiène de l'enfance.

M. le ministre du commerce transmet plusieurs demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté, déposé par M. le docteur Labbée, relatif au traitement de la tuberculose pulmonaire;

2° Un travail de M. le docteur Bitot (de Bordeaux) intitulé : *Note critique des principaux faits relatifs aux centres psycho-moteurs*;

3° Une note de M. Lepage (de Gisors) intitulée : *Examen de quelques extraits de quinquina, de belladone et de ciguë du commerce de la droguerie*;

4° Une série de manuscrits et d'ouvrages de M. Bouillaud offerts à l'Académie par M. le docteur Auburtin.

M. le docteur BALL présente au nom de M. le docteur Régis, une brochure intitulée : *les Familles des aliénés au point de vue physiologique.*

— M. COLIN (d'Alfort) lit un travail relatif aux bacilles de la tuberculose, en réponse à la communication de M. Germain SÉE. « En résumé, dit l'auteur, je doute de tout ce qui a été dit du bacille de la tuberculose, de sa spécificité, de son origine, de sa virulence exclusive, de son rôle morbigène; j'attends sur tous ces points de nouvelles études plus complètes que celles dont on nous a parlé.

L'Académie a été bien inspirée en les provoquant par la question qu'elle vient de mettre au concours. J'en ferai pour ma part sur les animaux autant qu'il me sera possible, dès que je serai un peu familiarisé avec les procédés de coloration dont les cliniciens de tous les pays savent déjà se servir. »

M. le docteur MÉNIÈRE lit un travail intitulé : *De la dilatation intermittente et progressive de la trompe d'Eustache.* En voici les conclusions :

1° Il est indispensable, au point de vue du diagnostic et du traitement, de ne jamais faire la cautérisation de la trompe d'Eustache sans introduire tout de suite une bougie en gomme;

2° La dilatation intermittente de la trompe peut être faite *progressivement* par le procédé très simple dont je viens de donner la description;

3° Les bougies trempées dans des solutions médicamenteuses et en contact pendant un certain temps avec la muqueuse de la trompe fournissent au médecin otologiste un excellent moyen de traitement.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, au renouvellement du bureau pour l'année 1884.

M. Alphonse GUÉRIN, vice-président, passe, suivant l'usage, au fauteuil de la présidence.

Les scrutins successifs donnent les résultats suivants :

Le nombre des votants étant de 54, dont la majorité est 28, M. Fauvel obtient 49 suffrages, M. Bergeron 3, M. Moutard-Martin 1, M. Jules Guérin 1.

En conséquence, M. Fauvel est proclamé vice-président pour l'année 1884. Ce résultat est accueilli par de nombreux applaudissements.

M. FAUVEL présente en termes émus ses remerciements à l'Académie.

M. PROUST est maintenu par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel.

M. MOUTARD-MARTIN est élu premier membre du conseil par 43 voix sur 43 votants.

M. TRÉLAT est élu deuxième membre du conseil par 37 voix, sur 37 votants.

Renouvellement partiel des commissions permanentes pour 1884. — Membres proposés : *Epidémies*, MM. Féréol et Le Roy de Méricourt. — *Eaux minérales*, MM. J. Lefort et Vidal.

©BIU Santé

— *Remèdes secrets*, MM. Méhu et Eug. Caventou. — *Vaccine*, MM. J. Guérin et H. Bouley. — *Hygiène de l'enfance*, MM. Th. Roussel et Brouardel.

M. Brouardel communique à l'Académie la relation d'une épidémie de trichinose qu'il a eu l'occasion récente d'observer en Allemagne avec M. le docteur Grancher, désigné avec lui, par M. le ministre du commerce, pour aller à Emersleben étudier cette épidémie en évolution.

L'origine de l'épidémie provient d'un porc tué le 12 septembre à Emersleben. La viande de ce porc, hachée et réduite en pâtée, fut mangée étendue comme du fromage sur du pain par le plus grand nombre des consommateurs.

Du 13 au 19 septembre, à Emersleben, il y eut 250 malades dont 42 moururent; dans un village voisin, Deesdorf, 42 personnes furent malades et 9 moururent. Certaines familles furent cruellement frappées; l'une d'elles, composée de 7 personnes, comptait, au moment de la visite de MM. Brouardel et Grancher, 4 morts, 1 mourant et 2 convalescents.

Dans plusieurs villages environnants, un certain nombre de personnes mangèrent de la même viande et furent plus ou moins gravement malades; le 19 septembre, le reste de la viande ainsi hachée n'ayant plus un aspect marchand, le boucher la mélangea à la viande fraîche d'un nouveau porc et alla la vendre à Nieubagen; il y eut 80 malades peu gravement atteints; aucun ne mourut.

Au début, la nature des accidents fut méconnue; on les considéra comme des diarrhées cholériformes soit spontanées, soit dues à un empoisonnement par les saucisses; la cause de la maladie ne fut déterminée que le neuvième jour.

MM. Brouardel et Grancher ont cherché à déterminer si le temps qui s'écoulait entre le moment où le porc trichiné avait été tué et celui où la chair avait été consommée influait sur la gravité des accidents et l'époque de leur apparition. Ils ont constaté que la nocuité de la viande trichinée a été en diminuant à mesure que les consommateurs faisaient usage de cette viande à un moment de plus en plus éloigné du jour de la mort de l'animal.

Ceux qui en mangèrent six jours après qu'il eut été tué furent encore malades, mais aucun ne mourut.

Il semblerait résulter de là que les trichines, bien qu'elles ne soient pas encore mortes, perdent dans une certaine mesure leur activité reproductive. Chez ceux qui avaient consommé la viande le lendemain du jour de la mort de l'animal, les accidents graves éclatèrent plus rapidement que chez ceux qui en firent usage les jours suivants. Pour les individus qui font usage de viande de porc crue, le danger est donc d'autant plus grand que la consommation est plus rapprochée du moment où l'animal a été abattu.

L'influence capitale, celle qui domine toute la question du danger de l'invasion trichineuse est celle de la cuisson. Tous les malades, victimes de l'épidémie d'Emersleben avaient mangé de la viande de porc absolument crue. Une seule famille consomma le 15 septembre des saucissons de ce porc, après les avoir soumis à la cuisson, aucun de ses membres n'a éprouvé le plus petit malaise.

Les viandes trichinées acquerront donc par la cuisson, et même par une cuisson que tout d'abord on pourrait croire insuffisante, une innocuité qui paraît absolue.

Un autre mode de préservation consisterait dans l'emploi d'une certaine dose d'alcool après la consommation de la viande de porc suspecte. C'est sans doute à cette influence qu'il faudrait attribuer l'action favorable accordée par les médecins à l'usage de l'alcool dans le traitement de la maladie.

M. Brouardel déclare que jamais il n'avait vu de malades présentant l'ensemble des symptômes qu'il a observés à Emersleben. A ce moment ces malades étaient tombés dans un état de cachexie extrême, ils avaient un gonflement du tissu cellulaire des membres inférieurs, du scrotum, des parois abdominales, des avant-bras, porté à un degré qui dépasse ce que l'on rencontre dans les albuminuries parenchymateuses accompagnées d'œdème.

La peau éclate et forme des eschares, les poumons sont le sujet d'un œdème excessif, la dyspnée est intense; enfin surviennent des pneumonies ultimes.

M. Brouardel termine son rapport par les conclusions suivantes:

1° Ainsi que l'ont toujours affirmé le comité consultatif d'hygiène et les divers savants qui se sont occupés de la question, la cuisson de la viande de porc assure au consommateur une immunité absolue.

2° Le temps qui s'écoule entre le moment où un porc trichiné est abattu et celui où la viande est ingérée a une influence notable sur l'intensité des accidents qui peuvent

©BIU Santé

résulter de la consommation. Plus cette durée s'allonge, plus les accidents perdent de leur gravité. A Emersleben le même hachis trichineux a déterminé la mort de 33 p. 100 de ceux qui en ont mangé le lendemain de la mort de l'animal ; six jours plus tard aucun des consommateurs n'a eu d'accidents mortels.

3° La recherche de la trichine dans la viande de porc, facile quand l'animal est entier, probante quand elle est pratiquée par des micrographes compétents, devient longue et difficile et peut rester infructueuse même pratiquée par ces micrographes, lorsqu'il ne leur est plus possible d'aller chercher la trichine dans ses lieux d'élection. Mais cette recherche est inutile, lorsque les habitudes des consommateurs assurent à ceux-ci, par la cuisson de la viande, une sécurité de plus.

4° Enfin, l'étude de l'épidémie d'Emersleben a convaincu MM. Brouardel et Grancher que les médecins, en France, ne se sont jamais trouvés en présence de malades gravement atteints de trichinose.

Quant à la question de l'interdiction des viandes américaines, M. Brouardel conclut que si, à cause des habitudes culinaires particulières aux Allemands, la prohibition des viandes porcines américaines peut se justifier, en raison des habitudes culinaires contraires des Français, les arguments valables en Allemagne sont sans application en France.

Discussion à l'occasion de la communication de M. Brouardel :

M. Wurtz déclare qu'il a été chargé par M. le ministre du commerce de transmettre à l'Académie son désir de voir le rapport de M. Brouardel entrer en discussion, afin que le gouvernement puisse s'autoriser des résultats de cette discussion.

M. Colin (d'Alfort) croit devoir faire quelques observations sur la communication très intéressante de M. Brouardel.

Dans un passage de son rapport, M. Brouardel relate que la viande de porc trichinée, consommée le sixième jour après la mort de l'animal, n'avait déterminé que de légers accidents de trichinose, et il croit pouvoir expliquer cette atténuation des accidents par l'état de décomposition commençante de la viande à ce moment.

M. Colin regrette de ne pouvoir admettre cette explication. Il a étudié la question avec soin. Il a voulu voir si la putréfaction avait la propriété de détruire les trichines; il a fait dans ce but des conférences dans lesquelles, après avoir laissé de la viande de porc trichinée se décomposer au point d'être réduite en bouillie, il a fait avaler cette viande à des animaux. Or, il a constaté que cette viande contenait des trichines encore vivantes et qu'elle pouvait déterminer une trichinose mortelle.

Il semble à M. Colin que l'immunité relative produite chez les individus qui ont consommé la viande trichinée le sixième jour après la mort de l'animal, tenait moins à l'état de décomposition de la viande qu'à la salaison qu'on lui avait fait subir. Il a expérimenté, en effet, que la salaison faisait périr les trichines; dès le cinquième ou sixième jour, on voit les trichines des parties superficielles de la viande ainsi traitée être détruites, et cette destruction continue vers les parties profondes, si bien qu'au bout d'un certain temps, il n'existe plus une seule trichine vivante.

Quant à la remarque faite par M. Brouardel, que le porc qui a déterminé l'épidémie en question n'était pas un porc exotique, puisqu'il avait été élevé dans une porcherie d'Emersleben, M. Colin croit devoir faire observer que ce porc a pu être atteint de trichinose pour avoir mangé des souris ou des rats trichinés.

M. Brouardel répond qu'il est d'accord avec M. Colin sur la cause de l'immunité dont ont bénéficié les individus qui ont consommé la viande de porc trichinée, vers le sixième jour après la mort de l'animal; cette viande avait, en effet, subi la salaison dès les premiers jours; il est vrai que cette salaison n'avait pas été renouvelée.

M. Brouardel admet aussi avec M. Colin que le porc d'Emersleben, élevé dans une écurie, avait pu contracter la trichinose en mangeant des souris ou des rats trichinés; il n'est pas prouvé que ce porc n'ait pas été mené pâturer dans les champs, où il a pu rencontrer des mulots atteints de trichinose.

M. Le Roy de Méricourt rappelle qu'il a présenté dans le temps un travail dans lequel il exposait les analogies qui lui paraissaient exister entre l'acrodynie et la trichinose. Il demande à M. Brouardel son avis sur les relations possibles entre ces deux maladies.

M. Brouardel répond qu'il a lu le travail de M. Le Roy de Méricourt, mais qu'il ne croit pas que, dans l'épidémie dont il s'agit, il ait pu y avoir doute sur la nature de l'affection observée à Emersleben.

M. Hérard présente une pièce pathologique et communique une observation intitulée :

©BIU Santé

Angine de poitrine caractérisée anatomiquement par un rétrécissement considérable des deux artères coronaires à leur origine, sans lésion des plexus cardiaques.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 décembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire : Fistules anales chez les tuberculeux. — Trachéotomie pour un corps étranger de la trachée. — Résection costale thoraco-plastique dans l'empyème chronique devenu fistuleux. — Elections.

Fistules anales chez les tuberculeux. — M. Verneuil fait un rapport sur une communication de M. Jeannel (de Bordeaux) relative à deux observations de fistules anales opérées chez des tuberculeux. Ces observations ont été adressées à la Société par M. Jeannel au moment de la discussion relative à l'influence du traumatisme sur les propathies; elles sont très simples et n'en sont que plus concluantes. Il s'agit de deux malades atteints de tuberculose pulmonaire, le premier ayant déjà des cavernes, le second à la première période d'une phthisie à marche rapide, tous deux présentant un abcès de la marge de l'anus. Chez le premier malade, M. Jeannel fit d'abord simplement l'ouverture de l'abcès; puis, comme la cicatrisation ne s'opérait pas, il dut débrider ensuite largement à l'aide du thermo-cautère; chez le second, il fit d'emblée l'opération de la fistule avec le thermo-cautère. Dans les deux cas, les fistules ne se cicatrisèrent pas et continuèrent à suppurer, mais l'état pulmonaire s'améliora sensiblement.

Il y a donc, dans ces deux faits, une sorte de contradiction apparente : insuccès opératoire, d'une part, et, d'autre part, amélioration thérapeutique considérable. A ce dernier point de vue, ces deux faits sont donc absolument favorables à l'intervention chirurgicale dans les fistules à l'anus chez les tuberculeux.

On sait combien les avis sont partagés sur cette question; les uns sont opposés à l'intervention et se basent sur les dangers inhérents à l'opération elle-même, sur les dangers pour les poumons de la suppression de cette sorte d'exutoire naturel; les autres, au contraire, s'en montrent partisans en s'appuyant sur la bénignité de l'opération, sur l'amélioration de l'état local, sur l'amélioration possible de l'état pulmonaire, etc...; d'autres enfin, plus éclectiques, reconnaissent des indications et des contre-indications. Il est bien certain que l'intervention chirurgicale, dans ces cas, tantôt reste sans effet sur la lésion pulmonaire, tantôt l'améliore, tantôt l'aggrave. C'est, en effet, une question d'indications.

Trachéotomie pour un corps étranger de la trachée. — M. Verneuil fait également un rapport sur une troisième observation adressée par M. Jeannel : il s'agit d'un vieillard présentant une paralysie du pharynx et du larynx, ne pouvant plus avaler, respirant très difficilement, auprès duquel M. Jeannel fut appelé en toute hâte; impossible de pénétrer dans la bouche, le malade ayant du trismus ; M. Jeannel fit séance tenante la trachéotomie avec le thermo-cautère; n'ayant pas de canule à sa disposition, il appliqua un tube en caoutchouc. Le troisième jour, il y eut une hémorrhagie par la bouche et le malade rendit un os de poulet très anfractueux. Les aliments introduits par la bouche revenaient par la trachée; M. Jeannel eut alors recours à l'alimentation par le tube de Faucher introduit dans l'œsophage. Malheureusement ce malade succomba peu de jours après à une pneumonie septique.

Résection costale thoraco-plastique dans l'empyème chronique devenu fistuleux. — M. Berger fait un rapport sur un cas présenté par M. Bouilly, et dans lequel il s'agit d'une résection thoraco-plastique ayant amené la guérison d'un empyème chronique devenu fistuleux. Cette opération a été pratiquée pour la première fois dans les conditions spéciales dont il s'agit ici, en 1876, par Estlander. La résection costale a été pratiquée depuis les temps les plus reculés, mais c'est à Estlander que revient le mérite de l'avoir pratiquée et décrite le premier dans le but spécial de favoriser l'affaissement de la paroi thoracique après la guérison de l'empyème. Depuis, cette opération a été pratiquée cinq fois dans le même but, deux fois par M. Bouilly, une fois par M. Bœckel, deux fois par M. Berger.

La première observation de M. Bouilly a trait à un jeune homme de 21 ans qui, à l'âge de 10 ans, avait eu une pleurésie: quatre ans plus tard, cette pleurésie se mit à suppurer; il s'établit des fistules pleurales; une de ces fistules persista pendant six ans. Six ans après, ouverture spontanée de l'empyème. C'est à ce moment que M. Bouilly

©BIU Santé

pratiqua l'opération La paroi thoracique s'affaissa, la suppuration diminua rapidement, et, après un mois, le trajet fistuleux était complètement fermé. Un peu plus tard, il se rouvrit, il y eut une récidive qui se termina spontanément. Le malade était guéri depuis plusieurs mois, quand M. Bouilly le présenta à la Société.

Dans le second cas, M. Bouilly eut affaire à un vaste empyème qui avait été traité, sans succès, par toutes les autres méthodes; dans ce cas, il réséqua 5 centimètres des cinquième, sixième et septième côtes. Il y eut, dans ce cas, une amélioration très notable.

Les deux cas de M. Berger sont analogues : dans le premier, il obtint un succès complet; dans le second, une amélioration telle qu'elle pouvait être considérée comme une guérison. En joignant à ces quatre faits celui de Bœckel, qui fut très favorable, on a cinq cas des plus graves sur lesquels on compte deux guérisons complètes, deux améliorations très notables et un insuccès.

M. Berger, passant en revue toute la littérature étrangère et faisant l'historique complet de la question depuis Hippocrate jusqu'à Reybart et jusqu'à nos jours, insiste sur ce fait que, jusqu'à Estlander, la résection costale n'avait jamais été pratiquée que primitivement dans le but seul de favoriser une plus large issue au pus. C'est incontestablement à Estlander que revient le mérite d'avoir le premier pratiqué cette opération dans le but de produire l'affaissement de la paroi thoracique. Ainsi comprise, la résection costale a été pratiquée, tant en France qu'à l'étranger, 26 fois; sur ces 26 cas, il y en a 4 dont les résultats sont restés inconnus; restent 22 cas, sur lesquels on compte 10 guérisons complètes, 5 améliorations notables, 3 insuccès et 4 morts.

En produisant cette statistique, M. Berger fait tout d'abord observer la gravité des fistules pleurales. Il s'applique ensuite à démontrer que les quatre cas de morts ne sont en aucune façon imputables à l'opération elle-même; l'un est mort quatre mois après, l'autre a quitté l'hôpital guéri et est mort chez lui quelques semaines après; les deux autres ont succombé, le premier à la tuberculose pulmonaire dont il était antérieurement atteint, le second à une dégénérescence amyloïde des reins. Dans aucun de ces cas, l'opération ne peut être considérée comme la cause directe de la mort.

Examinant ensuite quelles ont pu être les conditions d'insuccès, M. Berger passe successivement en revue l'âge des opérés, leur état général, les adhérences anciennes du poumon, les lésions viscérales préexistantes, etc., etc. Il fait remarquer que toutes ces opérations ont été pratiquées généralement dans des conditions extrêmement défavorables, mais il n'y a guère que les lésions viscérales préexistantes qui constituent, selon lui, une contre-indication favorable à l'opération.

Passant au manuel opératoire, M. le rapporteur met en garde ses collègues contre une tendance fâcheuse, dans ces cas, aux opérations parcimonieuses. Deux conditions importantes pour le succès sont : 1° de pratiquer la résection costale en temps utile, c'est-à-dire environ deux ou trois mois, au plus tard, après l'empyème; 2° d'opérer largement, l'étendue de la résection devant correspondre à l'étendue de la collection purulente.

Il faut opérer sur la région latérale du thorax, en ligne axillaire, en ce point, la paroi thoracique est dépourvue de muscles larges; en outre, on arrive au niveau de la partie moyenne des côtes, il en résulte qu'après la résection leurs deux extrémités s'infléchissent également.

Quelles côtes faut-il réséquer? Il y a deux méthodes, l'une qui consiste à pratiquer la résection en circonférence, c'est-à-dire à la faire porter sur une plus ou moins grande étendue de la même côte, l'autre qui consiste à réséquer un plus ou moins grand nombre de côtes, selon l'étendue de la collection purulente. C'est cette dernière méthode qu'il faut préférer et il ne faut pas craindre, dans certains cas, de réséquer un grand nombre de côtes. Il n'y en a que quatre qui doivent être respectées, les deux premières et les deux dernières. Toutes les côtes moyennes peuvent être réséquées. Il faut les réséquer très largement de façon à toujours atteindre les limites de la collection purulente. La résection du feuillet épaissi de la plèvre, proposée par plusieurs chirurgiens, est une complication opératoire inutile.

M. Berger se résume dans les conclusions suivantes :

1° L'opération d'Estlander (tel est le nom qu'il convient de lui donner) doit être acceptée comme opération générale; elle est indiquée dans tous les cas de fistule rebelle survenant dans un empyème chronique.

2° Une règle de temps s'impose pour la pratiquer; c'est environ deux mois après l'opération de l'empyème.

3° Elle doit être faite dans la région latérale du thorax, en ligne axillaire.

4° Il faut opérer très largement.

©BIU Santé

5° Il faut faire une résection sous-périostée et recourir à la méthode antiseptique et au drainage.

6° Les seules contre-indications formelles à l'opération sont une tuberculose confirmée et avancée ou une dégénérescence amyloïde.

ELECTIONS :

La Société procède au renouvellement du bureau pour l'année 1884. Sont nommés : Président, M. Marc Sée ; vice-président, M. Duplay ; 1er secrétaire, M. Lucas-Championnière ; 2e secrétaire, M. Gillette ; archiviste, M. Terrier ; trésorier, M. Berger.

La séance est levée.

Sociétés médicales des départements

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE SAINT-ÉTIENNE ET DE LA LOIRE.

C'est bien tardivement, à coup sûr, que la *Société médicale de la Loire* publie les comptes rendus de ses travaux de l'année 1882. D'ailleurs ses membres distingués, dont quelques-uns font preuve d'une laborieuse et infatigable activité, ont compris les inconvénients de ces retards, et, depuis plusieurs mois, un journal mensuel, édité sous leurs auspices, est devenu l'organe officiel de cette savante Société. Nous aurons donc prochainement à faire connaître l'ensemble des travaux de l'année 1883.

La brochure consacrée à l'année 1882, pendant laquelle s'exerçait la présidence de notre estimé confrère le docteur Maurice, contient des travaux d'une réelle valeur scientifique. Voici d'abord une observation de M. KAHN sur une *invagination totale du gros intestin chez un enfant de trois ans*. Au premier abord, en présence de la tumeur anale, on crut à une chute simple du rectum. Il n'en était pas ainsi cependant ; MM. KAHN et MAGNIEN constatèrent qu'elle était formée par l'appendice cœcal et la réduisirent au moyen d'une injection d'eau tiède dans le rectum. Cette observation a provoqué une discussion et des expériences de M. RIEMBAULT. Le médecin de l'Hôtel-Dieu, de Saint-Etienne, ne parvint pas à produire sur le cadavre le retournement de l'appendice iléo-cœcal, de sorte qu'on pourrait à tort, dans de etlles invaginations, faire dépendre le diagnostic de l'existence ou de l'absence sur la tumeur d'un orifice perméable au stylet explorateur.

M. CHAVANIS a fait connaître à ses collègues une observation de paralysie pseudo-hypertrophique intéressante dont il y aura lieu de tenir compte dans les monographies futures de cette affection.

Le *traitement du chalazion* a été discuté par M. GRAND, qui a exposé en détail le procédé opératoire dont il est l'inventeur. Il opère cette tumeur par la surface conjonctivale quand elle est peu volumineuse, en vide le contenu avec la curette tranchante, et, pour empêcher la réunion prématurée des bords de l'incision, il produit par deux coups de ciseaux une perte de substance en forme de V dans une des lèvres de la plaie. Les chalazions volumineux sont opérés par la surface externe de la paupière.

En tératologie, il faut signaler aussi les notes de M. FLEURY et de M. MAURICE sur un *monstre de la classe des pseudencéphaliens ;* en hydrologie, la communication de M. SERVAJEAN *sur les eaux minérales de Saint-Alban*, et enfin, dans le domaine de la philosophie naturelle, le mémoire de M. ALOIN *sur Darwin et Hœckel*. D'ailleurs, ces travaux ne sont pas les seuls qui aient pris place à l'ordre du jour des séances de cette Société. Quatre rapporteurs, MM. COUTURIER, KAHN, FLEURY et CHAVANIS, ont étudié avec soin les maladies régnantes. Aussi, un tableau schématique d'une exactitude scientifique fort honorable pour ces savants rappporteurs montre bien toute l'importance que, sagement d'ailleurs, nos confrères de la Loire attachent à l'étude de la pathologie de Saint-Etienne et de ses environs. Ce volume des *Annales de la Société médicale de la Loire* témoigne donc de la vitalité de cette savante association et de l'esprit scientifique de ses membres.

Ch. ELOY.

COURRIER

A un « lecteur assidu » de Lille. — Nous vous remercions vivement de nous avoir transmis ce désir, en même temps que plusieurs de nos confrères des départements. La question sera traitée dans un de nos prochains articles.

©BIU Santé

Concours de l'internat. — Voici les questions qui ont été données à l'épreuve orale :

Muqueuse utérine; diagnostic de la grossesse. — Glandes de l'intestin; complications de la fièvre typhoïde. — Sinus de la dure-mère; signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — Nerfs de la main; signes et diagnostic du tétanos. — Vaisseaux et nerfs du rectum; causes et signes des rétrécissements du rectum. — Veine porte en dehors du foie; signes et diagnostic de l'ictère grave. — Muscles de la langue; signes et diagnostic du cancer de la langue. — Rapports de la vessie chez la femme; causes et signes de la rétention d'urine. — Rapports du larynx; laryngite striduleuse. — Rapports de l'œsophage; corps étrangers de l'œsophage. — Articulation radio-carpienne; complications de la scarlatine. — Nerf moteur oculaire commun; sa paralysie. — Description du duodénum; signes de l'occlusion intestinale. — Enveloppes du testicule; hématocèle vaginale.

Les questions suivantes sont restées dans l'urne :

Rapports de la glande thyroïde; signes et diagnostic du goître exophthalmique. — Rapports de la trachée; corps étrangers des voies aériennes. — Portion spongieuse de l'urèthre; phimosis. — Artère pulmonaire; séméiologie de l'hémoptysie. — Triangle de Scarpa; hernie crurale étranglée. — Artère pulmonaire; signes et diagnostic de la rougeole. — Artère humérale; fractures du tiers supérieur de l'humérus. — Artère rénale; causes, signes et diagnostic de la néphrite interstitielle. — Ligaments de l'articulation coxo-fémorale; symptômes et diagnostic des luxations coxo-fémorales en arrière. — Description du cœcum; diagnostic et complications de la dysenterie épidémique. — Ligaments larges; signes et diagnostic de l'éclampsie puerpérale. — Artère axillaire; fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. — Cœcum; signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse. — Articulation du coude; symptômes des luxations du coude en arrière. — Muqueuse de l'estomac; signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac. — Trompes utérines; hémorrhagies de la délivrance. — Région ombilicale; signes et diagnostic de l'étranglement herniaire en général. — Rapports de l'utérus en dehors de la grossesse; délivrance naturelle. — Vaisseaux et nerfs intercostaux; symptômes, marche et diagnostic du pneumothorax. — Artères de la base de l'encéphale; signes et diagnostic de l'embolie cérébrale. — Rapports de l'estomac; signes et traitement des fièvres intermittentes palustres. — Artère pulmonaire; signes et diagnostic de la bronchopneumonie.

Société protectrice de l'enfance de Lyon. — Le Conseil d'administration de la Société a l'honneur de rappeler que le délai d'inscription pour le concours des récompenses à décerner aux mères et aux nourrices les plus méritantes, pour l'année 1884, a été fixé au 31 janvier prochain.

Les demandes et pièces justificatives doivent être adressées franco avant cette date à M. le docteur V. Chappet fils, secrétaire général, cours Morand, 20.

Faculté de médecine de Nancy. — La Commission permanente des thèses a décerné : 1° le prix de thèse à M. Guillemin pour sa thèse : *De l'anévrysme cirsoïde de la tête*; 2° accordé des mentions honorables dans l'ordre suivant : M. Hugueny, pour sa thèse : *Du bacille de la tuberculose, sa structure et sa valeur diagnostique*; M. Bruncher pour sa thèse : *Essai sur les lésions de l'appareil auditif dans la syphilis congénitale et acquise*; M. Kœhler, pour sa thèse : *Recherches physiologiques sur l'action des poisons sur les invertébrés*; M. Vallois, pour sa thèse : *Contribution à l'étude de la syphilis chez la femme enceinte*.

Nécrologie. — Nos confrères de Lyon ont tous gardé le pieux souvenir du docteur Ant. Morin, ancien interne des hôpitaux de Lyon, ancien chef de clinique obstétricale, assassiné par les Prussiens le 20 janvier 1871, dans le massacre de l'ambulance de la 3e légion des mobilisés de Saône-et-Loire.

Son père, le docteur Morin, vient de succomber brusquement à Charolles, où il exerçait la médecine depuis plus de 40 ans. Praticien distingué, remarquable par ses connaissances médicales étendues, par son honorabilité professionnelle, il a donné jusqu'au bout l'exemple d'une vie d'abnégation et de dévoûment pour ses malades. Il a été frappé d'une attaque d'apoplexie foudroyante, au moment où il se rendait pour la troisième fois de la journée auprès d'un malade atteint de hernie étranglée. Il est mort à son poste comme son fils victime de son zèle.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

©BIU Santé

Sommaire

I. Bulletin. — II. Polaillon : Rupture de l'appendice iléo-cœcal pendant un effort. — III. Bibliothèque. — IV. Revue des Journaux. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — VI. Variétés. — VII. Courrier.

BULLETIN

Nous aussi, avec les Roux, les Blandin et les Velpeau, nous avons eu notre âge d'enthousiasme opératoire. L'ardeur s'est un peu éteinte et la prudence de l'âge mûr est arrivée; la chirurgie française avait fini son éducation.

Est-ce à dire qu'elle n'avait plus rien à apprendre? Non, certes; et, à part quelques esprits fermés, elle a su accueillir les bienfaits de la méthode antiseptique, étendre les limites de son intervention et en même temps diminuer le chiffre de ses morts. Mais, tandis que la puissance des nouveaux moyens de préservation lui donnait un surcroît de hardiesse, instruite par son passé, elle n'a pas voulu quitter la voie où ses instructeurs l'avait mise; elle a gardé ses traditions de sagesse en adoptant l'outillage moderne, si bien qu'il faut dire, pour peindre d'un mot l'esprit qui nous dirige : opérateurs mieux armés qu'autrefois, nous sommes et nous restons des pathologistes.

La réforme des pansements est venue saisir les pays d'outre-Rhin dans leur enfance chirurgicale. Ils avaient eu leur beau mouvement d'histologie normale et pathologique; leur enseignement médical était le reflet des Andral, des Bouillaud plus ou moins démarqués; nul ne parlait de leurs opérations. Lister leur a mis le bistouri à la main; comme tous les néophytes, ils ont voulu qu'on les appelât des forts, et bientôt parurent dans les journaux et les revues des listes de faits que nous pensions être rares, d'opérations qui nous semblaient utiles une fois par hasard, et dont le génie aventureux de l'Allemagne multipliait les indications. De leurs travaux et de leur zèle resteront des marques sérieuses; aussi ne faut-il pas, quand ils opèrent sans mesure, les critiquer sans indulgence.

Le reproche d'intempérance chirurgicale s'appliquerait à la Suisse moins qu'à tout autre pays, bien qu'elle nous étonne depuis quelques années par ses innombrables thyroïdectomies. En Suisse, les occasions légitimes d'opérer le goître sont fort nombreuses; de plus, M. Kocher (de Berne) est un clinicien des plus distingués; enfin, nos confrères de Genève, MM. Reverdin et Julliard, dans leurs excellents mémoires sur l'extirpation de la glande thyroïde, ont fait preuve d'une véritable prudence, et ont très bien su nous dire qu'ils ne prennent le bistouri que si la maladie est progressive et menaçante, et après l'échec du traitement iodé.

Il n'en est pas moins vrai que, depuis la remise en honneur de cette opération, jadis malheureuse entre les mains de nos vieux chirurgiens, on a failli croire que l'ablation du goître allait devenir une opération courante. Et maintenant on s'arrête en voyant les opérés devenir idiots. Voilà que le corps thyroïde, qui passait pour inutile, a une influence décisive sur le développement du corps et de l'intelligence; il devient un organe respectable, dont l'extirpation mène au « crétinisme opératoire », comme nos lecteurs l'ont appris par nos lettres du 6 et du 27 décembre. On va maintenant s'abstenir, ou se borner à des ablations partielles, et courir les chances d'une récidive. Les chirurgiens allemands (car il faut être ignorants comme nous le sommes en géographie, pour ne pas savoir que Berne est en Allemagne) vont peut-être hésiter, comme de simples Français!

©BIU Santé

A moins qu'ils n'imitent leur chef de file et n'essaient de greffer un nouveau goître chez les malades devenus idiots par leurs mains, en introduisant un fragment de thyroïde fraîchement excisé dans le tissu cellulaire du cou. Voilà certes une idée ingénieuse; mais, plus on cherche à l'approfondir, plus on y trouve de sujets d'étonnement.

Et cependant, la thyroïdectomie est une excellente opération. Nous l'avons faite et nous la ferons encore. Seulement nous l'avons acceptée avec mesure, traitée en hommes réfléchis, et, dans cette question comme ailleurs, la France n'a rien perdu à rester le pays de la critique et du bon sens. C'est encore chez nous qu'on s'expose le moins, en voulant devancer les autres, à revenir en arrière; c'est ici que, plein d'égards pour les organes mêmes dont la fonction est inconnue, on pratique le mieux la chirurgie des mains nettes. Il est fâcheux que certains d'entre nous, en petit nombre il est vrai, n'aient pas encore adopté la chirurgie des mains propres. — L.-G. R.

Rupture de l'appendice iléo-cœcal pendant un effort; péritonite s'accompagnant des signes d'une occlusion intestinale; établissement d'un anus artificiel *in extremis*. — Autopsie.

(Observation communiquée à la Société de médecine de Paris, séance du 27 octobre 1883.)

Par M. Polaillon, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de la Pitié.

La nommée M... (Clémence), âgée de 19 ans, exerçant la profession de blanchisseuse, jouissait d'une bonne santé. En particulier, elle n'avait jamais éprouvé de troubles du côté des fonctions digestives, sauf une certaine prédisposition à la constipation. Elle était normalement réglée. Elle ne se connaissait ni hernie, ni tumeur abdominale. Bref, elle se portait très bien, lorsque, le 8 octobre, elle ressentit tout à coup une vive douleur dans le ventre en faisant un effort pour soulever un gros paquet de linge. En même temps, elle eut la sensation de quelque chose qui se brisait ou qui éclatait dans le ventre.

A partir de ce moment, la douleur ne fit qu'augmenter d'intensité et obligea la malade à se mettre au lit.

Le lendemain, le ventre était très douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite. Vomissements alimentaires; absence de selles, bien qu'il y eût des envies fréquentes d'aller à la garde-robe.

Notre collègue et ami, le docteur Antonin Martin, fut appelé auprès de la malade. Il fit ce que nous avons tous l'habitude de faire en pareille circonstance; il chercha à calmer les douleurs abdominales par des cataplasmes laudanisés, par des injections hypodermiques de morphine, par des applications de glace; à modérer les vomissements par des boissons glacées, à rétablir le cours des matières par des lavements purgatifs et des lavements d'eau de Seltz. Mais ses efforts ne purent enrayer la maladie. Les vomissements continuèrent; ils devinrent bilieux, puis fécaloïdes. Aucune évacuation de matières fécales ne se produisit. Le ventre se ballonna de plus en plus.

En présence de ces symptômes et de leur succession, il parut évident à M. Antonin Martin qu'il avait affaire à une occlusion intestinale. Comme les moyens médicaux avaient été impuissants, il pensa à une intervention chirurgicale et engagea la malade à entrer dans mon service de la Pitié. Mais la malade et ses parents mirent plusieurs jours à s'y décider. Ce n'est que le 16 octobre au matin, sept jours après le début des accidents, que Clémence M... fut apportée sur un brancard à la salle Gerdy, n° 22.

Son état est très grave. Le facies grippé, le refroidissement des extrémités, le pouls rapide et filiforme, l'anxiété, les plaintes et les cris accusant de vives douleurs dans le ventre, sont les premiers symptômes qui

©BIU Santé

attirent l'attention. Les vomissements sont presque continuels, et la malade vomit sous mes yeux une grande quantité de liquide jaunâtre, manifestement fécaloïde. Le ventre est très ballonné et très douloureux à la pression. Point de selles depuis le début des accidents. Les lavements ont été rendus tels qu'ils ont été injectés. En outre, les réponses de la malade me permettent de conclure qu'*il n'y a pas eu d'émission de gaz par l'anus depuis le début des accidents*. Le toucher rectal fait reconnaître que la partie supérieure du rectum est refoulée de haut en bas. Le toucher vaginal n'apprend rien, si ce n'est que la pression contre le col et contre les culs-de-sac du vagin provoque de vives douleurs.

Les vomissements fécaloïdes, le ballonnement et l'absence d'émission gazeuse par l'anus, signes dont la réunion caractérise l'arrêt des matières dans l'intestin, me conduisent naturellement à admettre une occlusion intestinale. Il y a, en outre, une péritonite évidente.

Pour compléter mon diagnostic, j'ai cherché à découvrir quelle était la cause de cette occlusion. Etait-ce un étranglement par une bride, par un anneau; était-ce une invagination ou un volvulus; était-ce simplement une obstruction par des matières fécales? Le ballonnement était uniforme; les anses intestinales, et en particulier le gros intestin, ne se dessinaient pas à sa surface, comme dans certains cas d'obstruction au niveau de l'S iliaque. Les régions, qui donnent habituellement passage aux hernies, ne présentaient rien d'anormal. Les douleurs n'avaient aucun siège spécial : elles avaient commencé dans la fosse iliaque droite, pour se généraliser ensuite dans tout l'abdomen. Pourtant, la marche des accidents n'avait pas été rapide, ce qui indiquait qu'il n'y avait pas un étranglement très serré, comme par une bride ou par un anneau. Il n'y avait pas eu d'écoulement sanguinolent par l'anus, comme on l'observe dans certains invaginations. Enfin, par exclusion, j'arrivai à soupçonner une obstruction par des matières durcies ou par un volvulus.

La conséquence de ce diagnostic était d'ouvrir la cavité péritonéale, de chercher à détruire la cause de l'occlusion et, si on ne pouvait y parvenir, de donner artificiellement issue aux matières fécales. Du reste, l'opération était la seule chance de salut pour la malade. Elle ne devait pas empirer beaucoup son état déjà si grave, et l'existence de la péritonite n'était pas une contre-indication, car on a vu l'opération réussir bien qu'elle ait été pratiquée pendant le cours de cette redoutable complication.

Comme j'avais peu de chances de rencontrer l'agent de l'étranglement et de le détruire, comme j'avais beaucoup plus de chances d'être obligé de créer un anus artificiel, je fus d'avis que l'incision au-dessus de la région inguinale gauche, comme dans le procédé de Littre, était préférable à une large laparotomie sur la ligne médiane.

La malade et ses parents étant décidés à tenter l'opération, celle-ci fut immédiatement pratiquée.

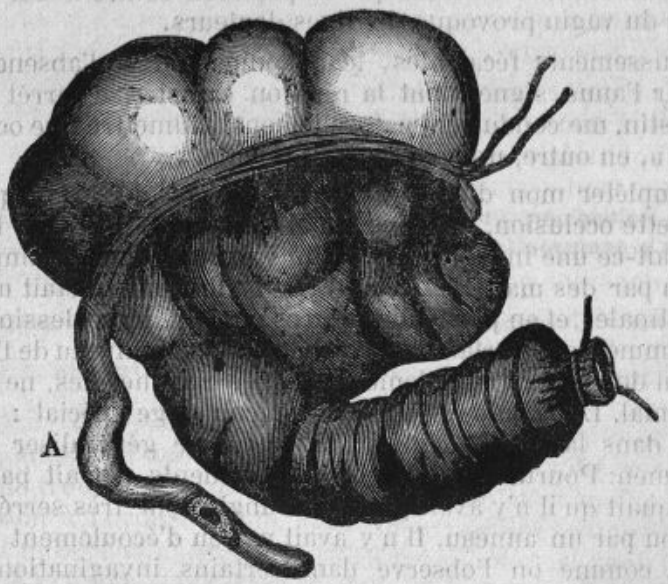
Chloroformisation. Spray phéniqué. Incision parallèle à l'arcade crurale gauche et à 4 centim. au-dessus. Le péritoine est épaissi et induré. Je le ponctionne avec la pointe du bistouri. Immédiatement un jet de liquide séro-purulent à odeur fétide s'échappe par la petite incision. Cette odeur fétide indique que l'intestin est déjà perforé et qu'il y a eu épanchement de matières et de gaz dans le péritoine. Un doigt introduit dans la cavité péritonéale par l'incisi n suffisamment agrandie, me permet de reconnaître que les intestins sont recouverts de fausses membranes et agglutinés entre eux. Je ne rencontre, d'ailleurs, aucune bride, aucun agent de l'occlusion intestinale. En présence d'une perforation et d'une péritonite purulente, qui vont entraîner la mort de la malade à bref délai, je juge qu'il est parfaitement inutile de prolonger mes explorations. Je me borne donc à donner issue au liquide purulent, à saisir une anse intestinale, à la fixer à

©BIU Santé

l'incision abdominale et à l'ouvrir. Une grande quantité de matières fécales s'écoule par l'anus artificiel.

Après l'opération, la malade se sentit soulagée. Les vomissements cessèrent. Elle manifesta à plusieurs reprises le besoin de manger. Mais l'amélioration ne fut pas de longue durée. La péritonite suivit son cours fatal. A neuf heures du soir, dix heures après l'opération, la malade succombait.

L'*autopsie* fut faite trente-six heures après la mort par l'interne du service, M. Brossard.



Cœcum et partie terminale de l'iléon insufflés d'air.
A. Haricot arrêté dans l'appendice iléo-cœcal au-dessus de la perforation.
(Dessin, d'après nature, par M. Caussade, externe du service.)

Les intestins sont couverts de fausses membranes molles, qui font adhérer les anses les unes avec les autres et avec l'épiploon qui les recouvre. En particulier, les anses de l'iléon, au voisinage du cœcum, décrivent des sinuosités coudées où les matières fécales ne pourraient circuler en supposant que la tunique musculaire n'eût pas été paralysée par l'inflammation.

Du pus, en assez grande quantité, se trouve accumulé dans le petit bassin.

En soulevant la masse intestinale, on voit que l'appendice iléo-cœcal est adhérent au détroit supérieur et entouré de suppuration. Cet appendice, qui est rouge et enflammé, présente vers son extrémité libre une ulcération ovale d'environ 1 centimètre de longueur. Aucune autre partie de l'intestin ne présente de lésion pouvant expliquer la production de la péritonite.

En examinant attentivement l'ulcération de l'appendice iléo-cœcal, nous trouvons à son centre une *perforation* de forme arrondie, mesurant 3 ou 4 millimètres de diamètre. Un peu au-dessus de l'ulcération nous sentons très distinctement (au point A de la figure) à travers les parois de l'appendice, un corps étrangur dur, qui a la forme d'un haricot, et qui est, en effet, un haricot cru. Ce haricot oblitère exactement la partie du conduit qu'il occupe. On peut le faire cheminer du côté du cœcum, mais on ne peut pas le faire descendre jusqu'au point perforé. En outre, si l'on insuffle de l'air dans le côlon ascendant, on distend cet intestin et la partie supérieure de l'appendice iléo-cœcal, mais le corps étranger met obstacle à l'issue de l'air par la perforation.

Ainsi, un épanchement de matières par suite de la perforation de l'appendice iléo-cœcal a été la cause évidente de la péritonite.

©BIU Santé

Les organes génitaux internes, ovaires et trompes, étaient sains, mais très congestionnés.

Rien à noter dans les autres organes.

Réflexions. L'observation précédente m'a paru digne d'être conservée, parce que c'est peut-être le premier fait qu'on publie sur la rupture de l'appendice iléo-cœcal, sans signes précurseurs, sous l'influence d'un simple effort.

Il importe, en effet, d'insister sur ce point que la patiente *se portait à merveille au moment de l'accident* et que rien ne pouvait faire soupçonner chez elle une typhlite. Cependant, sans qu'il y eut une inflammation apparente de l'appendice iléo-cœcal, il est bien certain que le corps étranger (le haricot) avait altéré ses tuniques de manière à amoindrir leur résistance et à préparer leur rupture.

Voici, selon nous, comment l'accident peut s'expliquer: au-dessous du haricot qui oblitérait le canal de l'appendice iléo-cœcal, les sécrétions de la muqueuse se sont accumulées et ont distendu en forme d'ampoule la partie inférieure de cet organe. Les tuniques amincies, dans lesquelles la circulation était certainement gênée, se sont probablement ramollies et peut-être mortifiées dans une petite étendue. A ce moment, un violent effort se produit: les viscères abdominaux sont brusquement comprimés par le diaphragme et les muscles des parois ventrales; sous l'influence de cette pression, l'ampoule, dont nous venons de parler, se rompt. De là épanchement de matières muqueuses ou mucoso-stercorales dans le péritoine et explosion de la péritonite.

Cette observation est encore remarquable à un autre point de vue. Elle démontre qu'une péritonite peut engendrer les trois symptômes (ballonnement du ventre, vomissements fécaloïdes et absence d'émission de gaz par l'anus) dont la réunion caractérise en clinique l'occlusion intestinale. On sait que l'inflammation du péritoine s'accompagne de ballonnement, de vomissements et d'une constipation opiniâtre. Mais si le ballonnement, dans la péritonite est le même que dans l'occlusion intestinale, les vomissements sont bilieux et non fécaloïdes, la constipation n'est absolue que pour les matières solides et liquides et non pour les gaz. Dès lors, il est difficile de ne pas conclure à une occlusion intestinale, si on constate dans le cours d'une péritonite, les vomissements fécaloïdes et l'absence d'émission gazeuse.

L'erreur est plus apparente que réelle, car dans les péritonites avec phénomènes d'occlusion, il y a probablement toujours des adhérences qui maintiennent les anses intestinales dans un état de volvulus ou de position coudée. Comme l'inflammation du péritoine affaiblit et paralyse les mouvements de l'intestin, une position légèrement vicieuse d'une de ses anses devient rapidement la cause d'une occlusion complète. Dans notre cas, en particulier, l'iléon décrivait, au voisinage du cœcum, une série d'S avec des coudes brusques formant à l'intérieur du canal intestinal des saillies tranchantes, des sortes de valvules qui interrompaient le passage des matières stercorales. Toutes ces anses étaient soudées et immobilisées par des fausses membranes. Elles entouraient l'appendice iléo-cœcal rompu. Elles avaient été les premières envahies par l'inflammation. C'est à leur niveau que les matières intestinales s'étaient arrêtées et auraient formé une véritable occlusion.

BIBLIOTHÈQUE

ETUDE SUR LA PYLÉPHLÉBITE SUPPURATIVE, par M. GENDRON. Paris, 1883. Coccoz.

Dans ce mémoire, M. Gendron détermine les conditions étiologiques de la maladie, la

©BIU Santé

valeur séméiologique des divers symptômes et les effets du processus anatomo-pathologique sur le parenchyme hépatique.

Les documents qui servent de base à ce travail sont au nombre de soixante-dix observations, dans lesquelles on a mentionné les renseignements fournis par l'examen cadavérique.

Les pyléphlébites, très rarement primitives, sont le plus souvent secondaires. Celles-ci se divisent en *pyléphlébites d'origine hépatique* (abcès, kystes hydatiques, lithiase biliaire, angiocholite) et *pyléphlébites d'origine extra-hépatique* (abcès de la rate, lésions du péritoine, phlébite ombilicale des nouveau-nés, lésions de l'estomac). — Ces données étiologiques facilitent le diagnostic, dont les indications symptomatiques consistent dans la fièvre, la douleur à l'épigastre ou dans l'hypochondre, l'ictère, phénomènes communs aux diverses formes de la maladie.

Le chapitre de l'anatomo-pathologie se termine par des considérations sur les suppurations du foie, que M. Gendron classe dans deux groupes : 1° les suppurations d'*origine biliaire;* 2° les suppurations d'*origine veineuse*. La thèse de M. Gendron est donc un excellent chapitre dans l'histoire de la pyléphlébite suppurative, accident morbide beaucoup moins rare que ne le pensent certains observateurs. — C. E.

De la rachialgie, par M. le docteur Ernest Lemoine. Paris, 1883. Coccoz.

Signe d'une valeur diagnostique précieuse par son siège ou l'époque de son apparition, la rachialgie se rencontre dans de nombreuses affections que M. Lemoine énumère dans sa thèse. Il l'attribue à un état congestif viscéral réagissant sur la moelle et donnant lieu à la névralgie. Par ce mécanisme, la paralysie des centres d'innervation vasomotrice interviendrait dans la production des troubles viscéraux.

Le traitement antirachialgique consiste dans la révulsion de la région spinale. Ce mémoire sera utile à consulter parce qu'il donne un dénombrement exact des affections dans lesquelles on observe ce symptôme et qu'il en fixe aussi la valeur clinique. — C. L. D.

Deux cas de kystes a échinocoques de la mamelle (*Due casi di noti dicisti d'echinococco della mammella nota e considerazioni*), par le Dr Guiseppe Franceschi. Bologne ; 1883.

Publié dans le *Bulletin des sciences médicales de Bologne* (série VI, t. XII), ce mémoire apporte des documents cliniques importants à l'histoire des kystes hydatiques de la mamelle. Dans la discussion du diagnostic, notre distingué confrère italien montre la nécessité de tenir compte de toutes les circonstances commémoratives, accessoires en apparence, pour arriver à un diagnostic exact, alors surtout que la tumeur siégeant profondément, la fluctuation et le frémissement hydatique manquent de netteté ou font défaut.

De plus, M. Franceschi a entrepris spécialement et patiemment de nombreuses recherches dans la bibliographie des divers pays. A ce point de vue encore son travail présente une incontestable valeur. Cette brochure, par sa concision et la nature même du sujet, échappe à l'analyse, mais elle devra être consultée par tous ceux qui, dans l'avenir, étudieront à nouveau cette question. C'est assez dire combien ce mémoire, qui rend pleine justice aux divers auteurs nationaux ou étrangers, fait honneur à l'activité laborieuse de l'auteur, à l'Ecole de Bologne à laquelle il appartient, et aussi au Corps médical italien. — C. Eloy.

Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la trinitrine, par M. le docteur Louis Marieux. Mamers; 1883. Fleury et Danzin.

Le mémoire inaugural de M. Marieux est divisé en quatre parties, dont les deux premières sont relatives à la chimie de la trinitrine, et à l'historique de l'emploi thérapeutique de la nitro-glycérine, Elles ne nous arrêteront pas. Les deux autres méritent l'attention, car elles exposent les recherches physiologiques et cliniques de notre nouveau et distingué confrère.

La nitro-glycérine a été étudiée depuis quelques années à titre de médicament vasomoteur. M. Marieux a constaté, en effet, qu'elle produit la dilatation des vaisseaux périphériques et une diminution de la tension artérielle. Quel est le mécanisme de cette action? L'auteur, qui évite de se prononcer au point de vue théorique, remarque son analogie avec les effets du nitrite d'amyle. Il est donc sur ce point en accord avec les conclusions du mémoire de M. Henri Huchard, qui a vu cet agent rendre des services dans le traitement des angines de poitrine.

©BIU Santé

A dose toxique, la trinitrine tue les animaux en provoquant des convulsions et l'asphyxie. Chez l'homme, on a observé des accidents par l'administration de dix gouttes de la solution alcoolique au centième. Cette toxicité n'est donc pas telle qu'on ne doive poursuivre ces recherches au point de vue thérapeutique; car MM. Dujardin-Beaumetz et Henri Huchard en ont obtenu des résultats favorables dans les névralgies rebelles, les migraines angiotoniques, les céphalalgies, et en général contre les troubles nerveux d'origine vaso-motrice. Toutefois, la trinitrine a pour contre-indication les affections où il existe de la congestion cérébrale.

M. Marieux recommande de faire usage d'une solution alcoolique à 1 pour 100 à la dose quotidienne de quatre à six gouttes, administrée soit par la voie buccale, soit par la méthode hypodermique. Ce mémoire est donc tout à l'honneur de son auteur et aussi des maîtres qui l'ont inspiré. S'il témoigne de nombreuses recherches expérimentales et d'observations cliniques judicieuses, il ne permet pas peut-être d'établir définitivement la valeur thérapeutique de cet agent; en tout cas, il mérite d'être lu avec faveur et consulté par tous ceux, et le nombre en est grand, qui administrent la nitro-glycérine et les dérivés nitreux à leurs malades. — C. E.

LES MALADIES DES REINS, par le docteur E. BARTELS; traduit de l'allemand par le docteur EDELMANN, avec préface et additions par le docteur LÉPINE. Paris. G. Baillière, 1884.

La publication de cet ouvrage devenu classique en Allemagne, n'est pas, à coup sûr, un événement scientifique, car depuis l'apparition de l'édition originale, les progrès de la science ont été nombreux, importants et tout puissants pour modifier l'étude de la pathologie rénale. Néanmoins, le livre de Bartels n'a pas perdu de sa valeur, d'autant plus qu'il a marqué une date dans l'histoire de la maladie de Bright.

Il appartient à cette collection d'ouvrages classiques dont l'ensemble constitue l'encyclopédie de Zienissen, mais à la différence de beaucoup de ces monographies et à son honneur il possède un caractère de réelle originalité. Traduit par la plume élégante et fidèle de M. Edelmann, il aura certainement un grand succès auprès de nos compatriotes. On a reproché, avec quelques raisons, au professeur de l'Université de Kiel de s'inspirer trop souvent des idées des médecins anglais; cependant, après cette lecture, on jugera son œuvre avec moins de sévérité, et on reconnaîtra la personnalité de son enseignement et tout ce que, de son propre fonds, il a ajouté à ces doctrines.

Le livre I a pour sujet : la *séméiologie générale* des affections des reins et pour chapitres l'étude des altérations pathologiques quantitatives et qualitatives des urines; des troubles secondaires aux maladies des reins, hydropisie, urémie, et enfin des perturbations de la nutrition générale dont elles sont l'origine. Le deuxième livre est consacré aux *maladies diffuses* des reins dont l'auteur fait longuement l'historique et qu'il expose dans des chapitres sur l'hypérémie rénale, les néphrites parenchymateuses aiguës et chroniques, les atrophies du tissu rénal, à sa dégénérescence amyloïde.

M. Bartels est partisan de la dualité des néphrites chroniques; en cela, il adhère aux doctrines anglaises; mais il s'en sépare aussi quand il admet des formes mixtes, intermédiaires à la sclérose et à la néphrite parenchymateuse.

Les pages que M. Lépine a ajoutées à ce livre, sous forme de notes additionnelles, seront un des éléments du succès de cet ouvrage. Le professeur de l'Université de Lyon, ne s'est pas seulement donné pour tâcher de compléter les lacunes de l'ouvrage de Bartels en exposant tous les travaux postérieurs à la publication de l'édition originale; il a discuté les conditions pathogéniques de l'albuminurie et les théories actuelles relatives au processus des néphrites chroniques. Il combat l'opinion de Bartels enseignant que l'albuminurie est un phénomène pathologique et que l'albumine ne peut pas modifier les membranes animales. Or l'existence d'albuminurie physiologique ne fait plus doute. De plus, la présence des albumines anormales dans l'urine ne prouve pas seulement que cette albumine filtre mieux, mais bien aussi qu'elle irrite le tissu rénal. De plus, la connaissance des albumines anormales et les modifications même légères de la composition du sang, sont loin d'être bonnes. Comment ne pas en teuir compte dans les théories pathogéniques de l'albuminurie? Toute dyscrasie peut donc provoquer la cirrhose épithéliale de M. Charcot. Conséquemment pour M. Lépine dont les vues sont celles de la majorité des cliniciens, la dyscrasie reproductrice d'un grand nombre d'albuminuries et de néphrites est fort compréhensive. Elle résulte, en effet, soit d'une altération qualitative de l'albumine du sérum (Graves, Semmola, Jaccoud); soit de l'excès des matériaux albuminoïdes du sérum (Gubler), ou même de substances non albuminoïdes, soit enfin de la présence de principes anormaux dans le sang.

Dans ces notes additionnelles, M. Lépine traite magistralement encore des questions

©BIU Santé

de haute importance dans la pathologie rénale : le dosage de l'azote des urines, l'urémie, le cœur rénal, les néphrites infectieuses et le rein gravidique.

Depuis les travaux de Bartels, la science s'est bien modifiée néanmoins, l'édition actuelle de cet ouvrage, ainsi complétée, est bien au courant des travaux récents ; elle aura une place dans beaucoup de nos bibliothèques, un peu pauvres en traités modernes des maladies du rein. Et cependant cette place mériterait d'être occupée par une œuvre d'origine française, écrite en entier par une plume française, inspirée par les idées françaises, résumant enfin les recherches cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales de nos savants compatriotes. Puissent donc les pages qui terminent ce volume être en quelque sorte l'avant-propos de cette œuvre de notre littérature médicale nationale, à laquelle M. Lépine serait bien, il me semble, autorisé, appelé et préparé par ses travaux antérieurs? C'est là un vœu qui, à coup sûr, n'est pas illégitime. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Extrait du « British medical journal ».

Des avantages comparatifs du raclage et des scarifications dans le traitement du lupus; par Malcom Morris. — Le raclage possède l'avantage d'être un procédé plus rapide mais il a l'inconvénient de donner des cicatrices plus difformes que la méthode des scarifications. C'est d'ailleurs un procédé mécanique, ayant pour but l'ablation du tissu malade, tandis que les scarifications appartiennent à la méthode conservatrice, modifient la nutrition et procurent la guérison avec une minime perte de substance. Dans le *lupus exedens*, elles sont bien supérieures à l'excision qui, entre autres désavantages, nécessite l'anesthésie du malade.

De l'emploi de l'antimoine dans le traitement de quelques dermatoses, par Malcom Morris — Dans ces observations, l'auteur a employé l'émétique sous forme du vin antimonié de la pharmacopée anglaise. Contre l'*eczéma* des adultes, il administrait chaque jour trois doses de vin antimonié et après quelques jours l'exsudation et l'irritation cutanées diminuaient. Dans l'*eczéma aigu* des enfants, il a obtenu les mêmes résultats ; mais dans les formes subaiguës, il était nécessaire d'en continuer l'emploi pendant longtemps sans que d'ailleurs ce médicament ne donnât lieu ni à la diarrhée ni à des nausées. Enfin contre l'eczéma impétigineux, les résultats furent moins heureux.

Sous l'influence du même médicament, l'*érythème* disparaît rapidement ; mais, contre les formes récidivantes, on doit persister longtemps dans son emploi. M. Baker l'avait préconisé contre le *prurigo* et M. Morris l'a vu procurer des guérisons dans des cas où l'arsenic, le fer, l'iode et l'huile de foie de morue avaient échoué. L'appétit et le poids augmentaient et il ne se produisait ni diarrhée, ni diaphorèse, ni nausées. Contre le *sycosis*, les succès du traitement ont été plus incertains. Pendant toute la durée de cette médication, il a pu suspendre les poussées d'un *urticaire* chronique ; mais contre le *psoriasis*, il a toujours vu l'antimoine être inférieur à l'arsenic. De ces faits, M. Morris conclut à l'utilité de l'antimoine dans le traitement de ces dermatoses et à doses réfractées de 1/240 à 1/32 de grain. — C. L. D.

Extirpation du rein, par Rosenbach. — Sur 65 opérations de cette nature collationnées par l'auteur, on compte 28 décès ; 13 tumeurs du rein, 9 morts ; 9 reins flottants, 2 morts ; 9 hydronéphroses, 3 morts ; 6 néphrotomies pour fistule de l'uretère, 2 morts ; 5 reins calculeux et douloureux, deux morts ; 17 pyélo-néphrites calculeuses ou non, 7 morts, un rein tuberculeux, un décès ; 2 blessures du rein, un décès ; 3 autres cas, 2 décès.

Le cas de Rosenbach se rapporte à un pasteur de 42 ans, atteint de pyélo-néphrite calculeuse avec tumeur rénale considérable, douleurs internes, épuisement par suppuration et hémorrhagies. Il pratiqua l'incision lombaire de Simon à laquelle il ajouta une autre parallèle à la crête iliaque. Le rein kystique dut être ponctionné et vidé de ses calculs (phosphates) pour être amené au dehors et pédiculisé. L'opération dura trois heures : pansement iodoformé. Malgré l'épuisement considérable des premiers jours, le malade se releva peu à peu, et au bout de quatre mois, il n'existait plus qu'une fistulette ; la dysurie avait cessé, et l'urine ne contenait plus que quelques globules de pus. (*Berlin Klin. Woch.*, 1882, n° 5.) — R. L.

©BIU Santé

Ethérisation locale dans la hernie étranglée, par FINKELSTEIN. — Le malade couché sur le dos, les jambes fléchies, le scrotum soutenu par un coussin, s'il s'agit d'une hernie inguinale, on verse une cuillerée ou deux d'éther ou mieux d'une mixture d'éther et d'huile de jusquiame (éther 5 parties, huile 1), moins irritante sur la tumeur herniaire ; par dessus on applique une compresse en trois ou quatre doubles. Cette application est répétée toutes les quinze minutes ; à la troisième ou quatrième fois, l'intestin rentre quelquefois de lui-même dans l'abdomen ; ou on procède à un taxis de douceur qui obtient facilement ce résultat. L'auteur a eu par ce procédé 54 succès sur 58. Il réussit d'autant plus sûrement qu'on s'est moins livré auparavant à des manœuvres de taxis : l'indication est donc d'y recourir aussitôt l'étranglement déclaré. L'auteur n'a pas eu affaire, dans ces 58 cas, à une seule hernie épiploïque ; cette variété resterait probablement réfractaire à sa méthode, de même que les hernies aux enveloppes épaissies et indurées. (*Berlin. Klin. Woch.*, 1882, n° 30.) — R. L.

De l'origine typhique ulcéreuse, par M. le docteur E. RAPIN. — La fréquence des déterminations de la fièvre typhoïde sur le pharynx paraît être plus grande qu'on l'admet classiquement. Les angines qui peuvent marquer le début de la maladie se présentent sous forme d'ulcérations superficielles, arrondies et ovalaires, à bord peu élevé, à fond granité, et siègent spécialement sur la face antérieure du voile du palais. Leur diagnostic, difficile parfois, n'est confirmé que par l'examen des symptômes généraux. D'après M. Dérignac, ces lésions siègent sur les organes lymphoïdes du pharynx, et, d'après M. Rapin, elles ont pour origine la pénétration directe des germes typhiques dans les follicules de la région gutturale. (*Revue médicale de la Suisse romande* ; 15 décembre 1883.) — C. L. D.

Orchite ourlienne atrophiante ; complications cérébrales ; aphasie légère, mais prolongée, par le docteur SOREL. — Au cinquième jour d'une fièvre ourlienne chez un infirmier, après le début d'une orchite et au moment de la défervescence, et après un délire comparable à celui de la fièvre typhoïde, on a observé des troubles de la parole. Les réponses sont lentes, le malade cherche ses mots et cette gêne est causée par un certain degré d'aphasie motrice. Un mot trop long reste inachevé, la formation des dernières syllabes étant oubliée au temps même où les premières sont prononcées. Ces troubles persistèrent pendant plus d'une année. Notre distingué confrère attribue ces accidents à une ischémie probable de la branche de l'artère sylvienne gauche, qui se rend à la troisième circonvolution frontale, vraisemblablement accompagnée d'une lésion destructive de elle-ci. (*Archives de méd. militaire*, 15 décembre 1883, p. 429.) — C. L. D.

Des troubles nerveux dans l'indigestion, par HÉNOCH. — Dans ce mémoire, l'auteur relate plusieurs cas dans lesquels il a observé des troubles psychiques ou nerveux à la suite d'indigestions. Un jeune enfant de 3 ans, devenu subitement aphasique, retrouva subitement la parole après le vomissement de matières alimentaires. Dans ce cas et dans un autre, on constatait du retard du pouls, mais sans irrégularités, comme au début de la méningite avec lequel ces accidents pouvaient être confondus. Dans un autre cas, les symptômes de paralysie remplacèrent les troubles psychiques. L'emploi d'un vomitif suffit alors pour les faire disparaître. (*Wien. med. Blatt.*, 5 juillet 1883.) — C. L. D.

De l'emploi du salicylate de soude contre la migraine, par le docteur DEVLEZERSKY. — La malade, jeune femme de 28 ans appartenant à une famille de névropathes, éprouvait depuis l'instauration menstruelle des accès de migraine rebelles au traitement par l'iodure et le bromure de potassium, par l'ergotine, l'oxyde de zinc, le nitrate d'argent, la galvanisation de la tête et du sympathique cervical. Ces accès se produisaient à des intervalles variant de quelques jours à deux semaines. Le salicylate de soude fut administré dès le début de l'accès. Le résultat fut heureux et, depuis, la malade a fait usage de cette substance avec succès à quatre reprises. D'ailleurs, ce traitement a donné les mêmes succès à Sœligmüller (de Halle). (*Eulemburg Encyclopœdie*, 1881, t. IX, p. 42. — *Vrocheb. Vedom.*, 1882, n° 32, p. 539.) — C. L. D.

Résection du pylore, par SOUTHAM. — La première opération de cette nature tentée en Angleterre est peu encourageante. Le malade est mort quatorze heures après l'opération. Il s'agissait d'une tumeur limitée, mobile, chez un sujet ayant maigri rapidement et qui paraissait répondre à toutes les indications de la pylorectomie. Une incision transversale mena sur le néoplasme (squirrhe) isolé facilement des parties avoisinantes, enlevé en entier, le viscère reconstitué par 21 ligatures de soie, abouché au duodénum ; la toilette du péritoine opérée, la suture abdominale compléta le manuel. L'autopsie

©BIU Santé

révèle une légère congestion des organes voisins du champ opératoire, et surtout une notable quantité de sérosité dans la cavité abdominale. A une première opération, southam, dont la conviction reste entière, se propose de drainer la cavité par deux tubes ressortant par la plaie des parois. (*The British med. Journ.*, juillet 1882.) — R. L.

Cholecystotomie, par Lawson Tait — Une femme de 28 souffrait depuis plusieurs années de douleurs paroxystiques dans l'hypochondre droit qui présentait une tumeur rapportée jusqu'alors à un rein flottant calculeux. Le dernier chirurgien réforma le diagnostic qui fut porté : vésicule biliaire distendu par la bile ; obstruction des voies biliaires par un calcul. Sur cette idée, il proposa une opération qui ne fut pas immédiatement acceptée. Autorisé enfin à agir, il pratiqua une incision verticale sur la paroabdominale ; tombait sur la vésicule distendue dont il tirait par aspiration près d'une pinte d'un mucus filant ; puis l'ouvrant, il en extrayait près d'une centaine de calculs de petite dimension, au moyen de la curette. Le pansement commun, non listérien, fut appliqué ; la guérison était obtenue rapidement, sauf persistance d'une fistule biliaire, qui attestait au moins la perméabilité des canaux. C'est ce qui engagea l'auteur à fermer cette fistule, et cette seconde opération amenait une guérison définitive. (*The Brit. med. Journ.*, novembre 1882.) — R. L.

Valvule cicatricielle du cardia, par Quincke, de Kiel. — Un journalier de 42 ans souffrait de l'estomac depuis une dizaine d'années. Il avait des vomissements fréquents quelquefois marc de café, et se plaignait d'une douleur épigastrique presque persistante. Il existait une dilatation marquée de l'estomac. Les vomissements étaient faciles, mais la déglutition complète très gênée, et la sonde œsophagienne rencontrait près du cardia un obstacle infranchissable, sauf, quelquefois, avec un fort calibre. Le lavage de l'estomac en fut rendu impossible, malgré les indications. Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, le malade mourait après quelques mois à la suite d'une abondante hématémèse.

L'autopsie montra, en dehors de certaines lésions secondaires et de la dilatation de l'estomac, deux vastes ulcères gastriques, dont l'un siégait sur la petite courbure au voisinage du pylore, en forme de croissant et ayant, par un commencement de cicatrisation, réduit cette ouverture à une circonférence de 4 centimètres. Le deuxième, comprenant le cardia et encore la petite courbure, avait 6 centimètres de large sur 11 de long et remontait sur l'œsophage. La partie inférieure de celui-ci était dilatée en entonnoir, avec des parois très épaissies. 1 centimètre 5 environ en était pris dans le processus ulcératif ; et le point de départ de l'hémorrhagie mortelle se trouvait là même. Une sorte de poche s'était formée en cet endroit limitée par le foie et le poumon droit, dans laquelle conduisait une ouverture cicatricielle en boutonnière. C'est là qu'on venait buter dans le cathétérisme (la sonde pénétrant dans cette cavité) et qu'étaient souvent arrêtés les aliments rendus peu de temps après l'ingestion. (*Deutsch. Arch. für Klin. med.*, 1882, 3 et 4 f., p. 409.) — R. L.

De la capacité cérébrale à la ville et à la campagne, par Ranke. — D'après les recherches de Welcker, le développement physique est plus pleinement atteint à la campagne qu'à la ville ; mais étant admis qu'un organe en particulier s'épanouit en proportion de son activité fonctionnelle, on devait s'attendre à ce que la capacité cérébrale des urbains dépassât celle des ruraux. C'est ce que l'auteur a établi d'après un assez grand nombre de mensuration. La capacité moyenne des premiers est de 1442 centim. cubes ; celle des seconds 1419. Différence 23 centim. cubes. Les maximums observés ont été 1815 et 1780. Les minimums 1103 et 1100 centim. cubes. Cependant la moyenne des minimums est plus faible à la ville qu'à la campagne, respectivement 1218 et 1280. (*Biltræg. f. Biologie*, 1882, p. 285, d'après *Schmit's Jahrb.*). — R. L.

Les réformes dans le service sanitaire d'Egypte.

Chaque jour, la conquête administrative de l'Egypte par le fonctionnarisme britannique s'affirme dans des actes hostiles à nos compatriotes. Jusqu'ici, le principal et dernier obstacle aux prétentions du commerce anglais est le conseil sanitaire international d'Alexandrie. M. Clifford Lloyd, qu'on gratifie pompeusement du titre d'*inspecteur des réformes en Egypte*, a vraisemblablement trouvé le moyen habile de mettre de côté le contrôle de nos distingués compatriotes qui étaient membres de ce Conseil.

La population française de la colonie étrangère d'Egypte est des plus nombreuses ; la réputation et la compétence de nos compatriotes qui exercent la médecine dans le

pays méritent l'estime générale ; voilà deux raisons pour lesquelles, avec un bon sens aussi faible que sa gallophobie est grande, le réformateur du pays des Pyramides met les médecins français hors de la commission de réorganisation, et y fait entrer un médecin allemand, un médecin autrichien, deux médecins indigènes, un fonctionnaire arménien et lui-même enfin, est-il besoin de le dire ? La réforme consistera donc à mettre le conseil sanitaire maritime entre les mains de l'administration anglaise et à supprimer sinon en droit, du moins en fait toute surveillance sanitaire des épidémies.

Jusqu'en 1881, le service sanitaire égyptien, dont Clot Bey a été l'organisateur, était entre les mêmes mains. Depuis, Riaz Pacha le divisa entre l'intendance maritime, ayant pour objet la prophylaxie d'outre-mer, et le service sanitaire égyptien s'occupant seulement des intérêts particuliers à l'Egypte.

Aujourd'hui on prépare l'éloignement de tous les éléments du contrôle international et par conséquent de toute garantie pour l'Europe. Il y a loin de cette intervention toujours attentive et active de la diplomatie anglaise au laisser-aller avec lequel on accepte ailleurs les conséquences de ses décisions et au nouveau sans-gêne dont on fait preuve à l'égard de notre pays. — C. L. D.

VARIÉTÉS

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PISE.

Dernièrement, un de nos estimés confrères du département de la Marne, M. le docteur Brébant, entretenait ses collègues de la Société médicale de Reims d'un récent voyage dans la ville de Pise et publiait dans l'*Union Médicale du Nord-Est* quelques-unes des impressions médicales de sa visite à la Faculté de médecine de cette ville.

Cet établissement consiste dans un immense parallélogramme, divisé en deux carrés par des couloirs perpendiculaires, dans lesquels s'élèvent les amphithéâtres. L'un d'eux est destiné à la physiologie, à l'anatomie, à la médecine opératoire, aux examens probatoires de ces études et aux cours généraux de médecine ou de chirurgie proprement dites.

Cet amphithéâtre surmonte un sous-sol en communication directe avec la salle des morts de l'hôpital. Une trappe mobile supporte la table de dissection, amène le cadavre au centre, ou bien le fait disparaître avec la même facilité sur un signe du professeur. Ces dispositions ne sont pas parfaites cependant, car, d'après M. Brébant, une odeur cadavérique infecte les couloirs qui sont en quelque sorte les ventilateurs des sous-sols.

L'autre amphithéâtre destiné aux cours de physique, de chimie, d'histoire naturelle et de matière médicale, d'histologie et de microscopie, est aménagé aussi ingénieusement pour les démonstrations pratiques. A cet effet une table mécanique est disposée de telle sorte que les préparations se transportent et se placent tour à tour sous les yeux des auditeurs qui n'ont pas besoin de changer de place pour les examiner.

Le long des couloirs se trouvent les cabinets des professeurs. Ces cabinets sont doubles, l'un servant aux cours spéciaux, l'autre étant réservé au professeur. Les collections occupent les étages supérieurs: elles consistent dans le matériel d'enseignement, le musée d'anatomie humaine, normale et pathologique, et une magnifique collection de crânes des peuples de l'Amérique méridionale, depuis les Incas jusqu'aux Patagons, collection réunie par le professeur Savi.

Les conditions hygiéniques des hôpitaux sont des plus favorables. Par leur situation topographique, ils avoisinent la campagne. Leurs salles immenses ont la hauteur de deux étages, un cube d'air considérable et un petit nombre de malades. Les salles des cliniques ne possèdent que quinze ou vingt lits et même un nombre encore plus petit dans les services d'accouchement et de chirurgie.

Le cabinet de chaque professeur de clinique possède un arsenal complet d'instruments d'observation clinique, sphygmographes, pneumographes, thermomètres, microscopes, ustensiles et réactifs destinés à la chimie biologique, à l'analyse des urines ou à l'examen du sang. Enfin on trouve, au lit de chaque malade, un registre où l'observation est consignée au jour le jour, et un tableau graphique du pouls, de la température et de l'analyse des urines.

Des lavabos spécialement destinés aux médecins et aux élèves existent dans tous les services. Ils sont munis de deux robinets, l'un donnant de l'eau pure et l'autre, de l'eau phéniquée.

©BIU Santé

L'amphithéâtre de la clinique chirurgicale est largement éclairé par une toiture vitrée et par des verrières latérales. Au centre, la table d'opération est disposée de telle sorte que les élèves suivent facilement tous les détails des opérations.

Beaucoup de ces dispositions, selon la remarque de M. Brébant, sont dignes d'être imitées. Elles témoignent d'une grande sollicitude pour faciliter le plus possible l'instruction pratique des élèves dans cette Université dont la Faculté de médecine, l'Ecole de pharmacie et l'Ecole d'accouchements ne sont pas les moindres établissements.

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (1)

Séance du 27 octobre 1883. — Présidence de M. Reliquet.

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

La correspondance imprimée comprend les journaux périodiques de la quinzaine : le *Progrès médical*, le *Concours médical*, le *Journal d'hygiène*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, le *Journal médical*, le *Journal des sages-femmes*, le *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, année 1882.

M. Apostoli remercie par lettre la Société de l'avoir nommé membre titulaire.

M. Thevenot dépose un exemplaire de son mémoire : *Contribution à l'étude du catarrhe intestinal à mucosités membraniformes.*

M. Thorens dépose un exemplaire de son mémoire sur la *Luxation des phalangines des doigts en avant.*

M. Loison (de Brunoy) prend la parole pour la lecture d'une observation sur un cas de chylurie. Le travail de M. Loison, présenté à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant sera soumis à l'examen d'une commission composée de MM. Gillebert Dhercourt, Cyr et Dubuc.

M Thevenot lit son rapport sur le prix Duparcque.

M. Polaillon fait une communication sur un cas de rupture de l'appendice iléo-cœcal et présente des pièces anatomiques, à l'appui de cette communication.

La Société se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions du rapport de M. Thevenot.

A la suite de cette lecture, la Société, après deux tours de scrutin, décide qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix cette année.

Dans la prochaine séance, on nommera une commission chargée de fixer le prix à décerner en 1885.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr Fauquez.

(1) Le présent procès-verbal avait été égaré parmi d'autres manuscrits; c'est pourquoi nous le publions après ceux du mois de novembre.

COURRIER

M. le docteur L.-G. Richelot, professeur agrégé, reprendra son cours auxiliaire de pathologie externe sur les *maladies chirurgicales du tube digestif* le samedi 5 janvier à cinq heures, dans l'amphithéâtre Laennec, et abordera l'étude des *hernies abdominales.*

— Par décret, en date du 14 décembre 1883, une médaille d'or de première classe a été décernée à M. le docteur Fouquet, médecin de la Société de bienfaisance du Caire, pour son dévouement exceptionnel lors de la dernière épidémie cholérique survenue en Egypte.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. Ladreit de Lacharrière : Note sur le traitement de la teigne tondante. — II. Bibliothèque. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causeries.

Note sur le traitement de la teigne tondante

(Note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 23 juin 1883),

Par M. le Dr Ladreit de Lacharrière, médecin en chef de l'institution des Sourds-Muets.

En 1876, j'ai appelé l'attention de l'Académie de médecine sur un nouveau traitement de la teigne tondante par l'huile de croton amalgamée avec du beurre de cacao et de la cire blanche, et j'ai signalé à cette époque les résultats heureux et rapides qui, depuis un an, ne s'étaient pas démentis.

A la suite de cette communication, mes amis MM. Cadet de Gassicourt à l'hôpital Trousseau, et Descroizilles à l'hôpital des Enfants, chargés des services des teigneux mirent à l'essai mon traitement, et en retirèrent comme moi les meilleurs résultats. Ces succès furent consignés dans des leçons reproduites dans les journaux de médecine, et ils ont été résumés dans la thèse de M. le docteur Rouquayrel en 1879.

Depuis cette époque, et je dirai même contrairement à mon désir, il s'est établi à la clinique otologique de l'institution nationale des sourds-muets un courant non interrompu de malades atteints de la teigne tondante, et chaque fois la rapidité relative de la guérison est venue justifier cet empressement du public.

Cependant les grands services de l'hôpital Saint-Louis n'ont pas encore adopté mon traitement facile et sans douleur, et lui préfèrent les pratiques traditionnelles où l'épilation renouvelle les épreuves cruelles de la calotte.

L'année dernière, la contagion de la teigne tondante ayant fait des progrès inaccoutumés dans quelques arrondissements de Paris, le Conseil d'hygiène fut appelé à donner son avis et ma surprise fut grande, en constatant qu'il n'était pas fait mention de mon traitement qui exige trois

FEUILLETON

CAUSERIES

SOUHAITS DE BONNE ANNÉE ENTRE MÉDECINS.

Je n'ai jamais vu arriver un *jour de l'an* sans songer à l'embarras profond dans lequel doit se trouver le souverain dispensateur de tout ce qui peut nous arriver d'heur et de malheur sur cette terre. En effet, les vœux des uns doivent se trouver fort souvent en contradiction avec ceux des autres, car, comme les vœux que l'on adresse en ce jour sont toujours « pour votre bonheur », et que ce qui fait le bonheur des uns fait le malheur des autres, il en résulte qu'il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de contenter les deux partis.

Sans sortir de notre monde médical, on peut trouver beaucoup d'exemples de cette contradiction.

Vous allez voir M. Pasteur, et vous lui présentez vos vœux les plus sincères pour la réalisation de ses désirs. Ceux qui visiteront M. Peter ou M. Colin (d'Alfort), et peut-être, cher lecteur, serez-vous de ceux-là, leur offriront les mêmes vœux tout aussi sincères pour la même réalisation. — Or, que peut désirer le plus M. Pasteur, sinon la découverte des microbes de tous les virus et l'atténuation de ceux-ci? M. Peter et M. Colin, de leur côté, ne désirent rien tant que la découverte d'un argument qui leur permettra de confondre M. Pasteur et ses théories. Comment mettre d'accord des désirs si opposés? Je sais qu'on le pourrait en produisant la conversion de l'un ou de l'autre

©BIU Santé

ou quatre fois moins de temps que tous les autres pour guérir cette désagréable affection.

J'ai pensé que je ne devais reprocher qu'à moi-même de n'avoir pas fait pénétrer dans l'esprit de mes maîtres et de mes confrères ma confiance en une médication qui m'a toujours paru infaillible. J'espère être plus heureux en faisant connaître des résultats qui, depuis sept ans, ne se sont pas démentis un seul jour.

Quelques mots sur la nature et sur l'évolution de la teigne tondante ne seront pas ici sans intérêt.

En 1843, Gruby, dans une communication à l'Académie des sciences, signala le premier la présence du trichophyton dans la teigne tondante, mais il semble confondre dans la description la teigne tondante avec la pelade.

D'après M. Lailler (*Leçons cliniques sur les teignes*, 1878), c'est à Malmsten que nous devons les premières notions sur les relations de cause du trichophyton avec la teigne tondante (Stockholm, 1845).

En 1853, les remarquables recherches de Bazin firent mieux connaître la nature parasitaire de la teigne: Bazin signala le premier l'identité de nature de la teigne tondante, de l'herpès circiné, et du sycosis. Cette manière de voir a été confirmée depuis par les travaux de Bouchard (*Etudes expérimentales sur l'identité de l'herpès circiné et de l'herpès tonsurant*, Lyon, 1860).

En 1863, M. Hardy, dans ses leçons sur les maladies de la peau, proposa de désigner les trois affections de même origine sous le nom de trichophytie; je veux citer encore les recherches de Mahaux sur le trichophyton et les affections cutanées qu'il détermine. (Thèse d'agrégation, Bruxelles, 1869.)

D'après M. Robin, le trichophyton de la teigne tonsurante est un champignon de la division des Arthrosporées de la tribu des Torulacées. Les spores donnent naissance à des filaments articulés constitués par des spores enchaînés en filaments moniliformes qui, en se développant, rampent dans l'épaisseur de la substance du cheveu dans la direction de la longueur et, accessoirement, quand celui-ci est rompu, occupent les croûtes épidermiques et sébacées du cuir chevelu.

Les filaments en chapelet auxquels donnent naissance les spores ont des

---

parti aux idées de l'autre ou de l'un, mais je crois qu'avant de voir cela, il coulera encore beaucoup d'eau sous les ponts.

Et les candidats à une place quelconque d'académicien, de professeur, d'agrégé, de chirurgien ou de médecin des hôpitaux, de prosecteur, et même d'interne, que de vœux sincères ne reçoivent-ils pas, dont la réalisation ne pourrait s'accomplir qu'à la condition d'empêcher celle d'autres vœux non moins sincères sortis parfois de la même bouche!

Je vous souhaite une bonne année! Que de choses l'intéressé peut sous-entendre, sans espérer beaucoup de les voir s'accomplir!

Tous les présidents de l'Académie, je devrais dire tous les académiciens, depuis de longues et nombreuses années, ont souhaité un autre local pour tenir leurs séances, loger leurs bureaux et leur bibliothèque, pour être chez eux, dans leurs meubles! Quand y seront-ils? Eux du moins ne trouvent pas beaucoup d'adversaires qui fassent de vœux contradictoires, et cependant leur vœu n'est pas près d'être réalisé.

Le Conseil municipal (restons toujours dans le côté médical) désire la laïcisation de nos hôpitaux. Sera-t-elle complète cette année? Et surtout, quand elle sera terminée, aura-t-on fait beaucoup pour le bonheur des malades? Car c'est là surtout ce qu'il faut souhaiter; et, entre nous, j'aimerais bien mieux voir échouer les projets du Conseil municipal, s'ils devaient ne contenter que certains conseillers, que de les voir réussir aux dépens de la clientèle hospitalière. Ici, nous sommes assez portés vers cette dernière manière de voir, mais nous souhaitons sincèrement de nous tromper. L'avenir nous montrera qui avait raison.

La Faculté de médecine désire, depuis longtemps aussi, des locaux plus vastes, mieux

©BIU Santé

bords qui tendent à former une ligne ondulée, mais dans l'intérieur desquels on voit que les spores sont un peu écartées l'une de l'autre.

Les spores du trichophyton sont-elles réunies par un mycélium, comme l'a avancé timidement Bazin, et comme semblent le confirmer les travaux de Mahaux?

D'après M. Lailler, quand on parvient à enlever un cheveu malade avec sa racine, on constate qu'il est brisé dans sa partie intra-dermique, mais les fragments sont maintenus par une gaîne épidermique qui enserre le cheveu.

Si on examine cette gaîne épidermique au point d'émergence du cuir chevelu, on la trouve remplie de spores mêlées à des cellules épidermiques. Dans quelques cas, on trouve de petites ramifications transparentes, ayant toutes les apparences de tubes à parois parallèles, habituellement vides, mais renfermant quelquefois des spores qui, au lieu de la forme arrondie commune, prennent la forme ovale ou carrée; ce sont de véritables tubes de mycélium.

Dans l'herpès circiné, la recherche du parasite est beaucoup plus difficile. On ne le trouve guère que dans les squames et les poils qui forment la limite de l'éruption.

D'après les expériences de Bouchard, les éruptions provoquées par la présence du trichophyton se développent après une période d'incubation ou de germination qui ne dépasse pas dix jours. Ces éruptions se présentent sous trois formes dont les caractères semblent déterminés par les parties du corps sur lesquelles le champignon a été déposé :

1° Si c'est sur une partie de la peau dépourvue de poils, l'éruption prend les caractères du pityriasis alba, de l'érythème circiné et de l'herpès circiné;

2° Si c'est dans la barbe, nous constatons le sycosis ou mentagre;

3° Enfin, si c'est au cuir chevelu, la maladie prendra les caractères de la teigne tondante.

D'après M. Guibout, les accidents initiaux de la teigne tondante seraient caractérisés par de l'herpès circiné, de l'érythème et du pityriasis. Les spores trichophytiques, avant de pénétrer dans les follicules des cheveux, agiraient sur le derme chevelu comme sur les autres parties du corps.

A une seconde période plus tardive et plus avancée, le champignon ayant

---

distribués, mieux aménagés, des laboratoires où des centaines d'élèves puissent se livrer à des travaux pratiques sans geler en hiver ou étouffer en été, des instruments nombreux, bien entretenus, perfectionnés; des répétiteurs en nombre suffisant et assez bien rétribués pour consacrer tout leur temps aux élèves. Puissent ces vœux se réaliser! Je souhaite encore aux élèves d'avoir bien vite à leur disposition une bibliothèque où ils puissent travailler sans être dérangés par le grincement des échelles et la crainte de voir disparaître leur paletot, leur chapeau ou leur parapluie, dans une salle bien éclairée et bien aérée en tout temps, bien chauffée en hiver, où tous les livres nouveaux arrivent tout reliés aussitôt après leur apparition, et en nombre suffisant pour que chaque lecteur qui prend la peine d'y venir travailler soit sûr de trouver ce qu'il désire. Je souhaite qu'il y ait à la Faculté autant d'agrégés que de professeurs, pour que les cours complémentaires soient plus nombreux et plus utilement faits; que la limite d'âge pour le professorat... Mon Dieu, qu'allais-je dire!

Mais pour la réalisation de tous ces beaux projets, dont quelques-uns du moins sont en bonne voie d'exécution, il faudrait qu'un dernier vœu, ou un premier, comme on voudra, fût exaucé; je voudrais qu'un puissant virement dans le budget des ministères transférât dans les caisses de l'instruction publique ce qu'on verse dans celles de la guerre; que les gouvernements fussent bien persuadés que le problème de la perfection de l'homme ne peut se résoudre à coups de canons, mais à force de travaux et de découvertes scientifiques, et mon vœu sera bien près de se réaliser. Alors l'âge d'or règnerait pour la Faculté et pour l'Académie, qui verraient leurs vieilles salles humides, salpêtrées (je pourrais ajouter bien des épithètes), remplacées par des palais dignes d'elles et de leur haute mission de progrès.

©BIU Santé

pénétré plus profondément, on constate autour de la racine du cheveu la gaîne blanchâtre amiantacée, les poils se tortillent, se brisent et finissent par tomber. Les érythèmes du trichophyton prennent toujours la forme circulaire d'anneaux qui vont en s'élargissant; la perte des cheveux dans les parties malades détermine de véritables tonsures qui ont fait donner à cette forme morbide le nom de teigne tonsurante.

Il serait superflu de mentionner la facilité avec laquelle la trichophytie se propage ; sa contagion par les vêtements, les objets de toilette, les poussières qui se détachent et peuvent se déposer sur un individu voisin ; elle nécessite donc toujours l'isolement des enfants malades. Ce que je veux signaler seulement c'est la plus grande réceptivité du cuir chevelu des enfants et de la peau des jeunes animaux qui rend la teigne tondante si commune à cet âge alors qu'elle semble rare chez l'adulte.

La teigne tondante est très commune et longue. Quand elle pénètre, ce qui n'est pas rare, dans les écoles rurales, bien peu d'enfants échappent à la contagion. Depuis que l'on connaît la nature parasitaire de cette affection, on s'est appliqué à chercher une médication locale qui pût anéantir sur place le germe morbide. C'est la nécessité de débarrasser l'établissement auquel je suis attaché de cette maladie qui m'a poussé dans le même ordre de recherches. Après bien des tâtonnements, voici le traitement qui, lorsqu'il a été bien appliqué, m'a toujours donné des résultats relativement rapides et toujours infaillibles.

Le médicament qui m'a paru réaliser le mieux le but qu'on se propose de faire sortir du derme ou de détruire sur place les éléments morbides est l'huile de croton tiglium.

Quand on applique à la surface de la peau une goutte d'une huile quelconque, on remarque qu'elle s'étend rapidement, et que les poils activent beaucoup cette diffusion. Si cette huile contient un médicament actif, son action est bien atténuée, puisque au lieu d'agir sur une surface limitée d'un centimètre, elle se répand très vite sur une étendue cinq ou six fois plus grande. C'est ainsi que l'action de l'huile de croton avait été jugée absolument nulle contre la teigne tondante par un certain nombre de nos confrères qui ont réclamé la priorité de l'idée quoique ils n'eussent pas obtenu d'heureux résultats. J'ai pensé qu'en empêchant l'huile de croton de se répandre, je devais obtenir une action plus active, et j'y suis

---

* * *

Je vous souhaite une bonne santé ! Voilà certes un vœu qui ne doit pas sortir facilement de la bouche d'un médecin, à moins d'être adressé à un ami cher ou à une personne de sa famille (j'en excepte bien entendu la belle-mère, pour rester dans le courant d'idées relatif à cette intéressante personne). Mais dans les relations ordinaires du médecin, il n'y a guère que des clients qui, vous rencontrant le jour de l'an, vous disent instinctivement : « Docteur je vous souhaite une bonne année ! » et à qui vous répondez instinctivement aussi : « et vous pareillement ! » Or, la bonne année que vous souhaitez à votre client implique nécessairement l'idée que ce client ne sera pas malade de toute l'année, idée tout à fait en contradiction avec celle que ledit client vous a exprimée et qui voulait dire : « Bonne année, docteur ; ayez beaucoup de clients qui vous fassent appeler pour des riens, comme moi, qui ne vous demandent pas un tas d'explications saugrenues auxquelles vous êtes obligé de répondre gravement alors que vous étouffez une forte envie de rire ; qui ne demeurent pas trop haut à cause de votre asthme, de vos palpitations, ou d'un vieux rhumatisme dans la jambe, gagné sur le pavé de la salle de dissection ou d'autopsie, ou ailleurs ; qui vous reçoivent comme un ami et ne vous recommandent pas, sur un ton désagréable, de ne pas les charcuter, ce qui vous évitera la peine de leur répondre qu'on ne charcute que les c....., qui enfin n'oublient pas les services que vous leur avez rendus, les visites que vous leur avez faites à toute heure du jour et de la nuit, et qui ne vous proposent pas à la fin de l'année une réduction de 50 p. 100 sur le montant de votre note d'honoraires. »

©BIU Santé

parvenu en l'incorporant à de la cire vierge et à du beurre de cacao. J'ai fait faire des bâtons de cosmétique qui contiennent 50 p. 100 d'huile de croton, et que l'on peut conserver assez longtemps enveloppés dans une feuille de plomb. Cette enveloppe rend le maniement des lotions faciles, et met à l'abri les doigts de l'opérateur.

Quelques médecins qui n'ont pas voulu adopter ma méthode ont objecté que l'huile de croton n'était pas exempte d'inconvénients, qu'elle pouvait déterminer des inflammations violentes du cuir chevelu et des érysipèles. Je n'ai jamais eu à constater ces accidents en prenant la simple précaution de ne jamais faire une application dans une étendue de plus de 5 centimètres. Lorsque la tête est toute entière envahie, on la divise en un certain nombre de régions que l'on traite successivement.

Si les cheveux n'ont pas disparu dans la partie qu'on se propose de traiter, il est nécessaire de les couper aussi ras que possible, et il est préférable de les raser, si l'état du cuir chevelu le permet.

Après avoir frotté quelques instants la partie malade afin d'y déposer une couche aussi épaisse que possible du cosmétique à l'huile de croton, on recouvre la tête d'un linge de toile et d'un serre-tête en soie, afin de mettre les parties malades à l'abri du contact de l'air.

Le lendemain on constate une inflammation limitée, assez vive, caractérisée par la production d'une croûte jaunâtre plus ou moins épaisse et qui ressemble à celle du pemphigus.

L'application de quelques cataplasmes de fécule suffit pour calmer l'inflammation et pour déterminer la chute des croûtes. Si on examine ces dernières, on constate qu'elles contiennent un grand nombre de spores, et il m'est arrivé souvent de faire tomber ainsi d'un seul coup tous les éléments morbides. Il suffit d'appliquer pendant quelques jours de l'huile d'amandes ou de la glycérine pour faire cesser le gonflement et la rougeur du cuir chevelu. On constatera alors à la loupe, et par le toucher, s'il existe encore des germes morbides, et s'il y a lieu de faire par conséquent une nouvelle application.

Ce traitement est simple, facile, exempt de dangers et même d'inconvénients, et peut être appliqué par tout le monde. Voici maintenant les résultats qu'il m'a donnés.

Cent cinquante malades ont été traités à ma clinique, et leurs noms sont

---

Des clients comme ceux-là, je vous en souhaite beaucoup, chers lecteurs, du premier janvier à la Saint-Sylvestre, mais à la condition toutefois que vous ne chercherez pas à les prendre dans ma clientèle. Sans cela, rien de souhaité.

* * *

Deux médecins se rencontrent. « Je vous souhaite une bonne année, mon cher confrère ! — Et moi de même, mon cher confrère ! » Puis la réflexion vient : « Ce cher X..., que vais-je lui souhaiter là ! Il a tout ce qu'il peut désirer, et même au delà : belle clientèle, fortune, santé, jolie femme, décoré, il ne lui manque qu'un fauteuil à l'Académie ; mais moi aussi, je.... ; pourvu que mon souhait ne se réalise pas trop tôt. »

Voici deux académiciens, deux consultants très connus. « Bonne année ! — Bonne année ! » L'année pourrait être bonne pour tous deux sans que ni l'un ni l'autre en pâtit ; mais je ne suis pas bien sûr que le souhait sorte de leurs lèvres sans être accompagné de la même arrière-pensée que celle qui termine le paragraphe précédent ! Car notre nature humaine est ainsi faite que souvent le bien d'autrui nous paraît arriver au détriment du nôtre ; si comblés que nous soyons des faveurs de la fortune, nous ne serions pas fâchés de l'être encore davantage. Je ne serais pas étonné d'apprendre que l'Académie n'a pas tenu sa séance hebdomadaire d'aujourd'hui, 1er janvier 1884, pour éviter à ses membres et à ceux qui, voulant le devenir, usent un peu tous les mardis les dalles de la salle des pas-perdus, la peine de s'offrir mutuellement des vœux qui pourraient ne pas être sincères. S'il en était ainsi, nous ne pourrions que l'approuver de se donner ce petit congé, le premier depuis sa fondation.

©BIU Santé

fidèlement inscrits sur un registre que tout le monde peut consulter. Vingt-cinq d'entre eux n'ont pas été ramenés pour me faire constater la guérison. Je pense qu'ils sont guéris, mais je n'ai pas le droit de l'affirmer; les cent vingt-cinq autres ont été guéris dans les délais que voici :

Dans moins d'un mois, 11; d'un mois et demi, 43; de deux mois, 16; de deux mois et demi, 14; de trois mois, 16; de trois mois et demi, 3; de quatre mois, 9; de quatre mois et demi, 1; de cinq mois, 2; de six mois, 4; de sept mois, 4; de neuf mois, 1. — Total : 124.

Un malade chez lequel il y a eu trois récidives a été en traitement quatorze mois. Dans l'énuméré ci-dessus, je me suis servi de l'expression de moins d'un mois, deux mois, etc., parce que les malades étaient guéris depuis plusieurs jours quand ils sont venus le faire constater, et demander un certificat qui leur permît de retourner à l'école.

Je ne crois pas qu'il soit scientifiquement exact d'établir des moyennes pour la durée du traitement de la teigne tondante par le cosmétique à l'huile de croton, parce qu'on ne peut pas légitimement établir des comparaisons entre le traitement des cas simples avec les graves. Chez quelques malades, l'affection semble très étendue, mais elle est de date récente, et le derme n'est pas profondément pénétré par le microphyte; une seule application suffit pour chaque plaque de teigne; chez d'autres, le mal paraît circonscrit, mais il date de longtemps; il faudra pour ceux-ci deux ou trois applications successives, et comme elles ne pourront être faites qu'à des intervalles de dix ou douze jours, la durée du traitement se trouvera très augmentée.

Quoi qu'il en soit, si on compare le traitement par l'huile de croton au traitement par l'épilation et les applications parasiticides, on reconnaîtra que le premier est moins douloureux, qu'il peut être appliqué par tout le monde, qu'il est d'une efficacité beaucoup plus grande et beaucoup plus rapide. Il serait trop long d'établir un parallèle entre mon traitement et ceux qui ont été mis en usage. La calotte était une épilation en masse; elle provoquait une douleur atroce, mais de courte durée; l'épilation est presque aussi barbare, elle met l'enfant dans un état nerveux qui ne tarde pas à altérer sa santé si les séances sont trop rapprochées; aussi le traitement par l'épilation est-il au minimum de plusieurs mois, et la durée d'un an et quinze mois est des plus fréquentes.

Il est cependant des vœux qu'on peut former sincèrement, quelle que soit d'ailleurs leur chance d'être réalisés; par exemple mes vœux à la Faculté, à l'Académie, aux étudiants. J'en forme d'autres non moins sincères pour ne plus voir de dentistes non médecins (je crois que je me répète); pour voir tous les éditeurs gagner de l'argent avec les bons livres et les bons journaux et en perdre avec les mauvais; pour voir l'*Union Médicale* tirer à plus d'exemplaires que n'en peut produire en vingt-quatre heures la presse que nous consacre l'imprimerie Alcan-Lévy. Puisque, d'après le Bulletin du 27 décembre de notre cher rédacteur en chef, nous avons tout ce qu'il faut pour faire un bon journal, c'est-à-dire des collaborateurs jeunes, instruits, infatigables, sans compter deux causeurs spirituels (c'est lui qui l'a dit), nous sommes sûr que ce vœu va se réaliser, si ce n'est déjà fait. Alors tout médecin un peu soucieux de sa dignité professionnelle ne voudra certainement plus sortir dans la rue sans avoir à la main l'*Union Médicale*.

Bonne année aussi, et surtout bonne santé à vous tous, chers confrères de la campagne, dont j'ai partagé par ci par là le dur labeur, pas beaucoup, à la vérité, mais assez pour avoir pu apprécier tout ce qu'il vous faut d'abnégation, de courage et de dévouement pour remplir vos devoirs professionnels. Puissiez-vous bientôt (et nous aussi d'ailleurs) être dispensés de payer la patente qui vous assimile à de simples commerçants. Commerçant! Boutiquier! celui qui va par tous les temps, tous les chemins, et à toute heure, et souvent *gratis pro Deo*, faciliter l'entrée en ce monde de misères à un jeune citoyen qui ne lui en saura probablement jamais gré! Ainsi vont les choses!..... Encore une fois, bonne année!

Si de votre côté, chers lecteurs, vous voulez bien me souhaiter quelque chose d'agréable,

©BIU Santé

Je n'ai pas à rechercher pourquoi, à l'hôpital Saint-Lôuis, mon traitement n'a pas donné les mêmes résultats qu'à la clinique des Sourds-Muets. Je me suis demandé si le personnel attaché à la pratique lucrative de l'épilation n'apportait pas quelque méfiance dans l'application des autres moyens qui pourraient être mis en usage par le premier venu. Les exigences d'un service hospitalier considérable ne permettent pas à nos confrères de surveiller l'application des remèdes qu'ils prescrivent, et, en constatant des résultats médiocres, ils ne se demandent pas si on ne doit pas les attribuer à la manière dont on a procédé.

Une des sœurs de mon service a bien voulu se charger spécialement du traitement de la teigne; elle sait qu'elle doit guérir à coup sûr, et que la guérison sera d'autant plus rapide qu'elle aura apporté plus de soins dans ses pansements; aussi la durée du traitement est-elle un peu moins longue aux Sourds-Muets qu'elle ne l'est dans les services de mes confrères et amis, MM. Cadet de Gassicourt et Descroizilles, qui ont cependant adopté l'emploi des cosmétiques à l'huile de croton.

J'aurai atteint le but que je me suis proposé, si je puis parvenir à faire partager à mes confrères ma confiance absolue dans le traitement que j'ai préconisé. Le jour où il sera généralement adopté, la teigne, dont tout le monde reconnaît l'augmentation et la propagation dans les campagnes, deviendra de plus en plus rare.

BIBLIOTHÈQUE

Thèses d'agrégation de la Faculté de médecine de Paris. (*Section d'accouchements.*)
DES MÉTHODES ANTISEPTIQUES EN OBSTÉTRIQUE, par le docteur Paul BAR. Paris. Alexandre Coccoz, libraire-éditeur, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Rien de plus actuel ni de plus intéressant que cette thèse.

Depuis les travaux de Pasteur sur les fermentations et sur la putréfaction, les médecins ont cherché les méthodes qui permettent de placer les malades à l'abri de ces germes dont l'effrayante puissance était démontrée par l'expérimentation. Ainsi sont nées les méthodes antiseptiques.

permettez-moi de vous dire ce que je désire : ne pas être obligé d'écrire un feuilleton le soir du Jour de l'An, surtout quand j'ai la migraine.

Bien sincèrement à vous. SIMPLISSIME.

P. S. — Je viens de recevoir une nouvelle agréable dont il faut que je vous fasse part. Les internes de l'hôpital Saint-Louis, dans le but de procurer à leurs malades quelques douceurs agréables ou des secours plus utiles, ont organisé une soirée qui aura lieu le samedi 12 janvier à minuit, à l'hôpital. Les cartes d'invitation sont de petits chefs-d'œuvre signés Henriot. Elles sont ainsi conçues :

*La direction de l'*OPÉRA POLYMORPHE *vous prie de lui faire l'honneur d'assister à la représentation de* LOUIS IX *qui aura lieu,* etc.

Les grandes attractions de la soirée seront les ballets des *amputés,* des *galeux* et *galeuses* en tenue de friction, et des *éclopés de Vénus* allant en pèlerinage à Mercure et à la fontaine KI, comme les représentent les gravures de la carte d'invitation. C'est tout ce qu'il y a de plus médical, comme vous voyez. En fait de choses extra-médicales, on m'en a annoncé de si alléchantes que je n'ose y croire et que j'attends, pour vous en parler, de les avoir vues de mes yeux. Croyez que je les ouvrirai le plus possible.

Cette manifestation en faveur des malades d'un hôpital me paraît une idée fort heureuse. J'ai parlé dans une de mes précédentes causeries des services que rendrait à notre hôpital français de Londres une fête de bienfaisance donnée à son profit; la soirée de l'hôpital Saint-Louis me paraît être un premier pas vers la réalisation du vœu que j'ai formé alors, et que je renouvelle de plus belle à l'occasion du Jour de l'An et de la *représentation de Louis IX.*

©BIU Santé

Vouloir appliquer la théorie microbicide à toutes les maladies, et assimiler le corps humain à une cornue, c'est renouveler une ancienne erreur que le talent du professeur Peter a récemment encore combattue avec éclat; mais si l'efficacité des vaccinations avec les virus atténués — ou plutôt des inoculations, car on ne saurait comparer l'expérience du célèbre physiologiste à la découverte de Jenner — est encore à démontrer, il faut ajouter et dire bien haut que *la pénétration dans l'organisme de certains éléments encore mal déterminés cause des maladies infectieuses qui entraînent la mort, et qu'en empêchant cette pénétration on sauve des milliers et des milliers d'êtres humains.* Les statistiques des chirurgiens et des accoucheurs prouvent que l'application rigoureuse de la méthode listérienne, c'est-à-dire des procédés antiseptiques, fera disparaître peu à peu certaines affections des plus redoutables, telles que l'infection purulente, la fièvre puerpérale, etc., etc. C'est un progrès immense.

A l'exemple du docteur Paul Bar, jugeons la méthode antiseptique d'après ses résultats en obstétrique.

Les épidémies de fièvre puerpérale datent de loin. Elles devinrent plus violentes et plus nombreuses lorsque les études d'anatomie pathologique prirent un nouvel essor. Plus on faisait d'autopsies de femmes mortes en couches pour chercher la cause de cette effrayante mortalité, plus la mortalité augmentait.

En 1850, on ne savait rien de sérieux sur l'origine des épidémies puerpérales.

C'est vers cette époque que, presque simultanément, en Allemagne, en Angleterre et en France, furent publiés des travaux qui sont le point de départ de tous les progrès réalisés depuis.

Semmelwein, étudiant toutes les épidémies qui se sont succédé de 1664 à 1847, montre qu'il eût été possible de les éviter si l'on eût empêché les substances putréfiées de se mettre en contact avec les plaies de l'appareil génital. Pénétré de cette idée que le médecin est souvent l'agent de propagation de l'infection puerpérale, il prend toute une série de mesures prophylactiques.

Semmelwein était attaché à la clinique d'accouchements de Vienne.

Avant lui, la mortalité s'était élevée jusqu'à 9,92 p. 100. Semmelwein ne procède à aucune intervention, ne fait aucun examen sans s'être préalablement désinfecté les mains avec du chlorure de chaux. Il exige que tous les élèves de son service prennent les mêmes précautions, et la mortalité s'abaisse subitement à 1,27 p. 100, c'est-à-dire qu'elle redevient ce qu'elle était à l'époque où les médecins de la clinique de Vienne ne faisaient aucune autopsie.

Quelques établissements hospitaliers allemands, et plus tard les maternités étrangères suivirent l'exemple de Semmelwein. Il est triste d'ajouter, suivant l'expression du professeur Le Fort, qu'il fallut dix ans pour que les Maternités de Paris participassent aux progrès des Maternités étrangères,

Grâce à la lutte persévérante du chirurgien en chef de la Maternité de Paris contre les anciens errements, la méthode antiseptique finit par y être rigoureusement appliquée. M. Lucas-Championnière prenait des mesures analogues à l'hôpital Cochin. On peut voir, à la Maternité de Paris, un tableau éloquent de la mortalité de cet hôpital. Celle-ci y est figurée par des colonnes noires d'autant plus élevées que la proportion des décès est plus grande. On voit ces colonnes diminuer de hauteur dès que les mesures sont prises, remonter dès que la rigueur se relâche, et en définitive aller toujours en s'amoindrissant, à mesure que la méthode antiseptique se perfectionne, si bien que la mortalité, qui en 1864, année meurtrière, fut de 20 p. 100, n'a été en 1883 que de 1 p. 100.

La création d'accoucheurs des hôpitaux, dans ces derniers temps, a encore amélioré la situation, comme le prouvent les statistiques. Ils ont veillé à ce qu'une antisepsie sérieuse fût mise en pratique chez les sages-femmes. Sur 555 accouchements faits chez les sages-femmes dépendant de l'hôpital Lariboisière, du mois de novembre 1882 au mois de mai 1883, il y a eu 1 décès. Sur 860 accouchements faits chez les sages-femmes surveillées par M. Ribemont, il y a eu 3 décès, dont 1 par pneumonie. Enfin, la statistique de M. Budin donne 3 décès pour 1,021 accouchements. De tels résultats n'avaient pas encore été obtenus et sont dus *à la rigueur de la méthode antiseptique.*

Le vœu que Semmelwein formait en 1847 se trouve aujourd'hui réalisé. On peut dire que les épidémies de fièvre puerpérale n'existent plus.

La thèse de M. Bar est un travail fort bien fait et d'un vif intérêt, comme le prouve la courte et incomplète analyse que nous venons de donner d'un seul de ses chapitres, l'*antisepsie jugée d'après ses résultats.*

Le lecteur trouvera, dans cette monographie, tous les renseignements nécessaires sur les divers procédés et leur valeur relative; sur la désinfection des locaux et des objets mobiliers, du personnel médical ou auxiliaire; sur l'antisepsie pendant la grossesse,

©BIU Santé

pendant le travail, pendant la délivrance, pendant les suites de couches. Un chapitre est spécialement consacré à la méthode antiseptique dans le cathétérisme et le traitement de la cystite chez les accouchées. Dr H. Stapfer.

Des formes diverses d'épidémies puerpérales, par le docteur Charles Maygrier. (Thèse de concours d'agrégation.) Paris. O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

Besogne difficile et tout à fait ingrate, étant donné l'état actuel de la science sur un pareil sujet!

Comme le dit fort bien l'auteur, pour être complet, il aurait fallu prendre l'histoire détaillée de toutes les épidémies puerpérales qui ont été observées et décrites; il aurait fallu faire la critique de toutes les épidémies anciennes, et chercher par une analyse minutieuse à élucider, à l'aide des connaissances actuelles, des faits mal décrits ou mal interprétés; il aurait fallu enfin passer en revue toutes les épidémies modernes, grandes ou petites, violentes ou légères, les suivre dans leur mode de développement depuis leur apparition, dans leurs symptômes, leurs formes cliniques, leur marche et leur terminaison. En fin de compte, *ce travail de géant n'aurait eu qu'un intérêt historique.*

On a depuis longtemps comparé l'infection puerpérale à un protée. Celui-ci avait plus de mille formes. Faut-il en décrire autant? Que de divisions et subdivisions artificielles!

Aussi, le docteur Maygrier s'est-il borné à esquisser rapidement quelques-unes des épidémies qui ont régné sur les femmes en couches. Il en a dégagé les formes les plus nettes qu'il lui a semblé possible d'établir.

Deux faits d'une haute importance ressortent, pour lui, de cette étude.

D'une part, on voit les femmes accouchées, lorsqu'elles sont atteintes de ce qu'on appelait autrefois la fièvre puerpérale, présenter des phénomènes nombreux, et d'aspects divers; mais la doctrine actuelle de la septicémie puerpérale nous rend compte de ces variétés; c'est un empoisonnement dont le degré, mesuré sans doute par l'absorption d'une dose variable du principe septique, quel qu'il soit, nous explique la prédominance, en tels cas, de symptômes locaux; en tel autre, de phénomènes généraux.

D'autre part, on voit que plusieurs femmes sont frappées à la fois, c'est-à-dire qu'une épidémie règne sur elles. Mais pourquoi, dans certaines épidémies, l'infection se fait-elle toujours de même, se localisant dans le même organe, chez tous les malades? Pourquoi, dans d'autres, cette même infection détermine-t-elle des accidents différents, suivant les femmes? Nous faut-il donc, aujourd'hui encore, invoquer le génie épidémique? Ne vaut-il pas mieux penser que les théories parasitaires, qui s'affirment chaque jour davantage, nous donneront dans l'avenir la clef de tous ces mystères?

De cela nous doutons fortement. On étudie les parasites dans des bouillons de culture, tous semblables, tandis que les malades diffèrent tous.

Une chose autrement importante que la classification des épidémies puerpérales, car elle intéresse l'humanité entière, c'est que la contagion de ce redoutable protée est aujourd'hui démontrée, et que nous avons des armes sûres pour la combattre. C'est en citant quelques chiffres éloquents, qui prouvent l'importance de la découverte des antiseptiques, que notre distingué confrère termine son travail. Dr H. Stapfer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 31 décembre 1883. — Présidence de M. Blanchard.

L'Académie a fini l'année par une élection et une élection vivement disputée. Il s'agissait de nommer un membre titulaire dans la section de mécanique en remplacement de M. Bresse, décédé.

Par l'organe de son doyen, M. de Saint-Venant, la section avait, dans le comité secret de la précédente séance, présenté la liste suivante de candidats :

En première ligne, M. Maurice Lévy; en deuxième ligne, M. Boussinesq; en troisième ligne, par ordre alphabétique, MM. Kretz et Ledieu; en quatrième ligne, M. Léauté.

L'Académie, consultée par la voie du scrutin, avait adjoint à cette liste le nom de M. Marcel Deprez; et l'Académie, s'il m'est permis de donner ici mon avis, avait eu raison. Le grand problème de cette époque est, en effet, l'application de l'électricité aux

©BIU Santé

arts industriels. On peut dire que le monde civilisé attend chaque jour que la science lui livre le moyen de puiser dans cette source inépuisable, la lumière, la chaleur, la force dont il a besoin. Or, un pas immense, un pas décisif a été fait dans la voie de la solution de ce problème : M. Marcel Deprez, par des travaux de premier ordre, poursuivis avec une admirable persévérance, malgré des obstacles de toutes sortes et à l'encontre d'objections sérieuses, M. Marcel Deprez vient de résoudre le transport pratique de la force électrique à distance. Désormais la voie est ouverte. Cela valait une récompense. Le titre de candidat de l'Académie en est une; nous l'aurions désirée plus complète, et nous espérons qu'elle le sera bientôt. Le vote d'aujourd'hui n'est qu'un ajournement. Voici le résultat du scrutin.

Sur 56 votants, majorité 29, M. Maurice Lévy obtient 24 suffrages; M. Marcel Deprez 17; M. Boussinesq 14; M. Ledieu 4.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue des voix, il est procédé à un second tour.

Sur le même nombre de votants, M. Maurice Lévy obtient 29 suffrages; M. Marcel Deprez 24; M. Boussinesq 3.

En conséquence, M. Maurice Lévy est élu membre de la section de mécanique.

Un inventeur écrit qu'il a découvert le moyen de diriger les aérostats, et qu'il dira en quoi ce moyen consiste, si le gouvernement veut lui promettre le secret. Il faudrait que le gouvernement y mît bien de la mauvaise grâce pour ne pas accepter une condition aussi inoffensive.

Un autre, pour le même objet, demande une somme de 50,000 fr. dont la moitié lui serait payée d'avance; ce sera plus difficile à « décrocher », si l'on veut me passer l'expression.

M. Courcelle-Seneuil, d'après les observations qu'il a faites en mer, et les calculs auxquels il s'est livré, estime que l'onde déterminée par la secousse de Java, et qui s'est fait sentir jusqu'au 60e degré de latitude boréale, a parcouru 248 milles à l'heure.

A ce propos, M. Daubrée fait remarquer que ladite secousse ne s'est peut-être pas bornée à Java, et qu'elle a bien pu agiter les fonds de l'océan à une grande distance du point initial. Il rappelle qu'en 1759, le tremblement de terre qui détruisit Lisbonne fut senti sur le continent américain et jusqu'au Groënland. Mais si le mouvement ne s'était pas propagé aux terres fermes, et s'il se fût arrêté en deça des côtes, on aurait attribué à la seule secousse de Lisbonne ce qui, en réalité, eût été le tremblement de toutes les terres sous-marines. « Cela n'empêche pas, conclut M. Daubrée, de relever avec soin toutes les observations qui ont été constatées aux marégraphes et de consigner les calculs auxquels ces observations ont donné lieu. Cela est toujours intéressant. »

M. Hahn donne lecture du compte rendu, en ce qui le concerne, de la mission du cap Horn.

M. Debray communique quelques nouveaux faits relatifs à la liquéfaction de l'azote, obtenue par la détente de l'oxygène liquide. En faisant cesser la pression qui maintient ce dernier gaz sous cette forme, il se produit un abaissement de température tel que des cristaux d'oxygène apparaissent dans la masse liquide, et que l'azote, en contact avec l'oxygène, est liquéfié à son tour.

M. Max-Cornu rend compte d'un arc-en-ciel blanc qu'il a observé ces jours derniers à la campagne. La température était à zéro environ, il régnait un brouillard léger n'ayant que quelques mètres de hauteur; l'angle de l'arc-en-ciel pouvait être évalué à 37 ou 38°; il était, par conséquent, inférieur de 4 ou 5 degrés à l'angle de 42° des arcs-en-ciel ordinaires. Il n'existait aucune trace d'irisation.

M. Blanchard dépose sur le bureau le 128e volume des comptes rendus de la Société d'agriculture.

M. de Pietra Santa donne lecture d'une étude sur la prétendue immunité que conférerait le cuivre aux ouvriers qui le travaillent. — M. L.

Dans la dernière assemblée générale de la Société française de tempérance, qui s'est tenue le 23 décembre 1883, M. le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, a fait une très intéressante communication sur le traitement de l'alcoolisme par la strychnine.

©BIU Santé

Dans ces dernières années, M. le docteur Luton, de Reims, avait soutenu que la strychnine étant le médicament de l'alcoolisme, le gouvernement devrait autoriser le mélange de la strychnine aux boissons alcooliques, pour combattre les effets nuisibles de ces boissons. M. le docteur Dujardin-Beaumetz, par des recherches expérimentales et des observations faites sur l'homme, a montré que si la strychnine peut combattre en effet les symptômes d'ivresse et de délire aigu déterminés par l'alcool, il était impuissant pour s'opposer aux altérations multiples des différents organes qui résultent de la présence de l'alcool dans les différents tissus de l'économie.

La strychnine ne reste donc plus qu'un agent thérapeutique, capable tout au plus de faire disparaître ou d'atténuer quelques-uns des symptômes déterminés par l'abus des boissons alcooliques.

Après une discussion à laquelle ont pris part M. le docteur Lunier, membre de l'Académie de médecine, secrétaire général, et M. le pasteur Dietz, président du consistoire de Rothau, le président de la Société, M. le docteur Jules Bergeron, membre de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène, a appuyé de toute son autorité cette importante communication, dont l'assemblée, à l'unanimité, a décidé l'impression in-extenso dans ses Bulletins.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 1er AU 12 JANVIER 1884.

Jeudi 3. — M. Salamé : Des hémorrhagies consécutives aux opérations portant sur le globe de l'œil. (Président, M. Panas.) — M. Vaquer : De la diphthérie secondaire. (Président, M. Laboulbène.)

Samedi 5. — M. Barreau : De l'ectopie testiculaire inguinale ; son traitement. (Président, M. Le Fort.) — M. Ropert : Etude sur l'épilepsie pleurétique. (Président, M. Laboulbène.)

Vendredi 11. — M. Quermonne : Etude sur la pathogénie des névralgies. (Président, M. Charcot.) — M. Geffrier : Etude sur les troubles de la miction dans les maladies du système nerveux. (Président, M. Guyon.) — M. Dupré : De l'hydrargyrie. (Président, M. Fournier.) — M. Jégu : De la syphilis de l'oreille. (Président, M. Fournier.)

Samedi 12. — M Connen : Du traitement prophylactique de l'ophthalmie des nouveau-nés par l'acide borique. (Président, M. Pajot.) — M. Simard : Forme de contracture infantile intéressant particulièrement les adducteurs de la cuisse. (Président, M. Ball.)

FORMULAIRE

MÉLANGES CONTRE LA CHUTE DES CHEVEUX. — F. Hébra.

Teinture de macis.	5	grammes.
Huile d'olives	50	—

Mêlez.

Ou bien : Baume du Pérou.	5	—
Esprit de vin rectifié.	200	—

Mêlez. — Deux frictions par jour, avec l'un ou l'autre de ces mélanges, pour arrêter la chute des cheveux. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Auvard, interne à la Maternité, est nommé aide au laboratoire de la clinique d'accouchement, en remplacement de M. Doléris, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Roussy, préparateur du laboratoire de thérapeutique, est nommé chef de ce laboratoire, en remplacement de M. Jaillet, démissionnaire.

©BIU Santé

M. Varenne, pharmacien de première classe, est nommé préparateur du laboratoire de thérapeutique, en remplacement de M. Roussy, appelé à d'autres fonctions.

— La Société nationale d'agriculture vient de constituer son bureau pour 1884 de la façon suivante :

Président, M. Chevreul ; vice-président, M. J.-B. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; secrétaire, M. Barral ; trésorier, M. Lavallée, et vice-secrétaire M. Passy.

— Des bruits contradictoires ont couru sur une prétendue destitution de M. Chevreul d'un emploi que l'illustre savant occupait aux Gobelins. Voici l'exacte vérité sur ce point : Il a été créé récemment, à la manufacture des Gobelins, un *Laboratoire supérieur de recherches sur la théorie et la constitution des couleurs*. M. Chevreul en a été nommé directeur ; il conserve son traitement de 4,000 fr., son laboratoire de travail et son préparateur. Quant à la direction de l'atelier de teinture, qu'il occupait avant la création de ce laboratoire faite pour lui, elle a été confiée à M. Decaux, qui était sous-directeur aux Gobelins depuis près de trente ans.

— Sur la proposition de M. Marsoulan, appuyée de cinquante-six de ses collègues, le Conseil municipal de Paris a, dans sa séance du 26 décembre, attribué le nom de Chevreul à une voie nouvelle ouverte entre la rue du Faubourg-Saint-Antoine et la rue de Montreuil (XIe arrondissement).

— Dans sa séance du mercredi 26 décembre 1883, le Conseil supérieur de l'instruction publique a adopté un projet de règlement intéressant la médecine et relatif à la présidence des sessions d'examen dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie. Ces examens seront présidés dorénavant par les professeurs des Facultés de médecine, des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie et des Ecoles supérieures de pharmacie, à l'exclusion des directeurs des Ecoles de plein exercice et des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

— M. le docteur A.-F. Martin commencera son cours d'hygiène publique à l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique le jeudi 10 janvier 1884, à 5 heures du soir, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — *Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves en pharmacie des hôpitaux et hospices* (Année 1884). — Le jeudi 7 février 1884, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices.

MM. les élèves sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 7 janvier, et sera clos le lundi 21 janvier, à trois heures.

— La Société française de tempérance (reconnue d'utilité publique) réunie en Assemblée générale, le 23 décembre 1883, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1884 :

Président, M. Jules Bergeron, de l'Académie de médecine. — Vice-présidents, MM. Duverger, Bouchardat, Fauvel et Barthélemy Saint-Hilaire. — Secrétaire général, docteur L. Lunier. — Secrétaires généraux adjoints, MM. les docteurs Decaisne et Vidal. — Secrétaires des séances, MM. Guignard et Audigé. — Bibliothécaire-archiviste, docteur A. Motet. — Trésorier, M. Jules Robyns.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de Caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalées comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance.

Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 5 janvier 1884, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 5, où sont également reçues les adhésions.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

©BIU Santé

Sommaire

I. Duroziez : Du souffle sibilant au deuxième temps dans l'insuffisance aortique. — II. H. Thorens : Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris, en 1882. — III. Revue des Journaux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — Société de médecine de Paris. — V. Courrier.

Du souffle sibilant au deuxième temps dans l'insuffisance aortique

(Note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 21 novembre 1883),

Par le docteur P. Duroziez, ancien chef de clinique.

Nous avons été frappé dans un cas soumis à notre observation de ce fait, qu'on admettait un rétrécissement aortique là où nous admettions une insuffisance.

On se basait sur l'existence du souffle sibilant au premier temps et sur la forme particulière du tracé du pouls radial.

Or, nous démontrions que le souffle sibilant était au deuxième temps, parce qu'il alternait très nettement avec le pouls radial; nous avions pris la précaution de constater la coïncidence absolue des battements de la pointe, de la carotide et de la radiale. Nous avions demandé qu'on prît le tracé de la brachiale, et alors l'insuffisance aortique éclatait. Le double souffle intermittent crural était indéniable, en même temps qu'à distance on entendait le claquement de la crurale au premier temps. On voyait nettement le battement unguéal.

On entendait un souffle au premier temps au niveau de l'orifice aortique; quelle en était la signification au point de vue du rétrécissement aortique? En présence du tracé énorme d'insuffisance aortique de la brachiale, du double souffle crural considérable, nous avons le droit de repousser un rétrécissement accentué de l'orifice aortique. Mais certainement le souffle sibilant était au deuxième temps et non au premier. Il est inutile de dire avec qui nous étions en contestation; c'était avec des médecins de grande autorité. Nous comprenons très bien comment l'erreur se commet, et nous avons dû la commettre. On tend tout naturellement à placer au premier temps le bruit strident, si on ne tient pas le pouls radial ou carotidien en même temps qu'on ausculte le cœur.

M. Franck va même jusqu'à penser qu'en raison du battement apparent du cœur au deuxième temps dans l'insuffisance aortique, il peut y avoir méprise; il pourrait ajouter qu'au premier temps on ne voit pas le cœur battre; il y a transposition des battement pour l'époque.

Nous n'allons pas aussi loin que M. Franck, bien que son hypothèse soit admissible. M. Raymond Tripier, de Lyon, insiste sur les précautions à prendre pour palper le cœur et la carotide. Il a peur de confondre le pouls de la jugulaire avec celui de la carotide; il conseille de bien saisir l'artère sous le doigt, de façon qu'elle ne glisse pas à côté. Il doit faire pour la radiale ce qu'il fait pour la carotide, appuyer fortement sur l'artère. Or, de cette façon, nous ne savons pas pourquoi on constate un retard très net; tandis que si on ne touche l'artère que superficiellement, on constate la coïncidence des battements. Pour le cœur, M. Tripier conseille tout l'opposé de ce qu'il fait pour les artères; il applique la main tout entière sur la région précordiale, de manière à l'effleurer. Il y a, en effet, des causes d'erreur au niveau du cœur. On perçoit un double mouvement du cœur au premier temps à l'aide du stéthoscope ou du doigt appliqués dans les espaces intercostaux, le premier plus faible. Qu'est ce double mouvement? Est-il dû à la systole de l'oreillette ou à une double systole ventriculaire? Nous constatons dans la radiale et dans la crurale un double mouvement comme à la pointe. Nous admettons donc une double systole ventriculaire gauche.

©BIU Santé

Quoi qu'il en soit, on peut placer le bruit à son temps, en s'aidant de la radiale palpée légèrement.

Nous avons dit que la radiale, dans le cas spécial que nous examinons, avait donné de fausses indications, avait fait admettre le rétrécissement aortique et non l'insuffisance Nous ne connaissons pas la cause de l'erreur commise par le tracé. La brachiale nous a donné le bon. Nous avons l'habitude de palper la brachiale plutôt que la radiale, quand nous voulons avoir des indications plus exactes.

Enfin, le double souffle crural ne nous a pas manqué : nous rappelons que le premier souffle n'a pas d'importance, que le deuxième souffle seul en a. Ce second souffle ne s'obtient que par la pression qui doit passer par tous les degrés, depuis le plus léger jusqu'à l'obstruction complète. Ce deuxième souffle est produit par le mouvement en retour du sang et non par une seconde marche en avant. Nous trouvons souvent un double souffle en avant au premier temps; nous ne trouvons jamais qu'un souffle en retour au deuxième temps. Voici la petite manœuvre qui nous démontre que nous avons affaire à un souffle en retour et non à un deuxième souffle en avant au deuxième temps. Nous plaçons le stéthoscope sur la crurale sans comprimer; nous pressons avec le doigt la crurale au-dessus du stéthoscope, en amont; nous n'entendons que le souffle du premier temps; le deuxième souffle s'échappe vers les parties centrales et ne se laisse pas entendre au niveau du stéthoscope placé dans un endroit plus périphérique. Nous pressons ensuite la crurale un peu au-dessous du stéthoscope, en aval, et nous entendons le deuxième souffle. Le double souffle crural présente le va-et-vient qu'on observe au niveau de l'orifice aortique.

Nous n'insistons pas parce que M. Franck nous a dit que ses récentes expériences avaient converti à notre manière de voir notre éminent ami le professeur Potain.

Marey admet un courant rétrograde très augmenté dans l'insuffisance aortique, pour les artères des membres, au moment de la fermeture des sigmoïdes. Il ne nous en faut pas davantage pour pouvoir admettre que notre second souffle crural est produit par la marche du sang en arrière.

La forme musicale, sibilante, du souffle de l'insuffisance au deuxième temps, est-elle admise par les auteurs? Est-elle fréquente? Elle est loin d'être rare, à la condition qu'on ne prendra pas le deuxième temps pour le premier, comme dans l'observation qui sert de prétexte à cet article. Est-elle admise? Nous ne saurions le dire.

Hope, après avoir dit que le bruit d'insuffisance aortique se distingue du bruit systolique par la faiblesse du courant en retour qui donne toujours au bruit la douceur du bruit de soufflet; par un degré de force inférieur et un ton plus bas, comme quand on aspire le mot « awe », Hope ajoute : « It often becomes musical »; il devient souvent musical.

Dans notre article, *Des lésions chroniques du cœur d'origine traumatique* (*Bull. de la Société de médecine de Paris*, 1880), nous trouvons les cas suivants :

Galpin. Souffle intense, énorme au deuxième temps. Valvule sigmoïde déchirée.

Loriette. Souffle énorme, sibilant au deuxième temps. Orifice aortique

Delavaut. Double frémissement à la main.

Vernez. Souffle sibilant au deuxième temps.

Droit. Souffle énorme au deuxième temps.

Hogue. Souffle aigu vibrant au deuxième temps.

©BIU Santé

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris, en 1882.

Lu dans la séance du 13 octobre 1883,

Par le docteur H. Thorens, secrétaire général.

J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société de médecine le premier exemplaire du Bulletin de la Société pour l'année 1882. Cet honneur devait appartenir à mon prédécesseur, M. de Beauvais; c'est en effet à ses soins, à ceux de ses collaborateurs, vos secrétaires annuels pour 1882, MM. Delefosse et Henri Bergeron, et de notre zélé et dévoué archiviste M. Rougon, que vous devez la rédaction de ce Bulletin : ouvrier de la dernière heure, je n'ai eu qu'à surveiller l'impression des derniers feuillets, et ce n'est qu'à cette collaboration *in extremis* que je dois de vous présenter ce volume.

Le règlement impose à votre secrétaire général l'obligation de vous présenter un compte rendu annuel des travaux de notre Société, et cela dans une séance de janvier. Malheureusement, à cette date, les mémoires que vous avez portés à notre tribune, les procès-verbaux qui relatent vos discussions n'ont pu être encore publiés; il y a de ce chef un retard fâcheux pour les intérêts et pour la vitalité même de la Société de médecine, mais qui s'impose presque fatalement; nos publications doivent non seulement pouvoir être remises en temps convenable à l'imprimeur, mais nous sommes obligés de compter avec les exigences légitimes du journal dont nous empruntons la publicité.

Mais vos travaux de 1882 n'auront pas seulement à pâtir de ce retard dans leur publication; celle-ci n'a été achevée qu'après que M. de Beauvais eût abandonné prématurément le secrétariat général; ils ne seront donc pas analysés et loués avec cette bienveillance éclairée, avec cette parole élégante qui faisaient le charme de ses comptes rendus; je ne peux prétendre le remplacer, et me bornerai à vous rappeler succinctement les travaux et les discussions de 1882. Elles ont embrassé de nombreux sujets: observations de médecine, de chirurgie, d'obstétrique; questions de médecine légale, de déontologie médicale.

Vous ne vous êtes pas tenus à l'exposé seul des faits ; les questions de philosophie médicale vous ont intéressés, et c'est ainsi que vous avez prêté toute votre attention à M. Durand-Fardel qui a cherché à élucider devant vous, comme il l'avait fait à l'Académie, dans quel esprit on doit étudier les diathèses. Notre collègue nous a montré qu'il n'y avait pas de frontières possibles à délimiter entre le tempérament qui est la santé, l'état constitutionnel qui est intermédiaire entre la santé et la maladie, et la diathèse qui est la maladie elle-même. Il conclut à la nature artificielle de l'idée de diathèse telle qu'elle est aujourd'hui acceptée dans la nosologie, et à la nécessité d'une revision profonde du sujet.

Plusieurs de vos séances ont été consacrées aux affections du *système nerveux*, et notamment à la discussion des rapports de l'ataxie locomotrice avec la syphilis.

M. Fournier a professé récemment, vous le savez, que l'ataxie locomotrice est toujours d'origine syphilitique. C'est contre cette conclusion que s'inscrit en faux M. Abadie. Des symptômes précoces de cette maladie, il n'en est aucun plus que les troubles visuels et l'atrophie des nerfs optiques qui affectent profondément le patient, qui le forcent à recourir immédiatement à l'assistance médicale. Les ophthalmologistes sont donc plus particulièrement placés pour constater l'existence d'ataxies locomotrices au début, de celles surtout qui débutent par les phénomènes oculaires. Or, dans l'atrophie des nerfs optiques, cette atrophie caractérisée par le même processus anatomique que celui qui frappe les cordons médullaires, dans cette atrophie, dis-je, M. Abadie nous enseigne que le traitement mercuriel, quelque tôt et quelque actif qu'il ait été institué, a toujours été au moins inutile quand il n'a pas fait empirer le mal.

M. Abadie a appuyé ce fait d'observations cliniques, de considérations théoriques, qui militent en faveur de son argumentation. Il a montré l'insuffisance des statistiques, où trop souvent l'existence, parfois très ancienne, d'un accident initial, de nature fréquemment mal déterminée, fait ranger un malade dans la catégorie des syphilitiques. Il s'est appuyé surtout sur la différence du processus anatomo-pathologique, atrophie scléreuse dans l'ataxie locomotrice, phénomènes siégeant dans le système lymphatico-sanguin, dans la syphilis.

M. de Ranse a soutenu la même thèse que M. Abadie et à l'aide d'arguments analogues; dans le cours de certaines affections cérébro-spinales, et notamment de celles d'origine syphilitique, il survient des phénomènes tabétiques dus à la propagation de la lésion aux bandelettes externes des cordons postérieurs; mais de l'existence de ces

©BIU Santé

phénomènes tabétiques seuls, on ne peut conclure à l'existence d'une véritable ataxie locomotrice progressive.

Au cours de la discussion, M. Charpentier a relaté l'observation d'un malade, non héréditaire, ne présentant aucune des causes ordinaires banales de l'ataxie, et qui, un an après des accidents syphilitiques nettement constatés et régulièrement traités, fut pris des symptômes typiques de l'ataxie locomotrice, laquelle a résisté à tout traitement antisyphilitique varié et prolongé.

M. Dubuc a combattu vivement l'opinion de MM. Abadie et de Ranse; partageant entièrement l'opinion de M. le professeur Fournier, il vous a lu une observation très complète de *tabes dorsalis* d'origine manifestement syphilitique. Il s'agit d'un malade qui, douze ans après une infection syphilitique profonde, est pris d'accidents cérébro-spinaux graves; à diverses reprises, un traitement antisyphilitique énergique parut enrayer les accidents et amener une amélioration passagère, mais toujours il y eut rechute, et, finalement, le malade mourut brusquement, cinq ans après l'apparition des premiers phénomènes tabétiques.

Pour M. Dubuc, il s'agit là d'une ataxie syphilitique. M. de Ranse ne voit dans ce malade qu'un cas de syphilis cérébro-spinale présentant quelques symptômes tabétiques, mais n'offrant nullement l'évolution symptomatologique de l'ataxie.

M. Daremberg nous a lu un mémoire sur les prodromes cérébraux précoces dans la tuberculose. Nous regrettons qu'il n'ait pu figurer dans nos bulletins et qu'il y soit réduit à ses conclusions; d'après les observations de notre collègue de Menton, il y a lieu de craindre l'invasion de la tuberculose, et notamment de la tuberculose méningée, chez tout individu, surtout héréditaire, qui, sans cause appréciable, de bonne santé apparente, devient tout à coup incapable de travail, indifférent aux choses de la vie.

Les *maladies du cœur* ont été le sujet de communications intéressantes de notre collègue M. Duroziez. Il a élucidé devant nous plusieurs points de cette histoire, je n'ai pas à vous dire avec quelle autorité, mais je répéterai le vœu de mon prédécesseur, M. de Beauvais, et l'espérance de voir tous ces mémoires réunis en un traité magistral de pathologie cardiaque.

Dans une note, à l'occasion du procès-verbal, il nous a exposé les caractères du bruit de galop.

Une communication importante a été consacrée à l'étude du souffle tricuspidien à la pointe:

Le souffle de la tricuspide, dit M. Duroziez, peut s'entendre sur toute la surface du ventricule droit, c'est-à-dire sur toute la surface antérieure du cœur. Les points moyens varient, tantôt en bas du sternum, tantôt le long du bord inférieur, tantôt à la pointe. Dans ce dernier cas, on peut le prendre pour un souffle mitral, mais il ne dépasse pas la pointe à gauche et ne s'entend pas dans l'aisselle gauche et encore moins en arrière. Les variétés de siège du souffle tricuspidien sont dues aux variétés de développement du ventricule droit et peut-être du poumon droit. Le pouls veineux et le souffle tricuspidien peuvent exister indépendamment l'un de l'autre. Le piaulement est souvent tricuspidien; il indique une insuffisance très étroite et un ventricule à fonction énergique.

M. Duroziez nous a présenté une étude des plus importantes sur le rhumatisme articulaire aigu et sur son traitement, envisagé au point de vue de la fréquence des complications cardiaques. Je ne puis vous rappeler ici tous les éléments statistiques sur lesquels il s'appuie, mais je dois vous redire ses conclusions.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, le cœur et les organes internes sont d'autant plus gravement pris que les jointures le sont moins. Dans le rétrécissement mitral pur, le type de l'endocardite chronique, on ne trouve souvent pas les lésions des jointures. Le rhumatisme inférieur, c'est-à-dire celui du ventre et des jambes, appartient à l'âge mûr; il se complique par des lésions du cœur. Il n'en est pas de même du rhumatisme supérieur, celui de la tête, de la poitrine et des bras, qui est propre à l'enfance et à la jeunesse; il détermine souvent une lésion du cœur, de préférence quand il siège à l'articulation scapulo-humérale, surtout à celle du côté gauche. Le traitement doit être examiné au point de vue de son résultat pour le cœur et les viscères; le résultat pour les articulations est accessoire. En même temps qu'on s'efforce d'enlever toute la maladie, on devra, par des révulsifs puissants, maintenir sur les membres inférieurs la partie de la maladie qu'on n'a pu enlever. C'est à cette indication que répond le traitement de de Bouillaud par les émissions sanguines et les vésicatoires, à la fois révulsif et déplétif.

Les statistiques du traitement par les salicylates donnent des résultats contradictoires; M. Duroziez pense qu'on peut en donner à doses modérées pour supprimer la dou-

©BIU Santé

leur, en les associant aux révulsifs. Il est favorable au traitement de Robert Davis par les vésicants. Mais il pense d'un côté que la guérison de l'endocardite rhumatismale est plus fréquente qu'on ne le croit, quel que soit le traitement employé; d'un autre côté, que si l'on avait le courage de ne pas toucher aux articulations, le cœur ne serait pas si souvent atteint; il conseille même, dans le cas d'endocardite rhumatismale, de ramener le rhumatisme sur l'articulation par un révulsif énergique.

Les *affections de l'appareil digestif* nous ont valu une communication importante de notre collègue, M. Cyr. Il a attiré votre attention sur la fréquence de la lithiase biliaire et la difficulté de son diagnostic; par les observations qu'il vous a présentées, il a montré que souvent on prend pour des crises gastralgiques, pour des hépatalgies simples ou même des névralgies intercostales, des coliques hépatiques calculeuses, survenant sans ictère, sans augmentation de volume du foie. Aussi, pour lui, toutes douleurs vives, survenant sous forme de crises paroxystiques, ayant leur siège à l'épigastre ou un peu à droite, avec ou sans retentissement lombaire et affectant une certaine périodicité, doivent faire soupçonner la lithiase biliaire, si aucun symptôme ou signe concomitant n'est de nature à infirmer ce diagnostic.

M. de Beauvais vous a donné connaissance de deux cas de muguet primitif du voile du palais chez des malades atteints de fièvre typhoïde; dans les deux cas, la dysphagie était extrême, l'inappétence complète, avec nausées et vomissements. Il vous a signalé le danger que cette complication, peu redoutable par elle-même, peut faire courir aux malades, en empêchant leur alimentation et favorisant l'inanition.

Les traitements de la *diphthérie* sont nombreux; il n'est guère de substance, figurant à un titre quelconque dans l'arsenal thérapeutique, qui n'ait été préconisée comme un spécifique de cette redoutable affection; c'est dire qu'aucune encore ne peut revendiquer la gloire d'agir à coup sûr. Ces insuccès constants ne sont cependant pas faits pour décourager les chercheurs, et vous avez écouté sympathiquement M. Henri Bergeron, quand, reprenant une communication datant déjà de quelques années, il vous a présenté deux observations sommaires d'angine couenneuse traitée avec succès par les inhalations d'acide fluorhydrique.

Nous devons à M. Abadie une étude remarquable sur la *rétinite* dite *albuminurique*. Sur deux malades, il observe très nettement caractérisées les lésions propres à cette affection; chez les deux malades, l'examen des urines est entièrement négatif quant à la présence de l'albumine; mais, chez tous deux, l'urine devient plus tard albumineuse, et tous les symptômes de la maladie de Bright se manifestent.

La rétinite ne relève donc pas du fait de l'albuminurie, puisqu'elle peut lui préexister. Il est démontré actuellement que l'hypertrophie ventriculaire de la maladie de Bright n'est pas une simple hypertrophie de compensation, mais qu'elle porte aussi sur le tissu conjonctif interstitiel et que le processus est comparable à celui qui intéresse le rein lui-même. Les observations de M. Abadie lui permettent de supposer, en bonne logique, qu'il en est de même de la lésion rétinienne, et qu'elle se développe d'emblée, d'une façon indépendante de l'état du rein. La maladie de Bright ne serait donc pas une maladie de rein, mais bien une affection générale dans laquelle le rein est frappé en même temps et au même titre que les autres organes.

Les communications touchant la *chirurgie* n'ont été ni moins variées ni moins intéressantes que celles concernant les questions médicales.

Dans un mémoire présenté à l'appui de sa candidature, M. Richelot vous a préconisé les avantages de la méthode de Lister dans le traitement des abcès chauds. Il applique à ces cas, qui se présentent fréquemment dans la pratique chirurgicale, le pansement listérien dans toute sa rigueur, et insiste sur la nécessité de se conformer à toutes les prescriptions qu'il comporte: nettoyage phéniqué de la région, des mains, du bistouri, spray, incision étroite, drainage, pansement avec le protective, la gaze phéniquée et le makintosh.

Ce mémoire a été l'objet d'un rapport de M. Polaillon. Notre savant collègue accepte les faits de M. Richelot, mais il attache moins d'importance à l'observation minutieuse du pansement listérien pur. L'incision d'un abcès chaud est une opération très rapide et très simple, les suites en sont bénignes, la guérison est prompte, si l'on place la région dans de bonnes conditions d'immobilisation et de propreté; il est inutile de mettre en usage tout l'attirail de la méthode de Lister; de plus, l'ouverture d'un abcès chaud est souvent une opération d'urgence, et le praticien peut n'avoir pas sous la main tous les éléments de la méthode de Lister. Dans les cas où il ne tient pas à obtenir une guérison exceptionnellement rapide, M. Polaillon supprime donc le spray, et par conséquent le pulvérisateur, pendant l'incision et les pansements, à condition de laver la région avec de l'eau phéniquée à 5 p. 100 et de faire des irrigations phéniquées dans le

©BIU Santé

foyer; pratique repoussée par M. Richelot, qui l'accuse de faire suppurer et d'exposer aux intoxications. M. Polaillon remplace le protective, la gaze phéniquée et le makintosh, par de simples compresses de tarlatane imbibées d'eau phéniquée et recouvertes de taffetas gommé. Il réserve le drainage avec un drain debout, au cas où le foyer est volumineux et anfractueux; il recourt au drain à anse si le foyer se vide mal et présente des diverticules nombreux. La guérison se fait un peu plus lentement, mais tout aussi sûrement qu'avec la méthode listérienne pure.

Les accidents produits par l'action de certains topiques médicamenteux ont été le sujet d'une communication d'un de nos membres correspondants, le docteur Laissus, qui nous a adressé deux observations d'érysipèle produits par l'application de teinture d'arnica.

Les affections des glandes salivaires ont été le sujet de communications intéressantes.

M. Richelot nous a présenté un cas de fistule salivaire du canal de Sténon, dont il a obtenu la guérison en employant un procédé nouveau; il consiste essentiellement à perforer la joue au niveau de la fistule avec un tube à drainage dont l'extrémité antérieure est dans la bouche, l'extrémité postérieure étant en arrière de la fistule.

A cette occasion, M. Polaillon a relaté une observation d'adénome de la parotide accessoire, ablation de la tumeur, résection d'une portion du canal de Sténon, et guérison sans fistule salivaire. L'absence de cette complication est due à ce que la partie antérieure du canal de Sténon est toujours restée perméable; son oblitération est la condition première de l'établissement d'une fistule salivaire.

M. Blondeau, dans une autre séance, nous a montré un calcul salivaire du canal de Warthon arrêté dans ce canal; il avait déterminé un petit abcès au niveau du frein de la langue. Le malade avait déjà rendu un calcul pareil, mais plus petit, quelques années auparavant. Il s'agissait d'un individu de race goutteuse, et atteint de lithiase biliaire.

M. Blondeau nous a rapporté en même temps une observation due à M. Henri Gueneau de Mussy de calculs salivaires du canal de Sténon, ayant amené une suppuration de la région parotidienne, et consécutivement des accidents septicémiques mortels.

Les affections de l'oreille et l'appareil instrumental nécessaire au médecin auriste ont occupé une de nos séances. M. Ladreit de Lacharrière a fait passer sous vos yeux une série de sondes pour la trompe d'Eustache, sondes uniformément calibrées, de calibre et de courbure variables, pouvant servir, celles à courbure forte chez les malades dont les fosses nasales sont larges; celles à courbure peu prononcée chez les malades à fosses nasales étroites et chez les enfants.

M. Ladreit de Lacharrière nous a montré son audiomètre, appareil destiné à mesurer scientifiquement la sensibilité auditive; il est une application heureuse des progrès récents de l'électricité et permet d'exprimer en langage scientifique précis l'état exact des malades.

M. Polaillon vous a entretenu de la réduction des luxations anciennes de l'épaule après la section sous-cutanée des adhérences, question qu'il avait déjà portée à la tribune de l'Académie de médecine. Se basant sur sept observations, dont trois personnelles, il conseille l'opération dans toute luxation scapulo-humérale, irréductible par des tractions méthodiques portées à 100 ou 150 kilogr. Il a démontré que cette méthode n'était ni dangereuse, ni aveugle, ni inutile.

Nous avons encore dû à M. Polaillon une observation intéressante de lipome de la région thoracique simulant une grosse mamelle surnuméraire; l'ablation en fut faite heureusement et la plaie se réunit par première intention.

M. Henri Bergeron nous a présenté une observation de sarcome de la région lombaire, récidivant sur place à quatre reprises différentes.

M. Duboué, de Pau, membre correspondant, nous a adressé un note sur un mode d'extraction, sans opération sanglante, d'un tube à drainage tombé dans la cavité pleurale. Le procédé employé a consisté à faire pénétrer dans la fistule une anse d'un cordonnet de soie; saisissant au dehors les extrémités libres de cette anse, M. Duboué les attirait lentement, de manière à retirer l'anse tout entière du sac pleural; après quelques tentatives, le tube fut saisi dans l'anse et amené au dehors.

Les affections des voies urinaires ont donné lieu à plusieurs communications et discussions.

M. Reliquet vous a lu une observation d'anurie calculeuse traitée par l'augmentation de la tension du sang dans les artères du tronc par compression des membres inférieurs.

Il s'agissait d'un homme de 50 ans, vieux goutteux, vieux graveleux qui, à la suite

©BIU Santé

d'une violente colique néphrétique, cesse d'uriner. Il est inutile d'insister sur la gravité de l'anurie complète ; la mort est certaine si le cours des urines ne se rétablit pas. Tout le traitement classique fut institué: purgatifs, bains de vapeur, diurétiques, boissons et lavements glacés ; tout fut inutile. Notre collègue se résolut alors à répondre à l'indication physiologique, à chercher à augmenter la tension du sang dans les artères rénales, et forcer ainsi l'obstacle rénal. A cet effet, les deux membres supérieurs sont énergiquement comprimés avec des bandes de caoutchouc et relevés. Le malade ne ressent d'abord aucune gêne, mais bientôt la respiration s'accélère, la face se tuméfie; il y a de l'oppression, de la gêne précordiale qui vont en augmentant, des étouffements; il y a nécessité d'enlever au plus vite la compression. Le calme rétabli, le malade porté dans un bain de vapeur, avec boissons et lavements glacés, est pris de douleurs dans le flanc droit, de vomissements, et enfin il se met à uriner pour la première fois depuis cinq jours. Dans les premières seize heures, il rend près de six litres d'urine et plusieurs graviers. L'anurie n'a été qu'un temps d'arrêt au cours de la colique néphrétique. Je ne vous redirai pas toute la suite de l'histoire du malade qui, à travers des accidents de pyélonéphrite, après avoir dû subir la lithotritie, est arrivé à guérir, bénéficiant ainsi de la hardiesse thérapeutique de notre collègue.

Il a été moins heureux dans un autre cas: un malade de 49 ans, atteint de colique néphrétique, est pris d'anurie à la suite d'une injection de morphine; le traitement par les bains de vapeur, les frictions, les boissons abondantes, la glace, est inutile ; M. Reliquet pratique quatre fois, à vingt-quatre heures d'intervalle, la compression des membres inférieurs; à chaque compression, ne tarde pas à survenir de l'anxiété précordiale et respiratoire, de l'exophthalmie; on ne peut maintenir les bandes en caoutchouc en place plus de trente minutes. A la troisième compression, le malade rend environ un verre à liqueur d'urine; mais à la quatrième compression, au neuvième jour de l'anurie, on constate une ascite abondante, symptôme signalé dans nombreuses observations d'anurie.

En présentant ces faits de sa pratique, heureux et malheureux, M. Reliquet n'a pas voulu les donner comme des exemples à suivre, et d'emblé, dans tous les cas d'anurie calculeuse, il fait ses réserves. Le traitement peut amener des lésions graves, le cœur peut être forcé, un vaisseau se rompre dans un organe important. On ne peut l'employer que quand tous les autres moyens ont échoué, et l'on y est autorisé, car on se trouve en présence d'une affection qui tue sûrement et vite, si le malade n'urine pas.

La question de la lithotritie a été portée plusieurs fois à notre tribune, à la suite des présentations faites par M. Reliquet de ses mémoires sur la lithotritie rapide, et la lithotritie doit être faite sans traumatisme, et d'un travail de M. Delefosse: « Quelques Réflexions sur la lithotritie, d'après la méthode de Bigelow.» Ces communications ont été le point de départ de discussions animées et intéressantes auxquelles ont surtout pris part, avec les auteurs, MM. Dubuc, Forget et Richelot.

Il a semblé à la Société que tous les argumentateurs étaient d'accord sur un point fondamental: c'est la nécessité, dans les manœuvres de lithotritie, de ne pas se mettre en lutte violente avec l'instabilité vésicale ; l'anesthésie rend, sous ce rapport, des services signalés, bien qu'elle n'amène pas toujours la tolérance vésicale; le contact trop prolongé de l'instrument avec les parois de la vessie, les froissements de la muqueuse, les passages fréquents de l'instrument, et surtout celui d'instruments trop volumineux, et à un moindre degré le contact des fragments volumineux contre le col sont choses à éviter; comme le dit M. Reliquet dans le titre de son mémoire, la lithotritie doit être faite sans traumatisme. C'était le précepte de Civiale, perdu de vue par les chirurgiens étrangers qui parcourent aujourd'hui à nouveau les mêmes étapes qu'avait eu à franchir l'inventeur de la lithotritie. Il est certain qu'il y a avantage à débarrasser le malade dans le moins grand nombre de séances possible ; mais ce ne doit pas être au risque de complications plus graves que celles qui résulteraient de la présence de fragments de calcul. Dans ces conditions, l'instrumentation a un grand rôle à jouer, et un instrument à la fois d'un volume modéré et d'une grande puissance d'action rend des services considérables, en rendant le traitement plus parfait et en diminuant le nombre des crises; c'est ce que l'on obtient avec le brise-pierre fenêtré, ou pour lui conserver, comme il l'a réclamé ici à juste titre, le nom de son inventeur, le brise-pierre Reliquet.

Vous avez entendu la lecture de divers travaux de *gynécologie* et d'*obstétrique*.

M. Lutaud vous a communiqué un mémoire sur la dysménorrhée membraneuse; d'après ses observations, le pronostic n'en est pas aussi grave que le disent les auteurs; il en a vu des guérisons spontanées, mais il n'en est pas moins vrai que le plus souvent elles résistent à tout traitement. Il y a donc avantage à se borner à un traitement palliatif et s'occuper avant tout de faire cesser l'élément douleur.

©BIU Santé

M. Leblond nous a donné, à l'occasion d'une brochure du docteur Fissiaux, les résultats de traitement de l'uréthrite chez la femme par les applications locales de coaltar saponiné.

Nous avons dû à M. Laissus, notre correspondant, médecin-inspecteur de Salins-Moutiers, la description de deux pessaires primitifs : c'est un bouchon de bouteille qui a séjourné plusieurs années dans le col utérin ; c'est une pelote de cire jaune, du poids de 180 grammes, entourant un bouchon de liége, et qui est resté trente-six ans au fond de la cavité vaginale.

M. Dechany, de Montluçon, nous a présenté, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, une brochure intitulée : la *Femme stérile*. Cette communication a été l'occasion d'un rapport de M. Perrin, qui nous a fait connaître les idées originales de notre confrère de Montluçon sur le rôle de la leucorrhée normale et sur l'importance de la stérilité, qu'il envisage comme une loi bienfaisante de la nature, destinée à empêcher et à contrebalancer une trop grande fécondité. (*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

Scorbut ; hémorrhagies scorbutiques. Etiologie, par Seeland. — Un séjour de cinq années en Sibérie, sur les bords de l'Amour, a permis à l'auteur d'étudier la nature et les causes du scorbut qui sévit sur les troupes russes d'occupation deux fois et demie plus qu'en Russie même. C'est souvent un scorbut fruste, essentiellement caractérisé par des hémorrhagies bronchiques, intestinales, utérines, survenant avec ou sans fièvre au cours de la plus parfaite santé ou à l'occasion d'indispositions légères. Ces hémorrhagies se répètent un certain nombre de fois sans intermittences régulières, et cessent en quelques jours ou quelques semaines. Chez les enfants, on observe surtout l'épistaxis, comme chez les nouveaux acclimatés qui ont également des hémoptysies, des ménorrhagies. Les femmes sont plus souvent atteintes ; la phthisie ne paraît pas constituer une prédisposition à ces hémoptysies de nature scorbutique ; et, en général, l'influence prépondérante du régime n'est pas établie.

L'étiologie est envisagée par Seeland à un point de vue nouveau et plein d'intérêt. Une grande partie du territoire de l'Amour est occupée par des forêts, des marécages, et sillonnée de cours d'eau ; l'été, en outre, est très humide. Un sol détrempé et un état hygrométrique élevé sont les conditions de milieu les plus fréquemment réalisées. Les constructions toutes de bois, souvent même encaissées dans des épaulements de terre destinés à diminuer le rayonnement pendant le cours d'hivers longs et rigoureux, ont leurs planchers suintant d'humidité, recouvrant un sol échappant à la gelée, envahis par les moisissures et les végétations inférieures. L'odorat même est infecté de cette odeur particulière qui décèle le mal, et les habitations qui la présentent au plus haut degré sont effectivement les plus malsaines et les plus frappées par le scorbut. Au printemps seul, époque à laquelle se manifestent tous les effets accumulés du confinement et de l'intoxication par ces germes, appartiennent moitié des cas observés dans toute l'année. L'immunité singulière présentée par les indigènes dont les habitations, conçues sur le même plan, présentent encore moins de confortable et dont l'alimentation est des plus misérables, s'expliquerait par la ventilation permanente entretenue par un feu qui ne s'éteint jamais, et la désinfection spontanée de leurs pièces par la fumée qui les remplit constamment en s'échappant de leurs foyers rudimentaires. Seeland ne doute pas que le scorbut, à bord des bateaux, ne doive également son origine aux micro-organismes nés de l'humidité et de la vétusté, et dont l'atmosphère porte presque toujours les traces odorantes.

Au reste, dans les habitations infestées de scorbut, la malaria s'observe également à une époque où la campagne n'en présente pas de traces. Les hémorrhagies, on l'a dit, n'offrent pas de périodicité ; on observe surtout un catarrhe gastrique chronique, forme larvée, qui cède aux préparations de quinquina, des étourdissements, de la céphalie, etc. La térébenthine est, dans ces divers cas, un excellent succédané du quinquina. (*Petersb. med. Woch. et Schmidt's Jahrbüch.* 1882, n° 7, 25 septembre.) — R. L.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 octobre 1883. — Présidence de M. Millard.

Sommaire. — Correspondance. — Présentation d'appareils par le docteur Gouguenheim. — M. Dujardin-Beaumetz : *Note sur un cas de dilatation de l'estomac combinée de tétanie généralisée.* Discussion : MM. Debove, Beaumetz, Guyot, Millard, Gallard. — M. Troisier : *Communication sur les nodosités rhumatismales sous-cutanées.*

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

Correspondance imprimée : *Lyon médical.* — *Annales de gynécologie.* — La *Loire médicale.* — *Revue médicale de Toulouse.* — *Archives de médecine et de pharmacie militaires.* — *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique.*

Le docteur Gouguenheim présente :

1° Un appareil d'exploration laryngoscopique dont il se sert depuis sept ans environ, construit par M. Mathieu, sur les indications de M. Joly, de Lyon. Cet appareil a été modifié par le présentateur; il est éclairé par l'essence minérale, la soléine ou le gaz. Par sa faculté de s'allonger ou de se raccourcir, il évite l'usage de tables et de sièges spéciaux. Son installation est très facile, il peut être appliqué sur un meuble quelconque ou une mince tablette de bois, se rabattant le long du mur.

2° Un appareil d'exploration, portatif, construit sur ses indications par M. Mathieu et sur le même modèle, réduit, que le précédent. Toutes les pièces de cet appareil se démontent et tiennent dans une boîte d'un volume analogue à celui de la boîte du thermocautère Paquelin. *Cette boîte* peut contenir tous les petits instruments d'éclairage du larynx, des oreilles, du nez et des yeux. *C'est elle-même* qui sert de support à l'appareil d'éclairage.

3° Des abaisse-langue de plusieurs dimensions, terminés en avant par un anneau, sur lequel se posent les arcades dentaires. Ce modèle d'abaisse-langue, d'origine hollandaise, peut servir à explorer facilement le fond de la bouche et le pharynx, et facilite les opérations qu'on peut pratiquer dans la région pharyngienne. Au moyen de petits anneaux soudés de chaque côté, il est possible, chez les enfants, de tenir la bouche ouverte en fixant l'abaisse-langue au moyen de lacs passés par ces anneaux attachés derrière la tête.

4° Un éclaireur frontal, adapté sur des lunettes; le foyer d'éclairage est un fil de platine rougi par le courant électrique; le générateur d'électricité est très simple et très portatif. Cet éclaireur frontal, dont le réflecteur se déplace aisément, a été construit, sur les indications du présentateur, par M. Mathieu. Il permet d'éclairer avec puissance les cavités buccale, nasale et de l'oreille.

5° Une petite lampe, construite d'après les indications de M. Gouguenheim, par M. Chardin. Cette lampe, analogue aux lampes d'Edison ou de Swan, est du volume d'un petit pois. Le générateur d'électricité, qui l'actionne, est très portatif, et cette disposition permet d'examiner avec une facilité très grande et un éclat remarquable le nez, l'oreille, le pharynx et le larynx.

Le docteur Gouguenheim présente le larynx d'un tuberculeux, trachéotomisé il y a cinq semaines environ, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz; ce malade, menacé de suffocation, fut opéré, malgré l'existence de lésions considérables du parenchyme pulmonaire. Il survécut cinq semaines.

A l'autopsie, on constata l'existence de végétations polypiformes, d'un volume considérable, obstruant presque complètement la cavité laryngienne et expliquant suffisamment les accès de suffocation et légitimant l'opération de la trachéotomie. On constate aussi l'existence de ganglions trachéaux, remontant le long des récurrents jusqu'au larynx, ganglions presque invisibles à l'état physiologique, et susceptibles, sous l'influence pathologique, de prendre des dimensions assez grandes pour pouvoir comprimer les récurrents.

M. Gouguenheim cite encore le cas d'un malade trachéotomisé dans son service au commencement d'août, malgré l'existence de grosses lésions pulmonaires. Ce malade, atteint d'infiltrations tuberculeuses intra-laryngiennes assez volumineuses pour obstruer l'organe, avait de violents accès de suffocation. Trachéotomisé, il quitta l'hôpital au bout

©BIU Santé

d'un mois et survécut encore deux mois. M. Gouguenheim vient d'apprendre sa mort *après quelques jours de maladie*. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

M. Dujardin-Beaumetz présente un estomac rétréci à l'orifice pylorique et très dilaté dans le reste de son étendue.

M. Debove : Sans doute si l'on était intervenu dans le cas actuel pendant la vie, on avait quelques chances de sauver le malade ; mais il n'est point facile de préciser assez un diagnostic de ce genre pour légitimer une si grave opération. J'entretenais la Société, il y a quelques mois, d'un cas de cancer bizarre pour lequel l'abdomen fut ouvert ; nous étions en face d'un diagnostic hérissé de difficultés. Je crois qu'ici la nature de la lésion était absolument indiagnosticable.

M. Beaumetz : Existe-t-il en définitive des signes cliniques certains, positifs, absolus du cancer de l'estomac ? Je ne crains pas de répondre *non*. J'ai vu diagnostiquer, dans ma famille même, un cas de cancer qui n'en était pas ; j'ai pu observer également un Arménien présentant, avec des vomissements noirs dits caractéristiques, la tumeur épigastrique que nous attribuons d'ordinaire au cancer de l'estomac. Cet homme est aujourd'hui parfaitement guéri. Pourquoi ? C'est que le vomissement noir peut tenir à autre chose qu'au cancer ; c'est qu'il excite au creux de l'estomac des épaississements des parois de cet organe qui peuvent en imposer pour un cancer ; c'est que la grosse tumeur seule est caractéristique.

M. Guyot : Pourquoi le malade de M. Beaumetz a-t-il été atteint de tétanie ?

M. Beaumetz : Parce qu'il présentait en même temps, non de la diarrhée, mais de l'inanition.

M. Debove : Je pourrais rapporter à mon tour plusieurs exemples de faux cancers. Appelé à soigner depuis un an une dame âgée qui vomissait, j'étais persuadé qu'elle était atteinte d'un cancer stomacal ; pour prolonger uniquement son existence, j'ai essayé de la nourrir artificiellement ; j'y suis arrivé, et aujourd'hui elle vit, dans un état relativement satisfaisant. Je suis persuadé que cette malade n'avait point de cancer, et qu'il y en a beaucoup de ce genre.

M. Millard : Il m'est arrivé bien souvent d'avoir à redresser le diagnostic du cancer de l'estomac, alors même que la présence d'une tumeur et l'existence de mélénas, ou d'hématémèses abondantes autorisaient ce diagnostic. Je me fondais alors sur la durée déjà longue de la maladie, sur les variations de poids observées chez les malades, pesés tous les quinze jours ou tous les mois. En somme, quand un malade, même atteint d'une tumeur à la région épigastrique, vit pendant un an ou deux ans, c'est qu'il est atteint vraisemblablement d'une gastrique chronique ; à plus forte raison encore s'il gagne du poids, alors même qu'il a perdu ou qu'il perd des quantités considérables de sang. J'ai fait passer à l'hôpital Laënnec une malade qui était dans ce cas ; nous la pensions atteinte d'un cancer stomacal ; non seulement elle n'est point morte, mais encore elle a engraissé.

La question des faux cancers de l'estomac mérite, comme on le voit, d'être mise à l'ordre du jour.

M. Gallard : Le cancer existe ou n'existe pas ; l'expression de *faux cancer* ne doit pas être, il me semble, conservée. D'ailleurs, nous avons tous vu des erreurs commises avec le cancer de l'estomac. Cependant, si le diagnostic n'est pas toujours facile, je crois qu'il n'est pas pour cela insurmontable.

M. Troisier fait une communication *sur les nodosités rhumatismales sous-cutanées*. (Sera publiée.)

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Duguet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 décembre 1883. — Présidence de M. Reliquet.

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

La correspondance imprimée comprend les journaux périodiques de la quinzaine : le

©BIU Santé

Progrès médical, le *Journal d'hygiène*, le *Concours médical*, le *Journal des sages-femmes*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, la *Gazette médicale de Picardie*, le *Bulletin de la Société académique de Brest* 1882-83.

La correspondance manuscrite comprend : Une lettre de M. Millot-Carpentier, élu membre correspondant dans la dernière séance, qui remercie la Société de son vote.

Une lettre de M. Onimus demandant à être élu membre honoraire.

La commission chargée d'examiner la demande de M. Onimus sera composée de MM. Dubuc, Duroziez et Dubrisay rapporteur.

M. le docteur Daremberg, de Menton, membre correspondant, offre à la Société deux mémoires intitulés :

1° *Sur les débuts cérébraux précoces de la tuberculose chez l'adulte.*
2° *Quelle place doit occuper la tuberculose parmi les affections contagieuses.*

M. le docteur A. Cros fait hommage à la Société d'un exemplaire de son organographie plessimétrique.

M. le docteur Graux, un des secrétaires annuels, s'excuse de n'avoir pu assister depuis longtemps aux séances.

M. le docteur Loison est élu membre correspondant de la Société de médecine de Paris.

M de Ranse lit le rapport de la Commission du prix Duparcque à décerner en 1885, concluant à proposer comme question de concours : *De l'ovarite.*

Discussion :

M. le Président croit qu'en limitant un peu trop la question, on limite aussi le nombre des concurrents et la valeur des ouvrages présentés. Selon lui, il vaudrait mieux dire que le prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies d'un organe quelconque, des organes génitaux de la femme, par exemple, pour rester, au moins pour la première fois, dans la catégorie des maladies dont s'occupait spécialement le donateur.

M. de Ranse croit qu'il serait bon de désigner une question. La Société peut avoir avantage à imposer un sujet qui n'a pas encore été traité et qu'il serait important d'élucider, dans l'intérêt de la science. Il propose de décerner le prix à l'auteur du meilleur mémoire sur le sujet donné, et dans le cas où aucun de ces mémoires ne le mériterait, l'accorder à l'un des autres travaux publiés depuis deux ans sur un sujet peu différent de celui proposé pour le concours.

M. le Président ne croit pas qu'il soit possible de faire ainsi. D'après le règlement sur le prix Duparcque, le programme doit être déterminé.

M. Lunier dit que si l'on admet les travaux imprimés depuis deux ans, il est absolument nécessaire de donner plus d'extension à la question. Il se range à l'avis de M. le président qui est de donner beaucoup d'ampleur à la question.

M. Nonat appuie la proposition de M. le Président.

M. de Ranse dit que, selon lui, une Société savante doit, dans l'intérêt de la science et pour pousser aux recherches, circonscrire la question.

M. Richelot : Sans doute, il est utile de proposer des sujets non élucidés, mais il faut encore faire un choix qui ne présente pas trop de difficultés. La question de l'ovarite est une des plus difficiles et des plus obscures. Il doit y avoir dans le département des organes génitaux des questions intéressantes moins difficiles à traiter. Il se joint à MM. Lunier et Reliquet.

M. Blondeau appuie aussi cette manière de voir.

M. de Beauvais pense qu'on pourrait donner comme sujet : *de l'influence de l'ovaire sur la santé de la femme à divers âges.*

M. Le Blond croit qu'il faut appuyer la manière de voir de M. Richelot. Cette question de l'ovarite est extrêmement difficile. On aura des compilations, mais très difficilement des travaux originaux.

M. de Ranse déclare que la commission acceptant les avis de MM. Reliquet, Lunier,

©BIU Santé

Richelot, Le Blond propose de donner comme question : *De la pathologie de l'ovaire et, en particulier, de l'ovarite.*

Cette proposition mise aux voix est acceptée.

En conséquence, le sujet du prix Duparcque à décerner le quatrième samedi d'octobre 1885 sera : *De la pathologie de l'ovaire et en particulier de l'ovarite.*

M. Dubrisay donne lecture de son rapport sur la candidature de M. Jacolot au titre de membre correspondant. Ce rapport conclut à l'admission de la candidature; mis aux voix, il est adopté à l'unanimité.

Elections du Bureau pour 1884. — Pour la présidence, M. Polaillon obtient, sur 41 votants, 39 voix; M. Gillebert Dhercourt père 1, un bulletin blanc.

Pour la Vice-présidence, sur 41 votants, M. de Beauvais obtient 29 voix, M. Gillebert Dhercourt père 11; M. Jules Besnier 1.

Secrétaires annuels : sur 34 votants, M. Marchal obtient 34 voix; M. Apostoli 33; M. Charpentier 1.

Conseil d'administration : sur 23 votants, M. Thevenot obtient 21 voix; M. Reliquet 19; M. Collineau 3; M. de Ranse 1; M. Horteloup 1; M. Fraigneau 1.

Comité de publication : sur 23 votants, M. Graux obtient 23 voix; M. Fauquez 23; M. Charpentier 22; M. Abadie 22; M. de Ranse 1; M. Ladreit de la Charrière 1.

MM. Perrin et Rougon sont maintenus par acclamations dans leurs fonctions, le premier de trésorier, le second d'archiviste.

En conséquence le bureau, pour l'année 1884, se trouve ainsi constitué :

Président, M. Polaillon. — Vice-président, M. de Beauvais. — Secrétaire général, M. Thorens. — Secrétaires annuels, MM. Marchal et Apostoli. — Archiviste, M. Rougon. — Trésorier, M. Perrin.

MM. Thevenot et Reliquet sont nommés membres du Conseil d'administration, adjoints au bureau; MM. Graux, Fauquez, Charpentier et Abadie, membres du Comité de publication, adjoints au secrétaire général.

MM. Polaillon et de Beauvais remercient en termes émus leurs collègues et leur donnent l'assurance de leur dévouement à la Société.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr Fauquez.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 3 janvier 1884. Il sera clos le samedi 19 janvier, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures le l'après-midi : 1° inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 3 vendredi 4, samedi 5, mercredi 9, jeudi 10, vendredi 11 et samedi 12; 2° inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18, samedi 19 janvier.

La quatorzième inscription ne sera point délivrée aux étudiants (nouveau régime) qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (physiologie). MM. les étudiants de quatrième année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique devront présenter leur carte d'admission à ces travaux, en prenant leur inscription trimestrielle.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'orde indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du lundi 14 janvier.

MM. les étudiants internes et externes des hôpitaux devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le premier trimestre 1883-1884. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

BIU Santé

Sommaire

I. Ch. Eloy : L'arsénisation systématique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et la théorie de Buchner. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — III. Bulletin des décès de la ville de Paris. — IV. Courrier.

L'arsénisation systématique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et la théorie de Buchner.

Sommaire : Une théorie sur l'acquisition de l'immunité contre les maladies à microbes. — La méthode de Buchner et ses principes dans le traitement de la phthisie pulmonaire. — Observations et discussions récentes en Allemagne et en Angleterre. — L'arsénicisme antituberculeux. — Ses rapports avec l'arsénicisme anticancéreux de Lefébure. — La médication arsenicale de la phthisie doit être celle que prescrivent les cliniciens français.

Depuis que le bacille de la tuberculose est venu, sous le champ du microscope, confirmer par sa présence les savantes recherches de M. Villemin sur l'inoculabilité de la matière tuberculeuse, la phthisie pulmonaire entre dans le rang des affections à microbes et prend place parmi les maladies infectieuses. Quelles sont donc actuellement les conséquences pratiques de ces travaux? Présentent-ils seulement un intérêt théorique, ou bien la thérapeutique, ce but final de la clinique, doit-elle en espérer quelques profits directs? Sans faire excursion dans le domaine des hypothèses ou profession d'augure, il faut avouer que, pour le présent, les thérapeutes sont moins fortunés dans leurs succès au lit du malade que les expérimentateurs dans les laboratoires ou les anatomo-pathologistes à l'amphithéâtre.

Doit-on, pour cela, n'estimer les acquisitions nouvelles de l'histologie microbique qu'à titre de perfectionnement de l'histoire naturelle du bacille? Non, assurément. Une telle allégation serait illégitime, eût-elle pour prétexte les récentes tentatives thérapeutiques aussi infructueuses que systématiques de médecins des pays de langue allemande ou de quelques cliniciens de Grande-Bretagne et d'Irlande.

Depuis plusieurs mois, en effet, on y discute d'une médication qui, à la prétention d'être nouvelle, ajoute, sous le nom de méthode de Buchner (de Munich), l'ambition un peu vaste de conférer à l'organisme une sorte d'immunité privilégiée contre les maladies à microbes. De plus, la phthisie tuberculeuse étant la plus commune de ces affections, c'est à son traitement qu'on en a fait l'application à Berlin, à Munich et à Bonn.

Avant de porter un verdict, il est d'un bon juge, même à Berlin, d'établir au préalable les circonstances de la cause et d'en motiver les considérants. Quels sont donc les arguments théoriques de cette doctrine et les bases sur lesquelles ses parrains prétendent édifier leur thérapeutique? Toute maladie infectieuse, scarlatine, variole, fièvre typhoïde, rougeole, diphthérie, a, disent-ils, un microbe infectieux pour origine. Une telle prémisse aurait donc pour conclusion l'indication urgente de détruire ce microbe dans les diverses parties de l'organisme ou de l'en expulser; en d'autres termes, l'emploi d'une *médication germicide* ou *germifuge*. Mais voici l'obstacle dont le plus naïf bon sens tiendra certainement compte; pour être germicide, la médication ne doit pas être homicide.

Aussi, ne pouvant éviter ce danger, on propose de prévenir l'implantation du microbe ou bien sa germination quand il est déjà introduit dans l'organisme, en mettant ce dernier tout entier en état de résistance, ou bien, en d'autres termes, de provoquer une sorte de *stérilisation du terrain qui reçoit le microgerme*. Comment donc créer cette immunité? Qu'à cela ne tienne, répond-on, « l'immunité à acquérir dépendra d'une sorte de réac« tion provoquée par l'agent médicamenteux, c'est-à-dire d'un état d'irrita« tion nutritive du tissu, habitat accoutumé du microbe ; la réaction inflam« matoire elle-même tuant les microbes et s'opposant à leur pullulation

©BIU Santé

« Tel est l'un des modes de guérison spontanée de ces maladies que la mé-
« thode actuelle a la prétention d'imiter. »

Cette théorie aurait besoin, il me semble, de quelques commentaires explicatifs. Ils font défaut : peu importe ; car il est plus utile de juger, d'après les résultats obtenus, les moyens pratiques dont ses avocats font usage. A cet effet, appliquée au traitement de la tuberculose pulmonaire, la méthode de Buchner consiste dans l'administration systématique de l'arsenic à doses successivement croissantes et dans la production d'une excitation inflammatoire curative dans le poumon. Augmentant l'activité trophique des tissus, attirant et fixant dans leur voisinage les matériaux de la nutrition, la médication arsenicale remplirait cette indication, parce que, à doses non toxiques, l'arsenic provoque, comme le phosphore, « une
« irritation nutritive et formatrice de tous les tissus et de toutes les cel-
« lules. »

C'est à ce titre qu'elle serait efficace dans les maladies de la peau, et c'est à ce mécanisme qu'il faudrait attribuer son action thérapeutique dans les fièvres malariques.

Telle est la méthode qui demande actuellement ses lettres de naturalisation. Est-elle digne de cette faveur par son efficacité ? Jusqu'à quel point ces procédés méritent-ils un nom nouveau et une place à part dans la médication de la phthisie ? Double question qui attend une réponse de l'observation au lit du malade et de l'histoire classique du traitement de la tuberculose.

En clinique, voici d'abord le témoignage de M. Buchner : il ne pouvait manquer d'être paternellement favorable. Les résultats qu'il a obtenus démontrent sans doute l'amélioration de l'état général des phthisiques ; ils ne justifient pas de guérisons authentiques. Dans six cas, en effet, le médecin de Munich a vu, dit-il, les sueurs nocturnes disparaître, la fièvre s'éteindre, la dyspnée s'atténuer, la toux diminuer, les crachats perdre de leur abondance, et l'état général s'améliorer. Il avait administré quotidiennement de deux à dix milligrammes d'arsenic, par doses successives, qu'il augmentait à mesure que la tolérance s'établissait, ayant soin d'étudier la susceptibilité du malade dès que la fièvre était tombée.

Tel a été le point de départ des discussions actuelles. Cet arsénicisme provoqué a trouvé quelques partisans, et, il faut l'avouer, des adversaires. Les uns plus modestes, comme M. Earp. Burton (1), recommandent aux médecins d'en faire l'essai sur une plus large échelle. Mais, tout en mettant hors de cause les dangers d'intoxication que la sagacité du médecin pourrait prévenir à condition d'être très attentive, d'autres, avec M. Binz (2) (de Bonn), ne partagent pas ces espérances. A leur avis, l'exactitude des idées théoriques qui inspirent cette méthode laisserait à désirer : elles sont loin d'être démontrées, et, avant de prononcer définitivement, il faut attendre la sanction de la pratique. Est-il donc besoin de surseoir au jugement et d'aller plus loin dans cette voie expérimentale après les observations de M. Stintzing (de Munich) qui ne laissent guère place au doute (3) ?

Seize tuberculeux de la cliniquede Ziemsen furent soumis à la méthode de Buchner pendant trois à neuf semaines. Trois étaient légèrement atteints, huit présentaient des accidents d'intensité moyennne, et les cinq derniers, dont trois moururent, étaient en puissance de tuberculose pulmonaire très grave. La respiration et le pouls ne furent pas modifiés ; mais les chan-

(1) *The Med. Presse and circular*, 31 octobre 1883.

(2) Binz (de Bonn). *Central. f. Klinische Med.*, 1883.

(3) *Centralb. f. Klin. Med.*, 1883, n° 32. — Voir *Eine neue Theorie über Beziehung von Immunität geger Infektionskrankheiten* et *Die ætiologische Therapie und Prophylaxis der Lungtuberculose* ; voir encore l'article excellent du docteur Kahn dans le *Bulletin de thérap.*, p. 419, 15 nov. 1883.

©BIU Santé

gements de poids furent les suivants : augmentation pour deux d'entre eux; pas de modifications pour deux autres et diminution pour les neuf derniers. La marche de la température ne fut pas moins variable. Dans une observation la colonne thermométrique s'était élevée; dans trois autres elle s'était abaissée, et, dans neuf autres cas, les courbes de température conservèrent leur forme pendant l'administration du médicament. Ainsi donc, dans cette série de seize cas, la résistance organique aurait été exercée seulement chez quatre malades. Par contre, malgré le traitement de Buchner, il n'en fut pas de même dans sept autres cas, où elle diminua, et chez un autre malade dont l'état général demeura sans amélioration ni aggravation. De plus, la recherche des baciles dans les crachats permit de constater leur augmentation six fois dans une série de onze cas ; ils étaient stationnaires en nombre chez les cinq autres malades.

Ces résultats diffèrent peu de ceux de Kempner (de Berlin) (1), qui, pendant neuf semaines, soumit à cette méthode douze phthisiques avancés. Leur débilité générale fut moindre; leur appétit s'améliora ; le poids de dix d'entre eux augmenta de 1 à 2 kilogrammes, dès le début du traitement. Les deux autres s'amaigrirent et succombèrent. La température ne se modifia pas; les sueurs disparurent, mais cette disparition ne fut pas plus rapide qu'avec l'atropine. Enfin, cet observateur ne constata aucune modification des lésions locales. Ajoutons aussi que plusieurs fois il fut témoin de troubles gastriques, de diarrhée et de douleurs abdominales, vraisemblablement de cause toxique. Néanmoins, ces résultats sont moins défavorables que les précédents à la théorie du médecin de Munich.

En récapitulant les vingt-huit observations, on remarque sans peine que les bénéfices du traitement sont loin d'être toujours aussi grands que dans les six cas de M. Buchner. Douze fois, il est vrai, l'appétit augmenta, douze fois aussi les malades gagnèrent en poids; mais onze fois celui-ci fut diminué et deux fois il ne fut pas modifié.

Ces faits témoignent en faveur de la puissance de l'arsenic pour modifier la nutrition générale ; mais, dans l'espèce, son action antithermique et antiparasitaire a été contestable. Si dans trois cas, il est vrai, la colonne thermométrique s'abaissa; par contre, dans vingt et un autres cas, la courbe des températures ne fut pas modifiée, et même chez un malade on observa son ascension. Enfin, si les sueurs se sont taries, cette atténuation n'a été ni plus rapide ni plus complète qu'avec l'atropine.

L'arsenic, systématiquement administré, n'agit donc pas dans la phthisie tuberculeuse autrement qu'un modificateur trophique, comme on l'a dit maintes fois, qu'il diminue le mouvement de nutrition ou bien qu'il stimule les activités trophiques. Il y a bien loin, à coup sûr, de ces résultats si connus de tous les médecins à cette puissance que la méthode de Buchner aurait le privilège de conférer « aux cellules et aux tissus vivants » contre les atteintes du redoutable bacille (2).

Vraiment, avant de proclamer les mérites et la nouveauté de cette médication et d'édifier une nouvelle théorie, il eût été tout au moins équitable de méditer les travaux des médecins français : de Trousseau et de Pidoux, employant l'arsenic comme reconstituant contre l'asthénie des tuberculeux ; de M. Gueneau de Mussy démontrant l'efficacité des eaux de la Bourboule contre certaines formes de phthisie ; d'Isnard (de Marseille) relevant par cette médication la nutrition en défaut et mettant l'organisme en état de résistance ; des médecins du Mont-Dore faisant jouer un rôle thérapeutique puissant à l'arsenic que les eaux de cette station contiennent en petite

(1) *Berlin Klin. Woch.*, 1882, n° 31.

(2) Buchner employait une solution d'acide arsénieux à 1 pour 2000 et administrait le premier jour deux milligrammes de cet acide, le second jour cinq milligrammes et le troisième jour dix milligrammes.

©BIU Santé

quantité, ou encore de M. Jaccoud recommandant cette substance à la fois comme modificateur du processus nutritif, et comme sédatif de l'excitation nerveuse et de l'hyperkinésie vasculaire pour lutter contre l'état fébrile du processus phthisiogène. A ce point de vue, les découvertes histologiques récentes et la connaissance du bacille de la tuberculose n'ont donc pas encore modifié les règles de l'administration de l'arsenic, telles que les ont savamment établies les maîtres autorisés de la clinique française.

Néanmoins, quand d'enthousiasme on décerne à cette médication une dénomination nouvelle et une place à part dans la thérapeutique de la tuberculose devenue maladie à microbe, il n'est pas inutile de rappeler les analogies de cette méthode systématique avec un autre traitement arsenical, jadis préconisé par Lefébure (de Saint-Ildefont) contre une diathèse non moins redoutable. L'arsénicisme anticancéreux de ce dernier eut alors une heure de gloire. L'arsénicisme antituberculeux qu'on propose aujourd'hui n'aura pas même le mérite éphémère de l'originalité. En les comparant l'un avec l'autre, on reconnaît sans effort les mêmes idées systématiquement mises au service des mêmes illusions, de sorte que même à défaut de rapports de continuité il existe entre l'un et l'autre des rapports de contiguité.

Aussi, malgré ces tentatives, il est vraisemblable que bien avisés, les médecins préféreront, à l'heure actuelle et avec raison, n'employer ce médicament que suivant les règles classiques. Ce sera, d'ailleurs, œuvre de prudence à l'égard des malades et de justice envers des cliniciens français, trop oubliés dans les discussions ou les travaux actuels, et cependant véritables législateurs de la médication arsenicale dans la phthisie. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 janvier 1884. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire : Suite de la discussion sur le traitement du *genu valgum*. — Discussion sur la résection costale thoraco-plastique dans l'empyème chronique devenu fistuleux (opération d'Estlander). — Rapports.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement du *genu valgum*.

M. de Saint-Germain s'attache à montrer d'abord dans quelle confusion les auteurs sont tombés en réunissant sous le nom de *genu valgum* toutes sortes de déviations des membres inférieurs, d'origine et de siège divers, ligamenteux, musculaire, osseux.

Pour lui, il étudiera surtout les déviations rachitiques du membre inférieur si communes chez les enfants (*genu valgum* proprement dit, courbures tibiales antéro-externes, antéro-internes). Les déviations rachitiques, chez les enfants, sont relativement fréquentes à la consultation de l'hôpital ou à la consultation du Bureau central et rares dans la clientèle de la ville. Le rachitisme est, en effet, un mal de misère auquel les classes aisées échappent naturellement, bien qu'elles lui payent un certain tribut, lorsque des erreurs commises dans la nourriture des enfants du premier âge les fait tomber dans la misère physiologique.

M. de Saint-Germain a pratiqué dernièrement le redressement sur une petite fille de 8 mois qui lui paraît être un type de ce dernier groupe. Elevée au sein par sa mère jusqu'à l'âge de 3 mois, elle avait été soumise brusquement à l'allaitement artificiel, tentative bientôt suivie d'une gastro-entérite qui a duré jusqu'à l'âge de 5 mois.

A cinq mois, une courbure antéro-latérale externe se manifesta sur les deux tibias. Quand M. de Saint-Germain vit cette enfant, il y avait une distance de 8 centimètres entre les deux crêtes. Après lui avoir fait rendre une bonne nourrice, il pratiqua le redressement manuel sans difficulté, et le maintint à l'aide d'une attelle coussinée et d'une bande roulée. Le maintien du redressement a été vérifié plusieurs fois pendant une quinzaine de jours et complété par des manipulations appropriées; après quoi l'en-

©BIU Santé

fant a été renvoyée complètement droite, munie d'un appareil à tuteurs, en recommandant qu'on ne se pressât pas de la faire marcher.

M. de Saint-Germain ne pense pas que cette enfant eût pu guérir, sans traitement, par l'hygiène et le régime seuls. Il croit qu'un bon régime, c'est-à-dire le lait d'une bonne nourrice, peut prévenir chez l'enfant les déviations rachitiques; il accorde qu'une nourriture suffisante peut contribuer au succès de la cure opérée par la redressement, concurremment avec les phosphates, l'huile de foie de morue, le séjour aux bords de la mer, etc.; mais le redressement est très souvent nécessaire. On peut l'opérer, du reste, pendant la période de ramollissement du rachitisme, c'est-à-dire pendant que la période active de la maladie dure encore. Il a visité à Milan l'Institut des rachitiques dirigés avec beaucoup d'intelligence et de zèle par le docteur G. Pini. On y pratique journellement le redressement manuel sur un grand nombre d'enfants du premier âge et avec le plus grand succès. On y pratique aussi, au besoin, l'ostéoclasie manuelle, et l'ostéotomie que l'on cherche d'ailleurs à restreindre de plus en plus en faveur de l'ostéoclasie manuelle.

M. de Saint-Germain rappelle qu'il a publié récemment six observations de redressement manuel opéré dans son service de l'hôpital des Enfants, sur des sujets de 10 mois à 2 ans. La déformation a porté quatre fois sur les deux tibias, une fois sur un seul; il n'y a eu qu'un cas de *genu valgum*. L'écartement des arêtes tibiales, avant le redressement manuel, était de 8 centimètres à 8 centimètres et demi; il a été entièrement effacé ou réduit au moins de moitié. Le redressement du *genu valgum* a été accompagné d'un craquement et vraisemblablement d'une fracture qui s'est du reste parfaitement consolidée. Tous ces enfants ont été pourvus d'un appareil à tuteur. M. de Saint-Germain ne doute pas que les résultats obtenus ne se maintiennent, mais à trois conditions : 1° que le rachitisme continue à être traité; 2° que l'enfant garde le repos le plus longtemps possible; 3° qu'il porte ensuite un appareil à tuteurs pendant un temps assez long.

Ce traitement précocement institué lui paraît indispensable pour empêcher la production des déformations si fréquentes chez les enfants du premier âge. Il ne saurait trop appeler l'attention sérieuse de ses collègues sur la nécessité de traiter les déviations précoces au moment où elles sont facilement curables. C'est le seul moyen d'arracher ces pauvres victimes aux mains des charlatans.

Le traitement proposé par M. de Saint-Germain ne saurait d'ailleurs avoir la prétention d'être nouveau. En effet, l'idée de redresser manuellement et de maintenir avec un appareil très simple les déviations rachitiques du membre inférieur appartient à des médecins français : Andry et Mellet.

L'application du redressement manuel n'a d'autre limite que sa possibilité ou son efficacité. Il n'y a pas de limite d'âge; c'est l'éburnation seule et non pas l'âge qui marque la limite de l'indication. Or, l'éburnation, ainsi que l'a montré M. Guéniot, pouvant se produire même dans le sein maternel, il est clair que, dans certains cas, le redressement sans ostéoclasie pourra être impossible dès la naissance. D'autre part, les courbures tibiales, déformations qui se montrent les premières et qui, par conséquent, atteignent les premières la phase de l'éburnation, peuvent tourner la jambe le plus souvent en haut et en dehors, ou en bas et en dehors, de manière à former une saillie irréductible par les manipulations dès avant la fin de la deuxième année, résistant même à l'ostéoclasie manuelle et réclamant le secours de l'ostéotomie cunéiforme, imposée par la configuration et la situation des courbures. Enfin, il n'est pas impossible que, dans un rachitisme à début tardif, on obtienne, par les manipulations seules, un redressement durable d'un membre, à la faveur du ramollissement.

Là où les manipulations ne suffisent pas, M. de Saint-Germain tente l'ostéoclasie manuelle au point qui lui semble le plus convenable, c'est-à-dire à la jonction de la diaphyse avec l'épiphyse fémorale, car c'est surtout dans le *genu valgum* que cette opération est applicable.

Si de fortes pressions, le point d'appui étant pris en dehors de l'articulation elle-même afin d'éviter d'y produire des désordres, ne suffisent pas pour amener une fracture diaphyso-épiphysaire, M. de Saint-Germain emploie la méthode de M. Tillaux qui combine l'effort de l'opérateur avec l'effet d'un porte-à-faux du membre. Dans ces conditions, après avoir entendu le craquement caractéristique, il opère le redresssement, applique un appareil inamovible et obtient une consolidation régulière, sans cal. En effet, les fractures du fémur, chez les enfants rachitiques se consolident parfaitement sans apparence de cal, quoi qu'en dise M. Desprès.

L'ostéoclasie manuelle, appliquée non pas aux courbures rachitiques du membre inférieur en général, mais au *genu valgum* rachitique des enfants, peut être mise en regard

SBIU Santé

de l'ostéotomie soit linéaire externe, soit supra-condylienne interne et cunéiforme de Mac Ewen. C'est une excellente opération.

Dans les fortes excurvations des membres, quand ceux-ci forment des espèces de parenthèses permettant de mesurer de 8 à 17 centimètres entre les crêtes tibiales, déviations presque incompatibles avec la marche, l'ostéotomie linéaire est indiquée; on la pratique sur la partie moyenne du tibia, du côté concave. Le membre est aussitôt pansé antiseptiquement et enveloppé dans l'appareil plâtré. M. de Saint-Germain possède des observations de redressement et de consolidation ainsi obtenues dans l'espace de vingt-cinq jours, sans réaction fébrile notable, même immédiatement après l'opération, et sans le moindre accident ultérieur.

Dans les incurvations des jambes en *lames de sabre*, déviations antérieures ou antéro-latérales de l'extrémité supérieure ou inférieure des tibias avec aplatissement transversal de la diaphyse, lorsque l'ostéotomie linéaire ne permet pas le redressement, ce qui arrive dans un grand nombre de cas, M. de Saint-Germain a fait avec succès, dans ces cas, l'ostéotomie cunéiforme.

M. de Saint-Germain se résume dans les conclusions suivantes :

1° Au moment du sevrage, il redresse manuellement sans fracture *toutes les déviations;*

2° L'éburnation arrivée, il rompt, *manuellement* toujours, le fémur pour le *genu valgum* et il ostéotomise linéairement les tibias pour les déviations latérales graves;

3° Enfin il réserve, pour les cas de déviation ou mieux de distorsions antéro-latérales très accusées, l'ostéotomie cunéiforme.

M. Desprès déclare qu'il partage en grande partie les opinions émises par M. de Saint-Germain sur le traitement du *genu valgum;* mais il diffère d'avis avec son collègue au sujet de l'étiologie de cette maladie. Il ne croit pas à son origine rachitique. Quand un enfant se noue, il n'a pas de *genu valgum*; la maladie se manifeste chez les enfants que l'on a fait marcher trop tôt ou qui ont été portés de bonne heure sur le bras et toujours du côté où ils ont été portés; quand le *genu valgum* existe sur les deux membres, c'est qu'ils ont été portés alternativement de l'un et de l'autre côté. Aussi le traitement du *genu valgum* consiste à interdire le port-au-bras et à laisser les enfants pendant un mois étendus, sur un lit ou par terre sur un tapis. Le *genu valgum* augmente toujours lorsque l'on continue de laisser marcher les enfants, pendant leur traitement.

C'est avec raison que M. de Saint-Germain conseille, après le redressement manuel, l'application d'appareils destinés à empêcher la déviation de se reproduire. Le rachitisme, chez les enfants qui n'ont pas encore marché, est fort rare; c'est la marche qui produit la déformation, sauf les cas exceptionnels où le rachitisme s'est développé dans le sein maternel.

M. Marc Sée admet avec M. Desprès que les déformations rachitiques se montrent alors que l'enfant commence à marcher; mais c'est précisément parce que l'enfant est rachitique que les os se déforment par la marche. Le rachitisme existe préalablement à la déformation qui est manifestée par la marche. Il faut donc empêcher les enfants rachitiques de marcher pour prévenir les déformations des membres inférieurs. Mieux vaut les porter sur les bras que de les laisser se rouler par terre sur un tapis. Chez les adolescents comme chez les enfants, c'est à la suite de la disproportion de la force des membres inférieurs avec le poids du corps que se produit le *genu valgum*. En Allemagne on a donné à cette maladie le nom de *genou des boulangers*, parce qu'on l'observe le plus habituellement sur des individus que leur profession expose, comme celle des boulangers, à travailler debout et longtemps.

M. de Saint-Germain ne croit pas que le port-à-bras ait sur le développement du *genu valgum* l'importance que lui attribue M. Desprès. En effet, on observe très souvent un *genu valgum* double, bien qu'il soit habituel aux personnes qui portent les enfants sur les bras, de les porter toujours du même côté. On trouve d'ailleurs chez ces enfants tous les autres signes du rachitisme. Enfin, il arrive au moins cinquante fois par an à M. de Saint-Germain de voir des *jambes en parenthèses* chez des enfants qui n'ont pas encore marché.

Discussion sur la résection costale thoraco-plastique dans l'empyème chronique devenu fistuleux (opération d'Estlander).

M. Lucas-Championnière désire présenter quelques courtes observations à l'occasion du rapport si intéressant lu dans la dernière séance par M. Berger sur l'opération d'Estlander.

M. Lucas-Championnière a eu l'occasion de pratiquer cette opération, il y a dix-huit

©BIU Santé

jours, avec l'aide de M. le docteur Bouilly dont l'expérience personnelle lui a été d'un très grand secours. Lorsqu'on pratique cette opération pour la première fois, on ne peut s'empêcher d'être effrayé de l'étendue des délabrements que l'on est obligé de faire ; on dépouille le malade, on le désosse, pour ainsi dire, dans une grande étendue de la région thoracique et, cependant, on s'aperçoit presque toujours que la résection, quelque vaste qu'on ait cru la faire, a été encore insuffisante. M. Lucas-Championnière avoue que, sans l'aide et l'assistance de M. Bouilly qui avait sur lui l'avantage d'avoir pratiqué deux fois cette opération, il n'eût pas osé enlever une aussi grande étendue de tissus.

Il s'agit d'un homme qui, depuis deux ans, avait une large fistule résultant d'une opération d'empyème ; cette fistule donnait issue à une quantité considérable de pus dont l'écoulement permanent épuisait le malade. M. Lucas-Championnière lui a réséqué cinq côtes dans une étendue de 8 à 11 centimètres. Le malade a très bien supporté l'opération et les résultats en ont été des plus favorables tant au point de vue de l'état général qu'à celui de l'état local. La cavité pathologique assez vaste pour admettre plus que toute la longueur d'une sonde d'homme et environ trois seringues ou 500 grammes de liquide, s'est réduite peu à peu de manière à ne plus admettre aujourd'hui qu'une demi-seringue. La suppuration intra-thoracique s'est donc tarie dans une large mesure ; il ne s'écoule plus par la plaie qu'un liquide séro-purulent ; parallèlement à l'état local, l'état général s'est considérablement amélioré ; le malade mange, dort, respire de mieux en mieux ; en un mot, il revient graduellement à la santé. Les signes de tuberculose qui avaient paru très inquiétants avant l'opération, paraissent s'amender de plus en plus. Le malade n'a presque pas eu de fièvre, depuis l'opération, comme le démontrent les tables de sa température prise jour par jour. M. Lucas-Championnière pense qu'en appliquant à cette opération les procédés rigoureux de la chirurgie antiseptique, c'est-à-dire en isolant de la fistule toutes les plaies de l'opération de manière à empêcher la fistule de verser sur ces plaies des liquides infectés de microbes, il sera possible d'obtenir des réunions par première intention et toutes leurs conséquences heureuses.

M. Verneuil n'a pas d'expérience propre au sujet de l'opération d'Estlander, ne l'ayant pas encore pratiquée, mais il aurait quelques observations à présenter à M. Berger à l'occasion de son rapport, travail extrêmement bien fait, très clair et qui peut passer à juste titre pour le meilleur plaidoyer en faveur de l'opération d'Estlander. M. Berger dit que lorsque au bout de deux ou trois mois après l'opération de l'empyème, la fistule ne s'est pas fermée, il faut recourir à l'opération d'Estlander.

Cette question touche vivement M. Verneuil, à cause de l'intérêt qu'il porte, avec tous les membres de la Société de chirurgie, à un collègue très estimé et très aimé auquel il donne des soins et qui est atteint d'une fistule ayant succédé à un empyème pratiqué il y a plus de trois mois.

Cette fistule a 17 à 18 cent. de profondeur, mais elle donne entrée dans une cavité qui n'admet pas plus de 25 gr. de liquide.

Peut-on supposer ici que la persistance de la fistule est due à l'impossibilité qu'éprouvent les parois thoraciques à se rapprocher et à combler cette petite perte de substance? Et si l'on se décidait à pratiquer chez ce malade l'opération d'Estlander, c'est-à-dire à lui enlever une grande étendue de paroi thoracique, pense-t-on que l'on aurait remédié ainsi à la cause qui entretient la fistule? Enfin, si la persistance de la fistule était due à l'impossibilité pour les côtes de combler la cavité pathologique, le thorax devrait être déformé ; or, il ne l'est pas du tout, et si les côtes voulaient bien se rapprocher, elles le pourraient facilement. M. Verneuil demanderait donc à M. Berger de modifier un peu sa conclusion et de dire qu'avant de se décider à désosser la paroi thoracique, il faudrait s'assurer que le rapprochement des côtes a donné tout ce qu'il pouvait produire. M. Verneuil considère comme trop absolue une conclusion qui veut que le chirurgien, pour une fistule datant de trois mois, s'arme du bistouri pour une opération. Il a vu des empyèmes guérir tout seuls pour ainsi dire, après quatre ou cinq mois. Il ne faut pas se décider à la légère à faire une grave opération.

M. Monod a pratiqué, le 10 octobre dernier, l'opération dite d'Estlander, avec le concours de M. le docteur Bouilly, chez un jeune homme de 17 ans qui avait subi l'opération de l'empyème au mois de mars 1882. Il réséqua les troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième côtes dans une étendue considérable.

Les résultats immédiats furent excellents ; le malade reprit de l'appétit et de l'embonpoint, mais le pus s'est remis à couler en quantité très notable, et l'état général est devenu moins bon. M. Monod pense qu'il sera nécessaire d'envoyer le malade à la campagne, pour l'arracher à l'influence fâcheuse de l'hôpital, qui pourrait bien être la cause du rec l de la guérison.

©BIU Santé

Sans vouloir contester à Estlander ses droits à la priorité de l'opération qui porte son nom, M. Monod croit devoir rappeler cependant que le docteur Létiévant, à la suite d'une résection costale qu'il avait pratiquée, frappé de l'affaissement qu'il avait observé dans la paroi thoracique, avait eu l'idée de proposer de faire une opération semblable, en vue de provoquer cet affaissement de la paroi thoracique et de combler ainsi le vide laissé entre cette paroi et la surface du poumon. Mais M. Létiévant n'a pas pratiqué l'opération dont il avait conçu l'idée.

M. Desprès n'a pas eu l'occasion de pratiquer l'opération d'Estlander ; il partage l'opinion de M. Verneuil, qui demande qu'on ne se hâte pas de faire cette opération, lorsque la fistule persiste depuis deux ou trois mois. Il a vu, en effet, des fistules qui duraient depuis plus longtemps, guérir par le drainage de la cavité pleurale. Il ne faudrait donc pas prendre au pied de la lettre les conclusions du rapport, d'ailleurs excellent, de M. Berger.

— M. Chauvel donne lecture de deux rapports, le premier, sur une observation de M. le docteur Guerlain, intitulée: *Coup de pistolet dans la poitrine, mort, autopsie;* le second, sur une observation de M. le docteur Moty, intitulée: *Corps étranger de la paume de la main.*

A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 novembre 1883. — Présidence de M. Millard.

Sommaire. — Correspondance imprimée. — Présentations d'ouvrages. — *Les nodosités rhumatismales sous-cutanées.* Discussion : MM. Troisier, Féréol, Cuffer, Ollivier. — M. Legroux : *Globules de chlorhydrate de morphine pour injections hypodermiques.* Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, Legroux. — *Les pseudo-cancers de l'estomac.* Discussion : MM. Legroux, Dujardin-Beaumetz.

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

Correspondance imprimée : La *Thérapeutique contemporaine.* — Le *Journal de médecine de Paris.* — La *France médicale.* — *Archives de médecine et de pharmacie militaires.* — *Lyon médical.* — Le *Progrès médical.* — *Journal d'hygiène.* — *Annales des maladies des organes génito-urinaires.* — *Revue médicale de Toulouse.* — *Marseille médical.*

M. Desnos présente, au nom de M. Descroizilles, un livre intitulé : *Manuel de pathologie et de clinique infantiles.*

LES NODOSITÉS SOUS-CUTANÉES RHUMATISMALES.

M. Troisier : M. le docteur Tissier, médecin à Remiremont (Vosges), ayant lu le compte rendu de la communication que j'ai faite dans la dernière séance, m'a adressé la relation de deux cas de nodosités rhumatismales qu'il a observés dans sa clientèle. Premier cas : homme de 42 ans, atteint de rhumatisme articulaire aigu pour la troisième fois, chez lequel une nodosité de la grosseur d'une noisette apparut, au début de la convalescence, sur le coude droit, entre l'olécrane et la tête du radius; cette nodosité ne dura que quinze jours. — Second cas : homme de 29 ans, ayant présenté à plusieurs reprises de l'arthrite rhumatismale des articulations tibio-tarsiennes et métatarsiennes; apparition d'une nodosité ayant le volume et la forme d'une grosse lentille sur la face palmaire de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius gauche, au cours d'une poussée rhumatismale apyrétique caractérisée surtout par des douleurs articulaires et une faiblesse générale; disparition de cette nodosité au bout de trois à quatre semaines. — Ces deux observations sont très probantes, et je remercie beaucoup M. Tissier de me les avoir fait connaître.

M. Féréol : Je suis très heureux que M. Troisier ait eu la bonne pensée de me faire voir son malade, et je l'en remercie, parce que je puis affirmer de la manière la plus positive que nous n'avons pas observé la même chose, et que les nodosités signalées et décrites par M. Jaccoud, par M. Besnier, par M. Meynet et par M. Troisier ne sont pas les nodosités éphémères que j'ai décrites en 1878 au Congrès de Paris. J'ai du reste, dans le petit travail, très sommaire, que j'ai consacré à ce très petit sujet, fait ressortir moi-même les différences principales que je constatais entre la description de ces auteurs et ce que j'avais eu sous les yeux.

©BIU Santé

Permettez-moi d'insister un peu plus aujourd'hui sur le parallèle.

Les deux lésions se présentent chez des sujets en puissance de diathèse rhumatismale; elles apparaissent soudainement et disparaissent de même; elles n'entraînent pas de changement de coloration à la peau, et sont indolentes. Voilà les analogies. Ceci dit, il n'y a plus guère à noter entre elles que des différences.

Les nodosités que j'ai vues chez le malade de M. Troisier étaient de petites tumeurs globuleuses, très saillantes, très nettement circonscrites, de la dimension d'une grosse lentille ou d'un pois, quelques-unes un peu plus grosses encore; d'une consistance dure, quoique élastique; elles ressemblaient à des tophus plus encore qu'à des gommes; elles étaient développées en grand nombre, tant sur les membres, au voisinage des articulations, ou à distance, que sur le cuir chevelu; quelques-unes avaient une adhérence manifeste au périoste ou aux gaînes tendineuses; au contraire, la peau n'y adhérait point et glissait au-dessus d'elles; toutes étaient évidemment sous-cutanées; indolentes spontanément, elles ne l'étaient pas tout à fait au choc ou à la pression; enfin, bien qu'elles se soient montrées tout à coup et qu'elles aient disparu de même, elles ont eu pour la plupart une durée assez longue; quelques-unes ont persisté six à sept semaines.

Les tumeurs essentiellement fugitives que j'ai observées étaient situées dans l'épaisseur de la peau du front; je n'en ai vu aucune sur les membres, bien qu'une malade m'ait affirmé qu'elle en avait eu sur les mains en même temps qu'au front. Je n'en ai jamais vu plus de trois à la fois. A les voir, on pensait tout de suite à une exostose, ou à une périostose, à cause de la saillie un peu vague du contour, et de la coloration tout à fait normale de la peau. Celle-ci faisait corps avec la tuméfaction dont on ne pouvait la séparer, et le tout semblait légèrement mobile sur les parties profondes; j'ai pu observer quelquefois que la tumeur se déplaçait spontanément dans la journée; si j'avais constaté le matin sa présence près de la racine des cheveux, le soir elle était descendue vers le milieu du front. Elles étaient complètement indolentes même à la pression. Enfin, fait capital, elles étaient absolument et littéralement éphémères; apparues un beau matin, le lendemain il n'y en avait plus trace le plus souvent; et si parfois on constatait encore quelque vague apparence de tuméfaction diffuse, le jour suivant, tout avait absolument disparu sans laisser aucune apparence ecchymotique.

En conséquence j'ai cru pouvoir, non sans faire quelques réserves, placer dans les couches profondes de la peau le siège de ces petites tumeurs, qu'on pourrait comparer assez exactement à un érythème noueux qui serait resté incolore et indolent; et vu leur excessive fugacité, je les ai rapprochées des œdèmes. Ne trouvant rien d'ailleurs dans les auteurs que je puisse leur comparer, je les ai baptisées, non sans quelque scrupule, d'un nom qui, par sa longueur, n'est pas précisément en rapport avec la brièveté de leur existence; je les ai dénommées : *nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques*. A ma grande surprise, le mot *éphémère* a fait fortune; mais je crois que c'est à tort que M. Troisier l'a appliqué à ses *nodosités sous-cutanées*. Je conviendrai volontiers avec lui que la notion de temps est toute relative; qu'on est tout à fait autorisé à appliquer la qualification d'éphémère à une production littéraire dont on ne parlerait que pendant six ou sept semaines. Mais nous ne faisons pas ici de la littérature, et quand je parle d'éphémères, je parle au sens strict et littéral du mot et non au sens figuré. Je demande alors s'il est permis d'appeler éphémères des nodosités qui durent six semaines. Appelez-les *résolutives* si vous voulez; à mon avis, le mieux serait de ne pas leur donner de qualificatifs; gardez-leur le nom pur et simple de *nodosités sous-cutanées*, et laissez-moi mes *nodosités cutanées éphémères;* autrement, vous risquez de faire une confusion entre deux choses tout à fait distinctes. Je ne suis pas bien sûr, d'ailleurs, à mon grand regret, que personne autre que moi ait vu le petit phénomène morbide assez singulier qui m'est tombé sous les yeux. M. Teissier, de Lyon, ainsi que M. Olive, ont cependant donné l'assurance au Congrès de Paris qu'ils avaient vu des faits entièrement semblables aux miens; j'en ai été fort heureux; mais, depuis lors, il n'en a plus été question. Il est vrai qu'il s'agit là d'un phénomène si léger, si fugitif qu'il peut échapper très bien même à ceux qu'il atteint; si on s'en aperçoit, on croit avoir reçu quelque léger coup; le lendemain tout a disparu. Quelle importance attacher à cela, et comment déranger un médecin pour si peu.

Cependant, depuis 1878, j'ai encore vu un cas absolument semblable à ceux que j'ai décrits. C'est chez une dame de ma clientèle que je connais depuis fort longtemps; et celle-ci est encore fort sujette aux migraines; ce qui fait que j'ai toujours quelque tendance à croire qu'il peut y avoir une certaine relation entre les deux phénomènes.

Je ne veux rien dire de plus sur un sujet si limité et si mal connu encore; je n'en aurais rien dit même si je ne pensais qu'en médecine il n'y a pas de petites observa-

©BIU Santé

tions, et que les plus insignifiantes en apparence peuvent avoir plus de portée qu'on ne le croit.

M. Cuffer : J'ai observé autrefois dans le service de M. Potain, deux faits qui peuvent être rapprochés de ceux qui viennent d'être signalés par M. Troisier et par M. Féréol.

Dans le premier, il s'agissait d'une petite tumeur qui s'était développée sur le front dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu; elle était le siège de douleurs assez vives, la peau était rouge et œdématiée. Sous l'influence du traitement par le salicylate de soude, elle disparut rapidement.

Dans le second cas, il s'agissait de tumeurs siégeant sur les jambes et formant des saillies semblables à celles de l'érythème noueux; mais la peau qui les recouvrait était ecchymotique, et par la pression on déterminait à leur niveau une sorte de crépitation sanguine. — M. Potain n'hésita point à considérer ces lésions comme étant d'origine rhumatismale.

M. Féréol : Il n'y a aucune ressemblance entre ce que j'ai vu et ce que M. Cuffer a observé. Les nodosités que j'ai signalées ne sont pas douloureuses et ne s'accompagnent d'aucun changement de coloration de la peau. Dans le premier cas de M. Cuffer, il s'agissait probablement d'une périostite localisée, et, dans l'autre, d'épanchements sanguins sous-cutanés.

M. Troisier : Je n'ai rien à répondre à M. Féréol, car je partage absolument sa manière de voir. Je suis persuadé maintenant — et c'est ce que j'ai dit dans ma communication — que les nodosités qu'il a décrites sont absolument différentes de celles que j'ai observées, après MM. Jaccoud, Meynet, Hirschprung, Barlow et Warner.

Ces deux sortes de nodosités ne présentent ni les mêmes caractères cliniques, ni le même siège anatomique, ni probablement la même structure; leur évolution et leur durée achèvent de les distinguer. Aussi j'accorde à M. Féréol qu'il serait certainement préférable de leur donner un nom différent; en les désignant les unes et les autres par l'expression de *nodosités éphémères*, on consacrerait une confusion nosographique que nous voulons précisément éviter.

J'accepte donc volontiers pour celles dont j'ai parlé, la dénomination de *nodosités rhumatismales sous-cutanées*.

Quant aux faits que M. Cuffer vient de citer, ce serait apporter une nouvelle cause de confusion dans la question que de les désigner sous le nom de *nodosités rhumatismales*.

M. Cuffer : On peut tout au moins les rapprocher de ceux que M. Féréol et M. Troisier ont observés.

M. Ollivier : La dénomination de nodosités *arthritiques* est trop compréhensive : elle s'applique, en effet, aussi bien à la goutte qu'au rhumatisme; or, on sait qu'il peut se développer chez les goutteux des nodosités qui n'ont rien de commun avec les nodosités dont il est question en ce moment. Elles sont permanentes et, de plus, elles sont constituées par des dépôts d'urate de soude. J'en ai publié un remarquable exemple en 1878, dans les *Archives de physiologie* (2e série, t. V, p. 455, *Contribution à l'histoire de la goutte spinale*).

GLOBULES DE CHLORHYDRATE DE MORPHINE POUR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES.

M. Legroux : Nous savons tous combien il est important, dans la pratique, d'avoir toujours à sa disposition une solution de morphine. Or, les solutions faites d'avance ne tardent pas à s'altérer et elles ne sont guère portatives. Pour obtenir instantanément une solution, sans recourir au pharmacien, j'étais toujours muni de paquets de sel de morphine de 1 centigramme; c'est ce que plusieurs de nos confrères font sans doute. Mais ce moyen laisse encore à désirer : la morphine, après un séjour plus ou moins long dans le paquet, adhère souvent au papier; il s'en perd, et il faut quelquefois beaucoup d'adresse pour l'introduire dans la seringue. J'avais vu à l'Exposition universelle de 1878, dans une vitrine américaine, de petites pastilles de morphine destinées à la préparation de solutions; ces pastilles contiendraient, d'après M. Tanret, qui put s'en procurer un échantillon, du lactate de morphine, sel peu soluble. Le chlorhydrate est préférable.

J'ai demandé à M. Yvon s'il ne pourrait pas résoudre ce petit problème pharmaceutique; M. Yvon réussit à préparer les globules que je vous présente. Chaque globule contient un centigramme de sel; on le place dans la seringue de Pravaz remplie d'eau; il se dissout très rapidement. L'injection faite avec cette solution n'est pas douloureuse et ne donne pas lieu à une induration consécutive.

©BIU Santé

La préparation de ces globules se fait de la façon suivante : on prépare un mélange avec : glycérine, 20 grammes; eau, 20 grammes; gomme arabique pulvérisée, 30 centigrammes.

Ce mélange est conservé et sert à agglutiner le chlorhydrate de morphine.

Pour faire des granules, on prend : chlorhydrate de morphine, 10 centigrammes. On écrase sur une plaque de verre avec une spatule flexible et l'on fait une pâte en humectant avec la plus petite quantité possible du liquide agglutinatif ci-dessus. On fait un petit magdaléon que l'on divise en 10 granules égaux que l'on roule dans un peu de chlorhydrate de morphine pulvérisé, et l'on conserve en petits tubes bouchés.

M. Dujardin-Beaumetz : Il y a déjà longtemps que l'on a inventé des plaques de gélatine contenant des substances médicamenteuses, mais elles ne sont pas entrées dans la pratique. Ces plaques étaient quadrillées; il suffisait d'en découper un morceau et de le faire dissoudre dans l'eau pour obtenir une dose déterminée du principe actif.

M. Legroux : La gélatine se dissout difficilement et n'est pas absorbée; sa présence sous la peau peut déterminer des accidents locaux. Ces accidents ne sont pas à craindre avec les globules de morphine dont je me sers.

LES PSEUDO-CANCERS DE L'ESTOMAC

M. Dujardin-Beaumetz : Je prie la Société de vouloir bien remettre la discussion à la prochaine séance; je pourrai, à ce moment, fournir de nouvelles preuves de ce que j'ai avancé, à savoir : que certaines affections, sans être des cancers de l'estomac, en reproduisent cependant tout l'ensemble symptomatique. On a critiqué l'expression de faux cancers ou de pseudo-cancers dont je me suis servi, mais je la maintiens, car elle rend parfaitement ma pensée.

M. Legroux communique l'observation d'un diabétique atteint de tuberculose depuis un an, et chez lequel il s'est produit, il y a trois mois, au creux épigastrique, une tumeur qui éveillait l'idée d'un cancer de l'estomac. Mais il n'est pas douteux aujourd'hui qu'il s'agit, dans ce cas, de ganglions tuberculeux; le malade présente d'ailleurs maintenant tous les signes d'une péritonite tuberculeuse.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Troisier.

. . . . . .

. . . . . .

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 28 décembre 1883 au 3 janvier 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1017. — Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 2. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 56. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 59. — Phthisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 5. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchites aiguës, 36. — Pneumonie, 79. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 26; au sein et mixte, 24; — inconnues, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 106; circulatoire, 69; respiratoire, 80; digestif, 43; génito-urinaire, 13; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulat. et muscles, 6. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 8.

Résumé de la 1re semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu notification de 1,017 décès pendant la semaine actuelle, au lieu de 1,057 pendant la semaine précédente et (1,064, 1065 pendant les semaines antérieures).

Presque toutes les maladies, sauf la Diphthérie, ont participé plus ou moins à cet abaissement de la mortalité.

La comparaison des chiffres de la semaine actuelle et de ceux de la semaine précédente fait surtout remarquer une atténuation considérable de la Rougeole (13 décès au lieu de 26). Le nombre élevé des décès par Rougeole observés la semaine dernière était dû en partie à une épidémie qui avait fait neuf victimes dans un hôpital d'enfants; cette épidémie est heureusement décroissante, car elle n'a causé pendant cette semaine que 4 décès, dus tous les quatre à des complications pulmonaires. En dehors de cet hôpital, la fréquence de la Rougeole peut être considérée comme à peu près normale.

On constate une légère atténuation pour la fièvre typhoïde (29 décès au lieu de 34), la

©BIU Santé

Variole (2 décès au lieu de 3), la Coqueluche (7 décès au lieu de 10), la Dysentérie (1 décès au lieu de 2), les affections puerpérales (2 décès au lieu de 4). L'Erysipèle a causé 7 décès dans chacune des deux dernières semaines; la Scarlatine, 4 décès au lieu de 0.

La fréquence de la Diphthérie (36 décès au lieu de 46) ne peut pas étonner beaucoup, étant donnée la saison. C'est en effet pendant l'hiver, et notamment pendant les quatre premiers mois de l'année, qu'elle atteint régulièrement sa fréquence maxima.

La Bronchite aiguë (36 décès au lieu de 37) et la Pneumonie (79 décès au lieu de 84), n'ont subi que des variations légères. On remarque la rareté de l'Athrepsie des jeunes enfants (33 décès au lieu de 58), qui est devenue très rare depuis environ un mois.

Le service de statistique a reçu notification de 350 mariages et de 1,210 naissances (599 garçons et 611 filles), dont 858 légitimes et 352 illégitimes; parmi ces dernières, 65 ont été reconnues immédiatement par un des parents au moins.

Dr Jacques BERTILLON,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

POMMADE ANTISEPTIQUE. — E. Lucas-Championnière.

Acide borique pulvérisé	6	grammes.
Vaseline.	30	—

On incorpore l'acide borique à la vaseline, après avoir passé la poudre au tamis, et sans la dissoudre dans l'alcool ou la glycérine, ce qui rendrait la pommade irritante. Si on veut parfumer le produit, on y ajoute 0 gr. 50 cent. de baume du Pérou. — Cette pommade se conserve indéfiniment; on l'étend sur du linge, sur de la ouate salicylée ou simplement dégraissée, et on l'emploie avec succès contre l'eczéma fétide, contre la transpiration fétide des pieds, contre l'intertrigo et contre l'érythème du nouveau-né.

N. G.

VIN DIURÉTIQUE.

Cendres de bois de genévrier.	150	grammes.
Vin blanc ou cidre.	1000	—

Faites macérer quelques jours et filtrez. — Ce vin est donné comme diurétique, dans les hydropisies, aux doses de 30, 60 et 100 grammes par jour. — N. G.

COURRIER

— Par décision ministérielle, en date du 20 décembre 1883, ont été nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Devé, médecin du collège de Beauvais; Peisson, médecin attaché à l'infirmerie du lycée Henri IV; Tonnelier, médecin du collège d'Auxerre; Dagrève, médecin du lycée de Tournon; Caviole, médecin du lycée de Cahors; Collardot, médecin du lycée d'Alger; Delacroix, médecin des écoles normales de Châlons.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 décembre 1883, la décoration du Mérite agricole a été conférée à MM. Pasteur, membre de l'Institut, et Max. Cornu, inspecteur général de la sériciculture et des maladies parasitaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le transfert de la chaire de clinique des maladies des enfants de l'hôpital des Enfants-Assistés à celui des Enfants-Malades a été décidé et approuvé.

M. le docteur Rendu, agrégé, est chargé, à titre provisoire, de remplacer M. le professeur Parrot, décédé, et commencera ses leçons cliniques au dit hôpital des Enfants-Malades, le mardi 8 janvier 1884, à neuf heures du matin, et les continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — III. Formulaire. — IV. Courrier.

BULLETIN

Académie de médecine, 8 janvier. — C'est aujourd'hui que M. Hardy a quitté le fauteuil de la présidence; M. Alphonse Guérin lui succède, et M. Fauvel est vice-président.

De tels remaniements ne se font pas sans discours, et M. Hardy a mis dans le sien une véritable bonne grâce, témoin d'une conscience irréprochable; car, aussi bien que l'assemblée elle-même, il a su « remplir sa mission », en dirigeant avec dignité d'importants débats, en y mêlant son avis autorisé, parfois en fermant l'accès de la tribune à des réclames sans pudeur. Ce sentiment du devoir accompli nous explique ses remerciements à tout le monde, et les félicitations qu'il adresse aux grands travailleurs de ces dernières années, MM. Bouley, Pasteur, Villemin, Fauvel, etc. La fièvre typhoïde et la direction de la santé publique sont évoquées devant nous, avec tous les sujets qui, depuis quelques mois, ont « animé » l'Académie.

Notre ami Grancher a dit son mot sur la trichinose et l'épidémie d'Emersleben. Ainsi, MM. Brouardel et Grancher ont vu, touché, observé directement et sans parti pris; ils déclarent que la France n'a jamais souffert de cette maladie, qui ne ressemble à rien de ce que nous connaissons; ils savent que la trichine salée ou cuite est inoffensive; si l'Amérique nous l'envoie, elle est morte avant d'arriver en France, *a fortiori* avant d'envahir l'Allemagne; elle naît sur place au milieu des Allemands qui, en mangeant leur viande crue, s'empoisonnent eux-mêmes. Comment n'être pas amoureux du libre-échange et de M. Hérisson, forts du sentiment déjà exprimé par l'Académie et confirmé par MM. Brouardel et Grancher dans leur mission toute récente?

M. Chatin émet, à la vérité, quelques doutes sur la nature languissante et débonnaire des trichines d'Emersleben. Mais il parle si bas que les auditeurs ne savent comment faire pour adopter son opinion.

Chose plus grave, on dit dans la salle des pas-perdus que, d'après un télégramme du préfet de Nancy, une trichine a été vue à Liverdun, entre Pagny-sur-Moselle et Frouard. Sur l'homme ou sur la bête? on n'en sait rien. Nos animaux ne pouvant être soupçonnés, il est évident que cette trichine a passé la frontière; elle nous vient d'Allemagne! Si la nouvelle se confirme, en vérité nous sommes trop malheureux : le choléra par l'Angleterre, la trichinose par l'Allemagne! Quel fléau va fondre sur nous d'Italie ou d'Espagne? Qui va nous protéger? Quel Fauvel se lèvera pour stigmatiser les cochons d'outre-Rhin?

— Nous donnons la parole à nos éminents collègues de l'hôpital Saint-Louis. Tous ceux qui ont vu de près leur pratique et profité de leur enseignement savent qu'ils ne font et ne disent rien à la légère.

Sur le traitement de la teigne tondante.

*Réclamation à M. le Rédacteur en chef de l'*Union médicale.

Paris, le 6 janvier 1884.

Monsieur et cher collègue,

L'*Union médicale* consacre la première partie de son numéro du 5 janvier à une *Note sur le traitement de la teigne tondante* dans laquelle l'auteur, otologiste justement estimé, préconise avec insistance un mode de traitement, que ceux de ses confrères qui sont

©BIU Santé

plus particulièrement voués à la dermatologie ont constaté n'être pas supérieur en action curative à plusieurs autres, et qu'ils ont reconnu pouvoir être dangereux, même entre des mains expérimentées.

Ce n'est pas tout. Dans cette note, il est émis, sur les services et à propos du personnel de l'hôpital Saint-Louis, des propositions et des assertions dépourvues de toute exactitude et, de ce chef au moins, absolument regrettables. Sur le premier point, il me suffira de constater la singularité du différend qui est maintenu, en me réservant d'en exposer les éléments si j'y suis convié; mais sur le second, je ne puis ajourner ma protestation, ni l'exposer ailleurs; cette protestation sera d'ailleurs courte et bornée aux points où l'auteur a mis en scène « les grands services » ou le personnel de l'hôpital Saint-Louis.

1° Après avoir annoncé que, « *même contrairement à son désir*, il s'est établi à la clinique otologique de l'institution nationale des *Sourds-Muets* un courant non interrompu de malades atteints de la *teigne tondante* », et que « chaque fois, la rapidité de la guérison est venue justifier cet empressement du *public* », l'auteur ajoute: « Cependant, les *grands services* de l'hôpital Saint-Louis n'ont pas encore adopté mon traitement facile et sans douleur, et lui *préfèrent* les pratiques traditionnelles où l'épilation renouvelle les *épreuves cruelles* DE LA CALOTTE. »

Si « les grands services » de l'hôpital Saint-Louis n'ont pas adopté le « traitement facile et sans douleur », c'est qu'après l'avoir longuement expérimenté, et après avoir constaté les résultats de son application non-seulement par eux-mêmes, mais par divers médecins de la ville (et cela publiquement et scientifiquement), ils ont dû l'abandonner et le déconseiller en raison de ses inconvénients multipliés, et surtout à cause des alopécies définitives qu'il produit trop souvent dans une affection dont la guérison sans trace est la règle, toutes les fois où une médication inconsidérée n'est pas intervenue.

Quant à l'épilation, qui n'a rien de commun avec les épreuves cruelles de la calotte, elle se pratique dans des limites tellement restreintes autour de la plaque malade qu'il y a une exagération inacceptable à la présenter comme un acte de cruauté; et si les « grands services » la « préfèrent », c'est que les médecins qui les dirigent reconnaissent qu'elle est nécessaire et parfaitement tolérable, dans les conditions où elle est pratiquée sous leurs yeux et sous leur surveillance *directe*.

Voici maintenant qui est plus grave: « Je n'ai pas à rechercher, dit l'auteur, pourquoi, à l'hôpital Saint-Louis, mon traitement n'a pas donné les mêmes résultats qu'à la clinique des Sourds-Muets. *Je me suis demandé si le personnel attaché à la pratique* LUCRATIVE *de l'épilation n'apportait pas quelque méfiance dans l'application des autres moyens qui pourraient être mis en usage par le premier venu.* »

Tout ce passage est regrettable; l'insinuation relative à l'action *intéressée* des infirmiers épileurs laisserait supposer que ce sont ces infirmiers qui décident des moyens de traitement à employer et qui les mettent en œuvre; elle est toute gratuite.

L'auteur ne peut pas ignorer que, dans les services de l'hôpital Saint-Louis, où sont concentrés les traitements internes ou externes de la teigne, tous les malades, *sans exception*, sont traités directement par le chef de service, et que l'épileur n'agit que par ordre *précis*, *exact* et *individuel*. Pour ne parler que de ce qui me concerne, l'auteur peut-il ignorer que depuis bientôt dix ans, dans mon laboratoire, tous les enfants atteints de teigne (plusieurs centaines par année) sont soumis de ma part à une observation *personnelle*, à un traitement *absolument personnel?* Ne sait-il pas aussi que le diagnostic est toujours établi sévèrement par l'examen histologique fait *à côté de moi* par des collaborateurs particuliers, M. Balzer, jusqu'à son entrée au Laboratoire de la Faculté, et, depuis ce moment, par M. Juhel-Rénoy; que l'examen histologique est renouvelé plusieurs fois au cours du traitement, et que les enfants ne sont déclarés guéris qu'après une nouvelle enquête minutieuse? Et pensera-t-il que « la sœur de son service qui a bien voulu *se charger* du traitement spécial de la teigne », et qui « *sait* qu'elle doit guérir à coup sûr », présente les garanties que j'accumule publiquement et laborieusement dans mon laboratoire?

Je ne sais, mais je veux espérer que, mieux informé de la réalité des choses, il regrettera d'avoir écrit, contrairement à l'exactitude, et à l'encontre des règles de la confraternité médicale, cette phrase inacceptable :

« Les exigences d'un service hospitalier considérable *ne permettent pas à nos confrères de surveiller l'application des remèdes qu'ils prescrivent* (!), et en constatant des résultats médiocres, ils ne se demandent pas si on ne doit pas les attribuer à la manière dont on a procédé. »

Je vous prie, Monsieur et cher collègue, d'agréer l'expression de mes sentiments les

BIU Santé

plus dévoués, et je vous serai très reconnaissant de donner asile à ma réclamation dans votre plus prochain numéro.

Ernest BESNIER,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 janvier 1884. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. le docteur Eustache (de Lille), lauréat de l'Académie (prix Capuron).

2° Une note accompagnant l'envoi d'un échantillon (2 décigrammes) d'*acide hippurique* extrait du suc gastrique par un procédé particulier, par M. le docteur Poulet.

3° Une lettre de M. le docteur Coustan (de Bordeaux) accompagnant l'envoi de deux mémoires : 1° *Endémo-épidémie de fièvres intermittentes et pernicieuses*, observées à Constantine et à Biskra en 1882. — 2° *Epidémie de fièvre typhoïde à Constantine en 1882.* — Traitement, valeur des émissions sanguines. (Comm. des épidémies.)

4° Une lettre de M. J.-L.-P. Duroy, pharmacien à Paris, qui revendique la priorité du procédé et de l'appareil d'inhalation des substances médicamenteuses dans le traitement des maladies des voies respiratoires, communiqué à l'Académie par le docteur Sandras.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ offre en hommage le troisième et dernier fascicule (3e édition) de son *Traité de clinique thérapeutique.*

—

M. HÉRARD : J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie, de la part de M. le docteur Huchard, un travail intitulé : *Des angines de poitrine.* Dans ce travail, l'auteur s'attache à démontrer les distinctions cliniques qui séparent l'angine de poitrine *vraie*, celle dont on meurt, des angines de poitrine qu'il appelle *fausses* (nerveuses, réflexes, toxiques, diathésiques), lesquelles se terminent toujours, ou presque toujours, par la guérison. La première est sous la dépendance de l'*ischémie cardiaque* par oblitération des artères coronaires, due elle-même à une altération primitive de ces vaisseaux, ou à une aortite péri-coronaire intéressant plus particulièrement l'embouchure des artères cardiaques. D'après cette théorie, admise également par MM. Potain et Germain Sée, l'attaque angineuse survient dans des conditions identiques à celles de la claudication intermittente des extrémités et constitue une sorte de *claudication du cœur*. Cette théorie s'appuie sur une observation des plus importantes qui a démontré à l'autopsie, d'une manière indéniable, un rétrécissement considérable des artères coronaires dû à une aortite oblitérante en l'absence de toute altération des nerfs du plexus cardiaque, et aussi sur une quarantaine de faits puisés dans la littérature médicale de tous les pays.

Toutes ces observations viennent à l'appui du cas d'angine de poitrine par ischémie cardiaque dont j'ai donné la relation à la dernière séance de l'Académie. Dans un tableau intéressant, M. Huchard résume les nombreuses théories émises sur ce syndrome, et combat celle qui fait dépendre l'angine de poitrine vraie d'une névrite cardiaque et qui ne s'appuie que sur cinq ou six observations, très contestables, au point de vue anatomo-pathologique.

La thérapeutique, qui ne comprend pas moins de soixante pages où sont passées en revue toutes les médications proposées jusqu'à ce jour, est divisée en *traitement curatif* et en *traitement préventif* des accès. Celui des pseudo-angines est relativement facile et se confond avec le traitement de la cause (état nerveux, dyspepsie, intoxications, affections diathésiques) qui les a produites.

Le traitement de l'angine vraie est beaucoup plus important, puisqu'il s'agit d'une affection regardée comme presque toujours mortelle jusqu'à ce jour; M. Huchard s'attache à en démontrer la curabilité par des exemples intéressants puisés dans sa pratique et celle de nombreux auteurs. Contre les accès, il préconise surtout les inhalations de nitrite d'amyle ou éther amyl-nitreux, qui, par la sûreté et la rapidité de son action, est de beaucoup préférable à l'emploi des injections hypodermiques de morphine. L'action vraiment remarquable du nitrite d'amyle qui s'exerce principalement sur les

©BIU Santé

vaisseaux, dont il détermine la dilatation et la perméabilité, servirait à prouver encore, s'il en était besoin, la réalité de l'ischémie du cœur dans la maladie de Rougnon-Héberden.

La nitro-glycérine et le nitrite de sodium qui ont des propriétés à peu près semblables ont cependant une action moins prompte. Il ne s'agit pas seulement, comme le dit l'auteur, de calmer ou de supprimer les accès, mais aussi de les *prévenir* par une hygiène bien entendue sur laquelle tout le monde est d'accord, et par une thérapeutique qui vise la cause, la lésion même de la maladie. Celle-ci est une affection éminemment artérielle, aussi M. Huchard, s'inspirant des bons effets de l'iodure de potassium dans les anévrysmes aortiques, recommande expressément l'emploi de ce dernier médicament auquel il substitue volontiers l'*iodure de sodium*, doué des mêmes propriétés, mais qui a l'avantage d'éviter l'action nocive des sels de potassium sur la fibre cardiaque. La médication iodurée doit être continuée à la dose d'un à trois grammes par jour pendant de longs mois; la persévérance étant une condition du succès thérapeutique dans une maladie aussi rebelle et aussi grave.

Tels sont les éléments principaux de ce travail, qui établissent la nature réelle de l'angine de poitrine et qui permettent d'espérer sa guérison.

L'observation que j'ai eu l'honneur de vous rapporter doit donc prendre place à côté de celles qui sont citées dans ce mémoire, et je ne doute pas, avec l'auteur, que d'autres faits viennent à donner plus tard une confirmation complète à la théorie de l'ischémie cardiaque.

M. Gariel offre en hommage le cinquième et dernier fascicule de la deuxième édition du *Traité de physique médicale*, en collaboration avec M. Desplats.

M. Gavarret présente un exemplaire du *Traité élémentaire de physique médicale* du docteur W. Wundt, traduit, avec de nombreuses additions, par M. le docteur Ferdinand Monoyer, deuxième édition française revue et augmentée par le docteur Armand Imbert.

M. Brouardel dépose sur le bureau : 1° de la part de M. le docteur Maurice Laugier, les articles *submersion* et *suffocation* (extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*); 2° de la part de M. le docteur Jules Socquet, préparateur au laboratoire de toxicologie, une brochure intitulée : *Contribution à l'étude statistique de la criminalité* en France de 1826 à 1880, avec préface de M. Brouardel.

M. Lagneau présente, au nom de M. Aubert, médecin-major de 2e classe, un travail manuscrit intitulé : *Etudes statistiques et médicales sur le recrutement*.

M. Germain Sée présente, de la part de M. le docteur Hugueny, une brochure intitulée : *Du bacille de la tuberculose*.

M. le président Hardy présente le résumé des travaux accomplis par l'Académie pendant l'année 1883. Il invite ensuite M. Alphonse Guérin, président pour l'année 1884, à prendre place au fauteuil.

M. Alphonse Guérin, avant de s'asseoir au fauteuil de la présidence, propose à l'Académie de voter des remerciements aux membres sortants du bureau.

Cette proposition est accueillie par des applaudissements et les remerciements sont votés par acclamation.

M. Bouley, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Brouardel, résume en quelques mots le rapport qu'il a lu en 1881 devant le Comité consultatif d'hygiène publique sur l'importation des viandes américaines. La conclusion de ce rapport, qui fut adoptée par le Comité, est analogue à celle du rapport de M. Brouardel, à savoir qu'étant données les habitudes culinaires de notre pays, il n'y a pas lieu d'interdire l'importation des viandes salées d'Amérique, la cuisson de ces viandes étant suffisantes pour empêcher le développement de la trichinose.

M. le docteur Grancher lit une communication sur les symptômes et les lésions observées par M. Brouardel et par lui sur les malades d'Emersleben et de Deesdorf, et sur deux cadavres dont ils ont fait l'autopsie.

Les symptômes sont ceux de la trichinose à la période ultime, ils ressemblent à ceux de la cachexie cardiaque ou albuminurique, mais l'absence de tout symptôme direct d'une affection du cœur ou des vaisseaux, ainsi que l'absence d'albumine dans les urines, écarte toute erreur de diagnostic.

S'il est difficile de reconnaître un cas isolé de trichinose, on ne saurait, après les travaux de Zenker, Virchow, Leuckart, etc., méconnaître cette maladie quand elle sévit

BIU Santé

épidémiquement. La trichine se loge dans la fibre primitive du muscle, où elle pénètre à travers le myolemme ramolli et infiltré de cellules de néoformation qui la transforment en une gaine cellulaire fusiforme. L'enkystement s'opère peu à peu par la formation d'une membrane d'enveloppe qui sépare le kyste dans les bouts supérieur et inférieur de la fibre musculaire. Celle-ci dégénère le plus souvent, quelquefois on la retrouve intacte à quelques millimètres du kyste. Les faisceaux voisins d'un nid de trichines ne subissent aucune dégénérescence cireuse ou granuleuse, ils sont refoulés et aplatis, mais conservent toutes leurs qualités physiques. On ne trouve aucune trace du passage de la trichine, au septième ou huitième septénaire, ni dans les parois de l'intestin, ni dans le péritoine.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Brouardel.

M. Chatin croit inutile de discuter le rapport de M. Brouardel ; ce travail n'ajoutant aucun nouveau fait scientifique à l'histoire de la trichine et de la trichinose.

Quant aux conclusions, il ne peut les voter sous la forme qui leur est donnée. Sans nier que les viandes porcines d'Amérique renferment des trichines en proportion notable, M. Brouardel conclut à leur libre importation, « à cause des habitudes culinaires des Français. »

Mais les habitudes culinaires varient de ville en ville, de quartier en quartier, souvent dans une même maison, quelquefois dans un même ménage, l'un préférant la viande très cuite, l'autre à peu près crue. La cuisson peut bien détruire les trichines, mais encore faut-il savoir quel est le degré de cuisson nécessaire pour cela. Non seulement il est des personnes qui aiment à manger du jambon cru, mais encore la plupart des cuisinières se refuseraient à cuire de grosses pièces suffisamment pour éviter tout danger. D'ailleurs, selon la remarque de M. Cherville, les grands centres de consommation, pour les salaisons d'outre-mer, ce sont les marchands de vin. Or chez ces gens-là, on ne songe qu'au bon marché et non à l'hygiène.

Il y a des médecins américains qui prétendent qu'il est impossible d'atteindre la trichine par la coction : c'est aller trop loin. Mais pour avoir une cuisson sérieuse, il faudrait procéder comme on ne fait pas, pratiquer de profondes incisions dans les gros morceaux, etc., et il faudrait cuire ainsi toutes les viandes dans leur totalité. Autrement les rats mangeant des débris de porcs contaminés et mangés à leur tour par d'autres porcs deviennent le point de départ de trichinoses locales qui envahissent de proche en proche comme le phylloxéra, cette autre importation américaine, se répandent sur tout le territoire et rendent enfin la trichinose endémique en France comme elle l'est en Allemagne.

Le mieux serait de n'admettre les viandes importées qu'après avoir tué les helminthes qu'elles renferment. Plusieurs méthodes ont été proposées dans ce but, par exemple, la réfrigération. Peut-être conviendrait-il de statuer promptement sur ce point. Dans tous les cas, il serait imprudent de prendre dès à présent une décision qui abolirait tout contrôle.

M. Chatin ne croit pas que l'Académie puisse, à propos d'une question très grave, très délicate et très complexe, se borner à copier et à transmettre au ministère la phrase évidemment vague qui termine la relation des faits recueillis à Emersleben.

Il propose de nommer une commission à laquelle sera renvoyée la communication de M. Brouardel. Cette commission fera un rapport que l'Académie discutera. Ce sera se conformer aux règlements d'après lesquels les communications du gouvernement doivent être renvoyées à des commissions, car c'est au nom du gouvernement qu'on a demandé l'avis de l'Académie.

M. Brouardel accepte volontiers la proposition de M. Chatin et prie l'Académie de vouloir bien renvoyer à une commission son travail et toutes les pièces qui seraient de nature à éclairer la discussion.

Il croit devoir répondre ensuite quelques mots aux arguments de M. Chatin.

D'abord M. Brouardel rappelle ce qu'il a déjà dit dans son rapport, à savoir que M. Grancher et lui se sont trouvés, à Emersleben, en présence d'une maladie qu'aucun médecin français n'avait eu encore l'occasion d'observer.

Il ne pense pas que l'importation des viandes américaines puisse, comme l'a dit M. Chatin après M. Paul Bert, déterminer en France une sorte d'invasion épidémique analogue à celle du phylloxéra.

En effet, ce ne sont pas les viandes américaines qui nous menacent le plus, mais bien plutôt les porcs qui arrivent en pied, ou dépecés e salés, des diverses parties de l'Allemagne. Une très grande partie de la viande de porc consommée en France provient, en effet, de ce pays, et cette viande contient certainement des trichines. Cette viande tri-

©BIU Santé

chinée a plutôt fait de traverser le Rhin que de venir de Chicago au Havre. S'il y avait danger ce serait plutôt d'outre-Rhin que de l'Atlantique que viendrait ce danger. Or, le péril n'existe pas, puisque, encore une fois, la trichinose n'a jamais été observée en France, sauf le cas de Crespy-en-Valois, signalé par M. Laboulbène, et peut-être un deuxième fait qui nous est annoncé aujourd'hui même par dépêche télégraphique comme ayant été observé à Liverdun, sur la frontière allemande.

Comme on l'a dit et répété avec raison, le mode de consommation adopté en France, après cuisson préalable de la viande de porc, empêche la production de la trichinose. Il n'existe donc aucun argument scientifique qui soit de nature à justifier la prohibition de l'importation en France des viandes américaines.

M. Brouardel termine en demandant de nouveau la nomination d'une commission.

Sur la proposition de M. LE PRÉSIDENT, cette commission sera composée de MM. Chatin, Bouley, Proust, Brouardel, Laboulbène et Colin (d'Alfort).

M. BESNIER lit un rapport sur un travail de M. le docteur Cramoisy relatif au traitement des teignes. Après une exposition magistrale très attentivement écoutée par l'Académie, M. le rapporteur termine par les conclusions suivantes :

1° Il n'existe pas d'agents véritablement parasiticides applicables au traitement des affections parasitaires en général, internes ou externes. Dans la cure des teignes en particulier, la guérison ne s'obtient que par l'avulsion mécanique des parasites, ou à l'aide d'une élimination vitale des plans cellulaires qu'ils occupent, effectuée par irritation desquamative.

2° Les teignes sont soumises aux lois communes de la thérapeutique, leur traitement est une œuvre complexe qui a ses indications générales et spéciales, et il n'y a pour aucune d'elles de médication absolue, exclusive ni systématique.

3° Le procédé de M. Cramoisy n'est plus applicable à la cure générale des teignes dans les conditions qu'il a indiquées, mais l'acide pyroligneux, qui forme la partie active de la préparation qu'il recommande, est un agent efficace et innocent d'irritation éliminatoire; son emploi peut être recommandé dans le traitement particulier de la trichophytie sous les réserves de détails que j'ai précisées.

« J'ai l'honneur de proposer :

1° De déposer honorablement le travail de M. Cramoisy dans les archives; 2° d'adresser des remerciements à l'auteur pour sa communication intéressante. (Adopté.) »

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 novembre 1883. — Présidence de M. MILLARD.

MAIRE. — Correspondance. — M. Bucquoy : *Présentation d'un malade atteint de kyste hydatique de la base du crâne.* Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, Bucquoy, Gérin-Roze, Edouard Labbé. — Lettre du docteur Fritz, de l'Isle-Adam, *à propos des nodosités rhumatismales.* Discussion : MM. Troisier, Rathery, Ollivier, Gérin-Roze, Millard.

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

Correspondance imprimée: Les *Thermes romains de Royat*, par M. Fredet. — *Annales de gynécologie.* — *Bulletin médical de l'Aisne.* — *Revue médicale de Toulouse.* — *Lyon médical.* — *Union médicale du Nord-Est.* — *Journal de thérapeutique de Gubler.* — *Bulletin médical du Nord.* — *Bulletin de l'Académie royale de Belgique.* — *Archives de médecine et de pharmacie militaires.*

Correspondance manuscrite: Lettre du docteur Seux fils, de Marseille, annonçant la mort de M. le docteur Seux, son père, directeur de l'Ecole de médecine de Marseille et membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux. — Lettre de M. Moutard-Martin, remerciant la Société qui lui a renouvelé son mandat et sa confiance au sein du conseil de surveillance de l'Assistance publique. — Lettre de M. Moissenet, qui demande à passer membre honoraire. — Lettre du vice-recteur.

M. BUCQUOY présente, au nom de M. Armaingaud, de Bordeaux, une brochure intitulée: *Comparaison méthodique du vaccin animal et du vaccin humain dans les revaccinations pratiquées dans les lycées et collèges de l'Etat.*

M. Armaingaud, ajoute M. Bucquoy, a fait à Bordeaux ce que j'ai fait moi-même

©SIU Santé

depuis dix ans au collège Sainte-Barbe, et il a obtenu les mêmes résultats. Ayant remarqué qu'un certain nombre d'enfants avaient des cicatrices de vaccine peu apparentes et que ces enfants nous offraient des cas de varioles assez nombreux, nous avons, M. Brouardel et moi, institué à Sainte-Barbe, dès cette époque, la revaccination obligatoire pour tous les élèves, et nous nous sommes servis tantôt du vaccin d'enfant, tantôt du vaccin de génisse, qui nous inspiraient tous deux la même confiance. Depuis cette époque, nous n'avons plus observé un seul cas de variole à Sainte-Barbe. M. Armaingaud a, de plus, étudié la valeur relative des deux vaccins au point de vue de la revaccination, et son travail est en cela fort intéressant. Il fait voir que sur 320 élèves, on a obtenu 223 succès complets, c'est-à-dire 43 p. 100, répartis dans la proportion de 34 p. 100 avec la vaccine animale, et de 51 p. 100 avec le vaccin d'enfant.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Debove, Rathery et Dumontpallier, rapporteur.

M. Bucquoy présente un malade atteint de *kyste hydatique de la base du crâne* ouvert dans le pharynx et les fosses nasales, ainsi que sur les parties latérales du cou, dans la portion supérieure de la région sterno-mastoïdienne.

Cet homme, qui exerce la profession de jardinier dans les environs de Rambouillet, est entré à l'hôpital Cochin, dans mon service, le 10 mai de cette année, offrant déjà du côté de la face l'aspect particulier qu'il présente aujourd'hui.

La moitié gauche de la face est notablement atrophiée ; les muscles rétractés en accentuent particulièrement les traits; l'œil, beaucoup plus petit en apparence, présente une ouverture plus étroite, la paupière supérieure étant paralysée et rétractée à la fois.

A travers l'ouverture de la paupière, on voit le globe de l'œil, dont les mouvements sont très limités, porté en dedans et en haut par la paralysie des droits externe et inférieur.

Le malade ouvre difficilement la bouche, la contracture du masséter gauche empêchant l'écartement complet des mâchoires.

La sensibilité n'est pas moins atteinte que la motilité. Il y a, en effet, hémianesthésie, incomplète, mais très accusée dans toute cette moitié de la face; la sensibilité dans tous ses modes et celle des sens spéciaux: ouïe, vue, odorat, goût, sont très notablement diminuées.

Avec ces symptômes qui remontent, comme on va le voir, à une époque déjà assez éloignée, le malade présentait aussi une tuméfaction déjà considérable sur la partie latérale gauche du cou, derrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire, dans la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne; ce fut à cause de cette tuméfaction, qui avait commencé à se manifester deux mois et demi auparavant, et qui faisait des progrès assez sensibles, que le malade crut devoir entrer à l'hôpital.

La tumeur du cou, alors encore irrégulière et dure, peu douloureuse à la pression et n'éveillant pas de douleurs spontanées bien vives, coïncidant avec les phénomènes d'atrophie et de paralysie si remarquables dans une moitié de la face du même côté, nous fit supposer immédiatement l'existence probable d'une tumeur intra-crânienne, hypothèse que la marche même de la maladie semblait confirmer.

D'après les renseignements fournis par le malade, les premiers symptômes remontaient à trois ans environ. Il éprouva d'abord une céphalalgie intense et continuelle, occupant toute la tête et sans prédominance nocturne. Quelquefois le mal de tête présentait par intervalles des exacerbations fort pénibles pendant lesquelles des élancements se faisaient sentir surtout du côté gauche de la face.

Jamais de vomissements, ni de convulsions. Au bout de dix-huit mois survinrent de la paralysie faciale, une diminution sensible de la vue et de l'ouïe et tous les phénomènes déjà notés dans l'apparence extérieure du malade.

Il est à remarquer que cet homme est d'une excellente constitution ; il ne se connaît aucun antécédent héréditaire, n'a jamais fait de maladie sérieuse. Ses habitudes sont régulières; il ne présente aucune trace de syphilis.

Il faut noter aussi que lors de l'entrée du malade à l'hôpital, malgré l'époque déjà éloignée du début, l'état général était assez satisfaisant. Un peu de pâleur, mais pas d'amaigrissement notable.

Si donc l'absence de syphilis éloignait l'idée d'une syphilis cérébrale ou crânienne, l'apparence du malade et la longue durée des accidents ne permettaient guère de s'arrêter à celle d'une affection cancéreuse que l'apparition plus récente d'une tumeur sous-mastoïdienne semblait rendre probable. Un renseignement fourni par le malade ne tarda pas à éclairer le diagnostic. Il nous dit, en effet que, peu de temps après que la tumeur eut commencé à se développer (six à sept semaines avant son entrée à Cochin), il avait

©BIU Santé

rendu en crachant de *petites poches* qu'il compare à des *grains de raisin*. Il sentait quelque chose qui remuait et le gênait dans sa gorge, il toussait et les poches sortaient *par la bouche et par le nez*. Il en aurait ainsi rendu 40 à 50. Un matin, une douzaine de ces poches avaient été expectorées à la fois.

La description était si claire, la sincérité du malade si peu douteuse que je n'hésitai pas à admettre comme probable l'existence d'une *tumeur hydatique*, me réservant toutefois le bénéfice d'inventaire pour affirmer ce diagnostic. Je ne tardai pas à en avoir la confirmation, car quinze jours après son admission, cet homme nous montrait plusieurs vésicules hydatiques qu'il avait expectorées pendant la nuit.

Cependant la tumeur de la région sterno-mastoïdienne continuait à se développer et avait acquis le volume du poing. A mesure qu'elle augmentait, elle perdait de sa consistance, devenait douloureuse. La fluctuation y était évidente.

Je pratiquai derrière le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien, à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs du cou une assez large incision qui donna issue à une petite quantité de pus, mais en même temps à un nombre considérable de vésicules de la grosseur de grains de raisin, offrant la membrane hyaline, le liquide transparent et tous les caractères bien connus des vésicules hydatiques. On peut évaluer à 50 ou 60 le nombre des vésicules qui s'échappèrent à l'ouverture de la poche. Il continua à en sortir encore un certain nombre les jours suivants, lorsque le drain était enlevé pour le pansement.

La poche fut sondée à plusieurs reprises. Je pus constater qu'elle s'étendait très profondément, et que l'instrument atteignait, en passant derrière les muscles et les vaisseaux, les corps vertébraux à la partie postérieure et supérieure du pharynx.

La suppuration se tarit au bout d'assez peu de temps, mais le trajet restait fistuleux, et au commencement, le malade rendait encore des vésicules par l'incision. Un petit abcès superficiel se développa aussi à cette époque vers l'angle de la mâchoire; il n'en sortit que du pus, et on ne put établir de communication entre les deux ouvertures.

Depuis le 15 octobre, la guérison de la tumeur a marché assez rapidement, le trajet fistuleux n'est pas cicatrisé, mais il ne sort plus de vésicules hydatiques par cet orifice.

Il n'en est pas de même du côté du pharynx, car, malgré l'ouverture de la poche, le malade a continué à rendre quelques vésicules par le nez et par la bouche.

Cela n'empêche pas le malade d'être dans un état aussi satisfaisant que possible. Depuis un mois, il a demandé sa sortie de l'hôpital et a repris ses occupations. Chaque semaine, il revient à Cochin pour se soumettre à notre examen. L'amélioration obtenue ne s'est pas démentie, quoique, il y a trois jours encore, une vésicule hydatique ait été rendue par le nez.

Si le diagnostic de tumeur hydatique n'est pas discutable, on rencontre plus de difficultés lorsqu'il s'agit d'établir le siège précis de la tumeur.

Ce n'est que tardivement que cette tumeur s'est développée dans les parties profondes et supérieures du cou. Depuis longtemps déjà s'étaient manifestés des symptômes de céphalée, puis de paralysies localisées, indices certains que la lésion trouvait plus haut son point d'origine, et comprimait, en les altérant d'une manière permanente, un groupe de nerfs composé du facial, du nerf moteur oculaire commun et des branches du trijumeau.

La tumeur est donc intra-crânienne, mais aucun symptôme ne fait supposer qu'elle soit cérébrale. Pas de vomissements, pas de convulsions, pas d'hémiplégie étendue; la céphalée même a disparu avec le développement de la tumeur du côté du pharynx.

J'ai donc cru pouvoir affirmer que cette tumeur hydatique n'avait exercé sur le cerveau et sur les nerfs qu'une action de voisinage, et qu'il fallait en chercher le point d'origine à la base du crâne, probablement, ainsi qu'il en existe quelques exemples dans la science, dans l'épaisseur du sphénoïde. La marche des symptômes a permis de suivre le développement de la tumeur, qui progressivement, soit en usant les os, soit en traversant, après l'avoir élargie, la fente sphénoïdale, a gagné le fond du pharynx, puis les parties latérales du cou. Dans le pharynx, elle s'est ouverte spontanément, d'où le rejet de vésicules par le nez et la bouche; au cou, elle a suppuré et formé le foyer purulent et la poche kystique que j'ai ouverts et dont on voit encore l'orifice incomplètement cicatrisé.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir l'intérêt clinique de ce fait ; quoiqu'on ait signalé d'une part des tumeurs hydatiques développées dans les os à la base du crâne, et d'autre part des tumeurs hydatiques de la région sterno-mastoïdienne, je n'en ai pas trouvé, dans le livre si riche en observations de Davaine, qui aient eu ce double siège et une terminaison aussi favorable.

©BIU Santé

M. Dujardin--Beaumetz : Peut-on avoir la certitude que ce malade ne conserve pas quelques hydatides au voisinage du cerveau qui fassent craindre les effets d'un développement ultérieur?

M. Bucquoy : Le cerveau ne paraît nullement menacé ici, attendu que tous les phénomènes présentés par le malade sont en dehors de la sphère cérébrale.

M. Ollivier : Je ferai des réserves au point de vue d'hémorrhagies possibles. Ainsi, j'ai vu, en 1870, un malade atteint de kyste hydatique du foie chez lequel il y eut pénétration d'hydatides dans les veines sus-hépatiques et embolies cardiaques avec pénétration dans les fibres musculaires du cœur. Ce fait a même été le point de départ d'une thèse que j'ai inspirée et dans laquelle l'auteur relate jusqu'à 25 cas de kystes hydatiques secondaires du cœur.

M. Gérin-Roze : La poche, toujours ouverte, rend encore des hydatides de temps en temps, et alors je me demande si ce malade est bien réellement guéri. Je ne le pense pas, attendu que cette poche ouverte est susceptible de devenir le siège ou le point de départ d'accidents inflammatoires.

M. Bucquoy : Je ne conteste pas que le malade n'est pas absolument guéri, mais il est facile de voir qu'il est en très bonne voie de guérison.

M. Labbé (Edouard) : J'affirme que le malade de M. Bucquoy n'est pas guéri, il y aura récidive, vu que l'ouverture du kyste chez lui n'a pas été suivie de suppuration et que, seuls, les kystes qui ont suppuré ne récidivent pas. L'expérience m'a en effet démontré que le traitement chirurgical qui fait suppurer les kystes est le seul qui soit réellement et radicalement efficace.

M. Dujardin-Beaumetz : Je proteste avec énergie contre de pareilles assertions; je connais, nous connaissons tous des cas de kystes hydatiques guéris et depuis de longues années, par la simple ponction aspiratrice, sans ponction même, et sans suppuration; les autopsies l'ont démontré souvent, d'ailleurs. Il ne faut donc pas laisser dire ici qu'on ne puisse guérir les kystes hydatiques sans les faire suppurer.

M. Féréol lit au nom du docteur Ch. Fritz, médecin de l'hôpital de l'Isle-Adam, la lettre suivante :

L'Isle-Adam, ce 19 novembre 1883.

Monsieur et honoré confrère,

Dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M. Troisier a fait une communication sur les nodosités rhumatismales éphémères.

Il s'agissait d'une nouvelle variété de nodosités observées dans le cours ou dans la convalescence du rhumatisme, siégeant *sous la peau*, adhérant aux gaines tendineuses ou au périoste, de consistance fibreuse, douloureuses à la pression, et disparaissant spontanément après une durée de plusieurs jours ou plusieurs semaines. Ces nodosités sont bien différentes de celles que vous avez décrites sous le nom de *nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques*. Ces dernières siègent *dans la peau*, sont indolores à la pression, occupent n'importe quelle partie du corps et ne durent pas plus de 24 heures, « C'est en 1878, dites-vous, que j'ai décrit ces nodosités pour la première fois ; personne, je crois, ne les a encore observées jusqu'ici, si ce n'est peut-être MM. Tripier, de Lyon, et Olive ; mais leurs observations n'ont pas été publiées. » Les nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques sont donc très rares. J'observe en ce moment une femme qui me paraît présenter ce genre de lésions ; mais comme il reste un doute dans mon esprit, je tiens à vous soumettre cette observation.

Mme V... est une femme de 28 ans, de constitution très robuste, bien réglée, sans enfants, sans antécédents héréditaires, et n'ayant jamais été malade avant le mois de février dernier.

A cette époque, elle fut atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu, qui n'a rien présenté de particulier, et qui fut traité par le salicylate de soude. Dans le courant d'avril à la suite d'un refroidissement, elle eut une nouvelle poussée rhumatismale qui lui fit prendre le lit pendant une huitaine de jours. Depuis ce temps, elle se porte admirablement ; l'appétit est excellent, toutes les fonctions sont normales, et Mme V... mène une vie très active.

Au commencement de septembre, survint un beau matin, sans cause connue, une

©BIU Santé

tuméfaction de la lèvre supérieure qui disparut dans la soirée ; le lendemain, la bosse était sur le front, le surlendemain sur l'épaule, et pendant les mois de septembre et d'octobre, il ne s'est guère passé de jours sans que Mme V... ne présentât en un point quelconque du corps, une ou plusieurs de ces nodosités qui l'avaient tourmentée au début, et auxquelles elle n'attache plus d'importance, puisqu'elles ne la font pas souffrir; depuis une quinzaine, elles sont plus rares, et ne reviennent plus que tous les trois ou quatre jours. Comme grosseur, elles varient de la dimension d'une noisette à celle d'une noix. Les sièges de prédilection sont les deux lèvres, le sommet de l'épaule droite, et le pourtour de la taille ; parfois uniques, elles sont le plus souvent au nombre de trois ou quatre ; dans ce cas, elles sont quelquefois groupées les unes près des autres; de façon à former une plaque dure et épaisse, peu mobile sur les parties profondes. Elles paraissent le plus souvent dans la matinée pour disparaître dans la soirée ou le lendemain matin ; jamais elles ne surviennent la nuit. Pas de changement dans la coloration de la peau, à leur niveau ; elles gardent l'empreinte du doigt, ce qui indique leur nature œdémateuse; cet œdème occupe la peau et le tissu cellulaire sous-jacent. Elles sont indolores ; cependant, en opérant de légères frictions, la peau rougit et il se développe des démangeaisons, peu fortes, il est vrai, et qui ne durent pas.

Ma malade est-elle atteinte d'un accident rhumatismal cutané, analogue à ceux que vous avez décrits, ou ai-je devant moi une simple variété d'urticaire, l'urticaire tubéreuse ?

Si vous trouvez à cette observation quelque intérêt, et si vous croyez qu'elle présente des analogies avec celles que vous avez publiées, je vous serai reconnaissant de vouloir bien la communiquer à la Société médicale des hôpitaux. Si vous ne voyez là que de l'urticaire, jetez ma lettre au panier ; en tout cas, je serai heureux de connaître votre appréciation.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, avec mes remerciements anticipés l'expression de mes sentiments les plus dévoués et les plus respectueux.

Docteur Ch. Fritz,

Médecin de l'hôpital de l'Isle-Adam.

M. Troisier : Je reviendrai, à ce propos, sur la structure des nodosités rhumatismales; j'ai dit qu'elle était de nature fibreuse; en réalité elle est constituée par du tissu embryonnaire en voie de développement; c'est un tissu de granulations, ce qui permet de comprendre leur disparition très rapide.

M. Rathery : Le malade dont on vient de parler a pris du salicylate de soude; il a présenté ensuite de l'urticaire tubéreuse; je n'en suis point surpris, attendu que chaque fois que je suis forcé de prendre du salicylate de soude, et cela m'arrive trop souvent, je suis atteint bientôt de cette urticaire à forme tubéreuse que je rattache aux effets du salicylate de soude.

M. Ollivier : Je préférerais qu'on appelât ces nodosités des nodosités *rhumatismales* pour ne pas les confondre avec les nodosités indolentes qu'on rencontre chez les goutteux, et qui sont constituées par des dépôts d'urate de soude.

M. Féréol : Quand je dis nodosités *arthritiques*, je l'entends à la manière diathésique de Bazin.

M. Gérin-Roze : J'ai prescrit bien souvent le salicylate de soude à des rhumatisants; j'en ai souvent obtenu d'excellents effets; mais il ne m'a jamais été donné de constater après son administration l'urticaire à forme tubéreuse dont nous parle M. Rathery, et pour laquelle, je le crains, il a une prédisposition toute particulière; je croirais plutôt chez lui à des coïncidences.

M. Rathery : Je suis enclin à voir dans la répétition de cette urticaire, à la suite de l'administration du salicylate de soude, chez moi et chez d'autres malades, autre chose que de simples coïncidences. Le fait s'est reproduit et trop souvent et trop régulièrement.

M. Millard : Le siège de cette éruption aux lèvres, le prurit qui l'accompagnait, sa mobilité et sa fugacité m'empêchent de voir là ce qu'ont décrit M. Féréol et M. Troisier; je ne puis y voir qu'une éruption d'urticaire chez une rhumatisante.

M. Straus dépose, au nom de M. Lépine (de Lyon), un volume intitulé : *Additions à la traduction française du Traité des maladies des reins* de Bartels. Ce titre, ajoute M. Straus,

©BIU Santé

est beaucoup trop modeste et sous la simple rubrique d'*annotations* M. Lépine a fait non seulement une œuvre magistrale d'érudition et de critique, mais encore pleine de recherches personnelles et de vues originales. Les conditions pathogéniques de l'albuminurie et le processus des néphrites chroniques sont deux questions qui excitent actuellement un vif intérêt. L'auteur s'y est particulièrement arrêté. Contrairement à des vues anatomiques trop exclusives, il cherche à établir que toute modification, même légère de la constitution du sang, toute dyscrasie, de quelque nature qu'elle soit, peut engendrer l'albuminurie d'une part, et la néphrite de l'autre. Ces vues, déjà émises en partie par Graves, Gubler, Jaccoud et Semmola, l'auteur les appuie sur des recherches expérimentales personnelles nombreuses ainsi que sur l'observation clinique.

De là à la conception *uniciste* de la maladie de Bright, il n'y a qu'un pas. M. Lépine s'y rallie et il est difficile de ne pas partager sa manière de voir après la lecture des pages si solides qu'il consacre à cette discussion. Signalons encore la note sur l'*urémie*, celle sur les *néphrites infectieuses*, sur la *néphrite aiguë* et la *glomérulo-néphrite*, sur la *formation des cylindres* de l'urine. Ces annotations au livre de Bartels donnent plus que l'indication exacte de l'état actuel de la science; comme toute œuvre de critique émanant d'une source réellement compétente, elles sont éminemment *suggestives* et montrent dans quelle direction doivent, dans l'état actuel de la pathologie rénale, porter les efforts des cliniciens et des anatomo-pathologistes.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DUGUET.

FORMULAIRE

MIXTURE STIMULANTE ET EXPECTORANTE. — Fothergill

Carbonate d'ammoniaque.	0 gr 30 centig.
Teinture de noix vomique.	10 gouttes.
Teinture de scille	2 grammes.
Infusion de serpentaire	45 —

F. s. a. une solution, à donner en 3 fois dans la journée, dans le cas de bronchite chronique avec emphysème, ou bien à la seconde période de la bronchite aiguë, pour aider les bronches à se débarrasser des mucosités qui les encombrent. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. les candidats au cinquième examen de doctorat, nouveau régime (deuxième partie, clinique et anatomie pathologique), sont prévenus que l'épreuve d'anatomie pathologique portera, lorsque cela sera possible, sur une autopsie qui sera faite par les candidats au début de l'examen, à une heure de l'après-midi.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Séance du 12 janvier 1884.* — 1. Installation du bureau. — 2. Compte rendu des travaux de la Société, en 1883, par le secrétaire général. — 3. Vote sur la candidature de M. Jacolot au titre de membre correspondant. — 4. Proposition du Conseil d'administration sur la publication des travaux de la Société. — 5. Communications diverses.

Le banquet de la Société aura lieu le samedi 19 janvier.

NÉCROLOGIE. — Le docteur Gérard vient de mourir dans sa maison de campagne de la Croix-Rousse, où il vivait retiré depuis quelques années. Il avait soixante-douze ans, et peu de médecins de la génération nouvelle le connaissaient. Pourtant, il avait marqué sa place à Lyon par des travaux sérieux, et toute sa vie a été pleine d'actes de bienfaisance et de dévouement.

La thèse de Gérard est du 24 août 1838, elle a pour titre : *De la coagulation du sang et de l'application de l'électricité au traitement des anévrysmes ;* elle est antérieure aux tra-

©BIU Santé

vaux de même nature qui furent entrepris à Lyon vers cette époque et qui ont eu tant de retentissement. Aussi, aux noms illustres des Pétrequin, des Lallemand et des Pravaz, est-il juste d'associer celui de Gérard.

— Le docteur Reliquet commencera son cours sur les *maladies des voies urinaires* le lundi 14 janvier, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'école pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— Le docteur H. Picard reprendra son cours sur les *maladies des voies urinaires* le vendredi 11 janvier, à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'école pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— MM. les professeurs Regnauld et Damaschino sont nommés membres de la commission scolaire pour l'année scolaire 1883-1884. Cette commission se composera donc de MM. les professeurs Béclard, doyen de la Faculté, Bouchardat et Brouardel, assesseurs, Regnauld et Damaschino.

— Sont institués, pour une période de trois ans, aides d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, MM. Métaxas, Boiffin, Assaky, Phocas, Damalix, Hamonic, Festal et Barbulée.

— MM. les docteurs en médecine qui désirent faire un cours libre à la Faculté, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1883-1884, sont priés de vouloir bien déposer leur demande dans le courant du mois de janvier, au secrétariat de la Faculté. Cette demande doit contenir le programme du cours.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 28 décembre 1883, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Perrin, médecin inspecteur, directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce.

Au grade d'officier. — MM. Delcominète, Weber et Widal, médecins principaux de première classe; Jean et Petit, médecins-majors de première classe.

Au grade de chevalier. — MM. Oberlin, Robert, Battarel, du Cazal, Rouget, Roux, Brachet, Boppe, Tachard et Lemardeley, médecins-majors de première classe; Gaubert, médecin-major de deuxième classe; Lacroix, médecin en chef de l'hôpital mixte de Béziers, et Tubert, médecin requis à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

Par décret, en date du 29 décembre 1883, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Aude, médecin en chef de la marine et Cerf-Mayer, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Féris, médecin-professeur de la marine, Delisle, Martinenq, Le Tersec, Masso et Galliot, médecins de première classe de la marine; Chevrier, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine; Hérail, ancien médecin de la marine.

— Les bulletins de versement pour les consignations pour examens continueront à être délivrés les lundis et mardis, de midi à trois heures. Les étudiants inscrits pour subir leurs examens sont placés d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser, par écrit, la demande à M. le doyen (décision de la commission scolaire en date du 27 juin 1882 et du 24 décembre 1883). La mise en séries des candidats aux examens a lieu quinze jours au moins ou trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre des candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la Commission scolaire, la faire tirer et distribuer, et enfin pour expédier les convocations.

Les bulletins de versement doivent être présentés à la recette des droits universitaires (55 rue Saint-Jacques), autant que possible, le jour même où ils sont délivrés.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. Trastour : A propos de la Rubéole ou Rœtheln des Allemands. — II. Daga : Note sur la Rubéole. — III. Ch. Perier : Kyste de l'ovaire gauche. — IV. Bibliothèque. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — VI. Sociétés médicales des départements : La Société médicale de Reims en 1883. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

A propos de la Rubéole ou Rœtheln des Allemands,

Par le Dr Trastour, professeur de clinique médicale, à l'École de médecine de Nantes.

La rubéole, maladie éruptive, encore mal connue en France, sur laquelle le docteur Longuet vient de publier un article intéressant dans l'*Union médicale* (25 décembre 1883), a régné à Nantes à l'état épidémique, depuis le mois d'octobre 1881 jusqu'au mois d'avril 1882. Nous lui donnions improprement, je crois, le nom de roséole.

Ayant eu l'occasion de l'observer dans deux pensionnats de jeunes filles, et dans plusieurs familles chez des personnes adultes, j'avais pris quelques notes qui concordent parfaitement avec la description que les divers auteurs étrangers en ont donnée et que les médecins français acceptent eux-mêmes dans des publications récentes.

Puisqu'il y a encore doute et incertitude sur plusieurs points relatifs à l'histoire clinique de cette fièvre éruptive, je ne pense pas qu'il soit inutile d'appuyer de quelques remarques nouvelles cette étude inaugurée en France, depuis le Congrès de Londres, par le professeur Jaccoud.

Je trouve ce qui suit dans les notes que j'ai gardées sur la petite épidémie de 1881-82 :

Prodromes. — Injection, rougeur plus ou moins vive des muqueuses oculo-palpébrale, nasale, pharyngée; quelques douleurs de tête; ni toux, ni coryza; mais symptôme important, caractéristique, à peu près constant, pathognomonique suivant Bloch (auteur danois) : présence, sous les apophyses mastoïtes, de ganglions lymphatiques engorgés et légèrement douloureux.

Ces ganglions sub-auriculaires, post-mastoïdiens, m'avaient semblé, avant de connaître la remarque de Bloch, un des indices les plus positifs de la rubéole, pour la distinguer de la rougeole et de la scarlatine.

Je dois ajouter que je cherchai vainement, dans le cuir chevelu, la raison préalable de l'engorgement de ces ganglions, et je me demande encore pourquoi on les constate dès la première période de l'éruption.

Cette période prodromique est, il est vrai, souvent fort courte, et même manque tout à fait; si bien que, dans les pensionnats où j'ai observé la rubéole, on avait pris l'habitude de regarder, chaque matin, le cou et la figure des élèves, pour s'assurer s'il n'y avait pas de nouvelles malades.

Eruption. — L'invasion précipitée, le polymorphisme de l'éruption, sont des caractères de la rubéole que j'ai enregistrés.

L'éruption rappelle celle de la rougeole, parfois celle de la scarlatine; les taches sont isolées ou confluentes; ordinairement pâles, quelquefois très rouges; il y a parfois des saillies papuleuses qui donnent à la peau l'aspect chagriné.

C'est à la face, mais surtout au cou, que l'éruption se montre d'abord et principalement; parfois la face est tuméfiée, au point de défigurer les sujets. Deux dames de 25 à 30 ans étaient méconnaissables, par suite du gonflement et de la rougeur du visage.

Avec cela, conservation de l'appétit, au moins chez les enfants; pas de fièvre, pas de vomissements, pas de diarrhée; toujours absence d'éternuements, pas d'exsudat buccal ni pharyngé.

©BIU Santé

Après la face et le cou, ou simultanément, le tronc, les membres, les pieds, les mains présentaient les mêmes phénomènes éruptifs, parfois à un très haut degré d'intensité.

En général, l'éruption ne durait pas plus de deux jours.

Les malades pouvaient se lever le troisième ou le quatrième jour, et sortir après cinq ou six jours, sans qu'il en résultât le moindre accident.

La *desquamation* était ordinairemenent furfuracée, à peine visible.

Mais une exception singulière s'est présentée, deux fois, à mon observation. Une religieuse, âgée de 30 ans environ, a eu, aux pieds et aux mains, un dépouillement épidermique complet, comme dans la scarlatine. Je doutais du fait, d'autant plus qu'on me disait avoir déjà constaté le même phénomène, chez la même personne, dans une éruption semblable. Pour me convaincre, on me présenta, au bout de quinze jours, l'épiderme de la plante des pieds en une seule pièce.

Je vis exactement le même fait, à la même époque, chez une jeune dame de 28 ans, après une rubéole confluente.

On ne s'étonnera pas, en présence des exceptions de ce genre, des difficultés que la rubéole présente parfois pour le diagnostic.

Pour la plupart des auteurs, le pronostic de la rubéole n'est jamais grave; cependant Aitken, Robinson James et Cheadle ont cité des cas de mort, par complications pulmonaires, diphthérie et convulsions.

Cheadle a observé quatre fois la terminaison fatale; mais il y avait des complications préalables de telle nature (3 empyèmes, 1 tétanie) que l'influence néfaste de la rubéole est contestée (Longuet).

En voyant, notamment chez des adultes, une éruption si intense, si confluente, avec tuméfaction si grande du visage, je pensais *in petto* que si, par une raison quelconque, l'évolution naturelle de la rubéole par la voie cutanée était entravée, des accidents graves pouvaient surgir.

Un fait, bien malheureux, au mois de mars 1882, vers la fin de l'épidémie, vint confirmer mes craintes.

Un jeune homme de 18 ans, pâle, maigre, ayant beaucoup grandi en peu de temps, présente une éruption rubéolique un dimanche. Il se lève, sans se couvrir, et change de chambre. L'éruption disparaît; si bien que, le lundi matin, je n'en vois pas de traces. Des nausées, des vomissements, de la diarrhée avec coliques violentes surviennent.

15 grammes d'huile de ricin, donnés le mardi matin en raison de l'état saburral de la langue, produisent 12 à 15 selles; le malade se dit très faible; il va parfois sous lui; il se plaint de douleurs vers la vessie; les selles sont liquides, verdâtres; le ventre est plat et rétracté; les urines sont blanchâtres et troubles. Je prescris du tannate de quinine qui est vomi, de la chartreuse, du champagne; un lavement avec 8 ou 10 gouttes de laudanum de Sydenham.

Le jeudi soir, le malade est très bien, sans fièvre. Un potage au tapioca a été bien supporté. Pas de signes de péritonite ni de dothiénentérie.

Dans la nuit du jeudi au vendredi, des coliques violentes, des vomissements, avec vive douleur au côté droit et fièvre intense, reparaissent.

A huit heures du matin, le pouls est à 120, petit, mais régulier; je constate un frottement pleural, très marqué, au côté droit, en avant. Je prescris un large vésicatoire.

Avant qu'il soit posé, le malade est pris, dans son lit, d'une syncope et meurt subitement.

Quoique je n'aie pas vu et constaté, par moi-même, l'éruption du dimanche précédent, je suis porté à penser, vu l'épidémie régnante, et d'après ce qui m'a été dit, que c'était un cas de rubéole, dont l'éruption a été entravée ou supprimée par un refroidissement; par suite sont survenues les complications viscérales qui ont été l'occasion de la terminaison fatale.

©BIU Santé

Note sur la rubéole,

par le Dr Daga.

En adressant à l'*Union médicale* la présente note, mon seul but est de démontrer l'existence réelle, sans doute plus fréquente qu'on ne le suppose, de la rubéole dans nos contrées, et de constater que cet exanthème fébrile n'a point échappé à certains observateurs français.

J'extrais en effet, de mon rapport sur le service médical de l'hôpital militaire de Nancy pour l'année 1881, les renseignements suivants :

« Nous avons observé seize cas de rougeole, huit cas de roséole ou mieux *de rubéole* et dix-sept cas de scarlatine qui se sont manifestés spécialement pendant les mois de janvier, mars, avril, mai, juin et décembre 1881.

« Ces trois fièvres éruptives coexistaient dans notre service. »

Pour bien indiquer que j'établissais une différence tranchée entre chacune de ces trois affections, voici comment je m'exprimais dans ce rapport :

« La rougeole s'est caractérisée par ses symptômes habituels, par l'absence de complications et par sa terminaison toujours heureuse.

« J'ai dit précédemment que nous avions noté huit cas de roséole (dénomination conforme à la nomenclature pour la statistique médicale de l'armée) et mieux *de rubéole*, c'est-à-dire des formes un peu étranges dans lesquelles, avec une éruption analogue à celle de la rougeole, nous observions le mouvement fébrile assez intense, l'angine qui annoncent l'invasion de la scarlatine ; d'autres fois au contraire de petites taches et de larges plaques d'un rouge foncé comme dans la scarlatine, avec le coryza, le larmoiement, le gonflement des paupières, la bronchite de la rougeole. Tous les malades ont guéri.

« En même temps que ces formes mixtes, nous avons traité dix-sept cas de scarlatine véritable avec les symptômes qui lui sont propres et dont la terminaison a toujours été favorable. »

J'aurais désiré vivement étudier avec tout le soin qu'elle mérite la rubéole si peu connue en France, et sur laquelle j'appelais l'attention de mes collègues de l'hôpital et des jeunes aides-majors qui suivaient ma visite. Mais, à cette époque, régnait dans nos salles une épidémie très grave de fièvre typhoïde qui était l'objet de mon unique préoccupation.

C'est donc avec un véritable intérêt que j'ai lu dans l'*Union médicale* des 25 décembre 1883 et 1er janvier 1884 les articles de MM. Longuet et Lubanski, et j'aime à croire que d'autres observateurs, répondant à cet appel, s'empresseront de signaler, avec des détails suffisants, les faits analogues recueillis dans leur pratique. Je suis même convaincu que les médecins de l'armée, une fois avertis, auront certainement l'occasion de rencontrer, comme moi, plus d'un exemple de rubéole dans nos hôpitaux militaires, où l'on observe assez fréquemment, chez nos jeunes soldats, les affections qui semblent spéciales à l'enfance, telles que la méningite granuleuse, la tuberculisation des ganglions bronchiques, et surtout les fièvres éruptives.

Hôpital Bichat. — Service de M. F. Terrier.

Kyste de l'ovaire gauche.

Ovariotomie par M. le Dr Ch. Perier. — Guérison.

Mme Minier (Julie), 41 ans, entre le 15 juin 1883 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, no 23. Cette malade a été réglée pour la première fois a 14 ans; elle s'est mariée à 23 ans, a eu un accouchement avant terme l'année suivante et s'est plainte de douleurs du côté gauche du ventre pendant une quinzaine de jours.

La menstruation est régulière et nullement douloureuse.

Il y a dix ans, en 1873, nouvelles douleurs dans le ventre, et, à ce moment, la malade prétend avoir rencontré une tuméfaction du côté gauche.

D'une santé assez bonne, elle n'était alors tourmentée que par de la constipation, et, de temps à autre, de la diarrhée.

Depuis quatre ans (1879), elle est plus faible, sujette aux étourdissements, aux douleurs de ventre.

BIU Santé

En février 1880, nouvelles douleurs à gauche et diarrhée fréquente ; le ventre grossit.

Le 5 mai 1880, elle entre dans le service de M. Duplay, qui retire environ trois litres de liquide clair par une ponction pratiquée à gauche; il n'y a pas eu d'autres ponctions.

Le 24 janvier 1883, la malade entre à Saint-Antoine, dans le service de M. Perier. Pendant son séjour, elle est de nouveau sujette à des douleurs abdominales ne s'accompagnant pas de vomissements; elle a fréquemment de l'œdème malléolaire le soir.

Pas d'albumine; urines rares.

Transpire la nuit; est sujette à la diarrhée et à la toux; elle a beaucoup maigri depuis sept mois et perd l'appétit.

La malade est transportée à l'hôpital Bichat le 15 juin, dans le service de M. Terrier.

Etat local. — Ventre peu développé, sans circulation collatérale, souple à la palpation; matité dans la fosse iliaque gauche et le flanc gauche dépassant la ligne médiane; pas d'ascite; poche fluctuante grosse comme une tête d'adulte et paraissant appartenir à l'ovaire gauche; au toucher on sent, en arrière du col, une masse arrondie qui paraît adhérente à l'utérus et qui peut faire penser à l'existence de fibromes, compliquant la présence du kyste ovarique. L'opération nous a fait voir qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire droit peu volumineux et adhérent au fond du bassin.

Ovariotomie le samedi 7 juillet, avec l'assistance de mes collègues et amis MM. Terrier, Championnière et Berger. Durée, trente-cinq minutes; incision de l'abdomen de 10 cent.; couche adipeuse sous-cutanée de 1 cent. d'épaisseur environ; incision des aponévroses; couche adipeuse sous-péritonéale assez développée. On arrive avec précaution jusqu'au péritoine; ouverture en dédolant; agrandissement avec les ciseaux; le péritoine est ainsi ouvert dans toute l'étendue de la plaie abdominale.

L'épiploon est étalé au devant de la tumeur; il est impossible de le relever, parce qu'il adhère au bassin, mais on peut le faire glisser transversalement et le déplacer à droite, à la manière d'un rideau.

La tumeur se trouve ainsi à découvert et paraît libre d'adhérences.

Ponction. Evacuation de trois litres d'un liquide limpide; pas d'adhérences, mais la poche kystique paraît implantée par une large surface sur le bord du ligament large; la fin de l'S iliaque, ou le commencement du rectum, est étalé sur la base; il est facile de décortiquer la tumeur, excepté en deux points: l'un répondant à l'angle gauche de l'utérus, et l'autre, plus externe, situé plus à gauche, correspondant à un groupe de vaisseaux qui ne sont autres que les vaisseaux ovariens.

Il y a donc comme deux pédicules sur chacun desquels on place une double ligature à anses enchevêtrées.

Pour arriver à ce résultat, il a fallu agrandir par en haut et par en bas l'incision abdominale.

L'examen du bassin nous fait reconnaître l'existence d'un kyste de l'ovaire droit gros comme une pomme environ, à parois souples, peu distendu; il paraît adhérer par presque toute la moitié de sa surface à la paroi du bassin et au grand épiploon; mais comme malheureusement les parois abdominales n'avaient pas été fort distendues par le kyste que nous venons d'enlever, le paquet intestinal faisait continuellement issue au dehors, et il nous était impossible de mettre à découvert les parties à enlever, sans compliquer l'opération et en augmenter singulièrement la gravité.

Dans ces conditions, nous avons cru devoir laisser en place la tumeur de l'ovaire droit et fermer l'abdomen par huit points de suture profonds et six points de suture superficiels.

Poids des parois de la tumeur enlevée, 90 grammes. Il s'agit d'un kyste multiloculaire avec une grande poche et quelques petites poches kystiques au niveau du pédicule; si bien que, cliniquement, la tumeur peut être regardée comme un kyste uniloculaire.

Le soir du premier jour (7 juillet), pouls 108, resp. 28, temp. 38°7. La malade a eu deux vomissements après l'anesthésie; aucun dans la journée; légère douleur au niveau de la plaie abdominale, mais aucune douleur dans l'abdomen. Elle se plaint de soif. Un peu d'agitation. Deux quarts de piqûre de morphine.

8 juillet. — Un peu fatiguée par la température élevée. Pas de douleur de ventre. Urine normale par le cathétérisme. Vers le soir, quelques gaz par l'anus. Langue rouge et sèche; soif vive. — Matin, pouls 108, resp. 32, temp. 39°6. — Soir, pouls 112, resp. 30, temp. 39°2.

9 (troisième jour). — La malade a peu dormi; elle est un peu agitée. Urines foncées. Pas de nausées. Ventre souple, non ballonné, nullement douloureux. La malade perd

©BIU Santé

depuis ce matin, les règles étant en avance de huit jours. — Matin, pouls 108, resp. 28, temp. 39°8. — Soir, pouls 100, resp. 26, temp. 38°6.

10 (quatrième jour).—Même état satisfaisant. La malade se trouve mieux; elle a un peu faim. Elle a uriné seule en petite quantité. — Matin, pouls 98, resp. 26, temp. 38°6. — Soir, pouls 100, resp. 26, temp. 38°8.

11 (cinquième jour). — Matin, pouls 100, resp. 24, temp. 38°6. — Soir, pouls 96, resp. 26, temp. 38°2. Pas de douleurs dans l'abdomen. Pas de distension du ventre.

12 (sixième jour). — Peu de sommeil; un peu d'agitation la nuit. — Matin, pouls 88, resp. 24, temp. 37°8. — Soir, temp. 38°. On enlève les six fils d'argent de suture superficielle et trois des huit sutures profondes. La réunion est parfaite.

13 (septième jour). — Même état. La malade commence à avoir faim; elle dort mieux. — Temp. matin, 38°. — Soir, 38°2.

14 (huitième jour). — Temp. matin, 37°7. — Soir, 37°8.

15 (neuvième jour). — Temp. matin, 38°. — Soir, 38°4. On enlève les cinq derniers fils de suture profonde. La malade se sent très bien, demande à manger; elle dort bien la nuit. Le pansement n'est nullement souillé au niveau de la plaie.

16. — Elle rentre dans la salle sans avoir aucune douleur dans le ventre; elle peut s'asseoir sur son lit.

La malade quitte le service le 2 août, trois semaines après son opération, pour aller en convalescence au Vésinet.

J'ai revu la malade en décembre dernier, la tumeur ovarique laissée au fond du bassin était considérablement atrophiée.

BIBLIOTHÈQUE

CLINIQUE ET CRITIQUE CHIRURGICALES, par M. le docteur Paul RECLUS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. G. Masson; 1884.

Sous ce titre, M. Reclus a réuni un certain nombre d'articles parus dans le *Progrès médical*, la *Revue mensuelle de chirurgie*, la *Gazette hebdomadaire*. Plusieurs d'entre eux ayant trait au même sujet, l'auteur les a groupés ensemble de façon à en faire des chapitres qui ont pour titres : Maladies générales, maladies des os, des articulations, des vaisseaux, de la face et des voies aériennes, de la bouche, du tube digestif, des voies urinaires, du testicule, de la mamelle.

Ceux qui ont remarqué, comme nous, la clarté, la netteté, l'élégance du style avec lesquelles le jeune agrégé de la Faculté de Paris exposait aux lecteurs des journaux que nous avons mentionnés les questions à l'ordre du jour, se réjouiront de trouver ces études en un seul volume. Nous les avons relues pour notre part avec d'autant plus d'intérêt qu'elles sont, suivant l'expression de l'auteur, l'écho des paroles de notre maître M. Verneuil, qui, certes, ne pouvait avoir de meilleur interprète. Pour ajouter encore à la valeur première de ces travaux, M. Reclus n'a pas craint de remanier parfois son texte, ses opinions ayant été modifiées sur quelques points par « des lectures plus étendues, une observation mieux éclairée, de justes critiques ». Il y a ajouté d'ailleurs de nouveaux faits recueillis depuis leur publication. Son livre n'est donc point une simple réimpression d'anciens articles, mais une nouvelle édition, revue, corrigée et augmentée, à laquelle nous souhaitons, en cette semaine de souhaits et de vœux, tout le succès dont elle est digne.

L.-H. PETIT.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 janvier 1884. — Présidence de M. BLANCHARD.

Une lettre de la commission d'organisation transalpine fait savoir à l'Académie que, le 1er avril prochain, s'ouvrira à Turin une Exposition internationale d'électricité, et que le gouvernement italien offre un prix de 10,000 fr. à l'inventeur du meilleur appareil d'éclairage.

M. le ministre de l'instruction publique rappelle que la chaire de culture est vacante au Muséum, par suite du décès de M. Decaisne, et que l'Académie, par les soins de la section de botanique et d'économie rurale, doit présenter à bref délai une liste de candidats. Le vote qui sanctionnera cette liste aura lieu dans la prochaine séance.

M. David, que ses occupations appellent tous les matins, à six heures, à la gare de Bercy, commune de Charenton, écrit qu'il a observé tous les jours, depuis la fin de novembre jusqu'à la fin de décembre, la coloration rouge du ciel, avec ou sans nuages. Les étoiles étaient parfaitement visibles à travers ces lueurs. Il attribue ce phénomène à une strate très épaisse de vapeurs d'eau qui avait envahi une portion notable de l'atmosphère. La cessation du froid a permis à cette strate d'eau de se vaporiser, et le phénomène a disparu.

M. le Secrétaire perpétuel n'admet cette explication que sous toutes réserves.

M. Chapel signale une secousse de tremblement de terre qui a été vivement ressentie dans certaines contrées du nord de la France; ce qu'il y a de singulier, c'est que pendant que les maisons tremblaient, que les meubles craquaient, et que les verres et les ustensiles de cuisine s'entrechoquaient à la surface du sol, les ouvriers qui se trouvaient au même moment dans les galeries des mines ne se sont aperçu de rien.

M. Daubrée n'est point du tout surpris du fait. Souvent, le tremblement de terre n'est perceptible qu'à la surface, et les mines peuvent très bien ne pas participer au mouvement.

M. Faye communique une lettre que lui a transmise M. Larrey, et qui a été écrite par un observateur des Hautes-Pyrénées, à l'occasion des lueurs qui précédèrent le lever du soleil pendant le mois dernier.

L'hypothèse des poussières suspendues dans l'atmosphère ne paraît pas admissible à ce correspondant qui adresse, à ce propos, plusieurs questions à M. Faye. Mais le savant astronome se récuse; il n'est pas en mesure de donner une explication plausible de ce phénomène singulier.

M. Henri Bouley, au nom d'un des préparateurs d'anatomie comparée du Muséum, rend compte d'expériences instituées afin de juger si l'ail et la pilocarpine sont, comme on l'a dit, des préservatifs contre la rage. Des animaux ont été saturés, en quelque sorte, de ces deux substances pendant plusieurs semaines. Puis, on leur a inoculé la rage par le cerveau, selon la méthode de M. Pasteur. Tous les animaux sont morts enragés.

M. Soudras donne lecture d'un travail relatif au traitement de la diphthérie par les badigeonnages et les aspirations de substances résineuses: térébenthine, goudron, vernis-copal, etc. Nous pourrons revenir sur ce sujet, s'il y a lieu.

M. Paul Bert dépose sur le bureau deux grandes photographies représentant deux grossesses extra-utérines à terme, opérées par M. Lucas-Championnière, chirurgien des hôpitaux, et suivies de guérisons rapides malgré les conditions exceptionnellement défavorables dans lesquelles les opérations ont été faites. L'auteur rapporte à l'emploi de la méthode de Lister les succès inespérés qu'il a obtenus.

M. le Président annonce que, dans la séance prochaine, la liste de candidats au titre d'académicien libre, en remplacement de M. de la Gournerie, sera discutée et arrêtée.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un vice-président pour l'année 1884.

Le scrutin donne 43 voix à M. H. Bouley, 5 à M. Gosselin, 1 à MM. Cahours, Duchartre, Milne-Edwards et Robin. — MM. Becquerel et Milne-Edwards, membres sortants de la commission administrative, sont réélus.

M. le Président expose que, dans le cours de l'année 1883, l'Académie a perdu 7 de ses membres : MM. Puiseux, Bresse, Yvon-Villarceaux, Sédillot, Cloquet, de la Gournerie, Bréguet. Quatre membres nouveaux ont été nommés : MM. Maurice Lévy, Wolff, Richet et Charcot. Il reste trois élections à faire.

L'Académie a perdu également 7 correspondants. Un seul a été remplacé; il en reste 6 à élire.

Le bureau, pour l'année 1884, est donc composé ainsi : président, M. Rolland; vice-président, M. Bouley; secrétaires perpétuels, MM. Bertrand et Dumas.

M. le Président prononce une courte allocution de remerciements. Il invite M. Rolland à le remplacer au fauteuil, et M. Bouley à prendre la place de M. Rolland.

Le nouveau président donne la parole à M. Vulpian. Le savant professeur présente, au

nom de M. Babinski, préparateur à la Faculté de Paris, un travail sur les modifications qu'offrent les muscles à la suite des sections qu'ils ont subies. Ces modifications sont caractérisées par ce fait que le protoplasma remplace les fibrilles musculaires; c'est une atrophie simple qui se produit, et non une atrophie graisseuse, ainsi qu'on l'avait cru jusqu'ici.

M. Vulpian présente encore, au nom de MM. Landouzy et Dejérine, un très remarquable mémoire sur l'atrophie musculaire progressive sans lésions nerveuses (myopathie héréditaire progressive). Les premiers travaux importants sur l'atrophie musculaire progressive ont été faits en France. M. Luys a vu, le premier, que dans cette affection il existe une altération des cellules de la moelle, et qu'en réalité il s'agit d'une maladie médullaire, et non pas seulement d'une maladie musculaire. Mais l'atrophie musculaire progressive est quelquefois héréditaire et peut être observée chez les enfants. Dans ce cas, elle commence par les muscles de la face, ce qui est l'exception dans l'atrophie des adultes. Déjà, Duchenne (de Boulogne) avait, à l'aide de ce caractère, distingué les deux variétés de cette affection. M. Landouzy, médecin des hôpitaux, a eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un jeune homme atteint d'atrophie héréditaire, et mort de phthisie aiguë. C'est la première autopsie de ce genre qui ait été faite. Cette autopsie est surtout remarquable en ce sens qu'elle n'a révélé aucune lésion nerveuse. La parfaite compétence de MM. Landouzy et Dejérine, très versés tous deux dans les connaissances les plus délicates de l'anatomie pathologique, ne laisse aucun doute à cet égard.

Donc, l'atrophie musculaire progressive est une affection de la moelle; mais l'atrophie musculaire progressive héréditaire, nommée par MM. Landouzy et Dejérine myopathie progressive, est une affection à part, qui porte primitivement sur le tissu musculaire, et qui ne s'accompagne d'aucune altération de la moelle.

M. Vulpian est heureux que cette constatation ait été faite en France; c'est, de cette façon, à notre pays que revient le mérite d'avoir fait connaître l'histoire complète d'une affection dont le diagnostic exact était entouré de grandes difficultés.

— La séance est levée à quatre heures trois quarts. — M. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 décembre 1883. — Présidence de M. Millard.

Sommaire. — Correspondance imprimée. — Présentation d'ouvrages. — Mort de Georges Homolle. — Mort de Nicolas, metteur en pages de l'*Union médicale*. — M. Rendu : *Rétrécissement non congénital de l'artère pulmonaire ; endartérite végétante*. Discussion : MM. C. Paul, Ollivier, Ball, Rendu. — M. R. Moutard-Martin : *Communication sur un cas de pleurésie hémorrhagique ponctionnée et guérie chez un homme de 74 ans*. — Discussion : MM. Bucquoy, Dieulafoy. — Mutations dans le service médical des hôpitaux.

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

Correspondance imprimée : *Journal de thérapeutique de Gubler*. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. — *La Thérapeutique contemporaine*. — *Annales de la Société*. — *Bulletin médical du Nord*. — *La Tribune médicale*. — *Journal de médecine de Paris*. — *La France médicale*. — *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*. — *Le Progrès médical*. — *Revue médicale de Toulouse*. — *Archives de médecine et de pharmacie militaires*. — *Journal d'hygiène*. — *Lyon médical*. — *Bulletin de la Société de médecine de Paris*. — Note critique sur les principaux faits cliniques et anatomo-pathologiques qui ont servi à fonder la doctrine de l'existence du centre psycho-moteur dans l'écorce du pied de la troisième circonvolution frontale gauche par

Présentation d'ouvrages :

M. Millard ; Je suis chargé par le docteur Lalesque (d'Arcachon), ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, qui a laissé ici les meilleurs souvenirs, de faire hommage à la Société de deux brochures :

La première, sa dissertation inaugurale, est intitulée : *Etudes critiques et expérimentales sur la circulation pulmonaire*. C'est un exposé très complet des recherches qui depuis dix ans ont eu pour objet, en France et à l'étranger, les phénomènes mécaniques de la petite circulation, et l'influence qu'exercent sur elle la respiration et le système nerveux. A la fin sont indiquées les principales applications qu'on peut faire

©BIU Santé

des notions physiologiques à la clinique. Ce travail important a mérité d'être couronné par la Société de biologie qui lui a décerné en 1882 le prix Godard.

La seconde brochure porte sur un point de pratique fort intéressant, le *Rejet des liquides par la plaie trachéale à la suite de la trachéotomie*. A propos d'une petite fille de 4 ans 1/2 opérée par lui avec succès et qui présenta cet accident le neuvième jour, le lendemain même de l'ablation définitive de la canule, M. Lalesque reprend, après Trousseau et après son maître Archambault, l'étude des causes qui peuvent favoriser le passage des liquides au travers de la plaie trachéale. A la suite d'une discussion approfondie, il conclut comme notre regretté collègue de l'hôpital des Enfants (Archambault, *Union médicale*, 1854). L'accident résulte de l'incoordination fonctionnelle qui s'établit chez certains opérés entre les mouvements respiratoires et le second temps de la déglutition.

Pour y remédier, il suffit généralement, comme le conseillait Trousseau et comme je l'ai maintes fois vérifié, de supprimer les liquides et de ne donner que des aliments épais, des bouillies ou des potages assez consistants. M. Lalesque a préféré supprimer d'emblée l'alimentation par la bouche et tenter l'alimentation exclusive par la voie rectale à l'aide des lavements nutritifs, et il y a parfaitement réussi. C'est là le point qui, pour ma part, m'a le plus vivement frappé dans son observation et que j'ai désiré indiquer particulièrement à la Société.

Pendant dix jours, l'enfant a été alimentée uniquement par des lavements nutritifs. Elle en prenait quatre par jour, composés chacun d'un demi-lavement de bouillon de poule ou de veau et de quatre grandes cuillerées de peptone de Defresne. Tous étaient bien gardés, de sorte que l'enfant absorbait régulièrement seize cuillerées de peptone dans les vingt-quatre heures. Tous les matins, un petit lavement huileux débarrassait le rectum et démontrait que cette digestion intestinale s'accomplissait très bien.

Elle permit la cicatrisation définitive de la plaie le dix-huitième jour, et c'est seulement alors que fut reprise l'alimentation ordinaire.

Cette tolérance parfaite de l'intestin pour les lavements nutritifs pendant un temps aussi long, surtout chez une enfant aussi jeune, et les résultats excellents qu'elle a produits, méritaient d'être signalés, et l'observation du docteur Lalesque présente, au point de vue thérapeutique, pour un grand nombre d'affections médicales et chirurgicales, un intérêt qu'on ne peut méconnaître.

Je propose donc à la Société de faire adresser des remerciements au docteur Lalesque pour l'envoi de ses deux intéressantes brochures.

M. H. Huchard présente à la Société un mémoire sur les *angines de poitrine* qu'il vient de publier dans la *Revue de médecine*.

—

M. Millard annonce la mort de M. Georges Homolle.

Depuis notre dernière séance, la Société a un nouveau deuil à enregistrer; c'est le cinquième de cette triste année.

Il y a à peine quelques semaines nous perdions en M. Homolle père un de nos membres les plus estimés et les plus vénérés. Aujourd'hui nous avons à déplorer la mort, hélas! trop facile à prévoir depuis longtemps, de son fils Georges Homolle, qui, déjà miné depuis plusieurs années par le chagrin et par la maladie, n'a pu survivre à ce dernier et terrible coup.

Notre jeune et distingué collègue était un esprit d'élite; ses débuts avaient été brillants, et tout semblait lui présager un avenir plein d'éclat et de bonheur lorsqu'il fut frappé dans ses plus chères affections au moment même où il allait conquérir la place de médecin des hôpitaux. De sa douleur profonde, il ne se releva jamais et sa santé, irremédiablement atteinte, alla toujours en déclinant. Passionné pour l'étude, il trouvait encore la force, dans les moments de répit que lui laissait la maladie, de se livrer au travail du cabinet et de suivre avec intérêt les progrès de la science. Il faisait parmi nous de rares apparitions et excitait les sympathies de tous.

La plupart des membres de la Société lui ont rendu les derniers devoirs et si aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe, c'est que nous avons dû respecter ses formelles volontés.

Mais l'hommage que la Société veut rendre à ce jeune talent moissonné dans sa fleur ne lui fera pas défaut et c'est un des collègues les plus affectionnés de Georges Homolle qui, dans la prochaine séance, s'acquittera de cette chère et douloureuse tâche.

M. Desnos annonce en ces termes la mort de M. Nicolas, metteur en pages de l'*Union médicale* :

M. Nicolas, le metteur en pages de l'*Union médicale*, vient de succomber. La Société

payera un tribut de regrets à cet homme de bien, à ce vaillant et intelligent travailleur qui, pendant vingt ans, lui a été dévoué et lui a rendu de grands services. Ses dernières préoccupations ont été le soin de nos publications, ainsi qu'en témoignait une lettre qu'il m'a écrite peu de jours avant sa mort.

M. Rendu fait une communication intitulée : *Rétrécissement non congénital de l'artère pulmonaire; endartérite végétante. Observation et réflexions.* (Sera publié.)

M. C. Paul fait remarquer l'extrême développement du ventricule droit, dans ce cas, et insiste sur la forme de la lésion qui pourrait faire soupçonner une affection congénitale, si l'on ne savait maintenant que cette forme correspond à une affection acquise.

M. A. Ollivier : La vie peut se prolonger également de longues années avec un rétrécissement très prononcé de l'orifice aortique, pourvu que le muscle cardiaque ne soit pas dégénéré. Je me rappelle avoir souvent entendu Beau insister sur ce fait dans ses cliniques à l'hôpital Cochin. Il citait l'exemple d'un de ses amis, membre de l'Académie de médecine, qui présentait depuis longtemps, à la base du cœur, un souffle systolique très râpeux et néanmoins, malgré ses 60 ans, pouvait courir, faire de l'escrime, se livrer à la natation, sans éprouver d'essoufflement. Ce médecin vécut encore sept à huit ans et finit par succomber avec tous les symptômes de l'asystolie. A l'autopsie, on trouva un rétrécissement de l'orifice aortique tellement considérable qu'une plume de corbeau pouvait à peine y pénétrer.

Ces faits montrent combien Stokes avait raison, lorsque, il y a plus de trente ans, il soutint que le pronostic des affections chroniques des orifices du cœur doit être subordonné, non pas seulement au degré de la lésion valvulaire, mais encore et surtout à l'état de la fibre cardiaque elle-même.

M. Ball s'étonne qu'il n'y ait pas eu d'embolie pulmonaire dans le cas que M. Rendu vient de communiquer.

M. Rendu : Il n'y a jamais eu pendant la vie d'accidents imputables à une embolie pulmonaire, et à l'autopsie, j'ai examiné les poumons avec le plus grand soin et je n'y ai pas trouvé de foyers d'apoplexie.

M. Ball demande à M. Rendu si le malade présentait une atrophie des organes génitaux.

M. Rendu : Non, mais il présentait cet habitus extérieur que Lorain désignait sous le nom de féminisme. D'ailleurs, il ne s'agit pas ici, je le répète, de rétrécissement congénital.

M. R. Moutard-Martin fait une communication *sur un cas de pleurésie hémorrhagique ponctionnée et guérie chez un homme de 74 ans.* (Sera publié.)

M. Bucquoy cite deux cas de pleurésie hémorrhagique guéris, le premier après une seule ponction et l'autre après deux ponctions.

M. Dieulafoy désire communiquer plusieurs faits semblables et demande que cette question soit mise à l'ordre du jour.

Les mutations suivantes se font dans le service médical des hôpitaux :

M. Jaccoud passe de Lariboisière à la Pitié, par suite du décès de M. Lasègue.
M. Blachez passe de Necker aux Enfants-Assistés, par suite de la mort de M. Parrot.
M. Ollivier passe de Saint-Louis aux Enfants-Malades, à la place de M. Bouchut, atteint par la limite d'âge.
M. Dujardin-Beaumetz passe de Saint-Antoine à Cochin (nouveau service).
M. Gérin-Roze passe de Bichat à Lariboisière.
M. Rendu passe de Tenon à Necker.
M. Hallopeau passe de Saint-Antoine à Saint-Louis.
M. Debove passe de Bicêtre aux Tournelles (hôpital nouveau).
M. Huchard passe de Tenon à Bichat.
M. Tenneson passe de Tenon à Saint-Antoine.
M. Landrieux passe de Sainte-Périne à Saint-Antoine.
M. Troisier passe du Bureau central à Tenon.
M. Joffroy passe du Bureau central à Bicêtre.
M. Labadie-Lagrave passe du Bureau central à la Maternité, à la place de M. Hervieux, atteint par la limite d'âge.

MM. Lacombe, Hanot, Ducastel, Dreyfus-Brisac passent du Bureau central à Tenon, où deux nouveaux services ont été créés.

M. R. Moutard-Martin passe du Bureau central à Sainte-Périne.

La clinique des maladies des enfants étant transférée à l'hôpital des Enfants-Malades, M. Archambault, décédé, n'est pas remplacé.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, TROISIER.

Sociétés médicales des départements

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS EN 1883.

La ville de Reims s'honore à juste titre de ses institutions d'hygiène et de ses établissements d'instruction. Après le Havre et Nancy, avant Paris et à l'exemple de Bruxelles, elle a créé un bureau d'hygiène par l'initiative d'une municipalité amie du progrès et d'un médecin de grand talent. Aussi, bien que récente, cette institution a donné déjà d'heureux résultats comme le prouve le savant rapport de son directeur, M. le docteur Langlet. Elle possède encore une sage organisation de l'Assistance publique, hôpital en voie d'amélioration, bureaux de bienfaisance, service de secours à domicile et enfin des dispensaires municipaux dont le premier a été installé en 1871. Reims a donc devancé la ville du Havre dans la création officielle de ces établissements que le grand port du département de la Seine-Inférieure doit à notre distingué confrère, le docteur Gibert. Enfin, tout dernièrement, elle inaugurait un important laboratoire d'hygiène, organisé à l'instar de celui de Paris.

Il ne faudrait pas croire cependant que ces progrès sont l'œuvre d'un jour ou seulement des pouvoirs publics. C'est à la Société médicale de Reims, à ses patients efforts, à son initiative féconde, et aux savants travaux de ses membres qu'on doit équitablement en attribuer une bonne part de légitime honneur. Depuis longtemps, en effet, par les leçons brillantes des professeurs de son Ecole préparatoire, une des plus florissantes de France et par l'activité laborieuse du corps médical de la Marne, elle est devenue le foyer scientifique du Nord-Est. Pendant l'année 1883, cette ardente émulation ne s'est pas ralentie, comme en témoignent les procès-verbaux et les mémoires de cette Société dont l'organe officiel est un vaillant journal, l'*Union médicale et scientifique du Nord-Est*, si habilement dirigé par notre estimé confrère, le docteur Langlet.

Dans cette courte excursion à travers ses travaux, il n'est pas possible d'analyser les nombreuses communications qui ont été lues pendant les séances des premiers mois de l'année 1883 et toutes les discussions incidemment provoquées. Nous signalerons donc, sans nous y arrêter, les observations de MM. DÉCES et JEANNIN sur un *ostéo-sarcome de l'épaule;* de M. LÉVÈQUE sur un cas d'*ostéo-sarcome du fémur* et la guérison par rupture du cal d'une *fracture du fémur avec consolidation vicieuse;* de M. DELACROIX sur le traitement d'un grand *traumatisme de l'œil*, nouveau triomphe à l'actif du listérisme et à l'honneur de notre confrère; la présentation d'un *monstre nosencéphale* adressé par M. GARAUDEAUX (de Vouziers) et accompagnée d'intéressants commentaires par M. GUELLIOT; l'histoire clinique et anatomo-pathologique d'un *rétrécissement cancéreux du pylore*, dont M. HENROT avait été témoin; la notice de M. LUTON sur le *traitement de la méningite par l'ergot de seigle*, dont il recommande l'emploi contre l'hyperthermie cérébrale; enfin celles de M. MORET sur un cas de *rétention du placenta*, et de M. GUELLIOT sur le *pincement hémostatique définitif et préventif*.

A côté de ces travaux d'initiative personnelle, la Société a discuté collectivement des questions d'un haut intérêt pratique : le *traitement du catarrhe bronchique*, l'*emploi des sulfureux dans la diphthérie*, et la *pathogénie de l'érysipèle*.

L'autre observation de *catarrhe bronchique*, de M. ADOLPHE HENROT, a, en effet, le mérite de l'opportunité scientifique. Ce catarrhe à marche ascendante avait les caractères d'une affection d'origine parasitaire. En tout cas, cette hypothèse, discutée par MM. Guelliot, Henrot et Langlet, était presque justifiée par l'efficacité des inhalations d'acide phénique. Au moment où les recherches microbiques tendent à établir l'origine parasitaire de certaines affections thoraciques, ce fait possède cliniquement une réelle valeur, et a une fois de plus, au point de vue pratique, confirmé les avantages des pulvérisations phéniquées dans ces affections des bronches. C'est dans ce même ordre d'idées qu'on a pu préconiser les *sulfureux contre la diphthérie* et que M. MEUNIER a provoqué

une controverse à ce sujet en donnant lecture d'*observations d'angines couenneuses et de croup traitées par le sulfure de calcium*. Il est vrai que les cas cités sont loin d'être concluants, puisqu'il employait simultanément d'autres médicaments. Avec MM. Henrot, Seuvre et Bienfait, praticiens de haute et longue expérience, il faut admettre que les sulfureux employés depuis longtemps contre la diphthérie ne sont pas dignes de la réputation qu'on leur accorde. Aussi, M. Brébant leur préfère la *liqueur de Labarraque*. Les opinions pouvaient être partagées sur ce point, mais il en était un autre sur lequel nos confrères rémois sont avec raison d'accord quand, dans cette circonstance, ils ont passé condamnation contre les abus et les habitudes soi-disant physiologiques de certains médecins polypharmaques.

Une autre discussion s'est encore inspirée des mêmes découvertes microbiques; celle de la *contagiosité de l'érysipèle* à laquelle MM. Angelet, Henrot, Bienfait, Rousseau, Brébant et Langlet ont pris part. La contagiosité de cette affection, dont la nature infectieuse a été expérimentalement démontrée par Filenhsen, n'a pas encore, ni à Reims ni ailleurs, réuni l'unanimité des opinions. Néanmoins, il nous semble que M. Henrot fait preuve d'une réserve bien grande en admettant la contagiosité de l'érysipèle avant la ménopause, et la non-contagiosité des érysipèles à répétition de cette époque de la vie. Plus réservé encore est M. Bienfait qui, sans nier la contagion, déclare n'avoir jamais observé de cas qui puisse la faire supposer.

La contagiosité des maladies et leur mode de propagation sont d'ailleurs toujours à l'ordre du jour dans une Société, comme celle de Reims où on étudie avec soin la marche des affections régnantes. A cet effet, le bureau d'hygiène de cette ville a entrepris un travail de longue haleine, dont on entrevoit déjà les grands résultats pour la santé publique. M. Langlet a commencé l'étude de la morbidité et de la mortalité, non seulement par quartier, mais aussi par rues. Toute voie publique dont la population excède ou égale trois cents habitants fait l'objet d'une statistique comparative. On comprend l'utilité immédiate de telles recherches, et dans le relevé publié pour 1882 on constate d'une rue à l'autre des écarts considérables de morbidité variant entre 72,95 p. 100 et 6,09 p. 100. C'est ainsi encore que la mortalité des faubourgs étant de 33,70, celle de la ville ne s'élève qu'à 23,41. La confirmation de ces premiers résultats aura certainement pour conséquence de démontrer aux pouvoirs publics la nécessité d'intervenir plus énergiquement dans l'assainissement des rues et des maisons. Il serait désirable qu'un semblable travail fût entrepris pour chacune des rues de Paris; mais cette tâche peut être seulement remplie par les agents d'un bureau d'hygiène, or la capitale n'en possède pas!

La Société de médecine de Reims est donc de celles qui méritent bien de la science, par les travaux personnels de leurs membres distingués, et de l'humanité, par leur intervention efficace dans l'organisation de l'hygiène de la cité. Par leur multiplication sur les divers points du territoire, de telles Sociétés profitent à la fois au corps médical dont elles rehaussent la dignité professionnelle ainsi que la valeur, et à la patrie dont elles augmentent chaque jour le patrimoine d'honneur scientifique. Ch. Eloy.

FORMULAIRE

Poudres contre l'eczéma goutteux des paupières. — Galezowski.

Chez les goutteux, l'eczéma des paupières caractérisé par la rudesse et la sécheresse de la peau des voiles palpébraux, par une sensation de chaleur incommode et par une vive démangaison, ne peut être traité ni par les lotions ni par les pommades. L'auteur conseille de saupoudrer fréquemment les paupières avec du calomel porphyrisé, et si la démangeaison persiste, il prescrit une poudre composée de 10 grammes de calomel et de 0 gr. 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Lorsque l'emploi de cette poudre provoque la salivation, on mélange le calomel avec de l'amidon. Enfin si le calomel ne réussit point à enrayer l'eczéma, que la peau devienne dure et épaisse, on cautérise les paupières avec le nitrate d'argent, et on neutralise aussitôt l'excès de ce dernier sel, au moyen d'une solution de chlorure de sodium.

Si l'eczéma se complique de conjonctivite goutteuse, on a recours à de fréquentes lotions d'eau chaude, de 2 à 4 minutes de durée, on sèche avec des serviettes chaudes, puis on saupoudre avec le calomel. — A l'intérieur, traitement général de la goutte, pour prévenir les récidives. — N. G.

©BIU Santé

COURRIER

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — M. Roux, chargé des fonctions d'aide-préparateur au laboratoire de chimie physiologique, est chargé des fonctions de sous-directeur audit laboratoire.

— La Société de médecine légale a déclaré la vacance de six places de membres titulaires. Trois de ces places sont réservées à des légistes. Les candidats sont invités à faire parvenir leurs demandes dans le plus bref délai au secrétariat général, 7, rue Monsigny.

— Par décret, en date du 26 décembre 1883, sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique :

MM. de Salverte, maître des requêtes au Conseil d'Etat; les docteurs Béclard, doyen de la Faculté de médecine, et Moutard-Martin, médecin des hôpitaux de Paris; Goupy, représentant du conseil des prudhommes, et Rochard, négociant, pris en dehors de toute catégorie.

— Par arrêté préfectoral, en date du 4 janvier 1884, a été acceptée la démission de M. le docteur Perrin, membre de la septième commission locale du travail des enfants dans les manufactures (quartier des Enfants-Rouges).

— Par suite de l'admission à la retraite de M. Courty, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et du décès de M. Michel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, MM. Castan, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et Lallement, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, sont promus de la quatrième à la troisième classe.

— Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. les docteurs Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Fayet, professeur à l'Ecole de médecine de Caen; Fredet, suppléant à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand; Maillard et Viallanes, professeurs à l'Ecole de médecine de Dijon; Herbet, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens; Rambaud, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Lyon; Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; Aubrée, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes, et Saillard, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon.

Sont nommés officiers d'Académie : MM. Panis, professeur à l'Ecole de médecine de Reims; Prunier, agrégé près l'Ecole de pharmacie de Paris; Chapoy, suppléant à l'Ecole de médecine de Besançon; Pitres, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Thierry, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen; Castiaux, professeur à l'Ecole de médecine de Lille; Berlioz, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble; Letiévant, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Lyon; Bimar, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier; Frébault, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse; Arnaud, aide-naturaliste au Muséum; Boulard, préparateur au Muséum; Chamberland, sous-directeur du laboratoire de chimie physiologique de l'Ecole des Hautes-Etudes à l'Ecole normale supérieure, et Moquin-Tandon, professeur à la Faculté des sciences de Besançon.

PERSONNEL MÉDICAL DES BUREAUX DE BIENFAISANCE (Ve arrondissement). — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du Ve arrondissement que, le dimanche 27 janvier 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Antoine-Hippolyte Raymond, décédé à Sainte-Florine, le 6 décembre 1883, à l'âge de 74 ans.

— Le docteur Giraud, 21, rue Saint-Paul, est mort le vendredi 4 janvier à l'âge de 79 ans. Chevalier de la Légion d'honneur, Officier d'Académie, M. Giraud avait eu autrefois une vaste clientèle, mais depuis quelques années des infirmités le forçaient à garder la chambre. Il fut un des premiers qui s'occupèrent de la fécondation artificielle. Ses obsèques ont eu lieu le dimanche 6 janvier.

Nous croyons être utile à nos lecteurs en rappelant les propriétés si remarquables et l'action rapide de l'**Elixir chlorhydro-pepsique Grez** dans les dyspepsies et l'anémie.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. La paraldéhyde et ses propriétés hypnotiques. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — III. Bulletin des décès de la ville de Paris. — IV. Courrier.

La paraldéhyde et ses propriétés hypnotiques.

La famille des acétals : l'aldéhyde, la paraldéhyde, le chloral dans la matière médicale et la thérapeutique. — Phénomènes physiologiques produits par la paraldéhyde, d'après Cervello, Morselli, Berger, etc., etc. — Ses effets et ses indications thérapeutiques. — Action hypnotique et action calmante. — Comparaison avec le chloral. — Mode d'administration et doses. — Sa valeur en clinique.

On n'a pas oublié le bon accueil que l'opinion médicale fit à l'introduction de l'hydrate de chloral dans la thérapeutique. Depuis seize années, cette substance a conservé sa place de faveur parmi les agents de la médication hypnotique, bien que son emploi ne soit pas toujours exempt d'inconvénients. Il n'est pas besoin d'ailleurs d'insister sur ses désavantages et même ses dangers après ce qu'enseignent les livres classiques et ce qu'apprend l'expérience quotidienne.

Tel est un motif pour lequel, surtout en Italie et en Allemagne, on cherche opiniâtrement à découvrir des succédanés à l'hydrate de chloral. Dans ce but, les uns comme Van Mering et Stoltenhoff se sont adressés à la famille des acétals. Ils espéraient trouver dans le diéthylacétal un médicament plus parfait que le chloral ; mais les conclusions favorables de leurs travaux ne furent pas ratifiées par les recherches de Leyden, de Berger et d'autres observateurs. D'autres expérimentateurs, surtout Cervello et Morselli, essayèrent la paraldéhyde. Découverte par Wiendenbusch, objet des travaux de Kabulé et de Zincke, cette substance, voisine des acétals ainsi que de l'aldéhyde, est conséquemment apparentée au chloral qui, on le sait, est une aldéhyde trichlorée. Modification polymérique de l'aldéhyde, la paraldéhyde possédait, on en avait le soupçon, des analogies de propriétés physiologiques et médicamenteuses avec l'hydrate de chloral. De là, de récentes tentatives pour étudier ses effets d'abord sur les animaux, ensuite sur l'homme dans l'état de santé ou de maladie.

Quels sont donc les *effets physiologiques* de cet agent? En l'administrant aux animaux, chiens et lapins, à *doses modérées*, Cervello a constaté la diminution du nombre des mouvements respiratoires: atténuation moindre cependant qu'avec le chloral. A *doses* plus *élevées*, les effets étaient différents : le pouvoir de la moelle épinière paraissait suspendu, la respiration s'arrêtait ;néanmoins, quand pendant un temps suffisant, on entretenait l'hématose au moyen de la respiration artificielle, l'animal survivait parce que l'innervation cardiaque n'avait pas été abolie.

A la différence du chloral, la paraldéhyde, même à doses élevées, ne modifierait donc ni l'activité cardiaque, ni la tension sanguine, du moins dans les espèces animales mises en expérience par Cervello.

Sur l'homme, dans l'état de santé ou de maladie, les observations ont été plus nombreuses et Berger, pour sa part, a déjà administré ce médicament à cent malades de sa pratique hospitalière ou privée ; Morselli, John Brown, Langrueter, Peretti, Masius ont aussi publié les résultats de leurs essais cliniques et tous les faits témoignent des *propriétés hypnotiques* de cette substance.

Sur lui-même, Cervello a constaté les phénomènes suivants après avoir absorbé dans l'espace d'une heure 4 grammes du médicament. Il éprouvait,

BIU Santé

après quelques minutes, le besoin de dormir; mais sans ressentir ni malaise ni troubles fonctionnels.

Parmi les quatre-vingts malades de sa clinique que Berger soumit à cette médication, le sommeil débuta dix à vingt minutes après l'administration de la paraldéhyde, dura profondément pendant plusieurs heures dans dix-neuf cas, de une heure et demie à trois heures dans quarante autres cas, et fit défaut dans une troisième série de dix-neuf malades. En ville, douze malades sur vingt en éprouvèrent des résultats favorables.

John Brown, qui a constaté la même action hypnotique, en estime la durée à deux ou trois heures, et Morselli, à quatre ou sept heures. Dans la majorité des cas, la dose efficace variait de 1 gram. 1/2 à 4 gram.; parfois Berger l'élevait progressivement au delà de 10 grammes; mais cette exagération n'était pas exempte d'inconvénients. Le sexe exerce d'ailleurs une manifeste influence, et la dose efficace de la paraldéhyde, d'après Cervello, est moins considérable pour la femme que pour l'homme. Les hommes vigoureux ne dormaient qu'après avoir absorbé 4 grammes du médicament, tandis que chez des femmes on a obtenu le sommeil avec 1 gram. seulement.

Cinq, dix ou vingt minutes après l'administration de cette substance, la période hypnotique est commencée. Pendant sa durée, Langrueter constatait, chez ses malades, la diminution de la respiration en fréquence et en amplitude, la contraction de la pupille comme pendant le sommeil normal, parfois aussi sa dilatation, enfin quelques irrégularités du pouls et une atténuation de son ampleur. Toutefois, en notant ce dernier phénomène, Berger déclare qu'il était peu manifeste, et Cervello ne le mentionne pas. Ajoutons enfin que parfois, sinon toujours, car Berger signale ce fait, les sécrétions sont modifiées. Sous l'influence de la paraldéhyde, il aurait vu, en effet, la diurèse s'abaisser.

Quand le médicament a été administré à doses modérées, le réveil, d'après Peretti et les autres observateurs, n'est accompagné ni de malaises, ni de maux de tête, ni de troubles des voies digestives. Toutefois, l'haleine conserve une odeur pénétrante et désagréable qui se prolonge pendant plusieurs heures et même les jours suivants.

Sous l'influence de doses élevées, 12 grammes, Berger provoquait bien le sommeil chez des malades réfractaires à des quantités moindres; mais, au réveil, ces derniers éprouvaient de la céphalalgie, des nausées et des vomissements, du vertige et une sorte d'ébriété. Telle était probablement la condition des individus chez lesquels John Brown aurait constaté une diminution de l'activité cardiaque. Ces inconvénients sont loin d'être constants avec les doses usuelles du médicament, et à la clinique de M. Masius, où il est à l'essai, on ne les constate que très exceptionnellement.

D'où cette conclusion que chez l'homme, la quantité de 2 à 4 grammes de paraldéhyde provoque de rapides effets hypnotiques débutant de cinq à trente minutes après son ingestion, et persistant une heure et demie à trois heures, quelquefois même pendant plus longtemps. Chez quelques individus rebelles à ces doses, la paraldéhyde doit être employée progressivement à des doses plus considérables. Enfin, chez quelques malades, elle ne produit aucun effet hypnotique. Dans les statistiques de Berger, ces cas étaient relativement de 27 pour 100, tandis que ceux chez lesquels l'effet hypnotique était obtenu s'élevaient à 73 pour 100. Enfin, en comparant l'action physiologique de la paraldéhyde à celle du chloral, on constate au désavantage de la première la nécessité de faire usage de doses plus élevées, pour provoquer un sommeil équivalent à l'hypnotisme chloralique.

Cette différence n'est pas la seule qui, physiologiquement, la distingue de ce dernier. Il n'est pas possible, en effet, de diviser l'ensemble des phénomènes déterminés par la paraldéhyde en trois périodes, comme on l'a fait dans le groupement synthétique des effets produits par le chloral, le

chloroforme ou l'éther. Ici, la période d'excitation n'existe pas ; la période d'hypnotisme s'instaure rapidement et la période de narcose n'a pas été signalée. Ici encore la disparition de l'hypnotisme n'est tardivement suivie d'aucun inconvénient.

Restent à déterminer le *rôle* et les *indications thérapeutiques* de la paraldéhyde.

Comme *agent hypnotique*, elle est indiquée dans les *cardiopathies*, là où le chloral présente des dangers. M. Cervello la recommande encore dans l'insomnie, dans le cours des *bronchites* ou des *pneumonies aiguës*. Au même titre, elle a rendu des services dans les *psychopathies* et les *névroses*. C'est ainsi que, parmi les trois cent cinquante malades soumis à l'administration de 3 grammes de paraldéhyde, Morselli a obtenu le sommeil chez des maniaques et des mélancoliques. Enfin, à son exemple, Langrueter en a fait usage avec succès contre l'*excitation des épileptiques* et dans la *paralysie progressive*.

Son *action calmante* serait d'ailleurs efficace, d'après cet observateur, même dans les cas où elle ne provoque pas le sommeil. A ce point de vue, elle serait plus recommandable que les acétals. Il en aurait aussi constaté les effets sédatifs contre les *migraines* et Morselli contre les *douleurs névralgiques* et l'*odontalgie*. Cervello cite aussi un cas de *sciatique* dans lequel l'insomnie fut vaincue après l'ingestion de 8 grammes de paraldéhyde en trois doses chacune distancée d'une demi-heure. Néanmoins, de l'avis d'autres observateurs, l'insomnie causée par les douleurs n'est pas justiciable de cet agent, capable peut-être de produire un léger assoupissement et l'atténuation temporaire des douleurs, mais impuissant à en provoquer l'abolition.

Le *mode d'administration* a consisté jusqu'à présent dans l'ingestion du médicament par la voie stomacale et sous la forme pharmaceutique de solutions ou de sirops. Cervello emploie une solution aqueuse à 3 p. 100 et l'additionne de sucre ; Masius (1) et Berger la prescrivent dans une potion ou un sirop à la dose de 4 ou 5 grammes que le malade doit prendre dans un court espace de temps. Ici, d'ailleurs, tous les observateurs semblent d'accord sur la nécessité d'administrer la paraldéhyde dans une quantité relativement grande de véhicule.

La *dose thérapeutique* de la paraldéhyde varie de 1 gramme à 4 grammes suivant l'âge, le sexe et surtout les individus. Cependant on peut au besoin l'élever exceptionnellement jusqu'à 8 ou 10 grammes, car cette substance n'a pas d'effets cumulatifs.

Pour terminer, constatons que le mécanisme de l'action physiologique de la paraldéhyde est encore indéterminé. Cependant, à titre d'hypothèse provisoire et d'après les faits observés, n'est-il pas légitime d'admettre, en l'absence de toute vérification expérimentale, que cette substance agit directement sur les éléments nerveux ? Ce serait là un point d'analogie avec le chloral, le chloroforme et l'éther. Son élimination semble s'effectuer surtout par l'exhalation pulmonaire, l'odeur de l'air expiré en est la preuve.

En résumé, si pour juger de la *valeur thérapeutique* de cet agent, on fait la balance des avantages et des inconvénients de son emploi, on trouve, parmi les premiers, l'absence de perturbations de l'activité cardiaque, d'excitation antécédente à la période d'hypnotisme, un sommeil rapide et un réveil dépourvu de malaises ou de troubles gastriques et parfois aussi des succès là où le chloral a échoué. Par contre, ses désavantages consistent dans une

(1) Berger emploie la formule suivante : *Paraldéhyde*, 4 grammes ; *mixture gommeuse*, 60 grammes ; *sirop d'écorces d'oranges amères*, 50 grammes. — M. D. S. A prendre en une seule fois.

Masius l'administre dans une potion : *Paraldéhyde*, 5 à 6 grammes ; eau, 100 grammes ; *sirop simple*, 20 grammes. — S. A prendre le soir en un quart d'heure. Cette formule diffère de celle de Cervello par la moindre quantité de sucre.

©BIU Santé

rapide accoutumance de l'organisme, dans la nécessité d'élever les doses jusqu'au triple de celles de chloral et dans son haut prix commercial (1).

Considérée comme agent de la médication hypnotique, la paraldéhyde possède donc une incontestable valeur thérapeutique ; mais l'appréciation de ses autres mérites ne saurait être définitive à l'heure actuelle. En tout cas, avec ces avantages et malgré ces inconvénients, la paraldéhyde est un agent thérapeutique succédané du chloral. Sans déposséder celui-ci de son rang, elle doit seulement prétendre au rôle plus modeste de prendre place à côté de lui, offrant ainsi au médecin un moyen de varier la gamme de la médication hypnotique.

C. E.

(1) Voir Cervello (*Archiv. f. experim. pathol. und pharmak.*, t. XVI, fasc. 3 et 4). — Berger, *Breslauer aertzl. Zeitsch.*, 1883, n° 6. — Peretti, *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1883, n° 40. — Langrueter, *Deutsche Medizinal Zeitung*, 23 août 1883. — John Brown, *British Med. Journ.*, 19 mai 1883, p. 956. — Masius cité par Francotte, *Ann. Soc. méd. chir. de Liège*, 1883, décembre, p. 479.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 janvier 1884. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire : Rapport sur une observation de calcul uréthral extrait avec succès par la taille périnéale. — Communication sur une variété non encore décrite de pied-bot valgus douloureux. — Présentations de pièce pathologique, de malades, d'instrument.

M. Félix Guyon lit un rapport sur une observation de calcul uréthral adressée par M. le docteur Folet (de Lille).

Il s'agit d'un enfant de 13 ans qui, depuis huit années, présentait les symptômes d'une affection calculeuse. Ce furent d'abord des troubles de la miction survenus brusquement : envies fréquentes et impérieuses d'uriner qui allèrent en s'accentuant, surtout dans les quatre dernières années, au point que le malade, surpris par des besoins de plus en plus pressants, souillait ses vêtements et son lit; quand il arrivait à temps, la miction s'accomplissait sans jet, mais elle n'était pas douloureuse, et ce n'est que depuis six semaines que le patient accusait quelques douleurs dans le bas-ventre et les reins. Il affirmait, de plus, que les urines, toujours claires jusqu'alors, ne s'étaient troublées que depuis cette époque. La pierre occupait, dès le début, les parties profondes de l'urèthre, et elle était restée huit ans sans provoquer de cystite. Il s'agissait, cependant, d'un calcul volumineux pesant 30 grammes, de forme ovoïde et allongée, mesurant 4 centimètres 1/2 dans son grand diamètre et 2 centimètres 1/2 dans son petit diamètre.

Le malade a toujours vidé sa vessie; il y a eu obstacle à la miction, mais elle n'a jamais été impossible, ce que l'on observe, d'ailleurs, dans la majorité des cas de calculs ou de corps étrangers siégeant dans l'urèthre.

Cette absence de rétention partielle ou totale doit, du reste, être invoquée pour expliquer l'absence de cystite, dans un cas où l'incessante sollicitation des contractions du muscle vésical était bien faite pour favoriser l'irritation de la vessie. Rien ne détermine mieux, en effet, la production de la cystite que l'évacuation imparfaite du réservoir urinaire. La puissance contractile du muscle vésical chez l'enfant est la meilleure garantie de la préservation de la vessie contre l'inflammation qui semblerait *à priori* devoir résulter de la présence d'un calcul.

Chez le malade de M. Folet, la guérison fut complète en quinze jours; il a conservé, depuis, une santé parfaite, et la miction s'est toujours faite avec une entière régularité.

Grâce à l'intégrité de la vessie, les reins n'avaient pas eu à souffrir. La complète évacuation du réservoir vésical et le jeune âge du sujet avaient permis à la maladie de rester localisée, malgré sa longue durée.

M. Folet a choisi la taille périnéale pour pratiquer l'extraction de ce calcul, dont la situation pouvait être exactement précisée par le cathétérisme. La sonde était, en effet,

©BIU Santé

arrêtée par la pierre; en outre, le toucher rectal constatait, à travers la partie inférieure de la paroi antérieure du rectum, un corps dur et volumineux, et la palpation périnéale donnait également la sensation de cette même tumeur dure ovoïde.

Le corps étranger venait donc, pour ainsi dire, au devant de l'instrument; il n'était plus séparé de l'extérieur que par l'épaisseur des parties molles du périnée, et le col de la vessie, depuis longtemps franchi, ne pouvait être mis en cause pendant l'acte opératoire.

C'est, en effet, dans l'extraction de la pierre à travers le col que se trouve le principal et si grave danger de la taille périnéale, danger qui s'accroit en raison directe de l'âge du malade et du volume de la pierre.

C'est en grande partie pour l'éviter, que M. Guyon et plusieurs de ses collègues sont revenus à la taille hypogastrique. Les résultats obtenus ont été supérieurs à ceux des tailles périnéales pratiquées dans les mêmes conditions. M. Guyon est de ceux qui pensent que la voie sus-pubienne sera de plus en plus substituée à la voie périnéale, mais il ne saurait méconnaître que la taille est et sera toujours une des plus graves opérations de la chirurgie. Il n'en pense pas moins que, dans le cas de M. Folet, la taille périnéale était indiquée, à l'exclusion de toute autre opération; elle a été couronnée, d'ailleurs, par un brillant succès.

M. le rapporteur propose, en terminant:

1° D'adresser à l'auteur une lettre de remerciements pour son intéressante communication;

2° D'inscrire son nom dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant;

3° De déposer son observation aux archives. (Adopté).

— M. Terrillon fait une communication sur une variété non encore décrite, suivant lui, de pied-bot valgus douloureux.

Depuis les travaux de Duchenne (de Boulogne) et de M. le professeur Gosselin, on sait que le valgus pied plat acquis est le résultat de l'impotence d'un certain nombre de muscles de la jambe, principalement du long péronier latéral. Cette déviation du pied, avec aplatissement de la voûte, a pour effet très fréquent de provoquer une lésion douloureuse de l'articulation médio-tarsienne, d'où le nom de *tarsalgie* donné par M. Gosselin à l'ensemble de la maladie. Celle-ci comprend trois stades, ou plutôt trois étapes: 1° impotence du long péronier latéral; 2° aplatissement consécutif de la voûte du pied et renversement du pied en dehors; 3° chez les adolescents ainsi prédisposés qui marchent d'une façon exagérée, douleur de l'articulation médio-tarsienne ou tarsalgie.

M. Terrillon désire attirer l'attention sur une affection du pied autre que la tarsalgie, mais qui reconnaît pour origine une altération semblable de certains muscles de la jambe avec pied plat. Seulement, ici, les phénomènes douloureux ou inflammatoires, au lieu de se montrer dans l'articulation médio-tarsienne, occupent la malléole externe et l'articulation péronéo-tibiale inférieure. On ne peut donc la confondre avec la maladie décrite par Duchenne (de Boulogne) et par M. le professeur Gosselin.

M. Terrillon a observé trois malades adolescents, deux garçons et une fille, qui tous les trois se plaignaient non seulement d'une fatigue très grande, mais aussi d'une douleur vive au niveau de la malléole externe, vers son sommet; un autre point douloureux existait au niveau de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, laquelle était plus ou moins malade. Lorsque le malade était debout, on voyait aussitôt que la voûte du pied était affaissée et aplatie; en même temps, il était facile de constater que le pied, fortement renversé en dehors, était disposé de telle sorte que le calcanéum venait appuyer par sa face externe contre la pointe de la malléole; celle-ci, continuellement comprimée, était le siège d'une douleur vive sur laquelle les malades appelaient l'attention. Cette douleur apparaissait pendant la marche et augmentait par la fatigue.

Il s'agissait donc ici d'une double affection: d'une part, d'un pied plat acquis; d'autre part, d'une maladie ayant son siège sur la malléole externe et sur l'articulation péronéo-tibiale inférieure, et ces deux maladies étaient certainement solidaires l'une de l'autre.

En effet, chez les trois malades, le pied-bot n'était pas douteux; le pied était fortement renversé en dehors, et l'axe prolongé de la jambe venait tomber en dedans du bord interne du pied.

Or, la cause de ces désordres dans l'attitude du pied était manifestement due à l'impotence ou atonie de contraction du long péronier latéral, du court péronier et surtout du jambier antérieur. Avec les courants induits, et surtout avec les courants continus, il était facile de constater que ces muscles répondaient mal à l'excitation et offraient souvent un retard de contraction considérable. L'impotence de ces muscles et celle moindre

©BIU Santé

des muscles voisins étaient encore rendues manifestes par l'examen direct des mouvements volontaires.

Enfin, il s'agissait bien là d'une affection acquise, car l'électrisation des muscles et même la volonté des malades suffisaient pour rendre au pied sa cambrure et sa position normales. D'ailleurs l'usure des chaussures, et surtout des talons du côté interne, telle qu'elle avait été remarquée depnis quelques mois, indiquait bien que ces désordres n'existaient pas auparavant.

La première maladie dont étaient atteints les deux jeunes garçons et la jeune fille était donc évidemment une impotence des muscles de la jambe ayant provoqué une double difformité du pied : aplatissement de la voûte et renversement exagéré en dehors.

Du côté de la malléole externe, on constatait les phénomènes suivants :

Une douleur plus ou moins persistante, s'accompagnant de gonflement vers le sommet de la malléole externe; cette douleur devenait très vive pendant la marche et diminuait ou disparaissait par le repos.

En même temps existait une douleur assez vive au niveau de l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Le ligament de cette articulation était distendu et permettait une mobilité anormale assez considérable de la malléole externe. La mortaise tibio-péronière était par ce fait moins serrée qu'à l'état normal et permettait des mouvements de latéralité de l'astragale.

Chez la jeune fille existait une arthrite légère de l'articulation péronéo-tibiale inférieure du côté gauche; mais, à droite, cette même articulation était le siège d'une arthrite plus grave, devenue fongueuse.

Ainsi, chez chacun de ces malades, l'altération de l'articulation se présentait à des degrés divers, depuis la simple douleur au moment de la marche, avec laxité légère du ligament interosseux, jusqu'à l'arthrite simple avec gonflement et même avec fongosités.

On s'explique dès lors comment le valgus pied plat a été la cause des désordres malléolaires. Continuellement et fortement renversé en dehors, le calcanéum a contusionné par sa face externe le sommet de la malléole externe ; en même temps il sollicitait, ainsi que l'astragale, l'extrémité inférieure du péroné à s'écarter du tibia. Le ligament péronéo-tibial inférieur incessamment tiraillé a cédé en partie, mais en subissant une irritation qui se manitestait par la douleur, une mobilité anormale et un certain degré d'arthrite.

Le rapport existant entre les deux affections est rendu manifeste par ce fait que le renversement du pied et l'impotence ont précédé l'apparition de la douleur au sommet de la malléole, et que celle-ci a précédé pendant quelque temps les phénomènes qui survinrent du côté de l'articulation péronéo-tibiale inférieure.

Chez ses trois malades, M. Terrillon a pu suivre la marche de l'affection et ses différents degrés avec la plus grande précision.

Le traitement présentait deux indications découlant directement du diagnostic étiologique. Le premier consistait à soulager le malade pendant la marche et à guérir ou du moins à diminuer l'arthrite péronéo-tibiale. Pour cela, M. Terrillon a fait porter à ses malades une bottine à deux montants articulés au niveau du cou-de-pied, mais en ayant soin de disposer une courroie large et souple embrassant la partie inférieure de la jambe et retenant celle-ci le plus énergiquement possible contre le montant externe. Le pied ne peut plus se renverser et toute irritation dans la région malléolaire est aussitôt évitée; aussi les malades marchent sans douleur.

La seconde indication du traitement était de rendre aux muscles leur tonicité normale. Pour cela l'emploi des courants continus agissant plus spécialement sur la nutrition, a donné d'excellents résultats.

Comme moyen adjuvant, on a employé les douches sur les jambes et le massage. Ce traitement a fait disparaître assez rapidement l'aplatissement du pied et son renversement exagéré.

Le but principal de la communication de M. Terrillon a été de montrer que certaines affections du pied, qui semblent primitives, ne sont que des affections secondaires. Il a voulu appeler l'attention sur ce fait que la recherche de la maladie primitive, souvent éloignée et difficile à reconnaître, a une grande importance, car c'est en la reconnaissant, et seulement alors qu'on l'a reconnue, qu'un traitement rationnel peut être institué.

Enfin, il croit que cette maladie, composée de plusieurs éléments faciles à relier ensemble, n'est pas très rare, puisque, en peu de temps, il a pu en recueillir trois observations et que son ami le docteur Boudet de Pâris, a vu deux cas semblables. Il est

donc probable que la notion plus exacte des différents états de cette affection permettra plus tard de la reconnaître facilement et de la traiter rationnellement.

M. Trélat dit qu'on pourrait ajouter aux trois étapes indiquées par M. Terrillon, une quatrième caractérisée par la déformation et la subluxation succédant à la phase de la douleur ou de la tarsalgie. M. Trélat, qui a beaucoup étudié la question, a reconnu que l'affection désignée sous le nom de tarsalgie pouvait avoir un siège et une origine multiples : le siège peut être tantôt dans l'articulation médio-tarsienne, tantôt dans l'articulation tibio-tarsienne, etc. ; l'origine peut être tantôt dans la paralysie du groupe des muscles péroniers, tantôt dans celle du jambier antérieur, tantôt dans celle du jambier postérieur. Le traitement consiste dans l'immobilisation suivie de l'électrisation, du massage, etc.

M. Monod soigne en ce moment une jeune malade, qui présente des symptômes analogues à ceux constatés chez les malades de M. Terrillon et dont l'observation justifie les remarques de M. Trélat relatives à la variété de siège et d'origine de l'affection tarsalgique.

M. Desprès ne pense pas qu'il y ait rien de nouveau dans les faits communiqués par M. Terrillon; suivant lui, il n'a rien été ajouté au travail dans lequel Duchenne (de Boulogne) a donné la théorie vraie du valgus douloureux.

M. Lannelongue dit que M. Terrillon, dans sa communication, n'a pas fourni de preuve positive à l'appui de la création d'une nouvelle espèce de tarsalgie.

Après quelques observations présentées par MM. Berger, Léon Le Fort, Trélat, Desprès et Terrillon, la Société de chirurgie, sur la proposition de M. Desprès, décide que la question soulevée par M. Terrillon sera mise à l'ordre du jour.

— M. Lucas-Championnière met sous les yeux de ses collègues deux photographies agrandies de pièces anatomiques représentant deux enfants qu'il a extraits par la laparotomie chez deux femmes ayant des grossesses extra-utérines, l'une de 15 mois 1/2, l'autre de 26 mois. Les deux malades arrivées à l'hôpital dans l'état le plus déplorable et dont l'une était, pour ainsi dire, agonisante, ont survécu grâce à l'opération et sont aujourd'hui parfaitement guéries ; les règles ont reparu chez toutes les deux. L'une d'elles était sortie presque mourante du service de M. Depaul où elle était restée 11 mois sans que que l'on eût voulu consentir à l'opérer.

— M. Desprès présente pour la seconde fois un jeune homme qui était atteint, suivant lui, de *genu valgum* commençant et qui se trouve aujourd'hui en voie de guérison après trois semaines d'application de courants électriques sur les muscles couturiers, demi-tendineux et demi-membraneux dont la paralysie avait donné lieu à la déformation du genou.

A ceux de ses collègues qui nient l'existence du vrai *genu valgum* chez ce jeune homme M. Desprès propose de prendre le malade dans leur service, de l'y garder sans continuer de l'électriser, et il croit pouvoir leur déclarer qu'ils verront au bout de trois mois se produire un vrai *genu valgum* avec toutes ses conséquences anatomo-pathologiques.

— M. Guyon présente une pince avec serre-nœuds fabriquée par M. Collin.

— M. Terrillon présente un malade auquel il a pratiqué avec succès l'ablation d'une tumeur sarcomateuse des fosses nasales. A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX (1)

Séance du 11 janvier 1884. — Présidence de M. Millard et de M. Bucquoy.

Lecture faite par M. Duguet du procès-verbal de la dernière séance, M. Millard, président sortant, adresse ses remerciements aux collègues dont il a eu l'honneur de diriger pendant deux ans les travaux. Il exprime la gratitude de la Société pour le dévouement zélé de M. Desnos, secrétaire général, et des secrétaires annuels, M. Duguet et M. Troisier.

Après avoir donné un dernier souvenir aux membres que la Société a eu le regret de perdre dans le cours de l'année précédente, M. Millard se félicite que le concours, sauve-

(1) Nous commençons aujourd'hui la série de nos comptes rendus des séances de la Société médicale des hôpitaux.

©BIU Santé

garde de la valeur et du niveau de la Société, ait procuré à celle-ci des recrues telles que M. Letulle, dont la place était marquée d'avance par ses travaux, et de M. Chauffard, qui, déjà si sympathique par le nom et la mémoire de son père, a su triompher dès son premier combat.

M. Millard apprend à la Société que désormais les comptes rendus officiels de ses séances paraîtront sous forme de publication périodique et indépendante, « au lieu d'être éparpillés irrégulièrement dans la collection d'un journal. »

M. Bucquoy, président pour l'année 1884, prend place ensuite au fauteuil. Dans une courte allocution, il remercie ses collègues, dont les suffrages l'ont appelé à ce poste d'honneur. Si M. Bucquoy n'a pas, comme son prédécesseur, « cette tête blanche qui assure le respect », il espère avoir, par une collaboration assidue depuis de longues années aux travaux de la Société, donné des gages de la sollicitude avec laquelle il défendra ses intérêts. C'est d'ailleurs un rôle agréable et facile que celui de président d'une Compagnie dont les membres, au milieu des discussions les plus animées, ne s'écartent jamais de la plus parfaite courtoisie.

M. le Secrétaire général donne lecture de la correspondance manuscrite, parmi les pièces de laquelle se trouve une lettre de M. Delasiauve, qui demande à devenir membre honoraire.

M. Dieulafoy fait une communication sur *la transfusion du sang appliquée au traitement de la maladie de Bright*.

Quand on injecte 120 grammes de sang dans la veine d'un homme qui se meurt d'hémorrhagie, il arrive souvent qu'on le sauve. Mais par quel mécanisme se produit alors la guérison, il serait assez difficile de le dire. Est-ce par sa quantité seule qu'agit le sang transfusé? Il est probable que son mode d'action est plus complexe et que l'apport du sang nouveau détermine des modifications favorables dans la composition de la masse sanguine tout entière. — A l'appui de cette manière de voir, M. Dieulafoy cite le cas d'un malade que des épistaxis répétées et incoercibles avaient mis à toute extrémité. Tous les moyens hémostatiques connus avaient échoué depuis l'ergotine, le sulfate de quinine et le perchlorure de fer jusqu'au tamponnement des fosses nasales que rendait intolérable l'irritation de la région naso-labiale. La pâleur exsangue, les défaillances poussées jusqu'à la syncope, l'abaissement de la température, la congestion passive des poumons indiquaient l'imminence d'une terminaison fatale, lorsque la transfusion du sang, proposée par M. Hayem, fut exécutée; 120 grammes de sang furent injectés et le résultat fut merveilleux. L'hémorrhagie nasale fut arrêtée net, pas une goutte de sang ne s'écoula depuis. Trois semaines après, le malade était complètement rétabli. — Ce qu'il y a d'étonnant dans ce cas, c'est que la guérison ait été obtenue, étant donnée la cause dès épistaxis. Il s'agissait d'une hémorrhagie de cause interne, dépendante de cet état constitutionnel qu'on a nommé hémophilie, sans savoir au juste en quoi il consiste, si l'altération porte sur les parois vasculaires ou sur la composition du sang. On sait que chez les sujets atteints de cette affection l'avulsion d'une dent a pu compromettre la vie, et cependant il a suffi quelquefois de leur transfuser 60 et même 50 grammes de sang pour les sauver. Il est évident que dans ces cas la quantité du sang importe assez peu; car, si l'hémorrhagie devait continuer, eût-on injecté 300 ou 500 grammes, cette provision serait vite épuisée et ne retarderait pas de beaucoup l'issue fatale. Il est plus naturel d'admettre qu'en semblable occurrence le sang injecté devient un véritable agent thérapeutique, qui amène l'hémostase en modifiant la crase de toute la masse sanguine.

C'est en réfléchissant à ces faits que M. Dieulafoy a été amené à essayer la tranfusion contre les accidents dépendant de certains états dyscrasiques et notamment du mal de Bright. Les résultats qu'il a obtenus lui ont paru si surprenants qu'il s'empresse de les signaler.

Au mois de septembre dernier, M. Dieulafoy avait dans son service une jeune femme de 27 ans en proie à des accidents urémiques dont le début paraissait remonter à un an. On constatait chez elle de la polyurie, des troubles gastriques et notamment des vomissements, de la bouffissure, des palpitations et des épistaxis. Le cœur était volumineux, mais on n'entendait pas de bruit de galop. La malade, soumise au régime lacté absolu, tomba néanmoins dans un état des plus graves, par suite d'une attaque convulsive suivie de coma, et d'une intolérance digestive absolue. Le bruit de galop apparut. Les urines de vingt-quatre heures contenaient 3 grammes 66 d'albumine et 24 grammes d'urée. L'examen du sang révélait 2,532,000 globules rouges et 15,000 globules blancs.

La transfusion de 120 grammes de sang fut pratiquée le 20 septembre. — Dès le

premier jour la céphalalgie et les vomissements cessaient. L'albumine tombait à 1 gr. 82. La composition du sang indiquait 2,650,000 globules rouges et 13,000 globules blancs. On notait un bruit de galop plus intense. Le surlendemain, bien que la malade eût recommencé à s'alimenter et à prendre, outre le lait, de la viande, l'albumine n'était plus que de 98 centigrammes. Malgré quelques oscillations, le taux continua à s'abaisser au point de n'être plus que de 18 centigrammes, lorsque la malade sortit. L'état général s'était rapidement amendé ; les symptômes d'urémie avaient disparu. Deux incidents seulement avaient entravé la convalescence : une petite attaque convulsive suivie d'un court coma causé par un refroidissement, et une fausse couche de trois mois et demi. Quand la malade partit, on lui trouvait 3,131,000 globules rouges et 10,000 globules blancs.

La malade fut revue quelque temps après, augmentée de deux livres, bien que son albumine fût remontée à 1 gr. 40. Elle n'accusait guère que des troubles sensitifs, fourmillements, doigt mort, etc.

Elle n'observa sans doute que médiocrement les prescriptions qui lui avaient été faites, car, le 3 décembre, elle était rapportée avec de la céphalalgie, des vomissements, dans une torpeur voisine du coma et avec une température de 35°8. Une nouvelle transfusion de 110 grammes de sang lui fut pratiquée le lendemain, sans qu'elle en eût conscience. A ce moment, la quantité d'urine était de 650 grammes par 24 heures, contenant 4 gr. 50 d'albumine et 11 gr. d'urée. — Le résultat produit fut peut-être encore plus curieux que la première fois. Un seul vomissement eut encore lieu, puis aucun ne reparut. La malade accepta presque aussitôt du lait et du thé, elle reprit si rapidement sa connaissance que le soir l'interne la trouva assise sur son lit, n'éprouvant plus de céphalalgie et ne se souvenant aucunement de l'opération. Le lendemain elle rendait 1,300 gr. d'urine, contenant 22 grammes d'urée et 5 grammes d'albumine. Malheureusement l'amélioration ne continua pas. La céphalalgie reparut et persista ; la température oscillait entre 36° et 36°,5. La quantité d'urine augmentait, il est vrai, l'alimentation se faisait bien, mais la quantité d'albumine ne décroissait pas comme après la première transfusion ; les vomissements reparurent, puis la bouffissure ; l'œdème pulmonaire, un double hydrothorax déterminèrent une dyspnée croissante, le subdélire survint et la mort fut assez rapide.

L'autopsie montra des lésions colossales et qui expliquaient bien que la guérison était impossible. Un cœur énormément hypertrophié, surtout quant au ventricule gauche; athérome valvulaire, congestion pulmonaire et double épanchement pleural; reins petits, atrophiés, granuleux, se décortiquant à peine, pesant chacun 90 grammes et offrant les lésions histologiques de la néphrite interstitielle.

En présence de désordres anatomiques si étendus, on se demande comment a pu se faire, par deux fois, une amélioration si rapide et si surprenante? La petite quantité de sang transfusé n'a pu évidemment agir qu'en modifiant la dyscrasie du sang, qui doit jouer un grand rôle dans la genèse des accidents brightiques, ainsi que semblent l'indiquer les recherches les plus récentes, préparant un retour vers l'opinion émise par Bright lui-même.

M. Dieulafoy cite encore deux observations intéressantes, quoique moins complètes, de transfusion opérée par lui. — L'une est relative à un malade du service de M. Sevestre, peintre, atteint de néphrite saturnine avec symptômes urémiques : dyspnée, vomissements, torpeur, etc., 200 grammes d'urine par vingt-quatre heures, contenant 2 grammes d'urée et 2 grammes d'albumine. L'opération fut pratiquée, pendant le collapsus; 120 grammes de sang furent injectés sans aucun incident. Le malade est mort quarante-huit heures après, n'ayant présenté que des signes douteux de retour à la connaissance. On lui trouva une néphrite diffuse et un cœur volumineux. — La troisième observation est celle d'un homme de 55 ans, brightique depuis un an avec hypertrophie cardiaque et palpitations, fourmillements, bouffissure, crampes, troubles visuels. Il avait eu quelque temps auparavant un accès épileptiforme. Il était en proie à une dyspnée urémique extrêmement intense, sans lésions pulmonaires. Il accepta volontiers qu'une transfusion de 100 grammes de sang lui fût faite. La nuit suivante il reposa, sa dyspnée ayant disparu, et quinze jours après il sortait pour reprendre son métier de forgeron.

M. Dieulafoy pensait d'abord avoir été un des premiers à constater de semblables résultats; mais il a depuis trouvé, dans le *Traité des maladies des reins* de Bartels, l'indication de deux faits où la transfusion fut suivie d'amélioration dans un cas d'urémie brightique et de guérison dans un cas d'éclampsie.

Les observations rapportées par M. Dieulafoy lui semblent venir à l'appui de l'opinion qui fait jouer un grand rôle à l'état dyscrasique du sang dans la maladie de Bright et la genèse des troubles organiques qui la caractérisent. M. Dieulafoy se demande donc si, en pratiquant la transfusion plus tôt, dès le début de l'affection, et en la réité-

©BIU Santé

rant d'une façon méthodique à intervalles rapprochés, on ne pourrait pas espérer un résultat curatif pour cette maladie qui, jusqu'ici, est à bon droit considérée comme au-dessus des ressources de l'art. — Pour faciliter la transfusion, érigée ainsi en mode de traitement et non plus en ressource désespérée, il était nécessaire de modifier et de simplifier le manuel opératoire. M. Dieulafoy pense y avoir réussi, et soumettra prochainement à ses collègues un appareil qu'il a fait construire dans ce but.

M. Dujardin-Beaumetz ne croit pas devoir laisser passer sans protestation l'opinion émise par M. Dieulafoy. Après avoir lu un très grand nombre de travaux sur la transfusion, M. Beaumetz est arrivé à cette conclusion, formellement indiquée par lui dans ses Leçons de Clinique thérapeutique, que la transfusion ne peut être faite pour remédier à un état morbide dépendant de lésions organiques. Depuis la première fois qu'elle fut pratiquée sur un enfant atteint probablement de fièvre typhoïde, la transfusion a été périodiquement l'objet d'un engouement exagéré, pour être bientôt après délaissée et même proscrite; on se souvient qu'un arrêté du gouvernement dut jadis interdire de pratiquer la transfusion pour guérir les aliénés. — Dernièrement, dans le service de M. Hayem, et contrairement au sentiment de M. Beaumetz, une transfusion a été pratiquée à une malade atteinte de cet état morbide appelé anémie pernicieuse, dont nous ignorons à vrai dire la nature et la cause, et qui s'accompagne de la dégénérescence graisseuse des principaux viscères. Le nombre des globules n'a pas cessé de décroître après l'opération, qui n'a pas retardé l'issue fatale. On a pratiqué la transfusion dans toutes les maladies possibles, la phthisie par exemple, et toujours on y a renoncé. Préconiser, comme le fait M. Dieulafoy, la transfusion comme méthode de traitement dans le mal de Bright, c'est donner gain de cause prématurément à la doctrine de Semmola touchant la nature primitivement dyscrasique du mal de Bright.

M. Dieulafoy déclare qu'il n'a nullement voulu poser de conclusions ni sur la nature réelle du mal de Bright, ni sur la valeur curative de la transfusion; il s'est contenté d'apporter des faits vraiment curieux et dignes d'attirer l'attention des médecins. Quant à attendre, pour essayer un traitement quelconque contre le mal de Bright, que sa nature ait été pleinement élucidée, ce serait s'exposer à attendre longtemps, puisque ce point de doctrine est en litige depuis 1827. — Comme il n'y a ni inconvénient ni danger à opérer la transfusion dans de bonnes conditions, et qu'elle paraît avoir été suivie dans un certain nombre de cas de résultats remarquables, pourquoi ne pas y recourir plus souvent et plus tôt?

M. Albert Robin : Lorsqu'un hémophile guérit, grâce à la transfusion d'une petite quantité de sang, on se demande avec raison par quel mécanisme cette guérison peut s'effectuer. Pour trouver la réponse à cette question, il y aurait lieu de s'engager dans une voie de recherches, qui est la suivante : parmi les altérations de la composition du sang qui ont été signalées dans l'hémophilie, il en est une sur laquelle tous les observateurs sont d'accord, c'est une modification des matières albuminoïdes consistant dans la diminution de la plasmine de Denis. Karl et Alex. Schmidt ont montré que la transformation des sérines en plasmine ne pouvait s'opérer sans l'intervention d'un ferment chimique soluble. Si le sang transfusé réussit à modifier dans un sens favorable la composition altérée du sang des hémophiles, c'est peut-être en y introduisant ce ferment qui y faisait défaut. On devrait donc à l'avenir rechercher d'abord, avant la transfusion, dans le sang de l'hémophile, l'état des divers éléments (matériaux albuminoïdes, sels, ferment), puis faire la même recherche après.

Lorsqu'on serait arrivé à une conclusion sur ce point, on pourrait peut-être modifier le mécanisme de la transfusion et n'introduire par exemple que le ferment soluble ou les matières salines, si ce sont elles qui font défaut aux hémophiles. Ce n'est là qu'une hypothèse, mais une de ces hypothèses que Bernard appelait directrices et qui peuvent un jour ou l'autre conduire à quelque résultat pratique.

—

M. Dumontpallier lit un *Rapport sur la revaccination obligatoire dans les lycées et collèges* en réponse à une question adressée à la Société par le recteur de l'Académie de Paris. — Le rapporteur établit sans peine que la revaccination obligatoire ne porte aucune atteinte à la liberté des pères de famille et que les statistiques en démontrent l'utilité. En 1870, M. Bucquoy, ayant revacciné à Sainte-Barbe et au séminaire de Saint-Sulpice 427 jeunes gens, obtint 150 vaccines vraies, 118 vaccinoïdes, soit 218 vaccinations utiles (76 p. 100). M. Armaingaud, en 1833, au lycée de Bordeaux, sur 521 revaccinés de 7 à 20 ans, eut 223 succès (43 p. 100). MM. Dumontpallier, Lancereaux et Désormeaux, à Louis-le-Grand, sur 191 revaccinés de 8 à 20 ans ont eu 47 p. 100 de revaccinations

utiles. La revaccination est d'ailleurs exempte de danger. Les anomalies de l'éruption qu dépendent du sujet et de son état diathésique n'ont d'inconvénient que dans les premiers temps de la vie. La scrofule chez les jeunes gens peut favoriser tout au plus des adénites axillaires qui sont bien rarement suppuratives. On ne s'arrêtera pas à réfuter l'opinion des adversaires de la vaccine qui ont accusé celle-ci d'engendrer la fièvre typhoïde.

La syphilis vaccinale même, dont on a voulu faire une grosse objection, est en fait d'une telle rareté qu'on ne saurait y voir un obstacle à la pratique des revaccinations; elle sera toujours évitée si le vaccinateur a choisi des vaccinifères sains et âgés de 5 à 6 mois, s'il nettoie bien sa lancette et ne fait pas saigner en la chargeant. Enfin, on aurait toujours la ressource de la revaccination animale.

Un instructif exemple est offert par la statistique de l'armée prussienne, sur laquelle M. Zuber a fourni au rapporteur de précieux renseignements. Depuis 1834, où la revaccination a été déclarée obligatoire dans cette armée, la mortalité par variole est tombée de 100 à 9, puis à 3. A partir de 1873, on n'a plus compté de décès. En 1880, sur 121,120 revaccinés, il y a eu 106,264 revaccinations utiles (88 p. 100). Jamais on n'a relevé un cas de syphilis vaccinale. Dans une épidémie de variole à Aix-la-Chapelle, où 352 malades civils avaient été traités à l'hôpital, les soldats de la garnison logés chez les habitants ne présentèrent pas un seul cas.

Les conclusions du rapport sont donc : 1° l'immunité antivarioleuse conférée par une première vaccination étant limitée et le certificat de vaccine illusoire, la revaccination est utile et nécessaire dans les lycées et collèges; 2° étant utile et nécessaire, elle doit être obligatoire,

M. Ollivier propose d'ajouter aux lycées et collèges les établissements d'enseignement primaire. Mais le rapporteur lui fait observer que, la demande du ministre n'ayant trait qu'aux lycées et collèges, la Société doit se borner à répondre dans les mêmes termes

M. Tennneson ne pense pas que la syphilis vaccinale soit une véritable rareté comme a semblé le dire le rapporteur. Elle est assez commune, plus fréquente à coup sûr que ne le ferait croire le nombre des observations qui en ont été publiées. On n'est d'ailleurs jamais ou du moins on est rarement sûr du vaccinifère.

M. Desnos reconnaît que la syphilis vaccinale n'est peut-être pas aussi rare que l'a dit M. Dumontpallier. Mais il affirme qu'on peut toujours être sûr de son vaccinifère, quand on le choisit dans certaines conditions d'âge et de santé, lorsque par exemple à l'âge de 6 mois il n'a présenté aucune manifestation syphilitique.

M. Tenneson : La syphilis héréditaire peut n'éclater que plus tard, j'en appelle à nos collègues versés spécialement dans la dermatologie.

M. Desnos : Les accidents tardifs sont alors profonds, osseux, non contagieux. D'ailleurs je ne pense pas qu'il existe d'exemple de vaccinifère âgé de plus de six mois ayant donné la syphilis; c'est là une question de fait.

M. Dumontpallier maintient qu'en regard des quantités énormes de revaccinations annuellement pratiquées le tout petit nombre d'observations connues de syphilis vaccinale est absolument insignifiant. On peut s'en rendre compte, en voyant dans le dernier livre publié par M. Roger sur les maladies des enfants les tableaux qu'il donne de cinq ou six prétendues épidémies de syphilis vaccinales. Qu'on se rappelle l'enquête faite jadis par MM. Depaul et Roger sur l'épidémie de Bretagne: un certain nombre des prétendus syphilisés furent suivis et ne présentèrent point d'accidents ultérieurs. Vaccine anomale n'est pas vaccine syphilitique. En 1868, une femme avait servi de thème à une leçon de Ricord sur la syphilis vaccinale. Vaccinée septième après six enfants, elle était revenue avec un chancre; mais les aveux ultérieurs qu'on obtint d'elle permirent de se convaincre que le virus syphilitique avait été porté par les doigts d'une autre personne plutôt que par la lancette du chef de clinique.

M. Tenneson persiste à croire que le plus grand nombre des observations de syphilis vaccinales ne sont pas publiées pour des raisons faciles à comprendre. Il en a vu personnellement deux cas qui n'ont pas été publiés, et dont il ne peut naturellement parler. Il a entendu citer par un ancien collègue d'internat sept autres cas également tenus secrets. Il s'associe d'ailleurs pleinement, cette réserve faite, aux conclusions du rapport.

Les conclusions du rapport de M. Dumontpallier mises aux voix sont adoptées à l'unanimité.

— La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

©BIU Santé

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 4 au 10 janvier 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1055. — Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 2. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 41. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 21. — Autres affections générales, 72. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57. — Bronchites aiguës, 40. — Pneumonie, 77. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 38; au sein et mixte, 19; — inconnues, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 106; circulatoire, 79; respiratoire, 60; digestif, 56; génito-urinaire, 19; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulat. et muscles, 11. — Morts violentes, 39. — Causes non classées, 9.

Résumé de la 2e semaine. — Le service de statistique a reçu notification pendant la semaine actuelle de 1,055 décès, au lieu de 1,017 signalés pendant la semaine précédente.

La comparaison des deux dernières semaines fait ressortir les différences suivantes :

On constate une atténuation notable de la Fièvre typhoïde qui descend au chiffre très satisfaisant de 21 décès seulement. Nous avons déjà fait remarquer que cette maladie redoutable n'avait pas présenté cette année la recrudescence automnale qui lui est ordinaire; dans ces vingt dernières années, l'année 1866 est la seule qui ait présenté cette heureuse anomalie.

La Diphthérie n'a causé que 41 décès au lieu de 56. On peut espérer de voir cette maladie diminuer de fréquence, car le nombre des entrées dans les hôpitaux qu'elle a causées, s'est abaissé de 40 à 27.

La Rougeole (19 décès au lieu de 13) continue à être assez fréquente. L'épidémie constatée dans un hôpital d'enfants tend à diminuer, mais elle a causé 3 décès cette semaine.

La Variole (2 décès dans chacune des deux dernières semaines) continue à être très rare. La Scarlatine a causé 4 décès dans chacune des deux dernières semaines; ce chiffre peut être considéré comme élevé, étant donné l'extrême rareté de cette maladie à Paris.

La Bronchite aiguë des enfants (40 décès au lieu de 36) et la Pneumonie (77 décès au lieu de 79) sont dans un état à peu près stationnaire. On peut en dire autant de l'Athrepsie des jeunes enfants (59 décès au lieu de 55) toujours plus rare en hiver qu'en été.

Le service de Statistique a reçu notification de 377 mariages et de 1,260 naissances (655 garçons 605 et filles) dont 928 légitimes et 332 illégitimes; parmi ces dernières, 57 ont été reconnues par l'un des deux parents au moins.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Hôpitaux de Bordeaux. — Le personnel médical et chirurgical, pour l'année 1884, est arrêté de la manière suivante :

Hôpital Saint-André. — Médecins titulaires : MM. Riquard, Vergely, Solles et Landes; médecins adjoints : MM. Verdalle, Arnozan, Rondot et Davezac. — Chirurgiens titulaires : MM. Demons et Dudon; chirurgiens adjoints : MM. Poinsot et Dubourg.

Hôpital des Enfants. — Médecin titulaire : M. Négrié; médecin adjoint : M. Artigalas. — Chirurgien titulaire : M. Baudrimont.

Hôpitaux de Lyon. — M. le docteur A. Fochier, chirurgien-major de la Charité, devient chirurgien titulaire; M. le docteur Eugène Vincent entre en fonctions comme chirurgien-major de la Charité et prend le service de la Maternité; M. le docteur Laroyenne, ancien chirurgien titulaire de la Charité, reste chargé du cours complémentaire des maladies des femmes; M. le docteur Bouchacourt reste à la tête de la clinique obstétricale.

La **PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD** est par elle-même un reconstituant de premier ordre, en quelque sorte tout digéré; administrée aux phthisiques, elle a pour premier effet d'arrêter le mouvement de dénutrition, et, comme conséquence, le processus de la néoplasie tuberculeuse.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Renault : Observation de rhumatisme polyarticulaire, à début exceptionnel et à complications viscérales multiples. — III. Bibliothèque. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton.

BULLETIN

Académie de médecine, 15 janvier.— Les deux questions à l'ordre du jour sont la trichine et la tuberculose. Entre elles vient se placer la discussion commencée l'année dernière par MM. Giraud-Teulon et Marey sur le mécanisme de la locomotion.

M. Chatin poursuit, à propos du procès-verbal, ses idées de prohibition, et suscite quelques mots de réponse de M. Brouardel. La discussion viendra plus tard, quand la commission nommée pour juger le rapport de ce dernier sur l'épidémie d'Emersleben, aura formulé son opinion. L'Académie ne reviendra pas sans doute sur le jugement qu'elle a déjà porté et que les nouvelles observations justifient; elle dira de nouveau que la prohibition est illusoire; que, fût-elle efficace, son utilité n'en serait pas moins problématique, puisque, trichiné ou non, américain, allemand ou français, le porc ne nous a jamais rendus malades, nous, les Anglais et les Belges, grâce à nos habitudes culinaires.

Alors, et quelle que soit l'importance de la lutte au sein de l'Académie, verrons-nous le public s'y intéresser vivement, se passionner pour ou contre les porcs américains? Cela est fort douteux, et nous pensons que M. Chatin aura de la peine à éveiller contre la trichine l'animosité du plus grand nombre. L'opinion a failli s'émouvoir, il y a deux ou trois ans; l'Académie agitait la même question, et au même instant la doctrine pastorienne, franchissant les limites du domaine médical, faisait son entrée dans « le monde ». On parlait des « petites bêtes » jusque dans les salons; les microbes et les trichines étaient absolument confondus, et, sans savoir précisément de quel pays venait le danger, on ne mangeait plus qu'avec prudence; les sandwichs, dans les bals, inspiraient une véritable terreur. Mais cela n'a pas

FEUILLETON

LA STATUE DE BOUILLAUD.

L'époque est aux statues. Il semble qu'au milieu de l'instabilité actuelle, instabilité que tout le monde déplore et à laquelle néanmoins chacun concourt avec des intentions diverses, il semble que le sentiment public cherche à se rattacher à quelque chose de durable. Or, à part les monuments qu'élèvent les seuls poètes, qu'y a-t-il de plus durable que l'airain? L'instabilité, qui est la marque et le malheur de ce temps, tient à des causes multiples: contre des résistances trop prolongées, il se fait une poussée de jour en jour plus énergique. Déjà bien des institutions ont fléchi qu'on croyait inébranlables comme le roc; la plupart de leurs soutiens sont disparus, emportés par l'effort de rénovation auquel rien, désormais, ne saurait s'opposer.

Quant aux hommes qui participent au mouvement, et qui parviennent à ce qu'on appelle le pouvoir, avec la prétention de diriger dans un sens ou dans l'autre l'irrésistible courant, c'est lamentable. Ils passent comme des météores, et sont oubliés bien avant qu'ils aient cessé de se croire nécessaires.

Inquiète de ces apparitions imprévues et de ces disparitions rapides, l'opinion publique semble, disais-je, vouloir opposer des monuments immuables à ce perpétuel changement.

Au-dessus de la fragilité des contemporains elle élève les figures des aïeux coulés en

©BIU Santé

duré longtemps, et l'indifférence est bientôt venue; aujourd'hui, tout le monde sait qu'il faut vivre et mourir avec les microbes, et la confusion n'ayant pas cessé entre toutes les variétés de parasites, les trichines ne paraissent plus si terribles.

La lecture de M. Giraud-Teulon est malheureusement une lecture, et son différend avec M. Marey porte sur des questions de précision et des expériences compliquées. Le sujet manque d'actualité et la controverse ferait mieux dans une revue mensuelle. Voilà pourquoi un travail de grande valeur, présenté par un homme sympathique entre tous, ne réussit pas à se faire entendre, et pourquoi le président est obligé de rappeler à l'Académie, pour obtenir un peu de silence, qu'il s'agit en ce moment d'une « discussion entre deux savants de premier ordre ».

Mais voici la tuberculose qui surgit de nouveau. M. Colin (d'Alfort) a eu l'imprudence de terminer sa réponse à M. Germain Sée en déclarant qu'il allait étudier le bacille et s'exercer aux moyens de le préparer. Pourquoi donc en parlait-il sans le connaître, et pourquoi niait-il son existence avant de l'avoir cherché? Fort de cet aveu, son adversaire lui dit : « Vous n'avez jamais vu le bacille de Koch, vous êtes d'une incompétence absolue. Quant aux recherches cliniques dont vous niez l'importance, avez-vous des faits qui viennent les contredire? Je vous mets en demeure de nous montrer des faits cliniques, et je demande le renvoi de la discussion à six mois, quand vous saurez colorer le bacille, quand vous l'aurez vu, quand vous serez devenu compétent. » Cela dit, l'orateur cite une observation communiquée par M. Bucquoy, dans laquelle tous les signes de la phthisie cavitaire se trouvaient réunis, où les bacilles faisaient défaut, où l'autopsie a démontré une dilatation bronchique sans tubercules.

A cette vive attaque, M. Colin essaie de répondre que tout le monde a vu des bacilles; évidemment, l'honorable académicien ne comprend pas qu'il s'agit en ce moment de la spécificité du bacille de Koch.

Un second coup lui est porté par M. Villemin, dans un langage plus doux. M. Villemin n'a pas, jusqu'ici, abusé de la tribune; sa réserve et sa modestie, dans une question qui est sienne, ne font que donner plus de poids à ses paroles et plus d'autorité à son jugement. Le point qu'il aborde est celui que nous avons indiqué ici même, en reprochant à M. Colin de croire à la banalité des inoculations tuberculeuses. M. Colin en est encore

---

bronze, payant ainsi sa dette de reconnaissance envers les grands hommes, marquant de jalons glorieux le chemin parcouru, et, du même coup, indiquant quelle est la voie sûre pour suivre ses destinées.

Avant l'époque à laquelle s'adressent particulièrement ces réflexions, notre génération a vu dresser sur leurs piédestaux les statues de trois médecins morts dans la première moitié du siècle: Bichat, Laënnec et Broussais. Il était de toute justice que le corps médical leur rendit, à eux les premiers, cet honneur suprême. Nul jamais ne le méritera mieux que ces grands hommes d'une taille inégale, il est vrai, mais qui, tous trois, surpassent de si haut la commune mesure. Ils ont, par des moyens divers, en rapport avec le tempérament de leur propre génie, creusé le fossé-limite qui sépare la vieille médecine de la nouvelle, et ouvert la voie à tous les progrès. Grâce à eux s'est accomplie dans les sciences biologiques la plus radicale et la plus féconde des révolutions ; et celle-là, du moins, plus heureuse que celle de 89 dont ils étaient issus, n'a pas eu à subir de réactions et n'a point été obligée de recourir à la violence.

Par une fortune singulière, la célébration inaugurale des trois monuments fut confiée au même professeur de la Faculté de Paris, M. Bouillaud.

Pour faire l'éloge de ces maîtres incomparables, et pour rappeler à la foule leurs titres à l'immortalité, la Faculté dut naturellement choisir celui qui, disciple de deux d'entre eux, avait été le continuateur de tous les trois.

Eh bien, c'est à ce disciple, devenu bientôt maître, à ce continuateur devenu guide et précurseur à son tour, qu'il est question aujourd'hui d'élever une statue. Si tous les membres de la famille médicale qui ont suivi son enseignement, profité de ses leçons ou lu ses ouvrages apportent leurs cotisations à cette œuvre pieuse, les promoteurs du

©BIU Santé

à cette opinion discréditée, qu'on produit la tuberculose en introduisant dans l'organisme des matières de toute sorte, et il va jusqu'à confondre la « phthisie vermineuse » avec le tubercule. M. Villemin démontre au professeur d'Alfort qu'il n'est plus « au courant »; il établit une fois de plus la différence capitale qui sépare les inoculations en séries de produits spécifiques et les insertions grossières de matières putrides qu'on enfermait sous les téguments à travers de larges plaies, et qui donnaient septicémie, infarctus, lésions viscérales confondues avec la tuberculose. Il rappelle, en termes heureux, le temps où Dupuytren « ne perdait aucun malade d'infection purulente »; mais quand, après une opération, la fièvre s'allumait et la situation devenait sombre, bien vite le malade passait dans un service de médecine; après la mort et l'autopsie, les poumons étaient apportés à l'amphithéâtre, et l'habile chirurgien, dans une savante leçon clinique, déplorait la fatalité qui, au moment où l'opéré voulait guérir, l'avait laissé envahir par une phthisie aiguë; ce disant, il montrait aux esprits dociles de ses auditeurs les abcès métastatiques dont les poumons étaient farcis, et qu'il appelait des « tubercules ». — L.-G. R.

Observation de rhumatisme polyarticulaire, à début exceptionnel et à complications viscérales multiples.

Depuis les travaux du professeur Bouillaud, l'existence et la nature des complications viscérales, qui éclatent dans le cours du rhumatisme polyarticulaire, ne sont plus contestées par personne. L'endocardite ou l'endo-péricardite est la règle. Les complications pleuro-pulmonaires s'observent plus rarement. Elles accompagnent les localisations cardiaques ou plus souvent leur succèdent.

D'autres fois, mais à titre exceptionnel, la polyarthrite est précédée de troubles morbides variés, premiers indices de la poussée rhumatismale. Des accidents spinaux graves, en particulier, devançant le rhumatisme articulaire, ont été rapportés par quelques auteurs. Mais les observations de ce genre se comptent encore dans la science.

Une des plus intéressantes est relatée par M. Fernet dans sa thèse inaugurale. Il s'agit d'un jeune homme, qui fut pris brusquement d'une para-

---

projet disposeront d'une bien forte somme. A eux seuls, les élèves directs du professeur auraient pu, sans efforts excessifs, faire les frais du monument, car ils sont nombreux, non seulement en France, mais, on peut le dire, dans le monde entier. C'est, en effet, à la suite du brillant concours de 1832 que M. Bouillaud prit possession de la chaire de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, chaire qu'avaient illustrée déjà Corvisart et Laënnec, les fondateurs, après Desault et Desbois (de Rochefort), de cette grande école d'observation au lit du malade qui porta si haut le nom français, et fit affluer à Paris, pendant tant d'années, un si grand nombre d'étudiants et de médecins de toutes les nations.

Donc, M. Bouillaud, le dernier survivant de cette pléiade illustre sut attirer à ses leçons la foule des élèves, durant un demi-siècle. Il n'est pas, à cette heure, un seul médecin, ayant atteint ou dépassé l'âge mûr, qui ne soit redevable de quelque reconnaissance à l'infatigable professeur de la Charité. Je ne parle pas de ses disciples, — car M. Bouillaud, comme tous les maîtres ardemment convaincus, eut des disciples; — pour ceux-là, la chose va de soi. Mais ceux qui n'adoptèrent pas ses doctrines ne laissèrent pas de profiter de son enseignement: les doctrines passent, et la clinique reste. Tout en n'acceptant pas ses théories (dont je n'ai point à m'occuper ici), on était forcé de compter avec elles. Des discussions incessantes qu'elles provoquaient, à une certaine époque, entre les élèves, résultait, sinon un surcroît de lumière né du choc des idées, du moins une acuité d'observation qui n'était pas sans profit pour la science.

On se rendrait, du reste, difficilement compte maintenant de la passion qu'allumaient ces controverses scientifiques, passion qui s'étendait parfois hors du cercle médical proprement dit. Les traditions de l'hôpital de la Charité doivent avoir conservé le souvenir

©BIU Santé

plégie complète, guérie au bout de huit jours et remplacée par un rhumatisme articulaire généralisé.

Le fait suivant, observé à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le docteur d'Heilly, que nous avons eu l'honneur de suppléer pendant les vacances, nous a paru digne d'être publié, à cause de son début exceptionnel et des complications abarticulaires multiples, qui ont signalé sa durée.

V. L..., âgé de 24 ans, journalier, est admis le 24 août 1882, pour des douleurs lombaires et abdominales, compliquées d'une grande faiblesse dans les membres. Depuis le matin à son réveil, il a essayé, mais en vain, d'uriner.

Cet homme a le teint pâle des rhumatisants. Il est de taille et de vigueur musculaire moyennes.

Son père est mort jeune d'une affection de poitrine, qui a duré dix-huit mois. Il était sujet aux migraines.

Sa mère a ressenti de bonne heure des douleurs dans les genoux et les pieds. Elle vit encore et elle se plaint souvent aussi de migraines, qui durent un ou deux jours et se terminent par des vomissements. Mais elle n'a jamais été soignée pour une attaque franche de rhumatisme articulaire aigu. La diathèse semble en outre se manifester chez elle par des transpirations abondantes et faciles.

La grand'mère maternelle, âgée de 82 ans, a depuis longtemps dans le genou et le pied droits des douleurs qui l'ont rendue infirme.

Depuis huit ans, L. V... est sujet lui-même à des atteintes de rhumatisme articulaire.

Du mois d'août 1874 au mois de février 1876, il a ressenti d'une façon presque constante des douleurs dans les membres inférieurs, douleurs mobiles, éphémères, plus ou moins vives, tantôt lui permettant de travailler, tantôt au contraire, l'obligeant à garder le lit pendant quelques jours. La marche était toujours difficile, souvent douloureuse et nécessitait l'appui d'un bâton.

Le 10 février 1876, il fut pris d'une attaque de rhumatisme articulaire généralisé, qui l'obligea à entrer à l'hôpital. Il n'en sortit que le 10 juin, complètement remis en apparence.

De 1876 à 1879, l'état fut très satisfaisant. La marche était aisée. L... pouvait supporter de longues courses sans fatigue.

En 1879, nouvelle attaque de rhumatisme, légère d'ailleurs et limitée au bras et à la jambe gauches. Elle disparut en quinze jours.

La guérison se soutint jusque dans les premiers jours du mois d'août 1882. Cependant la santé n'était pas parfaite. De temps en temps, le malade ressentait des douleurs dans la région lombaire et il avait de la peine à se redresser, surtout quand il essayait

---

d'un combat singulier (c'est le mot propre) autant qu'acharné et sanglant qui eut lieu entre deux infirmiers, l'un attaché à la salle Saint-Jean-de-Dieu, du service de M. Bouillaud; l'autre à la salle Saint-Charles faisant partie d'un service rival. Le premier soutenait qu'il fallait saigner dans la fièvre typhoïde; le second n'était pas de cet avis.

Je n'ai point, ai-je dit, à m'occuper des doctrines soutenues par M. Bouillaud. A quoi bon? Leur histoire n'ajouterait rien à sa gloire; elle n'en retrancherait rien non plus. Il fut un clinicien hors ligne, et ses travaux, fondés sur la seule clinique, suffisent à lui assurer l'admiration de la postérité. Le *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux*, publié en collaboration avec le professeur Bertin, traité qui parut en 1824, et dont les professeurs Axenfeld et Béclard ont dit (Rapport sur les progrès des sciences en France, 1867) qu'il avait été « la digne continuation du *Traité de l'auscultation* de Laënnec ». — Les « Recherches expérimentales sur les fonctions du cerveau et sur les localisations cérébrales » que les travaux des physiologistes modernes ont enfin consacrées; — la découverte de la « Loi de coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu », etc., etc., etc., sont des titres qui ne passeront pas. Ils valent bien que le bronze rappelle aux compatriotes de M. Bouillaud que la ville d'Angoulême a vu naître un grand médecin.

Qu'on me permette, en terminant, un souvenir déjà lointain qui m'a été transmis par un des témoins de la scène que je vais rapporter :

En 1848, M. Bouillaud était doyen de la Faculté de Paris. En cette qualité, il dut accompagner à l'Elysée les commissaires du quartier des Ecoles qui allaient verser « sur l'autel de la Patrie » les souscriptions volontaires recueillies parmi les étudiants.

A cette époque, le gouvernement avait ouvert un concours libre entre tous les scul-

©BIU Santé

de soulever un fardeau. Pendant cette période, les transpirations étaient faciles et se produisaient sous l'influence des causes les plus minimes.

Dans les premiers jours du mois d'août, il subit un refroidissement, le corps étant en pleine transpiration, et presque aussitôt, il éprouva une céphalalgie pénible, coïncidant avec une anorexie absolue. Huit jours après, il ressentait dans le pied gauche, sans gonflement articulaire d'ailleurs, une petite douleur qui disparut en deux ou trois jours. Cependant il put continuer à travailler, lorsque le 19, il fut pris tout à coup de douleurs dans la région lombaire et le bas-ventre. Il se sentait en outre les jambes faibles, mais n'en souffrait pas. Après être resté deux jours au lit, il éprouva une telle amélioration qu'il put se lever et faire même une longue course à pied.

Mal lui en prit; car, le 23, il ne pouvait plus marcher. Les douleurs lombaires et abdominales étaient revenues, plus vives que la première fois, se compliquant d'une fièvre ardente et d'une transpiration profuse.

Le 24, engourdissement des membres inférieurs, sans douleurs. Mais, presque aussitôt, L... s'aperçoit qu'il ne peut plus remuer les jambes. Dans le décubitus horizontal, il essaie en vain de détacher les talons du lit. Quand on le soutient, il reste encore debout sans souffrir, mais il ne saurait faire un pas. C'est dans cet état qu'il entre à l'hôpital.

Voici le résultat de l'examen clinique, pratiqué le lendemain matin :

Le malade est immobile dans le décubitus horizontal, les jambes rapprochées l'une de l'autre. La paraplégie est complète.

Il n'existe ni douleurs, ni gonflement dans les articulations des membres inférieurs. Cependant, on éprouve une certaine résistance, en cherchant à écarter les jambes. Les muscles adducteurs se contractent, le membre entier se raidit et le malade accuse de vives douleurs au niveau du pli génito-crural et particulièrement des attaches supérieures des adducteurs.

La paralysie a envahi également la vessie et la rétention urineuse est complète depuis dix-sept heures. Par le cathétérisme, on retire un litre environ d'un liquide foncé, ne contenant d'ailleurs ni albumine, ni sucre.

Le réflexe rotulien est normal.

La sensibilité est obtuse, mais non détruite. Elle semble toutefois plus émoussée à gauche qu'à droite.

La sensibilité réflexe paraît s'épuiser rapidement. En effet, chatouille-t-on la plante des pieds, le mouvement se produit immédiatement dans les membres inférieurs, mais il cesse bientôt, quand on renouvelle l'expérience.

Notons en outre une douleur à la pression, correspondant à la région sacrée et aux deux dernières vertèbres lombaires.

Cet état local est accompagné d'une fièvre vive.

La langue est rouge à la pointe et sur les bords, jaunâtre au centre. L'anorexie est absolue.

---

pleurs pour élever des statues aux grands hommes de France. Une centaine de figures avaient été envoyées par les artistes. Dressées sur des piédestaux régulièrement espacés, elles formaient la plus belle décoration qu'on pût voir, et à la place de la Concorde, et à la grande avenue des Champs-Elysées. L'humble fiacre qui conduisait à l'Elysée M. le doyen et les jeunes gens porteurs des offrandes patriotiques suivait cette avenue monumentale. M. Bouillaud était sombre et restait pelotonné dans son coin, tandis que ses compagnons regardaient par les portières et s'extasiaient à ce spectacle. Tout d'un coup, il dit d'un ton amer, et comme se parlant à lui-même : « Oui ! tout le monde a sa statue, — tout le monde, excepté Bouillaud ! » Eh bien, vous l'aurez, illustre et irascible maître, et pendant de longs siècles vos yeux de bronze verront autour et au-dessous de vous le mouvement, l'agitation humaine que vous aimiez, et que, conscient de votre valeur, vous aviez la haute ambition de dominer. — M. L.

TRAITEMENT DE L'OTITE FURONCULEUSE. — Ladreit de Lacharrière.

Pour combattre l'otite furonculeuse, on administre un éméto-cathartique, ou bien un ou plusieurs purgatifs, puis on prescrit l'eau de Vichy, et en particulier l'eau du puits Lardy. Localement, on applique des cataplasmes, ou bien des linges imbibés de décoction de fleurs de sureau, et on pratique des injections de décoction de pavot. Enfin on incise les petites tumeurs le plus tôt possible. — Si on a lieu de soupçonner la diathèse herpétique, on prescrit les préparations arsénicales, mercurielles, l'iodure de potassium.

N. G.

©BIU Santé

L'examen stéthoscopique des poumons est négatif. Mais, en auscultant la région précordiale, on entend un bruit de souffle doux, au premier temps et à la pointe.

Six ventouses scarifiées sont appliquées sur la région lombaire et renouvelées le lendemain.

Le 25, le malade accuse quelques douleurs dans les articulations du bras gauche. Cet incident nouveau coïncide avec une amélioration des symptômes paralytiques. L... peut en effet remuer les jambes légèrement.

Le lendemain, 26 août, la paraplégie est de nouveau absolue. Mais l'attention est attirée surtout par un gonflement, douloureux à la pression des articulations fémoro-tibiales, dont la coloration du reste ne s'est pas modifiée. Les articulations des membres supérieurs sont également douloureuses. A la sensation d'engourdissement des premiers jours, succède l'hyperalgésie des membres inférieurs. La paraplégie est moins complète dans la soirée. Le malade parvient avec grande difficulté à plier la jambe gauche.

Prescription : Salicylate de soude : 6 grammes.

Du 26 au 28, les douleurs articulaires ne subissent aucune modification. Mais la paraplégie diminue et est remplacée par une simple parésie des membres inférieurs. Le malade peut aller à la garde-robe ; le cathétérisme est encore nécessaire.

28 août. — Atténuation des douleurs articulaires, mais apparition de dyspnée et de douleurs épigastriques. A l'auscultation de la région précordiale, bruit de galop intense, simulant un bruit de scie et indiquant, à n'en pas douter, l'existence d'une endo-péricardite.

29. — Le malade urine seul. Les douleurs ont cessé aux membres inférieurs, mais la parésie persiste.

30. — La mobilité reparaît un peu et le chatouillement de la plante des pieds provoque des mouvements réflexes énergiques.

30 août au 5 septembre. — Atténuation des manifestations articulaires et des signes physiques de la région précordiale. Le malade commence à mouvoir ses jambes.

6 septembre. — Conjonctivite légère.

10. — Disparition définitive des douleurs et retour des mouvements dans les membres inférieurs. Le rhumatisme se circonscrit aux articulations des membres supérieurs, notamment aux épaules et aux poignets. Les bruits du cœur s'éloignent de l'oreille. En revanche, on trouve à l'auscultation des poumons la respiration soufflante à gauche et en arrière.

11 septembre. — Souffle tubaire très net et râles crépitants perçus dans les efforts de toux. La pneumonie gauche n'est pas douteuse. Les bruits cardiaques, très notablement atténués s'entendent à peine.

Le malade remue désormais les jambes facilement et les douleurs articulaires ont presque partout disparu.

14 septembre. — La pneumonie, qui primitivement s'était localisée dans le poumon gauche, existe maintenant à la base du poumon droit où l'on entend des râles crépitants fins, mêlés de souffle.

Tout à fait à la base, du même côté, les vibrations thoraciques sont abolies et la respiration est silencieuse, preuves manifestes d'un épanchement pleurétique.

18 septembre. — Le souffle pleurétique est devenu très net et s'est étendu.

20 septembre. — Disparition presque complète des signes stéthoscopiques. On n'entend plus, à l'auscultation des poumons, que des râles discrets, se produisant dans les efforts de toux.

A peine quelques douleurs vagues et mobiles ont-elles reparu.

1er octobre. — Le malade est en pleine convalescence. Tous les signes stéthoscopiques ont disparu, tant au cœur qu'aux poumons, ce qui permet d'espérer la préservation d'une affection cardiaque organique.

Nous n'avons pas eu de nouvelles du malade, depuis le 1er décembre 1882. A cette date, aucune douleur nouvelle ne s'était manifestée du côté des articulations. Mais l'amaigrissement persistait et les forces ne revenaient que lentement.

En résumé, voici un malade qui, au début, présente les signes d'une myélite diffuse de la région lombaire : paraplégie complète, paralysie des sphincters, fièvre. Tel était, du reste, le diagnostic que, bien à tort, j'avais porté lors de mon premier examen.

Deux jours après, la paralysie s'est atténuée. Mais les articulations des membres supérieurs et inférieurs deviennent gonflées et douloureuses. La multiplicité des articles envahis, la notion de l'hérédité rhumatismale ne

©BIU Santé

permettaient guère d'attribuer cette nouvelle phase clinique à des arthropathies d'origine spinale. Si quelques doutes avaient pu persister dans l'esprit, l'apparition d'une endo-péricardite, deux jours plus tard, les aurait dissipés sans retour.

Le 6 septembre, les signes articulaires et cardiaques s'atténuent au moment où paraît une conjonctivite, à coup sûr rhumatismale.

Cinq jours après éclate une pneumonie, bientôt compliquée d'épanchement pleurétique. Cette pneumonie est essentiellement rhumatismale, car les signes physiques, perçus d'abord à gauche, s'entendent nettement à droite trois jours après. Cette mobilité n'est-elle pas un des caractères les plus saillants des phlegmasies rhumatismales?

On peut dire que, chez notre malade, la diathèse a épuisé, momentanément au moins, toute sa puissance. Dans l'espace de deux septénaires, le rhumatisme a atteint successivement la moelle, les articulations, les tissus muqueux et séreux, les parenchymes enfin, les localisations semblant se substituer les unes aux autres et offrant ce caractère à la fois mobile et fugace qui appartient en propre aux manifestations de la diathèse.

Et cependant la métastase ne saurait ici être invoquée. Au milieu de ces localisations si diverses, les douleurs articulaires n'ont jamais totalement disparu. Leur continuité semble avoir prouvé une fois de plus que les manifestations diathésiques du rhumatisme ont pour siège de prédilection le système locomoteur proprement dit.

Dr Alex. RENAULT.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DES MALADIES PALUDÉENNES A LA GUYANE, par M. le docteur MAUREL, médecin de première classe de la marine, etc. Paris, O. Doin ; 1883.

Voici encore un livre dont nous nous faisons un devoir de recommander la lecture à ceux qui s'intéressent aux études de pathologie générale consciencieusement faites par un auteur parfaitement au courant de la question. Pendant un séjour de deux ans dans un pays où, pour ainsi dire, quel que soit le genre d'occupation auquel on s'adonne, on ne récolte guère que la fièvre intermittente, M. Maurel a réuni un grand nombre de matériaux sur l'étiologie de cette affection, les diverses influences qui la provoquent et la modifient, sa fréquence suivant les saisons, le terrain, les races, l'acclimatement, sur ses complications et surtout sur ses formes nombreuses.

Ce dernier point constitue, d'après nous, la partie principale, originale de l'ouvrage. Son importance ressortira facilement quand nous dirons que sur un total de 8,444 cas de fièvres paludéennes recueillis pendant une période de dix-neuf trimestres, 6,118 appartenaient aux fièvres irrégulières ou atypiques. Parmi les formes simples, le type quotidien a été observé 1,713 fois, le tierce 283 fois et le quarte 22 fois seulement. Au début du séjour de l'immigré en Guyane, le type fébrile est régulier, mais au fur et à mesure que les récidives se manifestent, la fièvre perd son cachet intermittent, typique, et revêt des caractères qui en imposent pour des maladies toutes différentes.

C'est le tableau de ces faits irréguliers que M. Maurel s'est efforcé de tracer, en s'appuyant sur une donnée exacte : l'organe affecté par les récidives du paludisme. Cet organe, devenu lieu de moindre résistance, est atteint de préférence par les attaques ultérieures, et suivant l'organe affecté, la maladie revêt une forme différente, toujours grave. A ces accès, qui sont indépendants de la nature du miasme palustre, M. Maurel donne le nom de pernicieux. Pour lui donc, la perniciosité est constituée, au point de vue anatomique, par une congestion nouvelle venant aggraver les lésions organiques résultant des accès antérieurs, et au point de vue clinique, par les phénomènes qui traduisent ces lésions, réveillées en quelque sorte par l'accès nouveau, phénomènes dont la gravité est en rapport avec l'importance fonctionnelle de l'organe et le genre de lésions dont il est atteint. Nous sommes heureux de nous trouver sur ce point en parfaite communauté d'idées avec notre savant confrère de la marine, qui a compris la perniciosité comme nous l'avions définie au Congrès de La Rochelle, en parlant de la pathogénie de la variole hémorrhagique.

©BIU Santé

Cette notion a permis à M. Maurel de classer les fièvres pernicieuses de la Guyane d'une manière précise, qui en facilitera beaucoup le diagnostic étiologique, et, comme conséquence, le traitement. Tous les médecins qui sont appelés à exercer dans les pays à fièvre trouveront donc dans le *Traité des maladies paludéennes à la Guyane* d'utiles renseignements.

L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 janvier 1884. — Présidence de M. Jules Guérin.

Correspondance officielle :

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. de Quatrefages comme membre associé libre en remplacement de M. Amédée Latour, décédé.

M. de Quatrefages étant malade et au lit, écrit à M. le président qu'il regrette de ne pouvoir se rendre à la séance pour prendre place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Sanné qui pose sa candidature dans la section de pathologie médicale; 2° un pli cacheté adressé par M. le docteur Brué (accepté); 3° une note de M. le docteur Coiffier, intitulé : *Esquisse d'une méthode simple et facile d'analyse des médicaments au lit des malades.*

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Fort, une brochure intitulée : *De l'anus contre nature, ses conditions pathogéniques et son traitement chirurgical.*

M. Dechambre présente, au nom de M. le docteur Laget, professeur d'hygiène à la Faculté de Bordeaux, une brochure intitulée : *Etude sur le vanillisme ou accidents causés par la vanille.*

M. Constantin Paul présente, au nom de M. le docteur Em. Emond, plusieurs brochures intitulées : 1° *Le Mont-Dore, ses eaux minérales;* 2° *La phthisie aux eaux du Mont-Dore;* 3° *L'asthme et son traitement par les eaux du Mont-Dore;* 4° *Observation d'un cas de laryngite œdémateuse guérie par les eaux du Mont-Dore.*

M. Gariel présente, de la part de M. le docteur Bardet un volume intitulé : *Traité élémentaire d'électricité médicale.*

M. Bouley dépose, au nom de M. Lacerda, un *Mémoire sur la découverte du microbe du béri-béri.*

M. Lancereaux offre en hommage : 1° au nom de M. Noël Gueneau de Mussy, un exemplaire du troisième volume de ses *Leçons de clinique médicale;* 2° en son propre nom, un volume intitulé : *Leçons sur le diabète maigre.*

M. Duplay offre en hommage le premier fascicule du tome VII du *Traité élémentaire de pathologie chirurgicale.*

M. Tarnier présente, au nom de M. le docteur de Sinéty un exemplaire de la nouvelle édition de son *Traité pratique de gynécologie et des maladies des femmes.*

M. Dieulafoy met sous les yeux de l'Académie un nouvel appareil pour la transfusion du sang, fabriqué, sur ses indications, par M. Collin.

M. Chatin, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, déclare, contrairement à ce que lui a fait dire M. Brouardel, que bien loin d'attribuer à MM. Dumas, Milne-Edwards et Paul Bert cette opinion, que les médecins français avaient dû méconnaître la trichinose, il s'est tout spécialement appuyé sur leur grande et légitime autorité pour signaler les dangers de la contamination médiate de l'homme par le rat des champs.

M. Brouardel répond que les observations que vient de faire M. Chatin n'ôtent absolument rien à la valeur des arguments qu'il a présentés en faveur de la non-interdiction de l'importation en France des viandes américaines. A l'égard de l'épidémie de trichinose observée à Emersleben, et dont la nature est mise en doute par M. Chatin, c'est là une question de diagnostic qui ne regarde que les médecins. Enfin M. Brouardel a fait observer que les porcs allemands qui traversent la frontière en toute liberté, sont en grand nombre atteints de trichinose, et cependant ils n'ont pas provoqué d'épidémie

comme semble le craindre M. Chatin; cela tient à ce que la cuisson des viandes trichinées est le meilleur préservatif de la trichinose.

M. Larrey dit qu'il apportera dans la prochaine séance une lettre de M. Davaine relative à la question des trichines et de la trichinose.

M. Giraud-Teulon lit un travail sur le mécanisme du saut, qu'il résume de la manière suivante :

« Comme conclusions finales de ce travail, directement afférentes à l'objet pour lequel nous avons été convoqués au laboratoire de M. Marey, nous pouvons établir que :

« Le mouvement conçu par M. Marey pour démontrer la possibilité de détacher les jambes du sol, sans l'intervention de l'à-coup ou ressaut musculaire, et par la seule *rapidité* de l'action imprimée à ces articles par leurs fléchisseurs, repose sur une pure illusion.

« Ce mouvement consiste en un saut très peu étendu, sans doute, mais très positif, réalisé dans le cours d'un mouvement inverse du saut classique, mais répondant de tous points au même mécanisme : l'arrêt subit d'un mouvement accéléré par une contraction musculaire soudaine.

« Toute séparation complète du corps et du sol dans un déplacement de latéralité de notre individu, obtenue par le jeu de nos seules forces intérieures, sans autre point d'appui que notre base de sustentation, reconnait pour cause directe et unique : *un arrêt brusque venant suspendre subitement un mouvement accéléré antérieur de notre centre de gravité;* en d'autres termes : *le mécanisme du saut.* »

M. Colin (d'Alfort) demande si les appareils de M. Marey ne pourraient pas être appliqués à des animaux sauteurs, comme le lièvre, par exemple.

M. Giraud-Teulon répond que les appareils sont perfectibles et que probablement M. Marey tiendra compte de l'observation de M. Colin.

— M. Germain Sée demande la parole pour répondre à l'argumentation de M. Colin (d'Alfort), relative à la question du bacille de la tuberculose.

L'orateur fait observer que M. Colin, qui nie le bacille de la tuberculose, a avoué lui-même qu'il ignorait les procédés de recherche du bacille par les matières colorantes, procédés employés par tous les cliniciens qui se sont occupés de cette recherche. M. Colin a donc déclaré lui-même son incompétence, et quand il dit qu'il repousse les conclusions de M. Sée, parce qu'elles sont en contradiction avec des faits connus, M. Sée a le droit de lui demander quels sont ces faits, dans quelle clinique M. Colin les a observés. Il met M. Colin au défi de présenter des faits contraires aux observations cliniques sur lesquelles M. Sée a basé ses conclusions.

Enfin, M. Sée croit devoir citer un fait qui lui a été communiqué par M. Bucquoy et qui démontre victorieusement, suivant lui, l'importance de la présence ou de l'absence du bacille de la tuberculose pour le diagnostic de cette maladie.

Il s'agit d'un malade du service de M. Bucquoy, qui présentait tous les signes physiologiques et physiques de la tuberculose, compliqués d'une affection du cœur; l'examen des crachats, fait avec le plus grand soin, avait toujours donné des résultats négatifs au point de vue de la présence du bacille tuberculeux; or, le malade étant mort, l'autopsie, faite avec le plus grand soin par M. Bucquoy et par son interne, a démontré qu'il ne s'agissait pas d'une tuberculose, mais seulement de dilatations bronchiques existant aux sommets des poumons et ayant donné lieu, pendant la vie, à tous les signes physiques de la tuberculose.

Cette observation très intéressante démontre que, tant que l'on ne trouve pas le bacille tuberculeux, le diagnostic de la tuberculose reste douteux.

M. Colin (d'Alfort) répond qu'il existe une infinité de bacilles que l'on peut étudier sans le secours des matières colorantes.

C'est à tort, suivant lui, que M. Sée croit l'accabler en arguant de son incompétence au point de vue clinique.

Là n'est pas la question. Il ne s'agit pas de savoir si M. Colin est ou n'est pas clinicien, s'il est ou n'est pas coloriste de bacilles, mais s'il a donné des arguments vrais ou faux. Or M. Colin a dit et il croit devoir répéter que l'on trouve des bacilles dans les crachats d'une foule de malades qui ne sont pas tuberculeux.

Quant au fait de M. Bucquoy, cité par M. Sée, il est fort possible que le bacille existât dans les crachats sans qu'il ait été vu au microscope. Quand les bacilles sont en petit nombre et que l'on est obligé de se servir d'un fort grossissement, le bacille peut fort bien passer inaperçu dans le champ du microscope.

©BIU Santé

— M. Villemin demande à l'Académie la permission d'intervenir dans le débat relatif à la virulence de la phthisie.

Laissant de côté le microbe de la tuberculose, M. Villemin s'attache à réfuter deux propositions émises par M. Colin (d'Alfort) : 1° celle de la production du tubercule par l'inoculation des matières non tuberculeuses ; 2° celle que les tuberculisations très étendues résultent de l'absorption de masses considérables de matière tuberculeuse et réciproquement.

Pour le premier point, il déclare que la plupart des observateurs qui avaient affirmé que la tuberculose pouvait être engendrée par des traumatismes banals, des plaies vulgaires comme celles des sétons, par l'inoculation des liquides pyohémiques, des substances putrides, etc., ont répété leurs expériences en s'entourant des précautions nécessaires, et après avoir reconnu leur erreur, ils l'ont franchement et loyalement confessée.

Aujourd'hui, grâce au concours de tous, la question est résolue ; il est avéré que le tubercule et les matières, quoique non tuberculeuses, mais prises sur des sujets tuberculeux, donnent seules la tuberculose par inoculation.

Il y a quinze ans déjà que M. Villemin, à la tribune de l'Académie, réfutait l'opinion erronée de la banalité de l'étiologie de la phthisie, dans un mémoire intitulé : *De la virulence et de la spécificité de la tuberculose*. Il était seul alors à oser prononcer les mots révolutionnaires de *virus* et de *virulence*. M. Colin le traitait alors d'*esprit systématique* et déclarait « que l'on ne pouvait tenir l'existence du virus tuberculeux que pour une fiction dépouillée même de toute vraisemblance ». — Les choses ont bien changé depuis ; seul M. Colin n'a pas changé et est resté inébranlable dans ses anciennes convictions. Cependant, M. Villemin ne doute pas que M. Colin ne vienne, à son tour, et bientôt, se joindre à ces savants considérables qui ont reconnu et confessé leur erreur avec franchise. M. Colin a une trop grande ardeur scientifique, et un culte trop pur de la vérité pour laisser subsister plus longtemps cette adultération de la science expérimentale.

Pour le second point, M. Colin, en déclarant « qu'il a toujours vu les tuberculisations très étendues résulter de l'absorption des masses considérables de matière tuberculeuse et réciproquement », réédite une opinion qu'il professe aussi pour d'autres maladies virulentes, mais il généralise trop, suivant M. Villemin, un fait qui n'est applicable qu'à certaines circonstances restreintes de l'histoire des virus.

M. Villemin a fait de nombreuses expériences dans lesquelles il n'a presque jamais varié la quantité de matière tuberculeuse inoculée, allant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chénevis, et cependant les résultats ont varié à l'infini. Tantôt il a obtenu des tuberculisations d'une intensité extraordinaire, tantôt il n'a produit que quelques localisations dans un ou plusieurs organes, quelquefois même les résultats ont été nuls, et cela souvent avec des virus de même provenance.

Tous ceux qui ont expérimenté ont aussi obtenu des effets pareils. M. Colin lui-même a montré, le 13 mai 1879, à la tribune de l'Académie, un lapin chez lequel il avait inoculé, à la pointe de la lancette, une *très petite quantité* de matière tuberculeuse d'un autre lapin, réduite en pulpe, et cependant, chez ce lapin inoculé, tous les organes, absolument tous, étaient envahis par le tubercule.

« Quoi qu'il en soit, dit en terminant M. Villemin, l'heure n'est pas loin où il y aura unanimité sur les faits principaux, il ne restera bientôt plus que quelques dissidences touchant des points secondaires sur lesquels les interprétations continueront à varier, par exemple sur les microbes dont l'histoire naturelle n'est point encore achevée, mais elles se compléteront progressivement.

Voyez comme la découverte du corpuscule germe a éclairé la pathogénie du charbon! Il y a très probablement quelque chose d'analogue dans le bacille de la tuberculose et dont la démonstration fera cesser bien des contradictions. Déjà MM. Malassez et Vignal ont soulevé un coin du voile. Je suis certain que ni l'Académie ni M. Colin lui-même ne refuseront leurs encouragements aux recherches de ce genre. » (Applaudissements.)

— M. Colin, après quelques mots de réponse, demande que la parole lui soit conservée dans la prochaine séance pour continuer son argumentation.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Séance du 4 janvier 1884.

M. le docteur Loiseau rend compte d'une épidémie de croup qui a sévi récemment dans une école communale. L'école avait dû être évacuée, en vue de prévenir la contagion.

Le délégué du Conseil indique les mesures sanitaires qu'il y aurait lieu de prendre dans la circonstance.

M. le docteur Lancereaux donne ensuite lecture d'un rapport sur l'utilité qu'il y aurait de procéder à des revaccinations dans les écoles communales. Conformément à son avis, le Conseil émet le vœu que les médecins inspecteurs des écoles soient chargés de vacciner les enfants qui fréquentent ces écoles dans les trois premières semaines qui suivent la rentrée, ainsi que cela se pratique actuellement dans les lycées.

M. le docteur Dujardin-Beaumetz donne lecture de son rapport concernant un cas de décès par rage :

« Le sieur S... possédait un chien griffon d'Ecosse sous poil fauve. Ce chien fut pris de la rage et, le 15 octobre 1883, un médecin-vétérinaire constatait la réalité de cette affection et faisait abattre l'animal ainsi que sept autres chiens qui avaient été mordus par ce griffon.

« Trois personnes ont subi des morsures de cet animal, d'abord sa maîtresse, la dame S... qui avait été mordue à la main, puis un sieur J..., et enfin un sieur G... Ce dernier fut mordu à la joue gauche et, tandis que les deux premiers se firent cautériser immédiatement, le sieur G..., au contraire, ne prit aucune précaution, sauf toutefois celle de se soumettre au traitement d'un rebouteur.... Quoi qu'il en soit, cet homme éprouva les premiers symptômes de la rage confirmée pendant la nuit du 23 au 24 décembre.

« Jusque-là, son état de santé était resté parfait et, dans l'intervalle qui sépare le moment de la morsure (le 13 ou 14 octobre), du début des accidents, c'est-à-dire pendant deux mois et dix jours, cet homme n'a rien présenté d'anormal. Le docteur Boisson, de Sceaux, qui le vit à ce moment, constata une grande surexcitation, jointe à de l'hydrophobie et à de l'aérophobie; ces symptômes ne firent qu'augmenter et se compliquèrent de crises d'étouffement. On fit appeler notre collègue des hôpitaux, le docteur Landouzy, qui confirma pleinement le diagnostic d'hydrophobie rabique et, le 26, le malade succombait dans un coma profond. Le docteur Boisson avait constaté une albuminurie notable.

« De tous les faits qui précèdent, il résulte positivement que le sieur G... est bien mort des suites de l'hydrophobie rabique et nous ne pouvons avoir aucun doute à ce sujet; la morsure du chien, dont la rage a été constatée, l'absence de toute cautérisation, les symptômes caractéristiques observés pendant la vie, tout concourt à affirmer ce diagnostic.

« Je ne vois dans cette observation, en dehors des symptômes habituels de la rage, qu'un seul fait intéressant à signaler, c'est la présence de l'albumine dans les urines. En admettant que cette albuminurie soit apparue en même temps que les symptômes rabiques, ce qui n'est pas démontré dans l'observation, on pourrait la ranger dans le groupe de ces néphrites infectieuses sur lesquelles récemment le professeur Bouchard a appelé notre attention et qui résulterait suivant lui du passage à travers le filtre rénal des proto-organismes qui constituent par leur présence dans le sang la lésion primordiale de ces affections microbiennes. C'est là un point qui mérite d'être étudié à nouveau.

« Ce fait de rage porte à six ceux que l'on a observés durant l'année 1883. Ce chiffre de six montre une décroissance très notable dans les cas de rage humaine, lorsqu'on compare cette année à la précédente où le nombre des cas de rage avait été de douze. Cette diminution ne saurait faire faiblir la rigueur avec laquelle on doit poursuivre la suppression des chiens errants. Il importe plus que jamais de tenir la main à la sévère application des règlements à ce sujet. »

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 14 AU 19 JANVIER 1884.

Jeudi 17. — M. Helleu : De la pleurésie franche, primitive et inflammatoire chez les vieillards. (Président, M. Peter.) — M. Le Brigant : Essai sur la tuberculose pulmonaire dans ses rapports avec l'alimentation. (Président, M. Peter.) — M. Martinet : Angine de poitrine rhumatismale. (Président, M. Peter.)

Vendredi 18. — M. Crouigneau : Etude clinique et expérimentale sur la vision mentale. (Président, M. Charcot.) — M. Vivant : Contribution à l'étude de la péritonite rhumatismale aiguë. (Président, M. Hayem.) — M. Giraudeau : Des accidents vertigineux et apoplectiformes dans le cours des maladies de la moelle épinière. (Président, M. Hayem.)

Samedi 19. — M. Toulze : De l'ascite essentielle. (Président, M. Jaccoud.) — M. Patino Luna : Etude sur quelques formes cliniques et particulièrement sur les formes latentes

©BIU Santé

du cancer rénal. (Président, M. Laboulbène.) — M. Patenostre : De l'identité de l'arthrite puerpérale et d'une certaine forme d'arthrite blennorrhagique. (Président, M. Richet.) — M. Menard : Contribution à l'étude des tumeurs blanches et des abcès froids dans leurs rapports cliniques avec l'infection tuberculeuse. (Président, M. Richet.)

COURRIER

Société française d'ophthalmologie. — La prochaine réunion scientifique de la Société française d'ophthalmologie aura lieu *lundi 28 janvier* prochain, à 9 heures du matin, dans le local de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye.

Société française d'otologie et de laryngologie. — La réunion de la Société aura lieu le jeudi 24 janvier 1884, à 8 heures 1/4 du soir, à la mairie du Ier arrondissement (place Saint-Germain-l'Auxerrois).

Ordre du jour : 1° Discussion de l'angine chronique rhumatismale. (Communication du docteur Gellé.) — 2° Professeur Berthold, de Kœnisberg : De l'autophonie. — 3° Docteur Hering, de Varsovie : Corps étrangers du larynx et de l'œsophage. — 4° Docteur Garel, de Lyon : Larynx artificiel. — 5° Discussion sur la nature de la membrane qui tapisse la caisse du tympan.

Société médico-pratique. — Le bureau est ainsi constitué pour l'année 1884 : *président*, M. Ed. Michel ; *vice-président*, M. Henri Huchard ; *secrétaire général*, M. Cyr ; *secrétaires annuels*, MM. Deniau et Tripet.

— M. le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophthalmologie à l'École pratique, le mardi 5 février, à 8 heures (amphithéâtre n° 3), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Projections lumineuses. Reproductions graphiques.

— M. le docteur Legroux reprendra ses leçons cliniques à l'hôpital Laënnec, le *mercredi 23 janvier*, et les continuera les mercredis suivants.

Il traitera des *maladies d'évolution*.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Vignard professeur à l'École de médecine de Nantes, décédé dans la nuit du 25 au 26 décembre dernie.

Les femmes médecins. — Ce n'est pas d'aujourd'hui seulement que l'art d'Hippocrate compte des disciples dans le sexe féminin. L'ancien régime connaissait déjà cette parité professionnelle que la presse aujourd'hui enregistre comme une nouveauté. Il suffit pourtant de remonter en 1735 pour trouver, dans le *Calendrier historique de la ville de Lyon*, à la suite des 43 maîtres chirurgiens, et avant celle de MM. les apothicaires, une liste de 13 veuves de chirurgiens. Il paraît qu'à cette époque on admettait que le savoir professionnel se transmettait par cohabitation, puisque les veuves avaient le droit d'exercer après la mort de leur mari.

Cette tolérance était sans doute une application du vieux dicton : *Quand le médecin n'y est pas, on s'adresse à la médecine.*

Dans tous les cas, plusieurs de ces veuves pouvaient à bon droit passer pour de véritables succédanés (succès d'année) par le fait même de leur survivance.

(*Lyon médical.*)

QUASSINE FRÉMINT. — Les médecins qui désirent essayer ou prescrire la quassine amorphe trouveront dans la quassine Frémint (pilules contenant chacune 2 centigrammes) toutes les garanties de dosage et de pureté. Un flacon à titre d'essai est envoyé franco contre toute demande adressée à la Pharmacie, 18, rue d'Assas, Paris.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

©BIU Santé

Sommaire

I. Hallopeau : Agent infectieux de la pneumonie. — II. Lettres de Suisse et d'Allemagne. — III. Bibliothèque. — IV. Revue des Journaux. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Variétés. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Feuilleton : Causeries.

Agent infectieux de la pneumonie (1),

Par H. Hallopeau, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Un certain nombre d'auteurs considèrent actuellement la *pneumonie franche lobaire aiguë* comme une maladie infectieuse ; ils invoquent son apparition sous forme d'épidémies, sa marche cyclique, l'impossibilité de la provoquer par les irritations mécaniques (injections de poussières ou de liquides irritants), l'apparition des symptômes généraux précédant celle des phénomènes locaux, le défaut de rapport entre l'intensité et la durée de la réaction fébrile et celles des lésions, et l'impossibilité d'expliquer celle-là par celles-ci.

Klebs (2) croit avoir démontré l'exactitude de cette interprétation en découvrant dans les crachats et dans les parties hépatisées un microbe qu'il appelle le *monas pulmonale*. Il reconnaît cependant que cet élément, tout à fait semblable à ceux qui existent dans la salive, se trouve à l'état normal dans le produit de sécrétion des bronches. Les observations de Friedlænder ont eu plus de retentissement. En 1882, dans un premier travail, cet auteur annonce que, dans huit cas de *pneumonie*, il a trouvé constamment, si ce n'est après le neuvième jour, des microbes, aussi bien dans le tissu enflammé du poumon et de la plèvre que dans les crachats. Ce sont des micrococcus ellipsoïdes mesurant 1 μ de largeur et un tiers de μ de longueur, ordinairement groupés deux à deux, mais formant aussi souvent des chaînettes.

(1) Extrait d'un *Traité élémentaire de pathologie générale* qui doit paraître prochainement.

(2) Klebs, *Breitr. zur Kenntniss der pathog. Schistomyceten* (*Arch. für exper. Path.*, B. IV).

FEUILLETON

CAUSERIES

Un de nos lecteurs, trop bienveillant à coup sûr, très aimable certainement et non moins spirituel, a bien voulu nous encourager à persévérer dans la petite campagne que nous avons soutenue, après tant d'autres, contre l'antivivisection ; mais loin de s'en tenir à de simples applaudissements, qui cependant ont toujours autant de prix pour l'écrivain que pour l'acteur, il a bien voulu nous envoyer quelques arguments présentés sous une forme originale qui, pensons-nous, ne déplaira pas à ceux qui aiment la critique sensée, quoique d'apparence légère.

***

AUX ÉGYPTIENS DU XIXe SIÈCLE, ADORATEURS DU BŒUF APIS.

Puisque la lice est ouverte à qui veut rompre une lance..... ou une ombrelle, — à chacun suivant son sexe, — pour ou contre la vivisection, je vais essayer, à mon tour, de casser une simple latte sur les reins des antivivisectionnistes ou vivisecteurs *ad libitum*.

Et je ferai d'abord cette remarque que ces dames et ces messieurs de l'antivivisection

©BIU Santé

Ils sont formés d'une substance homogène qui se colore facilement par l'aniline. On les trouve en quantité étonnante dans les exsudats bronchiques et intra-alvéolaires de l'hépatisation rouge : dans un cas, ils manquaient dans les bronches et les alvéoles, mais il y en avait un grand nombre dans les lymphatiques interlobulaires qui se trouvaient distendus. Ce fait, rapproché de la présence des micrococcus dans le tissu pleural, est important en ce qu'il démontre le passage du parasite dans la circulation.

Pour distinguer ces coccus des granulations, on colore les préparations avec l'eau d'aniline d'Erlich, puis on les plonge dans une solution d'iodure de potassium ; les micrococcus seuls restent colorés.

Leyden confirme la description de Friedlænder ; Gunther et peu après Matray observent les mêmes micrococcus et indiquent qu'ils sont constamment entourés d'une capsule incolore. Tout récemment Friedlænder (3) les a étudiés plus complètement ; il a reconnu, en examinant l'exsudat pris sur le cadavre, que la capsule a rarement une largeur moindre que le coccus qu'elle entoure, et qu'elle a souvent des dimensions doubles et même quadruples : quand les micrococcus sont accouplés deux à deux, ou en chaînettes, elle prend une forme elliptique ; les réactions chimiques semblent indiquer qu'elle est formée de mucine ou d'une substance analogue ; jamais on ne trouve d'amas de zooglée. Cette capsule fait défaut autour des micrococcus contenus dans les crachats. Dans les autres formes de pneumonie, Friedlænder n'a trouvé que des micro-organismes privés de capsule ; celle-ci serait donc, d'après cet auteur, presque caractéristique de la pneumonie fibrineuse ; les micrococcus de cette maladie varient de grandeur chez les divers animaux qui en sont atteints, ils sont beaucoup plus grands chez la souris et le cochon d'Inde que chez l'homme.

Friedlænder a cultivé ces parasites, suivant la méthode de Koch, dans la gélatine nutritive jusqu'à la huitième génération ; ces produits n'avaient pas de capsule, les cultures avaient un aspect tout particulier ; sur la surface de gélatine il se formait une petite élevure d'où partait une substance blanchâtre en *forme de clou*.

Ces produits de culture, dissous dans de l'eau distillée et stérilisée, ont

(1) Friedlænder, *Ueber die Schizomyceten bei der acut. fibrin. Pneumonie* (*Virchow's Archiv.*, B. 87).

---

s'en vont en guerre contre la vivisection sans songer aux nombreux bienfaits que les animaux sont les premiers à retirer d'un grand nombre de ces barbaries purement gratuites, prétendent-ils.

En effet, combien d'affreux caniches, de chats efflanqués et malingreux, de singes phthisiques, de chevaux morveux, de bêtes sans feu ni lieu, qu'attendent le lacet de la fourrière ou la masse de l'équarrisseur, et qui ont dû à l'heureuse chance d'avoir été choisis pour telle expérience, parfois une simple piqûre avec un vaccin présumé, de voir de longs mois s'écouler pour eux au sein de la plus attentive et confortable abondance ; quand encore ils n'obtiennent pas la vie sauve, et s'il s'agit de chiens, ne se voient promus au rang de gardiens du laboratoire, plus inamovibles que des sénateurs. J'ai connu un jeune auriste qui nourrit chèrement et visita tous les jours, pendant je ne sais combien de mois, un vieil invalide de chien, pelé, galeux, aveugle et sourd, attendant l'heure de sa « belle mort » pour l'autopsier, simplement, aussitôt. Et encore en fut-il pour ses frais, Azor ayant déménagé sans laisser son adresse.

Bien entendu, je ne parle pas ici de victimes plus humbles, que la Ligue n'a pas encore songé, je pense, à couvrir de son égide, telles que poissons, grenouilles, innocents têtards sortant de naître, larves ou embryons frappés au sein du cocon ou de l'amnios maternel.

Pour ne pas interrompre plus longtemps la série des avantages que quelques animaux, tout au moins, sont susceptibles de retirer de la vivisection, n'est-ce pas à elle que sont redevables de cette majestueuse indolence, de cette vie calme et sans passions les gras troupeaux pour qui les prairies verdissent. Moins de cerfs s'éventreraient dans les forêts, moins de lions s'étrangleraient, moins de coqs s'arracheraient la crête, si le

été injectés dans les poumons de lapins, de souris, de cobayes et de chiens; les résultats ont été négatifs chez tous les lapins, positifs chez un chien sur cinq, chez environ la moitié des cobayes, et chez toutes les souris; celles-ci sont mortes de dix-huit à vingt-huit heures après l'opération : elles commençaient, après quelques heures, à présenter une dyspnée qui augmentait progressivement; l'animal succombait avec un *abaissement progressif de la température*. On trouvait dans les poumons des centres d'induration rouges.

Friedlænder a fait aussi inhaler plusieurs fois par des souris le liquide renfermant les produits de culture en le pulvérisant dans leur cage; chaque fois quelques-uns de ces animaux sont morts, et l'on a trouvé à l'autopsie des lésions pneumoniques en même temps que des micrococcus dans les poumons, la plèvre, la rate et le sang (1).

Ces expériences sont-elles démonstratives et prouvent-elles que la pneumonie franche est parasitaire au même titre que la tuberculose? Nous ne le pensons pas : la présence de micrococcus dans les produits d'exsudation s'explique tout naturellement par leur conflit incessant avec l'air inspiré; il n'est pas prouvé que les capsules qui les caractériseraient ne soient pas un produit artificiel, car, s'il en est autrement, on comprend difficilement pourquoi elles font défaut dans les crachats et dans les cultures; enfin, il n'est pas établi que l'affection développée dans le poumon par les injections ou l'inhalation du liquide chargé de micrococcus soit bien une pneumonie franche, car elle n'en a pas l'évolution et elle s'accompagne d'un abaissement de la température.

Les recherches de M Talamon (2) sont bien plutôt de nature à entraîner la conviction.

L'organisme qu'il a trouvé dans l'exsudat pneumonique et, une fois seulement sur 25 cas, dans le sang d'un malade à l'agonie, est un micrococcus de forme allongée, ellipsoïde. Dans l'exsudat pris sur le vivant à l'aide d'une seringue de Pravaz enfoncée à travers la paroi costale, ou recueilli quelques heures après la mort, il a la forme d'un grain de blé, de 1μ à 1μ et demi de long sur 1/2μ à 1μ de large dans le plus grand diamètre trans-

(1) Bricon, *Progrès médical*, 1883.
(2) Talamon. Communication à la Société anatomique. 1883.

---

vivisecteur castrateur les avait assimilés, d'un trait de bistouri, à ces placides eunuques de nos étables.

Bien plus, c'est grâce aux vivisecteurs que désormais les animaux, par centaines de mille et par millions de milliards, si l'on veut envisager un instant la suite des âges, vont être à l'abri des maladies virulentes et infectieuses. C'est par eux que les moutons pourront se réjouir, — comme un seul mouton, — de se voir enfin à l'abri des maladies charbonneuses, que le porc se rira du rouget; et il n'est pas jusqu'aux humbles poules qui, aussi stoïques que les Anglais et plus inattaquables, ne se moqueront du choléra, sans quarantaines.

On pourrait en dire beaucoup encore sur ce thème, mais j'esquisse simplement et je passe.

* * *

Dans la campagne des antivivisectionnistes (un mot que les Allemands doivent envier) ou antivivisecteurs, une chose encore me paraît peu naturelle et peu juste : je veux dire que les seuls laboratoires de physiologie aient eu le malencontreux privilège, — ou honneur (comme on voudra), — de soulever les colères de ces messieurs et de ces dames.

On fait cependant de la vivisection un peu partout; peut-être, il est vrai, à la manière dont M. Jourdain faisait de la prose, mais enfin on en fait! Et, sans vouloir reprendre ce qui a été dit sur la matière, par exemple au sujet du cas de légitime défense contre les parasites, je me bornerai à ajouter à la liste des instruments extra-scientifiques de la torture animale :

L'éperon et l'aiguillon, voire la cravache et le fouet, qui n'ont pour but que d'active

©BIU Santé

versal de l'ellipse. Il est isolé, le plus souvent par deux, parfois aussi en chaînettes de quatre. Chez le lapin, il est beaucoup plus petit. Cultivé au contraire par le procédé de Pasteur, il apparaît plus volumineux et peut atteindre 2μ 1/2 à 3μ de long sur 1μ 1/2 de large; il prend alors une forme lancéolée, et parfois une de ses extrémités s'effile. Il ne ressemble en rien au coccus de l'érysipèle, qui est arrondi et disposé en chaînettes de paires plus ou moins nombreuses.

Les inoculations faites chez le chien ont été négatives.

Le liquide de culture injecté à des lapins sous la peau de la cuisse n'a produit non plus aucun accident pulmonaire ou autre.

Injecté directement dans les poumons à travers la paroi costale, il a déterminé des pneumonies fibrineuses, des pleurésies et des péricardites fibrineuses. Jamais il n'a amené la formation de pus ou d'inflammation hémorrhagique. L'aspect du poumon macroscopique et sous le microscope est celui de la pneumonie lobaire fibrineuse de l'homme. Le poumon est hépatisé dans toute son étendue ou dans la plus grande partie. Il forme un bloc compact, pesant; les bronches contiennent des moules fibrineux. Au microscope, les alvéoles sont remplis de filaments de fibrine entrecroisés et serrés les uns contre les autres. Les noyaux des espaces interalvéolaires sont en voie de prolifération. Les vaisseaux et les bronches sont remplis de fibrine. De même la plèvre et le péricarde sont recouverts d'épaisses couches de fibrine.

Les animaux meurent en moyenne du quatrième au cinquième jour. Le lendemain de l'injection, on constate une élévation considérable de la température; de 39°6 à 40, la température s'élève à 41 et 41°8. Les lapins meurent avec cette température élevée; chez certains, elle est tombée le jour de la mort au-dessous de la normale.

Plusieurs lapins, âgés de plus d'un an, ont résisté à la maladie et ont guéri après un temps variable. Le thermomètre accusait la même élévation de température que chez les animaux qui ont succombé. Le retour de la température à 39° et 39°6 annonçait la guérison.

Les résultats de ces expériences sont d'autant plus frappants que les nombreuses tentatives faites dans le but de provoquer la pneumonie fibrineuse, par l'injection dans les poumons ou dans les bronches de liquides irritants sont jusqu'ici restées infructueuses. Si, comme nous n'en doutons

---

le travail musculaire du bœuf et du cheval; la cage où l'on emprisonne l'oiseau pour le forcer à chanter, après lui avoir crevé ou cautérisé les yeux, sans chloroforme; le trou de l'âtre et le bocal où l'on mure la grenouille ou le grillon pour savoir combien de temps ils mettront à mourir de faim.

Vivisection encore, la fabrication du crin de Florence avec les entrailles vives du ver à soie; vivisection l'enfumage des abeilles pour leur voler leur miel; vivisection le rôtissage des myriades de cochenilles qui vont fournir le carmin.

Il faut donc se hâter de supprimer tout cela... et le reste. Les portières, fissent-elles partie de la Ligue, vont être obligées de se séparer de leurs grenouilles, de leurs serins, que dis-je! de leurs chats!! ces impitoyables vivisecteurs, mangeurs de mouches et de souris; en même temps que, pour être logiques, elles devront renoncer à employer, en compensation, la mort-aux-rats et les pièges, toutes pratiques qui rappellent de trop près les procédés barbares des physiologistes.

*
* *

Mais je prévois un retard considérable à l'application complète de ces règlements; c'est que les chats, chiens, oiseaux, rats et souris ne pouvant être supprimés que par voie d'extinction naturelle; que, d'autre part, tuer le jeune animal qui vient de naître constitue la plus radicale, la plus cruelle, partant la plus répréhensible des vivisections, puisque l'infanticide est réputé plus punissable que « l'homicide même », dorénavant tous les chats, chiens, oiseaux, rats et souris qui naîtront (j'allais oublier les lapins et les cochons d'Inde, ces éternelles victimes des savants) devront être élevés reli-

©BIU Santé

pas, ils se trouvent confirmés par d'autres observateurs, on devra considérer comme démontrée la nature infectieuse de *certaines pneumonies fibrineuses*. Déjà Friedreich, Rodman, Bonnemaison et récemment M. le professeur Sée (1) dans ses leçons cliniques ont fait valoir les raisons qui militent en faveur de cette manière de voir. Il est incontestable que la pneumonie présente, dans certains cas, les caractères d'une pyrexie; elle débute par des symptômes généraux tellement semblables à ceux d'une fièvre typhoïde que les médecins les plus expérimentés doivent suspendre leur diagnostic, les signes physiques de phlegmasie pulmonaire n'apparaissant que tardivement; le désaccord entre les phénomènes locaux et les phénomènes généraux est manifeste. Souvent on peut noter du délire, de l'albuminurie et de la diarrhée; le foie se tuméfie en même temps que la rate; la fièvre se prolonge jusqu'au onzième ou douzième jour; la défervescence, quand elle se produit, ne se fait pas brusquement, comme dans la pneumonie franche, mais par *lysis;* souvent des suppurations parotidiennes et une diarrhée persistante entravent la convalescence. Si l'on constate que les pneumonies revêtant cette forme affectent souvent à la fois un certain nombre d'individus dans une même localité, un même établissement ou une même famille, on est porté à croire qu'elles sont réellement de nature infectieuse et engendrées vraisemblablement par le microbe de M. Talamon. Mais à côté de ces pneumonies, n'en est-il pas d'autres qui sont provoquées par l'action du froid ou une autre influence accidentelle chez les sujets dont la résistance vitale est amoindrie par une cause passagère ou permanente? Ne doit-il pas en être ainsi de celles qui frappent les vieillards au retour de la mauvaise saison? L'intervention d'un microbe n'est-elle pas en pareil cas des plus improbable? N'en est-il pas de même pour ces pneumonies à récidives qui se renouvellent plusieurs fois à quelques mois de distance chez le même sujet. On a considéré la constance du type fébrile comme caractéristique d'une maladie infectieuse, mais cette constance n'est pas réelle, puisque l'époque de la défervescence peut varier du troisième au douzième et même au quinzième jour; quant à l'apparition des symptômes généraux deux ou trois jours avant celle des lésions, elle n'est nullement démontrée. Aucun des arguments invoqués par les auteurs, et particuliè-

(1) G. Sée. *Des pneumonies infectieuses* (*Union méd.*, 1882).

---

gieusement, eux et leurs générations, soit aux frais des particuliers, soit à ceux de l'Etat ou de la caisse de la Ligue. Pour ce, il est évident qu'il faudra porter à un taux considérable les cotisations des membres, ce qui pourrait bien ralentir quelque peu le mouvement des souscriptions. Pourtant la voix des animaux martyrs criera plus haut que le vil intérêt personnel, j'en suis assuré.

*
* *

La logique suivant sa marche, il naîtra forcément des institutions nouvelles qui s'imposeront d'elles-mêmes : remplacement de la fourrière par des hôpitaux, hospices, maisons de retraite et de secours pour les animaux, avec personnel, matériel, budget, etc., un hôtel des Invalides pour les chevaux et mulets de l'armée, des cimetières, etc., etc., à moins que la crémation ne commence par les bêtes; il faut bien être logique, n'est-ce pas?

Mais ce programme n'est rien encore, car, le jour où la vivisection aura vécu, du fait de l'homme, il faudra commencer la réforme chez les animaux :

On apprendra aux grands carnassiers, depuis le roi jusqu'au plus humble, le lion, le tigre, le lynx, le renard, à se nourrir d'herbes et de fruits; le vautour devra picorer du maïs ou des pois, voire la cerise en juillet; défense sera faite, de par la Ligue toute-puissante, à l'épervier de manger autre chose que les baies des buissons, à la belette de saigner le lapin, à la vipère de mordre, au moustique, à la puce de sucer les sang. Car on conviendra bien que, si les animaux ont des droits à ne pas être vivisecté

©BIU Santé

rement par Traube et Jürgensen, en faveur de la nature infectieuse de la pneumonie franche vulgaire, ne nous paraît donc de nature à entraîner la conviction. Les faits étiologiques qui démontrent la nature infectieuse d'une maladie sont sa transmission par contagion, son apparition sous forme d'épidémies ou son existence dans certaines localités à l'état d'endémie; or la pneumonie franche s'observe dans toutes les contrées du globe et sous toutes les latitudes. « On doit reconnaître à l'inflammation, dit M. Peter (1), deux origines, l'une intrinsèque, l'autre extrinsèque; l'origine intrinsèque de la pneumonie, c'est la fatigue et l'usure de l'organe; l'origine extrinsèque, c'est le froid; toutes les causes capables d'affaiblir l'organisme, les fatigues excessives, les chagrins et surtout la vieillesse jouent le rôle le plus important dans l'étiologie de la pneumonie; cette affection est une manière de mourir et constitue la fin naturelle des vieillards (Peter). » On peut s'expliquer ainsi comment les sujets enfermés dans un asile ou dans une prison, vivant dans des conditions hygiéniques peu satisfaisantes, payent un tribut plus considérable à cette maladie, et pourquoi elle est plus fréquente dans les hospices de vieillards. Les variations brusques de la température et les causes générales d'asthénie semblent rendre compte de la plupart des endémies et épidémies de pneumonie.

En résumé, les découvertes de Friedlænder, de Leyden et surtout de Talamon ne laissent guère de doute relativement à l'existence d'une pneumonie fibrineuse provoquée par l'invasion et la multiplication d'un microbe. mais nous croyons, conformément aux vues que nous avons exposées dans un autre travail (2), devoir maintenir, à côté d'elle, une autre forme, peut-être plus fréquente, dans laquelle il s'agit d'une phlegmasie simple et non infectieuse; telle doit être en particulier la pneumonie des vieillards.

(1) M. Peter. *Leçons de clinique médicale*, t. I. Paris, 1873.
(2) Hallopeau. *La doctrine de la fièvre pneumonique* (*Revue des sciences médicales*, 1878).

Lettres de Suisse et d'Allemagne

Berne, le 10 janvier 1884.

La bibliographie allemande en janvier 1884. — L'inoculation de la tuberculose à la Société de

par nous, nous en avons, pour le moins, autant à ne pas être piqués, sucés, mordus empoisonnés ou dévorés, sans chloroforme, par les animaux.

***

Quand ces grands et multiples progrès seront accomplis, si la médecine a pu trouver un procédé pour ressusciter l'homme agonisant par la simple transfusion du sang d'un mouton qui n'en crèvera d'ailleurs pas, il faudra que ce procédé demeure théorique, ou qu'on sacrifie un autre homme de préférence, car périsse l'humanité plutôt que la veine d'un seul mouton soit touchée.

— Je crains bien, heureusement, que tout le bruit que soulève cette Ligue n'aboutisse à la faire, à bref délai, périr sous le ridicule.

En attendant, je me permets de présenter à l'adoption de sa commission d'initiative les quelques articles complémentaires ci-après ;

ARTICLE X.

Toutes les vieilles filles de France et de Navarre, Angleterre, Allemagne et autres lieux, sont *membres de droit* de ladite Ligue.

ARTICLE Y.

La Ligue, pour être agréable à la majorité de ses membres, choisit pour emblème l'image de sainte Catherine, avec un nombre plus ou moins considérable d'épingles au bonnet de ladite sainte.

©BIU Santé

médecine de Berlin. — Les microcoques chez les scarlatineux. — Les microbes de l'ophthalmie d'Egypte, d'après M. Koch. — Les colonies de microcoques dans la septicémie, par Ziemacki. — Statistique des universités suisses. — Les étudiantes.

Les quinze jours de vacances que ramènent chaque année, dans les Universités allemandes, les fêtes de Noël et du nouvel an, se terminent aujourd'hui, et partout les cours reprennent avec ensemble. Maintenant, plus d'interruption dans le travail avant le 15 mars; alors commenceront les vacances du printemps, dont la durée est de cinq à six semaines.

Avec le début de l'année 1884, citons l'apparition de quelques publications intéressantes ou utiles.

Voici, en premier lieu, les *Schémas*, publiés pour les cliniques de Tubingue (Wurtemberg), sous forme de brochures du prix modique de 80 centimes. On emploie de ces schémas, dans les cliniques, pour dessiner rapidement une tumeur, un exsudat, une lésion quelconque, sans avoir à reproduire les formes extérieures de l'individu. Chaque brochure contient environ trente feuillets à arracher: il y en a pour l'examen des organes de la poitrine et du ventre, avec ou sans indication des viscères ou du squelette; pour l'examen gynécologique, ophthalmologique, etc., pour le cerveau et le crâne, ainsi que des tableaux pour les courbes de la température, du pouls et de la respiration.

Je ne saurais trop engager les médecins à se procurer la collection de ces brochures, bien qu'elles viennent de pays étranger, car elles ont réellement une valeur pratique. Elles sont beaucoup plus commodes que les feuilles volantes employées habituellement; aussi, n'avons-nous pas hésité à les admettre dans les cliniques de Berne (qui, heureusement, est en Suisse, et que nous ne voulons pas laisser mettre en Allemagne, quoi qu'en dise le *Bulletin* du 3 janvier).

La seconde partie du *Manuel de pathologie interne* du professeur Strümpel (de Leipzig) vient aussi de paraître. C'est à coup sûr, maintenant, le meilleur ouvrage de pathologie interne de l'Allemagne, et peut-être aussi le plus condensé; il est écrit d'une façon agréable, en phrases courtes et claires. Il remplacera certainement le *Manuel* de Niemeyer, qui, depuis vingt ans, se trouvait sur la table de tous les étudiants.

L'avant-dernier fascicule de l'*Anatomie pathologique* de Ziegler (de Tubingue) vient aussi d'être publié; je le cite, parce qu'il contient l'anatomie pathologique du cerveau et de l'œil, et que c'est le dernier mot de ce qu'on a écrit en Allemagne sur ce point. Excellent ouvrage, mais qui paraît un peu lentement, car il est en publication depuis trois ans. Les gravures, en grande partie des coupes microscopiques, sont excellentes pour des produits allemands. Je signalerai encore les livres suivants :

Max Schüller: *Tribut à l'anatomie du canal uréthral chez la femme* (paru déjà dans les *Archives* de Wirchow).

Léopold, ancien chef de clinique de Credé, à Leipzig, aujourd'hui directeur de la

---

ARTICLE Z.

Une statue monumentale, représentant un groupe d'animaux égorgés, sera érigée dans le square du Collège de France, et, tous les ans, une députation de la Ligue ira y déposer des couronnes l'anniversaire du jour où Miss *** eut l'héroïsme de frapper de son ombrelle le professeur Brown-Séquard.

N. B. — Les divers animaux composant le groupe reproduiront, autant que possible (grâce à la méthode Granville), les traits des principaux promoteurs de l'œuvre française. On y devra voir, entre autres : MM. Aurélien Scholl en levrette, Clovis Hugues en écrevisse chevelue et Alphonse Karr en crocodile pleurant.

Mme Adam, en sa qualité de femme éminente, étant la présidente née de la Ligue, sera représentée évidemment en reine des animaux, si toutefois cela n'est pas trop contraire à ses principes politiques; son royal manteau sera semé de têtes de linottes sur champ de plumes de pies.

Un médaillon en bronze, représentant l'archi-savant archi-humanitaire Gagne Ier, qui rêva, il y a peu de temps encore, le retour à l'anthropophagie, pour le plus grand bien des ci-devant bêtes de boucherie, sera scellé sur le socle du monument.

Sic itur ad astra...

Pour copie presque conforme

SIMPLISSIME.

©BIU Santé

Maternté de Dresde (Saxe): *Recherches sur la menstruation et l'ovulation*, parues dans le dernier volume de *Gynécologie* (n° XXI). L'auteur admet une ovulation sans menstruation et réciproquement. Son étude du corps jaune est particulièrement intéressante.

Loewit (Prag.): *Formation des corpuscules sanguins blancs et rouges.*

Dans la réunion de la Société médicale de Berlin du 21 novembre, un intéressant travail a été lu par le docteur Falk sur la *Tuberculose par inoculation*. D'après cet auteur, les recherches en vue de trouver un vaccin préservatif n'ont abouti à aucun résultat, et chaque inoculation nouvelle d'un virus atténué n'amène qu'une augmentation de la maladie.

Le docteur Klamann a fait connaître les micrococques trouvés dans les écailles épidermiques d'un enfant atteint de scarlatine grave. Dans quelques-unes des plus petites écailles se voyaient de fines granulations, alors que d'autres, la plupart même, n'en montraient pas. Les plus volumineux fragments d'épiderme montraient à leur surface interne une quantité énorme de petits granules de différentes grosseurs, fortement réfringents et se colorant d'une façon intense. Ces granules sont des micrococques, parce qu'on les voit résister à une solution de potasse caustique et se colorer facilement (methylviolett). Dans les parties superficielles de l'épiderme, il est impossible de les trouver.

Le docteur Klamann estime que la scarlatine est un produit de ces organismes, qui, introduits dans le sang, s'y propagent par millions pour s'en séparer ensuite et se déposer dans la couche de Malpighi ou dans les muqueuses. Il voudrait aussi expliquer par ce moyen la diphthérie de la scarlatine, qui lui paraît être une simple exsudation due à la stase sanguine que provoque le développement de ces organismes dans les vaisseaux de la muqueuse. Les maladies qui suivent ou compliquent la scarlatine seraient un produit des migrations de ce microbe.

Koch, pendant son séjour à Alexandrie, et pour se dédommager du peu de succès de ses recherches sur le choléra, a occupé ses loisirs à étudier l'ophthalmie égyptienne et a trouvé, microscope en main, que sous un même nom se trouvaient réunis deux processus morbides différents. Le premier, de beaucoup le plus grave, est produit par une bactérie analogue et probablement identique au diplocoque de la blennorrhagie. Le second, moins dangereux, laisse voir d'une façon constante, au milieu des corpuscules de pus, un très petit bacille. Il sera facile de contrôler le fait, puisque nombre de nos compatriotes reviennent d'Egypte avec cette affection.

Sous la direction du professeur Chiari (de Vienne) vient d'être publié par le docteur Ziemacki un travail sur l'existence de colonies de micrococques dans les vaisseaux sanguins des sujets morts de septicémie. Les observations portent sur dix-huit cadavres. Ces colonies se trouvent dans les capillaires ou les fines artérioles, qu'elles obstruent plus ou moins complètement. Toutes consistent en granulations rondes, excessivement petites, réunies en chaînes ou en rangées par une matière peu réfringente. Leur quantité se trouve en raison directe de l'intensité de l'infection. Le docteur Ziemacki ne croit pas qu'on puisse rapprocher ces masses des colonies de micrococques de la putréfaction. Ces dernières ne sont en effet jamais aussi régulièrement ordonnées en séries que celles dont nous venons de parler; puis elles devraient se trouver, non dans les vaisseaux sanguins, mais dans de simples fentes du tissu.

Ces micrococques se sont-ils développés *in loco*? Ont-ils pour origine des micrococques disséminés dans le courant sanguin? Se sont-ils formés après la mort ou pendant la vie en obstruant le courant sanguin? C'est là ce qu'il faudrait éclaircir. La seule chose que l'on sache c'est que des colonies semblables se développent chez des grenouilles septiques, après la mort seulement.

En voici assez sur les microbes; si vous le voulez bien, revenons au goître. Les *Archives* de Langenbeck publient dans leur dernier numéro la fin d'une Etude sur le développement et la structure du goître, par le docteur Anton Wœlfler, chef de clinique de Billroth, de Vienne. Ce mémoire est accompagné de planches remarquablement belles et exactes. Il vaut la peine d'être lu par ceux que la question intéresse.

Nos Universités suisses comptent, d'après le recensement qu'on vient de publier pour le semestre d'hiver 83-84 : Bâle, 108 étudiants en médecine; Berne, 127 étudiants et 28 *étudiantes*; Zurich, 184 étudiants et 33 *étudiantes*; Genève, 84 étudiants et 7 *étudiantes*.

Je ne vous avais pas encore parlé de cette calamité qu'on appelle une *étudiante*, calamité que nous possédons dans trois de nos Universités, et qui va toujours en augmentant. J'aurai à vous faire connaître la valeur de cette population, composée en général de femmes russes (sur le nombre, il n'y a que 5 Suissesses), et cordialement détestée des professeurs, des assistants et des étudiants, pour de nombreuses et bonnes raisons.

Edmond Lardy.

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ COMPLET DES FRACTURES ET DES LUXATIONS, par Fr.-H. HAMILTON, de New-York, trad. sur la 6e édition, par M. G. Poinsot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. Paris, J.-B. Baillière; 1884.

L'ouvrage de M. Hamilton est connu depuis longtemps en France, où j'ai entendu exprimer souvent par les étudiants le regret qu'il ne fût pas traduit dans notre langue. Ce regret n'a plus raison d'être, grâce à M. Poinsot, qui s'est imposé la lourde tâche de faire du livre de l'auteur américain un livre français de près de 1,300 pages grand in-8°.

Ce n'est pas, en effet, une simple traduction que M. Poinsot nous a donnée. Hamilton, fort au courant de la chirurgie américaine, l'est beaucoup moins de celle de l'ancien monde; aussi le savant agrégé de la Faculté de Bordeaux a-t-il cru devoir ajouter au texte qu'il traduisait de nombreuses notes et intercalations, pour le mettre au courant de l'état actuel de nos connaissances. Nous ne pouvons que l'en féliciter, tout en regrettant un peu qu'il n'ait pas consacré la somme de travail qu'il a dépensée à cette adaptation, à faire une œuvre originale. Autant, en général, la traduction des moindres notes personnelles, quand elles ont une certaine valeur, me paraît nécessaire, autant, je l'avoue, celle des ouvrages didactiques, de compilation, me semble peu désirable; et je suis persuadé que M. Poinsot, avec la grande quantité de matériaux accumulés dans le *Traité complet des fractures et luxations* qui, en somme, ne sera jamais connu que sous le nom d'Hamilton, aurait pu faire un excellent ouvrage français. Je suis persuadé encore, pour ajouter une critique légère à mes éloges, que M. Poinsot n'aurait pas alors traduit le mot *crutches*, d'Hamilton, par *crosses*, et qu'il aurait fait marcher avec des *béquilles* les malades atteints de fractures ou de luxations du membre inférieur.

Tel qu'il est, le présent *Traité* nous paraît appelé à rendre service aux chirurgiens et aux élèves. Celui de Malgaigne, déjà un peu vieux malheureusement, sera toujours consulté avec fruit, parce que la description clinique des fractures et luxations n'a guère varié depuis vingt-cinq ans; mais le pronostic et le traitement ont changé du tout au tout, et c'est là surtout que le texte de M. Hamilton et les notes de M. Poinsot remplaceront avantageusement l'ouvrage qui a été si longtemps classique chez nous et au dehors même.

L.-H. PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

Lésions de l'oreille moyenne d'origine paludéenne, par LOTZ (de Chicago). — Cette localisation insolite de l'impaludisme a été signalée par Weber Liel, Voltolini. L'auteur, qui observe dans un pays fiévreux, rapporte deux faits laissant peu de prise au doute et auxquels ne manque même pas le critérium de la guérison par le sulfate de quinine. Un homme de 39 ans, vigoureux, souffre depuis deux semaines de l'oreille droite et de tout le côté droit de la tête; écoulement purulent et sanguin; le conduit auditif externe rouge et enflammé, très sensible; la membrane du tympan rouge et perforée à la partie postérieure; traitement ordinaire sans aucune action. En vingt-quatre heures, sans aucun traitement local, la quinine et la poudre de Dover triomphent des douleurs; l'écoulement diminue, et, deux semaines après, la perforation du tympan est cicatrisée. Dans le deuxième fait, les symptômes du côté de l'oreille gauche sont exactement les mêmes. Le malade étant syphilitique, un traitement spécifique est ordonné sans succès. Comme on crut remarquer la périodicité tierce dans l'apparition des douleurs, la quinine fut administrée (à la dose de 12 centig. toutes les heures); la guérison ne tardait pas à se manifester. (*Schmidt's Iahrbücher*, 1882, n° 5; d'après *Zeitschrift f. Ohrheilk.* IX.)

R. L.

Le morphinisme chez les enfants, par CRIPPS LAWRENCE. — Généralement l'opium produit chez eux un certain degré d'excitation suivi de sommeil; la répétition des doses use l'effet narcotique et augmente les dangers. Quelquefois la digestion est entravée; dans d'autres cas, le ralentissement des mouvements péristaltiques laissant les aliments plus longtemps en contact avec les sucs digestifs, la facilite. Enfin, on observe à la fois ou successivement des vomissements et de la diarrhée, des sueurs, de la diurèse. L'oppres-

©BIU Santé

sion des forces vitales est signalée par l'affaissement de la fontanelle antérieure, la faiblesse du pouls, le teint terreux, la perte de poids, l'amaigrissement et l'altération des traits. Les enfants sortent d'un demi-coma pour pousser des cris plaintifs. Les pupilles, d'abord rétrécies, ont des alternatives de rétrécissement et de dilatation, ou sont inégales. A ce degré, l'administration de nouvelles doses d'opium serait fatale ; il survient des convulsions ou le coma domine la scène. (*The Practitioner*, mai 1882.) — R. L.

Lipémie dans le diabète, par Fraser et Logan. — Chez un homme de 35 ans, en observation depuis plusieurs mois et qui devait mourir d'accidents comateux, le sang, examiné peu de temps avant la mort, possédait des reflets blancs et contenait une assez grande quantité de substance grasse. Cet état du sang fut confirmé dans l'examen *post mortem*. Dans les artères coronaires et les vaisseaux du péritoine, on trouva des grumeaux d'un sang comme laiteux; les organes exhalaient l'odeur de l'acétone; la réaction du perchlorure de fer sur les urines ne paraît pas avoir été recherchée pendant la vie; celles-ci, en même temps que le sucre, avaient toujours présenté des traces d'albumine. Au microscope, les vaisseaux du foie présentaient à côté des corpuscules sanguins des granulations albumino-graisseuses. Les capillaires du poumon étaient très dilatés et congestionnés. Les globules sanguins étaient, par places, intimement agglomérés, quelquefois déformés, mais avec leur contenu normal d'hémoglobine. En somme, il n'a pu être nettement établi qu'il existait des embolies graisseuses, bien que les auteurs prétendent expliquer par là la dyspnée et le coma ultimes. (*Edimb. Med. Journ.*, septembre 1882.) — R. L.

La macroglossie et la macrochilie, par Clemens Paster. — A la suite d'un historique très étendu, l'auteur donne la relation d'un cas observé chez un enfant de six mois ; le diagnostic anatomique de la tumeur, révélé avec précision par le microscope, fut : lymphangiome caverneux avec macroglossie et macrochilie caverneuses. Cette dernière variété anatomique est à distinguer de la forme fibreuse de la macroglossie, malgré la similitude des apparences. Il s'agit, en réalité, d'un véritable néoplasme, auquel la participation du système lymphatique assigne une place à côté de la lymphangiectasie pachydermique et de l'éléphantiasis des Arabes. (*Jahrber. f. Kindh.*, 1882, p. 29.) — R. L.

Fractures spontanées dans le tabès, par P. Bruns. — L'auteur a réuni une trentaine d'observations de fractures survenues, le plus souvent sans cause appréciable, dans le cours du tabès. Au membre inférieur, c'est le fémur qui est le plus souvent le siège de la fracture; au membre supérieur, le bras; l'avant-bras et la clavicule sont à peu près également blessés. On compte, chez le même sujet, deux, trois et jusqu'à six fractures consécutives. Chose remarquable, dans une maladie qui présente des troubles de nutrition à un haut degré, la consolidation s'obtient facilement, rapidement même; or, le cal est souvent exubérant. D'autres affections nerveuses et psychiques présenteraient, d'après Bruns, la même tendance aux fractures spontanées. (*Berl. Klin. Woch.*, 1882, n° 11.) — R. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 janvier 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. l'Ingénieur en chef des ponts et chaussées, chargé de l'inspection de la navigation à Paris, adresse le tableau des mouvements de la Seine, pour tous les jours de l'année 1883. Les observations ont été prises au pont de la Tournelle et au Pont-Royal. Le maximum des crues a eu lieu en janvier, et le minimum de l'étiage au mois de septembre.

M. le Secrétaire perpétuel rappelle que l'Académie doit, chaque année, élire au scrutin secret un commissaire pour le prix Fould. Ce prix, que décerne l'Académie des Beaux-Arts, est destiné à récompenser l'auteur du meilleur mémoire sur le sujet suivant : *De l'état des arts en Grèce avant Périclès*. Il a été convenu qu'un membre de l'Académie des sciences ferait partie de la commission. M. le secrétaire perpétuel n'a pas l'air de savoir pourquoi.

Les urnes passent et la majorité des suffrages désigne M. Jamin qui, déjà l'année dernière, avait mérité cet honneur.

M. Paul Bert donne lecture d'un nouveau travail sur les anesthésiques et, en particulier sur le chloroforme.

Le savant professeur expose les différents modes d'administration du chloroforme, et énumère les inconvénients de chacun d'eux. Soit qu'on donne l'anesthésique à haute dose, tout d'un coup, de façon à « foudroyer » en quelque sorte la sensibilité afin d'éviter la période dite d'excitation, soit qu'on le donne au contraire avec une extrême réserve, ou qu'on le donne avec des intermittences en laissant le patient respirer l'air ambiant après deux ou trois inspirations de chloroforme, les mêmes phénomènes se produisent et ne varient que sous le rapport de l'intensité. Au début, on constate toujours de la suffocation, les malades font effort pour repousser l'appareil ; puis vient l'excitation qui précède l'insensibilité. Au réveil, il y a un sentiment de malaise, des nausées, et pour peu que l'anesthésie ait été prolongée, des vomissements surviennent, qui durent plusieurs heures, quelquefois même plusieurs jours, et qui ne sont pas sans dangers lorsque l'abdomen a été le siège de l'opération.

Tous ces inconvénients, au dire de M. Paul Bert, tiennent beaucoup moins à la dose du chloroforme qu'à la façon dont il est administré. Ainsi qu'il l'a établi dans de précédents mémoires, il ne faut pas se servir du chloroforme pur; il faut le donner mélangé avec l'air atmosphérique. La dilution qu'il préfère est formée de 8 grammes de chloroforme et de 100 litres d'air. La détermination de ces proportions résulte de nombreuses expériences faites tant sur les animaux que sur l'homme. En dernier lieu, cette dilution a été employée sur 22 malades opérés par M. Péan. Les résultats obtenus et dûment constatés peuvent, selon M. Paul Bert, être résumés dans les propositions suivantes : 1° ainsi dilué, le chloroforme n'est pas désagréable; — 2° il n'y a donc pas de période de suffocation et de résistance; — 3° la période d'excitation manque également, ou, lorsqu'elle se produit, elle est très courte et ne dure qu'une ou deux minutes; — 4° l'insensibilité complète est obtenue en six ou huit minutes; — 5° il n'y a ni nausées ni vomissements; — 6° la température ne s'abaisse pas; — 7° l'anesthésie consécutive se prolonge assez pour permettre de pratiquer les opérations sur la face; deux maxillaires supérieurs ont pu être enlevés dans ces conditions; — 8° l'odeur est nulle et ne saurait, comme dans la pratique habituelle, incommoder le chirurgien ni les assistants; — 9° la dépense est insignifiante. Chez une femme qui a subi l'opération de l'ovariotomie, et qui est restée cinq quarts d'heure en anesthésie, la dépense du chloroforme n'a été que de 45 grammes; — 10° enfin, l'appareil nécessaire pour faire le mélange est des plus simples, et le prix en est très modique.

A la suite de cette communication, M. Gosselin demande à présenter quelques observations, mais M. le Président fait observer que l'Académie doit rester longtemps en comité secret, et qu'il a hâte de lever la séance publique. M. Gosselin ajourne donc à lundi prochain ce qu'il a à dire sur le travail de M. Paul Bert.

— L'Académie se forme en comité secret à trois heures cinquante minutes. — M. L.

VARIÉTÉS

UNE VISITE DANS UN HÔPITAL DE BOSTON

C'est au récent rapport de MM. Jobé-Duval et Amouroux, délégués du conseil municipal de Paris à l'Exposition de Boston, que nous empruntons les quelques détails suivants sur l'aménagement et l'organisation des hôpitaux de cette ville.

Le service médical y est constitué comme en France, et des infirmières laïques, élèves d'une école spéciale, sont chargées des soins à donner aux malades. Après avoir subi un examen de capacité, elles sont employées dans ces établissements, seulement durant quelques années; ensuite, elles s'engagent au service de familles de l'intérieur des Etats-Unis.

Dans la disposition des pavillons, on s'efforce d'établir une large circulation d'air et un isolement complet. Les affections épidémiques et contagieuses sont traitées dans un bâtiment spécial construit en bois; une tente de 100 mètres de long est consacrée au service chirurgical, et chacune des salles ne contient guère que vingt-cinq lits. Parmi les malades, un certain nombre payent une rétribution assez élevée.

Au centre de chaque pavillon, un vaste couloir assure la circulation et l'assainissement; les salles des étages supérieurs ont une hauteur minima de 4 mètres 50 à 5 mètres, et leur ventilation est largement assurée par des appareils.

©BIU Santé

Ici donc, on retrouve des dispositions destinées à observer scrupuleusement les préceptes de l'hygiène et à assurer le bon fonctionnement des services. Telle est la préoccupation des architectes du nouveau monde; ils apportent plus d'attention à satisfaire à l'utilité des malades qu'à de coûteuses exigences architecturales. — C. L. D.

FORMULAIRE

SIROP TONIQUE FERRUGINEUX. — Goodell.

Teinture de chlorure de fer	6	grammes
Acide phosphorique dilué	9	—
Alcoolat de citron	3	—
Sirop simple	60	—
Eau distillée	150	—

Mêlez. — Une cuillerée à soupe, après chaque repas, comme tonique ferrugineux. L'acide phosphorique dilué jouit de la propriété de dissimuler la saveur styptique du fer, de manière que cette préparation peut être prise facilement, même par les enfants.

N. G.

COURRIER

Le préfet de la Seine vient de prendre un arrêté aux termes duquel la partie de la rue des Ursulines comprise entre la rue d'Ulm et la rue Gay-Lussac prendra le nom de « rue Louis-Thuillier.

En même temps, le *Journal officiel* publie un décret nommant chevaliers de la Légion d'honneur les deux membres de la mission Pasteur en Egypte MM. les docteurs Straus, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Nocard, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort. »

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés officiers de l'instruction publique : M. les docteurs Vollant, délégué cantonal du XIIIe arrondissement de Paris; Fauquez, adjoint à la prison Saint-Lazare et Napias, médecin à Paris.

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Auffret, médecin-professeur de la marine; Frère, conseiller municipal à Paris, membre du conseil départemental de l'instruction publique; Boillet, Calvo, Jouin et Philbert, médecins à Paris; Poncet, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital Saint-Martin, à Paris; Roux, maire de Tournon-sur-Garonne ; Bontemps, maire de Jussey, délégué cantonal, président du conseil d'arrondissement; Bouret, conseiller municipal, délégué cantonal à Ribécourt; Canuet, délégué cantonal du VIIIe arrondissement de Paris ; Chabrier, délégué cantonal à Aix ; Coste, délégué cantonal à Langogne; Coste, conseiller général, maire de Saint-Jullien du Sault, membre du conseil départemental de l'instruction publique; Doisneau, délégué cantonal à Laval; Duclos, délégué cantonal à Vitré; Lemée, délégué cantonal à Saint-Sever; Marchand, délégué cantonal à Durtal; Masson, médecin à Fraize; Morel, maire de Gacé, délégué cantonal; Thonion, délégué cantonal à Annecy; Villard, adjoint au maire de Guéret, conseiller d'arrondissement, président de la commission d'examen pour le brevet de capacité; Hurst, médecin-chef à l'hôpital militaire de Versailles; La Vieille, délégué cantonal à Beaumont; Seailles, délégué cantonal à Paris; Gavoy, médecin-major des hôpitaux militaires à Versailles; Guichard de Choisity, médecin en chef des hôpitaux à Marseille; Pauthier. MM. Brongniart, préparateur à l'école de pharmacie de Paris; Fréchou, pharmacien à Nérac; Leblond, pharmacien, conseiller municipal à Rebais, secrétaire de la délégation cantonale; Moynier de Villepoix, pharmacien et professeur à l'école secondaire de jeunes filles d'Abbeville; Peneau, pharmacien à Bourges; Balland, pharmacien-major de deuxième classe à la Garde républicaine; Danguy, pharmacien à la Ferté-Saint-Aubin, délégué cantonal.

LE SIROP DE GIGON A LA NARCÉINE peut se donner aux enfants et aux personnes trop sensibles à l'action de l'opium et de la morphine.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. Budin : Présentation du dos dans un cas de grossesse gémellaire. — Epanchement sanguin entre les membranes des deux œufs. — II. H. Thorens : Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris, en 1882. — III. Thérapeutique. — IV. Courrier.

Présentation du dos dans un cas de grossesse gémellaire. — Epanchement sanguin entre les membranes des deux œufs

(Mémoire lu à la Société de médecine, dans la séance du 24 novembre 1883),

Par P. Budin, accoucheur de la Charité.

Les présentations du dos sont excessivement rares. Mme Lachapelle assure n'avoir jamais, en trente années de pratique et dans plus de 40,000 accouchements, rencontré aucune position du cou ni du tronc proprement dit. « Un seul fœtus, dit-elle, a présenté directement la région dorsale au détroit supérieur, et quelques autres ont pu offrir les côtés ou les lombes ; mais tous étaient des avortons âgés au plus de 6 mois, et on sent combien sont faibles les inductions qu'on voudrait tirer de pareils faits. » Plus loin elle ajoute : « J'ai touché très distinctement la poitrine dans la plupart des cas où l'épaule s'avançait la première ; j'ai pu toucher les lombes ou les hanches ou le bas de l'abdomen dans certaines positions des fesses ; mais il aurait fallu être bien infatué des préjugés et des systèmes théoriques pour trouver la poitrine ou le dos, l'abdomen ou les lombes, la nuque ou l'oreille, etc. (1). »

Portal (2) cite deux faits dans lesquels il aurait reconnu pour l'un l'épine du dos, pour l'autre trouvé que les vertèbres des lombes se présentaient les premières ; mais, dit Mme Lachapelle, la chose est si peu détaillée qu'on pourrait regarder le fait comme une position imparfaite des fesses. Tarnier et Chantreuil (3) écrivent du reste « que dans les présentations du tronc l'observation démontre que jamais le sternum ou le rachis ne correspondent directement au centre du détroit supérieur. Le tronc se présente toujours par le côté droit ou le côté gauche ».

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un cas dans lequel la femme étant presque à terme, l'enfant étant vivant, il y a eu au moment du travail une présentation du dos ou de la colonne vertébrale très nettement caractérisée. Le même fait a offert également un certain nombre d'autres particularités sur lesquelles nous appelons l'attention.

Observation. — Grossesse gémellaire. — Deux fœtus superposés. — Premier enfant placé transversalement ; présentation du dos ou de la colonne vertébrale ; position céphalo-iliaque droite. — Deuxième enfant placé verticalement. — Rupture prématurée et spontanée des membranes. — Caractères de l'orifice utérin pendant le travail. — Version pelvienne par manœuvres internes ; extraction d'un enfant vivant. — Rupture de la nouvelle poche qui s'était formée ; écoulement abondant de liquide amniotique mélangé de sang. — Expulsion rapide d'un enfant vivant se présentant par le sommet en position O. I. G. A. — Examen de l'arrière-faix. — Epanchement de sang qui s'était produit entre les membranes des deux œufs.

La nommée Marie C..., âgée de 33 ans, lingère, se présenta le 13 juillet 1883 à notre consultation de l'hôpital de la Charité. Elle avait quelques douleurs abdominales et croyait qu'elle allait accoucher. Elle avait déjà eu 3 enfants à terme ; son dernier accouchement avait été laborieux, on avait dû pratiquer la version ; ces difficultés avaient pu être provoquées par l'existence d'un léger rétrécissement du bassin ; l'angle sacro-vertébral était facilement accessible par le toucher. Les dernières règles avaient eu lieu à la fin du mois d'octobre 1882, la grossesse semblait être de huit mois et demi environ.

(1) Mme Lachapelle. *Pratique des accouchements*, t. I, p. 19, 20, 21.
(2) Portal (Paul). *La Pratique des accouchements*, 1 vol., chap. VI, obs. I et obs. LIX.
(3) Tarnier et Chantreuil, vol. I, p. 446-447.

©BIU Santé

On reconnut la présence de deux fœtus dans la cavité utérine; mais le col n'étant nuls lement effacé, on renvoya la malade chez elle en lui disant de revenir huit jours plu-tard.

Le 21 juillet à 10 heures du matin, Marie C... se présenta de nouveau à la Charité; elle avait commencé à souffrir la veille dans la soirée, et à quatre heures du matin, les membranes s'étaient rompues donnant issue, assurait-elle, à un litre et demi environ de liquide amniotique.

L'abdomen est très développé, il n'existe pas d'œdème sus-pubien.

A la palpation, difficile à pratiquer parce que l'utérus se contracte assez fréquemment, on sent de plusieurs côtés des petites parties fœtales ; cependant, on parvient à déter-miner la situation d'un des fœtus, dont la tête se trouve dans le flanc gauche, mais assez rapprochée de la ligne médiane et de l'ombilic. Il existe un autre fœtus au-dessous du précédent ; il semble que sa tête repose dans la fosse iliaque droite, mais cependant on ne peut, par la palpation, parvenir à l'affirmer d'une façon absolue.

A l'auscultation, on constate l'existence de deux foyers d'auscultation : l'un a son maximum du côté gauche, à cinq centimètres environ au-dessus de l'ombilic; il appartient au fœtus dont la situation a été déterminée. L'autre maximum est entendu à droite et en bas, au-dessus de l'arcade crurale à 4 ou 5 cent. de la ligne médiane. Ces deux foyers d'auscultation sont éloignés l'un de l'autre de 30 cent. environ, il existe entre eux tout un espace dans lequel on n'entend aucun battement. Enfin en auscultant simultanément avec notre interne, M. Rivet, nous avons trouvé que le nombre des batte-ments cardiaques était différent au niveau de chaque foyer.

Au toucher, on trouve que le col est en partie effacé, l'orifice interne est facilement perméable et le doigt arrive sur une partie fœtale volumineuse et plane. En la déprimant doucement, on sent une série de petites saillies placées régulièrement à la suite les unes des autres et formant par leur réunion une ligne transversale qui va d'une ligné innominée à l'autre : ce sont les apophyses épineuses de la colonne vertébrale du fœtus. En passant au-dessus et en arrière de cette ligne, le doigt arrive sur une portion tégu-menteuse facile à déprimer et limitée à droite et à gauche par deux rebords osseux, c'est l'espace costo-iliaque. Le fœtus est donc couché transversalement comme dans un hamac, au-dessus du détroit supérieur, c'est la région dorsale, c'est la colonne vertébrale qui se présente. En examinant plus attentivement encore, on arrive à sentir à droite le gril costal. La sensation un peu vague, il est vrai, perçue par le palper et qui avait fait croire à la présence de la tête du côté droit, la constatation au-dessus de l'arcade crurale droite des bruits du cœur fœtal qui sont en général plus facilement transmis par la région céphalique que par la région pelvienne du fœtus et les résultats fournis par le toucher permettent donc de porter pour le premier enfant le diagnostic : présentation du dos en position céphalo-iliaque droite.

Pendant toute la journée du 21 juillet, les douleurs furent peu intenses, le soir l'orifice utérin était plus perméable, plus dilatable ; la situation des fœtus était demeurée la même.

Pendant toute la nuit du 21 au 22 les douleurs furent très fréquentes et très vives ; cependant, à mon arrivée le 22, à huit heures du matin, on m'annonça que malgré l'intensité des contractions, les choses étaient restées dans le même état, que les bords de l'orifice utérin formaient encore un bourrelet et que cet orifice lui-même n'était pas plus dilaté. A l'auscultation on entendait toujours les bruits du cœur en deux points nettement distincts. En pratiquant le toucher vaginal entre deux contractions, on constatait que la situation des fœtus n'avait pas changé, la colonne vertébrale était toujours placée transversalement ; de plus, les bords de l'orifice souples et mous, mais rapprochés l'un de l'autre, pouvaient faire croire que peu de progrès avaient été réalisés depuis la veille ; toutefois, l'orifice non dilaté paraissait, en réalité, presque complète-ment dilatable lorsque, deux doigts ayant été introduits, on cherchait à en éloigner les bords. Une douleur survenant alors, on put constater ce qui suit : sous l'influence de la contraction, le tronc du fœtus se replia sur lui-même et s'engagea assez profondément dans l'excavation. Pendant cette descente, l'orifice utérin distendu se dilata complètement. La contraction ayant cessé, le dos comme un ressort qui se détend, remonta au niveau du détroit supérieur, et les bords de l'orifice utérin revinrent sur eux-mêmes. En se bornant à pratiquer le toucher dans l'intervalle des contractions, on avait donc pu croire à tort que le travail était peu avancé. La dilatabilité de l'orifice utérin était complète et l'enfant étant vivant, nous nous décidâmes à pratiquer la version. La femme fut placée dans la position obstétricale, toutes les précautions antiseptiques furent prises et la main droite fut introduite dans les organes génitaux ; elle pénétra du côté gauche de l'utérus, sentit à ce niveau le siège qui reposait sur la fosse iliaque, arriva sur un genou,

©BIU Santé

le saisit et amena l'extrémité pelvienne dans l'excavation. L'extraction fut faite sans difficulté ; deux ligatures furent jetées sur le cordon ombilical, une du côté du fœtus, l'autre du côté du placenta ; la section fut faite entre les deux. L'enfant vivant était du sexe féminin et pesait 2,530 grammes.

En examinant ensuite la femme par le palper, on reconnut que la tête du second enfant s'était abaissée jusqu'au niveau du détroit supérieur ; le dos était tourné en avant et à gauche, on avait donc une présentation du sommet en O. I. G. A. A l'auscultation, on entendait les bruits du cœur au lieu d'élection. Au toucher, on arrivait sur les membranes refoulées par le liquide, et il fallut les déprimer fortement pour arriver à sentir nettement l'extrémité céphalique. Nous voulions rompre les membranes pendant une contraction ; nous eûmes la sensation de les avoir déchirées en deux fois : une première membrane fut rompue, puis une seconde, comme cela arrive parfois dans les cas où il existe une poche amnio-choriale. Quelle ne fut pas notre surprise, en retirant la main, de voir brusquement sortir un flot de liquide tellement rouge qu'on eût pu le prendre pour du sang pur. La tête descendit immédiatement, elle était bien en position O. I. G. A. ; une nouvelle contraction très forte arriva, et la femme, faisant un grand effort, l'enfant fut aussitôt expulsé. Il était parfaitement vivant et ne paraissait ni avoir souffert, ni avoir perdu du sang. Une seule ligature fut faite sur le cordon avant de le couper. L'enfant, qui était du sexe masculin, pesait 2,690 grammes.

Qu'était-il survenu ? Pourquoi cet écoulement de sang ou de liquide amniotique mélangé de sang ? L'examen de l'arrière-faix devait nous en fournir l'explication. Quinze minutes environ après l'expulsion du second fœtus, la délivrance fut faite par expression, afin d'éviter, autant que possible, toute déchirure des membranes.

En examinant l'arrière-faix par l'extérieur, on constatait l'existence de deux placentas qui étaient séparés l'un de l'autre par un espace assez grand, dont on pouvait apprécier l'étendue, lorsqu'on relevait les membranes.

Il y avait, sur ces membranes, un orifice par lequel passait le cordon du fœtus sorti le premier, ainsi que le prouvait la ligature jetée sur ce cordon.

Cette ouverture conduisait dans une première cavité. Au fond de cette cavité, on trouvait une cloison ; sur cette cloison, était un orifice qui permettait de pénétrer dans une autre poche où avait séjourné le second fœtus. Le cordon du deuxième enfant allait s'insérer sur le bord du deuxième placenta.

Il existait donc deux poches superposées.

L'examen de la cloison montra qu'elle était infiltrée de sang et de petits caillots. Ce sang semblait avoir eu pour origine le bord inférieur du placenta ; il s'était insinué assez loin entre les membranes, et on en trouvait encore au delà de la perforation de la cloison, du côté du placenta.

Une dissection attentive montra qu'il y avait deux œufs absolument distincts. Pour chacun d'eux, il existait un amnios et un chorion ; une seule caduque recouvrait la surface externe des membranes. Il fut donc possible de séparer complètement les deux œufs.

Le sang, venu du décollement du placenta, avait cheminé entre les deux chorions qu'il avait décollés. L'un des chorions avait, de plus, été déchiré, et une petite quantité de sang avait ainsi pu pénétrer entre le chorion et l'amnios de l'œuf inférieur.

Les suites de couches de la nommée Marie C... furent absolument normales, et, le 7 août, elle quitta l'hôpital, emportant ses deux enfants, qui étaient en bonne santé.

Nous allons prendre dans cette observation les points qui nous paraissent intéressants et les étudier successivement.

I. — Ce fait est un nouvel exemple de superposition de deux fœtus dans la cavité utérine.

Depuis le mémoire que nous avons publié (1), quelques observations analogues aux nôtres ont été rapportées (2) ; nous en connaissons d'autres qui sont encore inédites. Jusqu'ici, les deux fœtus superposés avaient été trouvés placés, le premier verticalement, le second transversalement, au fond de l'utérus, c'est-à-dire en T, ou bien tous deux transversalement. Cette fois, le fœtus qui occupait le segment inférieur était placé transversalement, et celui qui occupait le fond de l'utérus avait sa tête dirigée en bas.

(1) Le *Progrès médical* et les *Archives de tocologie*.
(2) Rivet, *Archives de tocologie*, septembre 1883. — Chatellier, *ib.*

©BIU Santé

Les deux fœtus représentaient donc *un* T *renversé* ⊥. Les symptômes constatés pendant le travail avaient fait reconnaître cette situation des fœtus; l'examen de l'arrière-faix montrant qu'il existait deux poches, ou, pour mieux dire, deux œufs placés directement l'un au-dessus de l'autre, confirmait, après coup, la superposition des fœtus.

II. — Il y avait une véritable présentation du dos, pour le premier fœtus. Ce n'était ni l'épaule, ni le plan latéral qui venait s'offrir au détroit supérieur, c'était le dos, la région dorso-lombaire. La colonne vertébrale était placée transversalement allant d'une ligne innominée à l'autre; on n'arrivait ni sur le siège qui reposait sur la fosse iliaque gauche, ni sur les omoplates et le cou qui étaient dirigés du côté droit.

A part la colonne vertébrale caractérisée par la saillie des apophyses épineuses, la seule région fœtale qu'on pouvait sentir, en portant le doigt en arrière, était l'intervalle costo-iliaque, la saillie des côtes inférieures et le bord supérieur de l'os des îles. Nous avons vu ce que pensent les auteurs de la présentation du dos : elle n'existerait pas.

Nous ne saurions regarder comme une présentation du dos l'observation que vient tout récemment de publier le docteur Ghiarleoni sous le titre : « Un caso di presentazion dorso-lombare in donna a termina di gestazione (1). » Il s'agissait, en effet, non pas d'une présentation du dos, mais d'une présentation du plan latéral. Pendant les derniers temps de la grossesse on avait constaté une présentation du siège ; au moment de la dilatation complète et de la rupture des membranes, on trouva « une présentation du plan latéral droit ou dorso-postérieur. On ne pouvait atteindre ni le creux axillaire, ni l'omoplate, ni l'ilion, ni le sacrum. » Chiarleoni ne toucha pas non plus la colonne vertébrale, mais seulement les côtes et les parties molles de l'abdomen.

L'expression de *présentation dorso-lombaire*, dont il fait usage, pourrait induire en erreur, car ce n'était nullement le dos qui était en rapport avec le détroit supérieur, mais le plan latéral droit, la région costo-abdominale. C'était bien au contraire le dos que nous avions trouvé, le fœtus était étendu *comme dans un hamac*, en travers du détroit supérieur.

Si, dans les conditions ordinaires, les parois utérines s'appliquant sur le fœtus, celui-ci est, pour ainsi dire obligé, au moment du travail, de se présenter par le plan latéral et par l'épaule, il est probable que dans les conditions particulières où se trouvaient les deux œufs, l'un par rapport à l'autre, cette présentation n'aura pas été sollicitée. La présence d'un second enfant placé au-dessus de celui qui occupait le segment inférieur, l'existence des membranes et du liquide amniotique qui transmettait la pression utérine permettent de comprendre pourquoi une véritable présentation du dos a pu exister.

III. — Si, pendant le travail, on se contentait de pratiquer le toucher dans l'intervalle des contractions utérines, on pouvait croire qu'il n'existait pour ainsi dire pas de dilatation de l'orifice utérin. L'introduction de deux doigts permettait de constater au contraire que cet orifice était complètement dilatable. Au moment de la contraction, le tronc se fléchissait fortement, le fœtus courbait l'échine et le dos plongeant profondément dans l'excavation déterminait la dilatation de l'orifice utérin. Dès que la contraction avait disparu la flexion du tronc cessait, le dos remontait au détroit supérieur et l'orifice utérin revenait sur lui-même.

On sait que, dans les cas de présentation de l'épaule avec rupture prématurée des membranes et écoulement du liquide amniotique au début du travail, la vie de l'enfant est souvent compromise avant que la dilatation

(1) G. Chiarleoni. *Annali di Ostetricia*, vol. V, settembre-ottobre 1883, p. 641.

©BIU Santé

soit complète ; notre fœtus ne paraissait pas avoir souffert, les battements du cœur avaient toujours été réguliers.

La présence d'un second œuf intact au-dessus du premier, en empêchant la compression directe du fœtus par l'utérus et en conservant les conditions favorables à la circulation utéro-placentaire, avait sans doute produit ce résultat.

Après la sortie du premier enfant, on rompit, au moment d'une contraction, la nouvelle poche qui s'était formée ; on fut tout surpris de voir s'échapper un flot de liquide rouge qui inonda le lit. On se demanda tout d'abord s'il n'y avait pas eu insertion vélamenteuse du cordon sur les membranes et rupture des vaisseaux ombilicaux, mais l'expulsion presque immédiate d'un fœtus bien portant, non décoloré, éloigna cette idée. L'examen de l'arrière-faix donna l'explication de ce qui s'était passé.

Le placenta du deuxième fœtus s'était décollé par son bord inférieur, un écoulement sanguin en avait été la conséquence. Le sang, au lieu de descendre entre les membranes et les parois utérines et de s'écouler dans le vagin, s'était infiltré entre les deux œufs, entre les deux cloisons ; il avait formé, au niveau de la cloison qui séparait les deux cavités, une véritable poche amnio-choriale qui ne laissait que difficilement percevoir au toucher les caractères de la tête. En voulant rompre ce qu'on croyait être la poche des eaux, on avait eu la sensation très nette qu'on produisait successivement deux perforations ; on avait, en effet, déchiré les deux parois de la poche sanguine.

La main formant tampon au niveau de l'orifice vaginal n'avait pas permis l'écoulement au dehors du sang pur contenu entre les membranes, et quand après avoir ouvert la seconde paroi la main se retira, ce fut du liquide amniotique mélangé de sang qui s'écoula en grande abondance.

Telles sont les diverses particularités, quelques-unes uniques peut-être en leur genre, qui nous semblent mériter d'être relevées dans ce cas complexe.

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris, en 1882 (1),

Lu dans la séance du 13 octobre 1883,

Par le docteur H. Thorens, secrétaire général.

M. Gillette nous a présenté cinq observations d'ovariotomie avec réduction du pédicule ; quatre cas de kystes multiloculaires se terminèrent par guérison. Dans un cas, il se produisit une déchirure de la paroi antérieure du rectum pendant la séparation des adhérences ; elle fut suturée au catgut et l'opération terminée ; la malade mourut le quatrième jour de septicémie, sans péritonite ; la plaie du rectum était déhiscente par résorption des fils de catgut.

Des malades de M. Gillette, trois ont été opérées dans des locaux dont les conditions hygiéniques étaient mauvaises. Il estime qu'en prenant des précautions antiseptiques indispensables, en opérant rapidement et faisant des pansements rares, on peut, même au milieu des quartiers populeux et bruyants et dans des locaux exigus, espérer une guérison comme dans des endroits aérés, fort sains, des appartements de personnes aisées.

C'est contre cette opinion que s'est élevé M. Polaillon exigeant du chirurgien, comme un devoir, de ne faire l'ovariotomie que dans de bonnes conditions d'hygiène et de soins consécutifs.

Dans une autre séance, M. Polaillon nous a entretenus d'accidents consécutifs à l'ovariotomie : dans un cas, c'est une péritonite amenant par propagation une pleurésie mortelle ; dans un autre, la mort a été causée par une embolie pulmonaire, produite par des caillots migrateurs formés dans la veine hypogastrique gauche.

M. Polaillon nous a lu un mémoire sur l'amputation du col de l'utérus, dans le cas de cancer de cet organe. Les ressources de l'art sont bien limitées quand il s'agit de combattre cette terrible maladie. Dans les trois cas qu'il nous a rapportés, M. Polaillon a

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 6 janvier 1884.

©BIU Santé

obtenu une guérison. D'après lui, le cancer du col à son début est curable par l'amputation précoce de la portion sous-vaginale du col, combinée, si cela est nécessaire, avec la destruction de sa portion sus-vaginale par les caustiques, le chlorure de zinc notamment.

Mais la condition indispensable est que le mal soit attaqué de bonne heure et que l'opération enlève toutes les parties atteintes.

Si la malade a des douleurs et des sécrétions infectes, si elle est menacée d'hémorrhagie, on peut souvent, par une opération bénigne, amoindrir et combattre ces accidents.

Ces conclusions, partagées par M. Thevenot, ont été attaquées par MM. Boinet et Forget. Pour ces deux chirurgiens, la récidive est inévitable, et ils contestent le profit que la malade peut tirer de l'opération, au point de vue de la prolongation de la vie. L'amputation du col a de plus un caractère sérieux de gravité, car elle expose à des hémorrhagies mortelles. Ce danger est évité, dit M. Polaillon, par l'emploi de l'anse galvanique.

Il vous a été lu deux mémoires sur des méthodes générales de traitement des maladies utérines.

M. Mathelin vous a entretenu dans deux séances de la faradisation utérine : le premier mémoire traitait de cette opération dans l'état de vacuité, le second pendant la parturition; cette seconde partie ne figure pas dans nos bulletins; le mémoire était encore incomplètement rédigé et n'avait pu être remis à vos secrétaires, quand la mort venait brusquement interrompre la carrière pleine d'avenir de notre collègue.

Se basant sur les travaux de M. Tripier et sur des observations personnelles, Mathelin nous a exposé le procédé opératoire et croit pouvoir établir ainsi qu'il suit le bilan des résultats certains, et confirmés par maintes observations que l'on peut porter à l'actif de la faradisation de l'utérus vide. C'est d'une part localement un amendement très notable, et, dans certains cas, la guérison, quand la lésion est jeune, des désordres inhérents à l'engorgement utérin. C'est, en tout cas, et alors même qu'on agit sur des utérus depuis longtemps malades et hypertrophiés une sédation absolue du côté des troubles de l'innervation locale. Vouloir plus serait se leurrer d'un espoir chimérique. L'élément fièvre, toute menace inflammatoire, sont des contre-indications formelles.

Mathelin a cherché à donner une explication physiologique; la contraction de la fibre utérine elle-même, sous l'action faradique, n'était pas démontrée cliniquement; on ne constate que des modifications dans la statique de l'utérus dues à la contraction de tous les muscles extrinsèques.

Ce travail a donné lieu à une discussion intéressante entre l'auteur et MM. Forget et Thevenot.

Dans le second mémoire, je ne puis en parler qu'en faisant appel à mes souvenirs, Mathelin parlait de l'application du courant interrompu à l'utérus de la femme enceinte, avant, pendant et après l'accouchement. Il ne croyait pas que le courant, appliqué d'une manière convenable, pût déterminer des contractions et provoquer un avortement; il continuait à exercer son action sédative; mais, une fois les contractions de la parturition bien en train, il les traitait, les régularisait, favorisait l'accouchement; après l'accouchement (et dans la discussion qui suivit, j'ai pu rapporter deux observations à l'appui de celles de Mathelin), il facilite la délivrance, et, déterminant le retrait utérin, s'oppose aux hémorrhagies post-partum.

M. Marchal nous a entretenus d'un procédé dont le charlatanisme de ses adeptes ont tout d'abord écarté les observateurs sérieux: le massage utérin. M. Marchal a cherché, d'après les publications des auteurs étrangers, Suédois, Américains et Allemands, à débrouiller quels étaient les procédés employés dans le massage utérin, par la paroi abdominale ou par le vagin. D'après les auteurs qui ont eu recours à ce moyen thérapeutique, on aurait obtenu des résultats favorables dans les diverses formes d'hypertrophie, dans le prolapsus utérin, même dans l'hématocèle rétro-utérine. Beaucoup de ces résultats paraissent problématiques; ils ont été d'ailleurs soumis à une critique sage et éclairée par M. Marchal, qui conclut que la méthode du massage utérin est à examiner, à expérimenter, sans pouvoir en induire qu'elle soit utile et pratique.

Nous avons dû à M. Thevenot une étude remarquable sur le rôle des muscles utéro-pelviens pendant la grossesse et pendant le travail; il démontre que c'est à eux que l'on doit, dans la dernière partie de la grossesse, la descente du sommet coiffé du segment inférieur de l'utérus. S'appuyant sur des faits d'observation clinique et sur des considérations anatomiques, il établit l'action de ces ligaments ronds, plan utérin de Rouget, muscles utéro et cervico-pelviens, dans les deux premiers stades du temps

d'expulsion. Le premier, ou stade d'engagement, a lieu chez la primipare à une époque assez éloignée du terme, sous l'influence de l'élasticité des tissus et sous celle des muscles utéro-pelviens; chez la multipare, il s'accomplit presque exclusivement sous l'action des muscles extrinsèques. Le deuxième stade, qui va de la dilatation complète au moment où la tête arrive au périnée, s'accomplit dans le double effort du muscle utérin et des muscles extrinsèques qui, à chaque contraction, rapprochent le fond de l'orifice.

M. Budin nous a lu une communication sur la situation des œufs et des fœtus dans la grossesse gémellaire et sur les symptômes qui en résultent, et a indiqué les résultats obtenus par le palper et par l'auscultation, suivant que les fœtus sont placés l'un à côté de l'autre, l'un au-dessus de l'autre, ou l'un au devant de l'autre.

Vous n'avez pas été étrangers aux questions de médecine légale et de déontologie.

M. de Beauvais nous a continué ses communications très intéressantes sur les questions de survie, au sujet de l'affaire Rivoire, questions d'appréciation difficile et délicate, et que notre collègue a su élucider avec sagacité.

Dans un mémoire envoyé à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, qui a été l'objet d'un rapport de M. Delefosse, M. le docteur Rougier, de Marseille, a présenté des faits analogues à ceux de M. de Beauvais et conclut comme lui en faveur de la plus grande résistance chez la femme que chez l'homme, à l'apoplexie et à la syncope traumatiques.

M. Guiraud nous a communiqué une note sur les mouvements de la population à Montauban.

L'administration préfectorale de la Seine avait publié, à la date du 26 janvier 1882, une circulaire concernant la déclaration et l'inhumation des fœtus ainsi que des embryons de moins de quatre mois. Cette circulaire visait, et avec raison, l'inconvenance des pratiques avec lesquelles on se débarrasse habituellement des produits d'une fausse couche ; mais elle tendait à imposer au médecin et à la sage-femme l'obligation de déclarer les cas d'accouchement prématuré, nécessitant l'inhumation des produits embryonnaires.

Ces exigences administratives ont ému le corps médical et votre Société a cru obéir à ses traditions en chargeant une commission d'élucider cette question. Son rapporteur, M. Durand-Fardel, après examen du sujet au point de vue médical comme au point de vue juridique, a démontré que les prescriptions de la circulaire préfectorale étaient souvent irréalisables.

La présence du produit embryonnaire, dans un avortement des premières semaines se trouve souvent soustraite à la constatation médicale ; elle est réduite souvent à des fragments informes, et la détermination de six semaines de grossesse est presque toujours impossible.

Quant à l'obligation de la déclaration de l'avortement ou de la présentation de l'embryon ou du fœtus, cette obligation ne peut être imposée au médecin.

Ce rapport, avec les conclusions adoptées à l'unanimité par votre Société, a été transmis à la Préfecture de la Seine. Il n'a été suivi d'aucun acte officiel, mais il ne s'est présenté aucun cas où l'administration ait cherché à imposer à un médecin l'obligation de déclarer un avortement.

Dans le courant de l'année 1882, notre Société a reçu comme membres titulaires, M. Richelot, agrégé de la Faculté et chirurgien des hôpitaux, M. Fauquez, médecin-adjoint de Saint-Lazare, et M. Mathelin, que nous devions perdre dans le courant de la même année.

Vous avez nommé comme correspondants : MM. Bancel, de Toul ; Marius Bernard et Guites, de Cannes ; Dechaux, de Montluçon ; Guiraud, de Nice ; Godlewski, de Neuilly ; Rougier, de Marseille.

Nous avons perdu dans le cours de l'année plusieurs de nos collègues, trois membres titulaires, Aimé Martin, Mathelin et Mercier, et un de nos membres correspondants, qui venait l'an dernier de changer pour ce titre celui de membre titulaire, Lolliot, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de la maison de santé de Suresnes.

Une perte sensible a été celle d'Edmond Mathelin ; il n'a passé que moins d'un an dans notre Société et déjà il y avait communiqué des mémoires importants, il avait pris part à de nombreuses discussions, et s'était acquis une légitime notoriété qui faisait bien augurer de l'avenir.

Né en 1848 aux environs de Commercy, Mathelin était entré à l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg ; après s'être distingué au siège de Strasbourg, il entrait au Val-de-Grâce, d'où il sortait un des premiers. Mais le désir d'un champ d'action plus vaste et plus libre, des circonstances de famille, il venait de se marier à Paris, le décidèrent à quitter, en 1877, la carrière militaire. L'exercice de la médecine civile lui

©BIU Santé

avait été favorable; mais il ne suffisait pas à l'ardeur de Mathelin. Vous vous rappelez son activité dévorante, son esprit toujours en travail, son élocution facile et débordante, sa parole élégante. Il aimait à prendre part aux discussions des Sociétés dont il était membre, ici comme à la Société médico-pratique et à la Société de médecine pratique. Il dépensait le reste de son activité en conférences au boulevard des Capucines, à l'Association polytechnique, à l'Institut populaire du Trocadéro. Ce travail excessif devait surmener notre collègue; le 10 septembre 1882, il était brusquement pris d'accidents cérébraux graves qui l'emportaient au bout de quelques heures à l'âge de 34 ans. Notre Société perdait un de ses membres qui lui donnaient le plus de légitimes espérances.

Aimé Martin, né à Pont-de-Vaux (Ain), était issu d'une vieille famille médicale; il était petit-fils d'Aimé Martin et petit-neveu d'Etienne Martin, qui furent successivement chirurgiens-majors de la Charité de Lyon. Entraîné par un goût prononcé vers les études médicales, il fut successivement élève de l'Ecole de Lyon, de la Faculté de Montpellier et de celle de Paris.

Ce fut à Saint-Lazare que se passa la plus grande partie de sa carrière, et il mit largement à profit les observations qu'il y put recueillir. Il y fut attaché successivement à titre d'interne, de médecin-adjoint, puis de médecin titulaire.

C'est comme interne qu'il fit paraître ses premières publications : *Considérations historiques et pratiques sur l'éléphantiasis de la vulve;* 1861. — La même année, il décrivait le premier la diphthérie de la vulve, considérée comme accident de la syphilis secondaire (*Union médicale;* 1861). — En 1862, il publiait, en collaboration avec M. Léger, des recherches sur les appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme. (*Arch. gén. de méd.;* 1862.) Ce mémoire avait été couronné par l'Institut, qui lui avait accordé le prix Godard.

En avril 1863, il était reçu docteur en médecine, après avoir soutenu une thèse inaugurale sur l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle.

La même année, il faisait paraître, en collaboration avec le docteur L. Belhomme, la première édition de son *Traité théorique et pratique de la syphilis et des maladies vénériennes.* Cet ouvrage, dans lequel il se prononça nettement en faveur du dualisme du chancre, devait avoir un légitime succès, consacré par la publication d'une deuxième édition en 1875, par des traductions en plusieurs langues étrangères, par un avis du Conseil de santé des armées, qui l'adoptait pour les hôpitaux d'instruction.

C'est en 1867 qu'Aimé Martin fut nommé membre titulaire de la Société de médecine de Paris; il avait présenté à l'appui de sa candidature un mémoire sur les avantages du traitement par les frictions mercurielles dans certains cas de syphilis invétérée. Il fut sociétaire en 1868, et, la même année, il communiqua à la Société un travail sur le traitement de la syphilis par les injections hypodermiques (je ne puis le mentionner que pour mémoire, le volume de nos *Bulletins* de 1868 n'existe plus). Ce mode de thérapeutique, à cette époque nouvellement introduit dans la pratique, l'attirait. Nous trouvons en effet, dans nos *Bulletins*, un rapport d'Aimé Martin très intéressant sur le mémoire de candidature de notre collègue Fraigniaud, sur l'antagonisme de l'opium et de la belladone au point de vue des injections sous-cutanées, et en 1874, Martin revenait sur ce sujet, en lisant ici des recherches sur l'action physiologique des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

Il prit une part active aux discussions qui touchaient le sujet de ses études spéciales et notamment à une discussion sur la syphilis vaccinale.

Nous lui devons de plus une observation curieuse de péritonite rhumatismale.

Aimé Martin a publié de nombreux mémoires dans les *Annales de syphilis et de dermatologie* et dans les *Annales de gynécologie*, notamment, une étude sur les végétations. « Etude sur les végétations, produits épigéniques des muqueuses. » (*Ann. de syph.* 1873.) « Hypertrophie exulcérative syphilitique du col de l'utérus. » (*Ann. de gyn.*, nov. 1877.) « De l'œdème dur des grandes lèvres, symptomatique du chancre infectant et des accidents secondaires de la vulve. » (*Ib.*, déc. 1877.) « Des fibro-myomes utérins et de leur traitement par l'action électro-atrophique des courants continus. » (*Ib.* 1879.) Dans les derniers temps de sa vie, il s'occupait avec le docteur Oberlin, à l'obligeance duquel je dois la plupart de ces détails, de recherches sur le « Traitement de la syphilis par le cuivre. » (Acad. de méd., 6 avril 1880.)

Pendant le siège de Paris, Aimé Martin fut chargé du service des vénériens à l'hôpital d'Ivry. Après la bataille de Buzenval, il a été mis à l'ordre du jour de l'armée et décoré de la Légion d'honneur. Il était, en outre, chevalier du Christ de Portugal, officier de la Couronne de chêne néerlandaise, commandeur du Nicham Iftikhar.

Aimé Martin était un collègue aimé et estimé; c'était, en outre, un causeur plein de

verve et d'esprit, très versé dans les choses de l'art, où il s'était initié par une longue intimité avec son ami et compatriote Chintreuil.

Ses dernières années furent marquées par des malheurs domestiques; sa femme mourait en couches de son second enfant, et le chagrin parut redoubler l'intensité de la maladie dont il était déjà atteint, la goutte articulaire, puis viscérale, dont une attaque l'emportait à 46 ans en mars 1882.

Le 11 juin 1882, à l'âge de 71 ans, mourait Auguste Mercier, chevalier de la Légion d'honneur, membre titulaire de la Société de médecine depuis 1868, président en 1877. Interne des hôpitaux en 1834, il aborda l'étude des maladies des voies urinaires dans lesquelles il devait conquérir un renom prestement mérité. Les *Bulletins* de la Société anatomique de cette époque renferment de lui des recherches anatomiques sur la prostate des vieillards. Le 9 janvier 1839, il était reçu docteur en médecine, avec une thèse sur les obstacles que peuvent apporter à la lithotritie et à la taille les rétrécissements de l'urèthre. Depuis cette époque, il fit paraître de nombreux travaux sur les maladies des organes urinaires, ce sont des mémoires sur la lithotritie, sur les sondes coudées et bicoudées, sur les rétrécissements infranchissables de l'urèthre, sur la paralysie de la vessie; sur le traitement préservatif et curatif des sédiments, de la gravelle, de la pierre urinaires et de diverses maladies dépendant de la diathèse urique. Son vrai titre à la postérité est son ouvrage : « Recherches sur le traitement des maladies des organes urinaires considérées spécialement chez les hommes âgés et sur celui des rétrécissements de l'urèthre, » etc. Dans cet ouvrage paru en 1855 et auquel l'Académie de médecine accordait en 1858 le prix d'Argenteuil, Mercier reprenait les idées exposées déjà dans ses ouvrages précédents : « Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les maladies des organes urinaires et génitaux, considérés spécialement chez les hommes âgés » (1842) et « Recherches sur la nature et le traitement d'une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine, et sur ses rapports avec les inflammations et les rétrécissements de l'urèthre », etc. (1844 et 1848.)

Ce que nous devons à Mercier, c'est, avec des travaux intéressants sur les rétrécissements de l'urèthre, une meilleure connaissance de l'hypertrophie de la prostate; il a montré qu'elle ne devait être attribuée à un processus ni inflammatoire ni diathésique, mais qu'elle était la conséquence d'une gêne à la circulation en retour. C'est à lui que nous devons la connaissance des valvules musculaires du col de la vessie; c'est lui qui, le premier, a décrit le soulèvement de la lèvre postérieure du col par le fait de la contraction des fibres musculaires en anse qui y sont contenues et montré, comment, sous l'influence de contractions répétées, ce soulèvement revenait permanent, constituait une valvule, une soupape s'opposant à la sortie de l'urine, valvule dans laquelle n'entrait aucun élément prostatique. Il a montré le rôle important de l'hypertrophie de la prostate et des valvules musculaires dans le mécanisme de la rétention d'urine. La paralysie essentielle de la vessie, était, pour Desault et Boyer, la cause unique de l'incontinence et de la rétention d'urine chez les vieillards. Mercier a appris que ces phénomènes n'étaient que la conséquence des lésions du col; tout ce que l'on attribuait avant lui au spasme musculaire il le rapporte à la valvule musculaire, et il montre l'influence que toutes les irritations uréthrales peuvent avoir sur sa production. En même temps qu'il faisait ainsi progresser la pathologie des voies urinaires, il dotait leur thérapeutique de nouveaux instruments : le cathéter coudé qui porte son nom est actuellement entre les mains de tous et rend tous les jours d'inappréciables services.

Les travaux de Mercier avaient répandu son nom au loin ; il jouissait en France et à l'étranger d'une réputation bien méritée, il avait remporté le prix Montyon à l'Institut, le prix d'Argenteuil à l'Académie de médecine. Avec la conscience d'avoir mérité cette distinction, il se croyait appelé à siéger à la Société de chirurgie et à l'Académie de médecine, il devait échouer dans cette ambition légitime ; il lui fut pénible de ne pas voir sa grande notoriété de spécialiste remarquable par sa science et sa pratique lui ouvrir l'accès du monde médical officiel. Ces insuccès, qui assombrissaient quelque peu son caractère, ne devaient rien lui enlever de l'estime de ses confrères. Il était membre de notre Société depuis 1868 ; le Bulletin des actes de la Société durant cet exercice n'existe plus, et nous n'avons pas trouvé trace de son mémoire de candidature. Nos Bulletins ne renferment guère de mémoires de lui, sauf ses « Notes sur la contracture du col vésical et sur l'extraction des sondes laissées dans la vessie » ; mais à la lecture de nos procès-verbaux, on voit qu'il prenait une vive part à nos discussions. Il avait été appelé à la présidence en 1877, et, à ce propos, permettez-moi de vous relire les paroles qu'il prononçait en descendant du fauteuil, elles sont peut-être encore d'application : « Encore une année qui finit, j'ose dire qu'elle n'a pas été stérile. Si les travaux de longue haleine n'ont pas été nombreux, il vous a été fait des communications de la plus haute importance, si l'assi-

©BIU Santé

duité de vos collègues n'a pas été aussi active qu'on l'aurait pu désirer, du moins nous avons à nous féliciter de celle d'un certain groupe, qui a été réellement exemplaire, et qui, par ce qu'il a déjà fait, promet pour l'avenir une pépinière de véritables illustrations. »

Ces réflexions de Mercier pourront me servir d'épilogue; ce compte rendu, que j'ai cherché à rendre le plus complet possible, et mieux encore vos souvenirs, vous diront si la situation de la Société les justifie.

Notre Société a continué à prendre une part active au mouvement scientifique, et plusieurs des communications renfermées dans ce *Bulletin* resteront dans la science; il est de notre intérêt à tous qu'il continue à en être ainsi, et vous pouvez être assurés que votre secrétaire général fera tout le possible pour hâter et étendre notre publicité, persuadé que c'est le meilleur moyen d'attirer à notre tribune des travaux de valeur.

Notre zélé et dévoué archiviste, M. Rougon, nous a dit l'an dernier ce qu'avait été autrefois la Société de médecine, le rôle qu'elle avait été appelée à jouer auprès de l'autorité administrative; la création de l'Académie de médecine, recrutée en grande partie dans son sein, lui avait fait perdre une partie de ses prérogatives, et vous savez dans quelles circonstances ont disparu les dernières qui lui restaient. Il semble peu probable que nous soyions appelés à jouir de nouveau d'une situation privilégiée. L'importance et le rôle de notre Société n'en doivent pas être diminués pour cela.

Les larges bases de notre mode de recrutement nous permettent d'ouvrir nos portes aussi bien à ceux qui, dans la carrière des concours, ont conquis les dignités de l'École ou des hôpitaux, qu'à ceux de nos confrères qui se sont acquis une légitime notoriété dans l'étude spéciale d'une des branches de l'art médical, qu'aux praticiens enfermés dans les devoirs et les nécessités de la clientèle. Ce recrutement varié est pour la Société la garantie de sa plus complète indépendance et lui a permis de rester jusqu'à présent en dehors de toute question personnelle, fidèle à la devise de ses fondateurs, le progrès dans la pratique par le progrès dans la science.

Dès sa création, la Société de médecine s'est montrée jalouse de maintenir intactes la dignité et l'honorabilité de la profession, et ce soin est peut-être d'autant plus nécessaire que les professions libérales risquent plus d'être envahies par l'industrialisme, et que l'exemple part quelquefois de plus haut. Il vous appartient de continuer ces glorieuses traditions et de maintenir le titre de membre de la Société de médecine de Paris comme une garantie de savoir et d'honorabilité professionnelle.

Ce langage peut paraître présomptueux de l'un des derniers venus parmi vous, et qui a à vous remercier de la bienveillance avec laquelle vous l'avez appelé à votre secrétariat; il le serait, si je parlais en mon nom personnel; mais, appelé à rendre compte de vos travaux, je devais exposer ce qui est la tradition et la caractéristique morale de notre Société, et j'étais convaincu, en le faisant, d'être votre interprète à tous.

THÉRAPEUTIQUE

Du Peptonate de fer pepsique et diastasé,

Par M. le docteur P. Desmarets.

Dans notre pratique journalière et courante, nous ne saurions jamais trop nous bien pénétrer de ce fait : que l'assimilation d'un élément de nutrition de nature organique ou minérale est tributaire, en fin de compte, des lois de l'organisme vivant; que cet élément, avant de devenir *histologique*, *organe vivant*, doit subir une longue série d'élaborations qu'il nous importe de ménager et favoriser avec soin dans tous ses termes. Cette dernière obligation, toujours nécessaire en principe, nous paraît devoir s'imposer de la façon la plus impérieuse quand nous nous trouvons en présence de ces cas pathologiques qui réclament une médication martiale, car alors elle vise des organismes déprimés, plus ou moins délabrés.

Certes, il y a longtemps que la chimie pathologique nous a appris que c'est à la diminution des globules et de l'hématine, élément ferrugineux qui en fait partie intégrante, que remontent en dernière analyse les phénomènes de la chlorose et de l'anémie essentielle; longtemps aussi que la

© BIU Santé

thérapeutique a solennellement confirmé ces données de l'analyse chimique et microscopique. Oui, le fer nourrit le sang, l'épaissit, lui donne une belle couleur vermeille, augmente sa capacité respiratoire; mais, chose non moins vraie, c'est que, pour obtenir ces résultats, il ne suffit pas, bien entendu, que le fer soit présenté aux orifices de l'absorption ni même versé dans le torrent circulatoire, il faut encore qu'il y soit accepté, oxydé, élaboré pour ses combinaisons nouvelles avec l'élément globulaire. De là pour nous, répétons-le, l'obligation étroite de tenir compte, dans le traitement des anémies par aglobulie, de la diminution d'énergie des grandes fonctions et la nécessité de provoquer une stimulation appropriée. Nous ne saurions perdre de vue cette notion première sans nous exposer à des mécomptes et à des déceptions de toute nature.

Les deux observations que nous relatons ci-dessous contribueront à faire mieux saisir l'importance de ces principes généraux.

Obs. I. — Louise C..., 17 ans, couturière, nous est amenée le 8 septembre dernier.

Cette malade offre tous les attributs de la chlorose et de ses troubles concomitants; elle en a le teint couleur vieille cire avec légère bouffissure; palpitations, essoufflements, étourdissements. Forces musculaires très diminuées.

Appétit nul ou capricieux, crampes d'estomac, digestions pénibles.

Le soir, léger gonflement des malléoles.

Bruit de souffle à la base du cœur et au premier temps; bruit de souffle continu avec redoublement dans les vaisseaux du cou.

Cette jeune fille, qui fait remonter sa maladie à sept ou huit mois, a vu ses règles disparaître depuis cinq mois.

Lorsque nous la voyons, elle prend, depuis trois mois environ, sans bénéfices appréciables, avec assez peu de continuité, il est vrai, des pilules de fer et rhubarbe.

Nous faisons cesser l'usage des pilules; la malade couchera au premier étage, dans une chambre plus saine que la sienne, ensoleillée. Pendant les huit premiers jours, et pour toute médication, 100 grammes de viande crue hachée, en plusieurs fois; pour boisson, de l'eau légèrement alcoolisée avec une liqueur aromatique; lotions fraîches sur tout le corps.

Le 15. — Matin et soir, immédiatement avant un potage, une cuillerée à soupe d'élixir cordial au peptonate de fer, à la pepsine et à la diastase (*élixir Hampton*).

Le 22. — L'appétit est meilleur; les digestions se font bien.

Le 29. — Plus d'étourdissements ni de palpitations; les forces reviennent, la pâleur des joues a déjà fait place à une légère teinte rosée; bruit de souffle des vaisseaux du cou à peine perceptible.

Cette malade, que nous ne revoyons que quelques semaines plus tard, est tout à fait bien; les règles viennent de reparaître. Sur notre conseil, elle continuera l'usage de l'élixir pendant plusieurs mois, avec intermittences indiquées.

Nous avons eu la curiosité de faire l'examen du sang chez cette malade. Au commencement du traitement ferrugineux, nous avons constaté, nous servant des méthodes chromométriques de M. Malassez :

Nombre de globules	2,680,000
Richesse en hémoglobine	0m,056 par mm. c.
Trois semaines après :	
Nombre de globules	3,820,000
Richesse en hémoglobine	0m,069 par mm. c.

Obs. II. — Mme B..., 27 ans, vient à notre consultation le 18 août dernier. D'un tempérament lymphatique, cette dame est affligée d'une leucorrhée abondante qui en a fait une chloro-anémique; essoufflements, palpitations, douleurs musculaires, faiblesse excessive. La malade, qui se traîne péniblement, est profondément découragée et d'une tristesse insurmontable.

L'examen ne révèle rien de particulier qu'un léger engorgement du col et les différences de couleur et d'aspect de la muqueuse vaginale dues à la leucorrhée.

Injections d'eau de son et d'eau de goudron alternées. Régime fortifiant.

Le 28. — L'état est sensiblement le même avec appétit presque nul. Nous prescrivons une cuillerée d'*élixir Hampton* deux fois par jour. Réclamations de la malade : le fer la

©BIU Santé

gonfle, lui donne des tiraillements, etc. Sur notre insistance et l'assurance que nous lui en donnons que cette fois rien de pareil ne se produira, elle finit par nous promettre de se conformer à notre prescription.

Le 15 septembre. — Le mieux est remarquable, l'appétit tout à fait revenu, le moral complètement remonté. Non seulement l'élixir a été admirablement toléré, mais c'est à lui seul qu'on fait remonter tous les bénéfices de ce retour à la santé.

De ce moment le mieux a toujours été en s'affirmant. Mme B..., qui, offrant toutes les apparences d'une santé parfaite ne se plaignait plus que de quelques traces de leucorrhée, a, sur notre indication, fait usage d'injections de feuilles de myrte, et est allée passer le reste de la saison sur une plage normande.

Aujourd'hui cette dame est entièrement rétablie.

Dans ces deux cas, nous voyons le fer administré en premier lieu, sans préparation préalable, sans adjonction de stimulants appropriés, trouver des estomacs réfractaires qu'il moleste encore jusqu'à l'intolérance absolue à tel point que dans l'obs. I, un de nos confrères, d'abord consulté, avait cru, en présence des résultats négatifs du fer, à un rétrécissement aortique et à une insuffisance mitrale. L'obs. II, qui vient corroborer les mêmes faits nous rappelle de plus combien il est urgent, dans les affections de l'utérus et de ses annexes et concurremment au traitement local, de modifier profondément, à l'aide d'un traitement approprié, le terrain sur lequel a germé la lésion.

THÈSES POUR LE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

Laurent (Jules-Octave) : La crémation aux points de vue historique et hygiénique. — Fockenberghe (Jules-Emile) : De la chaussure normale ; étude d'hygiène. — Richez (Pierre-Jean) : L'iodoforme dans la blennorrhagie oculaire. — Dureux (Paul) : Des déchirures du périnée pendant l'accouchement. — Bernard (François-Jules) : Considérations sur la gangrène foudroyante traumatique. — Desfontaines (Henri-François) : Contribution à l'étude de l'ovariotomie. — Milliez (Paul-Louis) : Contribution à l'étude du traitement de la syphilis. — Hounart (A.-J.-B.-Joseph) : Contribution à l'étude de l'accouchement par le siège. — Capitrel (Henri-Charles) : Contribution à l'étude de l'étiologie du rachitisme. — Hochstetter (Paul-E.-G.) : Etude sur l'assainissement de la ville de Lille. — Roché (Charles-Gustave) : Du cancer du pénis et de son traitement par l'amputation de cet organe au moyen de l'écraseur de Chassaignac. — Martin (Paul-Fernand) : De la compression du nerf radial par un cal vicieux. — Gruson : Etude générale des ophthalmo-sympathies. — Muller (Joseph-Robert) : Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale chez les calculeux. — Boulinguez (Henri-G.-N.) : De la névralgie lombo-abdominale. — Cavie (G.-L.-Joseph) : Considérations sur l'étranglement herniaire et en particulier de la kélotomie sans ouverture du sac. — Dugardin (Albert-Achille) : De quelques procédés actuellement en usage pour la conservation des substances alimentaires. — Trachet (Gustave-Léon) : De l'intervention dans les bassins rachitiques rétrécis entre 67 et 40 millimètres. — Vidal (Hippolyte-Raymond) : Considérations sur le traitement de l'épilepsie. — Carton (Louis-B.-Ch.) : Les eaux de boisson à Lille.

COURRIER

MM. Bar, accoucheur des hôpitaux, et Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité, commenceront le 5 février un cours complet d'accouchements en cinquante leçons.

Ce cours aura lieu tous les jours à quatre heures et demie, 20, rue Dauphine.

Pour se faire inscrire et pour les renseignements, s'adresser tous les jours à quatre heures et demie, 20, rue Dauphine.

— M. de Quatrefages, professeur d'anthropologie au Muséum, est nommé directeur suppléant de cet établissement pour une période de cinq ans.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. R. Longuet : La toux nasale. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société de médecine de Paris. — III. Thérapeutique. — IV. Courrier.

La toux nasale.

La dépendance réciproque de certaines affections du nez et du poumon ne constitue point, à coup sûr, une nouveauté pathologique : le coryza et la bronchite de la grippe ne sont en somme que des localisations distinctes du processus catarrhal commun des voies respiratoires.

Mais déjà ce coryza, qui signale si souvent, avec sa bruyante fanfare d'éternûments, le début des accès d'asthme, est généralement envisagé, avec Trousseau, comme le résultat d'une action sympathique ou réflexe. Et c'est enfin le mécanisme réflexe qui, seul, donne la clé de cette relation pathogénique dénoncée par des travaux récents entre les polypes muqueux du nez et l'asthme nerveux.

Le fait même de cette curieuse association pathologique n'est pas d'une connaissance si répandue qu'il ne mérite de nous arrêter un instant. C'est Voltolini, en Allemagne (1871), qui signala les deux premiers faits; depuis lors, les observations s'en sont multipliées, dues à Hœnisch, Schæffer, B. Frænkel, dont nous avons signalé le travail ici même (1), Mulhal, Todd, etc.

Aujourd'hui, une analyse clinique plus délicate, en possession de données nouvelles, permet de pénétrer plus avant dans l'interprétation de ces faits et de formuler la loi générale dont ils ne sont que des applications particulières.

Les chirurgiens appelés à intervenir dans certains états pathologiques des fosses nasales avaient remarqué depuis longtemps que l'introduction des instruments, sondes, pinces, etc., provoquait à un moment donné des quintes de toux aussi pénibles pour le patient que gênantes pour l'opérateur.

Examinant de plus près les conditions de la production de ce réflexe importun, John Mackenzie (2) observa que ces crises se manifestaient au moment où la sonde atteignait les parties les plus profondes des fosses, en un point précis en deçà duquel la toux n'était pas encore provoquée, au delà duquel elle cessait.

Il ne douta pas de l'existence, dans cette région, d'un foyer d'exquise sensibilité, point de départ de l'arc réflexe aboutissant à la toux, et il institua, pour arriver à sa détermination précise, une série d'expériences qui furent répétées sur un grand nombre de malades d'hôpital, sur des amis complaisants et sur lui-même, avec des résultats constants. La conformation spéciale de l'organe du nègre, narines largement dilatées, cornets saillants, muqueuse bien développée, épanouie, comme flottante, etc., en fait un sujet particulièrement précieux pour ce genre de recherches.

Portée sur les différents points du vestibule, à la partie antérieure du septum, interne des ailes du nez, l'excitation (sondes, pinces, rugines, sty-

(1) *Union médicale*, 1882, vol. II, p. 406.

(2) *On nasal cough, and the existence of a sensitive reflex area in the nose*, par J. Mackenzie (de Baltimore). *American of the med. sciences*, 1883, juillet, p. 106. — L'auteur a fait, sur ce sujet, au Congrès de Baltimore, le 2 avril, une première communication dont le *New-York med. J.* (12 mai 1883) a donné la substance (Anal. in *Un. méd.*, 1883, 14 juillet, p. 80.)

©BIU Santé

lets, etc.) n'aboutit jamais. On provoque, en insistant, la sensation d'un corps étranger, puis une légère douleur. En s'adressant à la muqueuse tapissant les extrémités antérieures des cornets moyen et inférieur, l'épreuve est encore négative. Parfois, cependant, on fait naître quelques efforts de toux, que se multiplient à mesure qu'on gagne la profondeur et deviennent des quintes formidables lorsqu'on atteint la partie postérieure des deux derniers cornets, notamment du cornet inférieur, et la région correspondante de la cloison. L'excitation du plancher et de la voûte reste sans résultat.

Un rapprochement s'opéra immédiatement dans son esprit entre cette donnée expérimentale précise et ces faits nombreux dans lesquels une toux incoercible, que ne justifie aucun état pathologique du pharynx, de la trachée ou des poumons, se trouve associée à des lésions variées de la muqueuse de Schneider ou de la charpente osseuse des fosses.

Pour vérifier cette vue et achever la démonstration, il fallait encore, dans les cas déroutant jusqu'alors tout traitement, montrer que la guérison de l'affection nasale supposée primitive entraînait la disparition des accidents pulmonaires sympathiques. C'est ce qui a été fait victorieusement.

La première observation de J. Mackenzie est particulièrement saisissante. C'est une jeune femme qu'une toux férine, des accès de dyspnée au moindre effort, des sueurs nocturnes, quelques mouvements de fièvre et des crachats parfois hémoptoïques semblaient vouer au pire pronostic. Cependant, le poumon, le cœur, le larynx, à un examen approfondi, durent être mis hors de cause; il n'existait qu'une rhinite hypertrophique postérieure de chaque côté, laquelle, jointe à une hyperostose des cornets inférieurs, déterminait une occlusion presque complète des cavités. Deux opérations au galvano-cautère, à huit jours d'intervalle, débarrassaient les voies nasales de cet obstacle, et le traitement, complété d'inhalations de vapeurs créosotées, phéniquées et d'applications astringentes, aboutissait en peu de temps au rétablissement général.

Les autres observations ne sont pas moins concluantes. La deuxième a trait à un nègre guéri d'accidents pulmonaires de semblable gravité à la suite du traitement d'une rhinite hypertrophique postérieure. Le sujet de la cinquième est un médecin distingué de Baltimore qui, après s'être longtemps refusé à admettre la moindre relation causale entre une affection du nez qu'il ne soupçonnait même pas et l'existence d'un catarrhe laryngo-bronchique avec quintes de toux paroxystiques, dont il souffrait depuis de longues années, fut guéri par le même traitement local avec une rapidité « tenant du prodige ». Il y a lieu de remarquer que, dans presque tous ces cas, la rhinite se trouve associée à de l'angine chronique granuleuse, à de la surdité par tubo-tympanite, et que les symptômes nasaux, effacés, passent inaperçus.

Citons encore l'observation d'un malade souffrant depuis deux ans d'une toux opiniâtre revenant par quintes la nuit et le matin au réveil, avec extinctions de voix fréquentes, qui avait dû renoncer aux affaires et cherché en vain, dans le changement de climat, un soulagement à ses maux. Il s'agissait toujours de la même lésion, plus accentuée à gauche, avec laryngite et salpingite. Le malade, timoré, dut être traité d'abord par les inhalations et insufflations irritantes et modificatrices; l'amélioration qu'il en ressentit après un mois le détermina à accepter l'intervention chirurgicale, et l'ablation des tissus hyperplasiés fut suivie à bref délai d'une guérison complète.

L'originale singularité de ces faits, la sûreté et la rapidité d'action d'une thérapeutique si simple, triomphant par contre-coup d'accidents d'une réelle gravité, fourniront peut-être à certains esprits, enclins par principe à tenir en suspicion les travaux et les découvertes scientifiques d'outre-mer, un nouveau sujet de réserves.

Si le nom du praticien recommandable qui les signale dans l'organe le mieux accrédité de la médecine américaine, si la lecture de ces observations qui portent le sceau de la sincérité et de la rigueur scientifiques, ne suffisaient à lever ces doutes, nous en appellerions aux conclusions d'un autre auteur qui, après des recherches parallèles et absolument indépendantes, se rencontre avec J. Mackenzie dans les termes d'un bien décisif accord.

Le docteur Wilhelm Hack, privat-docent de chirurgie à l'Université de Fribourg en Brisgau, après une première publication dans un journal de Berlin (1), est revenu sur ce sujet avec plus de détails encore dans un journal viennois (2).

Hack, que Mackenzie a distancé dans ses expériences sur la détermination topographique de la zone excitable, le dépasse à son tour en étendant la portée pathogénique du réflexe nasal bien au delà du territoire de l'arbre aérien. Nous n'avons pas à juger ici si, dans l'interprétation de ces observations de migraine, de névralgie ciliaire et faciale, de vomissements et même d'épilepsie (3) sympathique de lésions nasales, une part ne doit pas être faite aux exagérations d'un auteur trop plein de son sujet; mais, pour ce qui concerne l'objet de notre étude, c'est l'exacte reproduction des mêmes faits, des mêmes succès thérapeutiques.

Voici l'histoire d'un officier importuné depuis plusieurs années par des éternûments revenant par crises et du larmoiement, auxquels succèdent de véritables accès d'asthme. L'examen rhinoscopique démontre un état œdémateux et granulé de la muqueuse des cornets inférieurs et du septum, avec rétrécissement des voies nasales. La lésion est attaquée au galvano-cautère, et l'asthme disparaît.

Un autre malade avait fait sans succès plusieurs cures thermales et d'altitude pour des accès de toux qui revenant depuis plusieurs années toutes les nuits avec une violence inouïe, avaient peu à peu ruiné la santé générale. Son cas rentrait plus spécialement dans ceux qu'a décrits M. Joal (4). Il existait, en outre d'une pharyngite, un polype fibreux de la grosseur d'un pois, sur le cornet droit moyen. L'anse galvanique le débarrassait du polype, et, après un mois, de la toux; deux récidives accompagnées des mêmes accidents furent traitées avec le même succès.

Forcé de nous borner, nous ne pouvons que signaler deux cas presque identiques dans lesquels il existait, concurremment avec de la laryngite, de l'hyperémie de la pituitaire avec des granulations et de l'hypertrophie du cornet inférieur. Chez la première malade comme chez les sujets de Mackenzie, le simple attouchement du cornet inférieur déterminait l'apparition de quintes de toux très violentes, rendant très difficile le traitement local, qui resta cependant victorieux.

J. Mackenzie et W. Hack ne sont pas d'ailleurs les seuls observateurs qui se soient trouvés en présence de pareils faits, dont l'intérêt et l'imprévu sont tels, qu'on ne saurait négliger aucune autorité.

Car Seiler (5) publie deux observations de toux nasale réflexe, et deux autres faits sont à sa connaissance depuis la rédaction de son mémoire.

(1) *Reflex neurosen und Nasenleiden.* (*Berlin klin. Woch.*, 1882, n° 25.) Ce travail a été sommairement analysé dans la *Revue mensuelle de laryngologie, otologie et rhinoscopie*, 1er mars 1883. — Ce dernier recueil n'a cité aucun autre fait analogue, original ou rapporté.

(2) *Neue Beitrage zur Rhinoscopie.* (*Wien. med. Woch.*, 1882, nos 49, 50, 51.)

(3) Lowe (de Berlin) a rapporté également un cas d'épilepsie produite par l'hypertrophie de la muqueuse nasale. (*Allgem. medic. Centr. Zeitung*, 1882, n° 76.)

(4) *Arch. gén. de médecine*, 1882, p. 440.

(5) *Two cases of reflex laryng. cough due to irritation of the nasal mucous membr.*, Car Seiler. (*Arch. of Laryngology*, 1882, n° 3, p. 240.)

©BIU Santé

Enfin, dans le cas tout récent d'un homonyme anglais de l'auteur américain, le docteur Hunter Mackenzie (1), ce n'étaient pas des accès de toux, mais l'asthme qui se trouvait sous la dépendance d'une rhinite chronique atrophique sans polype ni ulcération. Des sprays d'eau salée et de glycérine borique, des prises de bismuth, quinine et carbonate de soude, et des inhalations de vapeur de créosote guérirent l'asthme en même temps que l'affection du nez (2).

Il y a donc lieu d'admettre, d'après ce faisceau de faits si concordants, à côté des toux réflexes, laryngée, auriculaire, gastrique, hépatique, l'existence d'une *toux nasale* dont le point de départ est un état pathologique des voies nasales postérieures et dont un traitement local triomphe avec une singulière facilité. A la partie postérieure des cornets inférieurs et du septum siège une *zone tussigène*, absolument comparable aux zones hystérogènes de certains névropathes, aux zones épileptogènes des cabiais chez lesquels Brown-Séquard réalise une épilepsie expérimentale.

Cette région d'exquise susceptibilité répond exactement au domaine du rameau externe du nerf sphéno-palatin et du rameau nasal du grand nerf palatin, dernières ramifications nasales du maxillaire supérieur, deuxième branche du trijumeau. L'olfactif, qui est d'ailleurs un nerf de sensibilité spéciale, limite sa distribution à la moitié supérieure du septum et de la paroi externe des fosses nasales, et le rameau nasal de l'ethmoïdal (ophthalmique de Willis) à la muqueuse des parties antérieures de la cloison, des méats et des cornets; ces deux nerfs sont hors de cause.

L'excitation conduite du bulbe est transmise aux nerfs respiratoires et détermine soit le spasme clonique des muscles expirateurs ou la toux, soit le spasme tonique des mêmes muscles, phase première de l'asthme, ainsi qu'on l'obtenait dans les expériences de Schiff et de Paut Bert. Ce mécanisme pathogénique nous paraît plus plausible que l'explication empruntée par Mackenzie à la physiologie de Brown-Séquard et cherchée dans l'hypothèse d'un réflexe vaso-moteur, produisant par l'intermédiaire du ganglion cervical une hyperémie laryngée, cause immédiate de la toux. C'est aussi à la sensibilité réflexe du larynx, bien mise en évidence par Vulpian, Stœrck et d'autres, que s'en réfère C. Seiler, d'après lequel les produits de sécrétion pathologique des fosses nasales viendraient irriter, en prenant la voie du pharynx, la muqueuse laryngée. Cette hypothèse invoque un fait réel, mais d'exception.

R. LONGUET.

(1) *Nasal disease as a cause of Asthma*, Hunter Mackenzie. (*Edimb. med. Journal*, 1883 p. 689.)

(2) Dans un fait de Jacquin (*Gazette des hôpitaux*, 3 juin 1883), l'arrachement d'un polype muqueux fut sans influence sur le cours de l'asthme; les lésions irrémédiables de l'emphysème vésiculaire avaient eu le temps de se produire.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 janvier 1884. — Présidence de M. GUÉNIOT.

SOMMAIRE : Présentation. — Continuation de la discussion sur le pied plat valgus douloureux. — Elections de membres associés étrangers, de membres correspondants étrangers et de membres correspondants nationaux.

M. CHAUVEL présente, au nom de M. le docteur Dieu, de Blidah (Algérie), une observation de luxation du poignet en avant par cause directe.

— M. Léon Le Fort, à l'occasion du procès-verbal et de la discussion sur le pied plat valgus douloureux, déclare que, pour lui, partageant l'opinion exprimée par M. Lannelongue, il a de la tendance à croire que, dans les faits communiqués par M. Terrillon, il s'agit d'une arthrite primitive ayant amené à sa suite ces atrophies musculaires, ces lésions ligamenteuses si fréquentes dans les arthrites, aboutissant, dans cette circonstance, à l'affaiblissement de la voûte du pied, à un certain degré de valgus, et l'existence de l'arthrite explique facilement les douleurs.

Après avoir discuté les observations de M. Terrillon, la théorie de Duchenne (de Boulogne), et les opinions de M. Gosselin sur ce sujet, M. Le Fort examine le mode de production du pied plat valgus douloureux, comme il le comprend, et expose les résultats que lui a donnés une thérapeutique particulière basée sur l'étude des causes et des lésions fonctionnelles qui lui ont paru provoquer cette maladie.

Il a remarqué que l'affaissement de la voûte du pied, le pied plat proprement dit, était fréquent chez les gens de la campagne. Or, cette conformation particulière du pied n'est pas, par elle-même, une cause de douleur; bien plus elle n'a pas sur la durée de la marche l'influence qu'on serait tenté de lui attribuer, d'après ce qu'on peut observer dans le service militaire.

Les races du nord ont, en général, la cambrure du pied beaucoup moins marquée que les races méridionales; les enfants de nos paysans naissent avec des pieds normalement conformés; lorsqu'on les retrouve plus tard avec la voûte du pied plus ou moins affaissée, on peut constater que le pied a sa direction normale, et qu'il ne présente aucun degré de valgus; c'est le pied plat simple. Quelle peut être la cause de cet affaissement graduel de la voûte plantaire? M. Le Fort n'hésite pas à l'attribuer à l'absence ordinaire de chaussures.

La semelle toujours plus ou moins cambrée et d'autant plus résistante que le soulier est plus fort et plus grossier, contribue à maintenir la voussure du pied. Chez l'homme qui marche pieds nus, cette voûte, que maintiennent surtout les ligaments si puissants de la face inférieure du pied, n'ayant plus de soutien extérieur, s'affaisse peu à peu en même temps que le pied s'élargit transversalement; mais, point capital, cet effet se produit insensiblement; aussi ce changement de forme n'éveille-t-il aucune douleur, aucune contraction musculaire du côté des péroniers, et le valgus ne se produit pas.

Remarquons enfin que l'homme de la campagne qui marche pieds nus, appuie généralement sur un sol plus ou moins meuble, dans lequel le pied trace facilement son empreinte; ce pied que rien ne gêne se développe librement sur le sol pendant la marche. Si le paysan atteint d'un pied tout à fait plat est trop souvent impropre au service militaire, parce qu'il ne peut faire de longues marches, c'est que son pied enfermé dans des chaussures dont il connaît à peine l'usage, se trouve alors des conditions fâcheuses. La saillie du scaphoïde presse sur la semelle, les petites articulations des os du pied sont immobilisées, le jeu des muscles est modifié, et la fatigue survient rapidement.

Que cet homme soit réformé, on pourra très souvent le retrouver dans son village, accomplissant pieds nus, sans peine, les marches les plus longues. Ce n'est pas seulement pour ménager ses chaussures que le paysan, en tenue de fête, fait la route les souliers à la main, pour ne les remettre qu'à l'entrée du village.

Abordant ensuite l'histoire du pied plat valgus douloureux, et étudiant les conditions dans lesquelles cette maladie se produit, M. Le Fort signale deux éléments communs à presque tous les malades et qui ont frappé la très grande majorité des observateurs. Le malade est un adolescent, c'est le plus souvent un jeune garçon de 16 à 18 ans, et, le plus souvent aussi, il exerce une de ces professions qui exigent non les longues marches, mais, au contraire, la station debout pendant toute la journée, interrompue seulement par une déambulation plus ou moins souvent répétée dans un espace restreint. Les domestiques, tels que les valets de chambre ou les garçons d'hôtel, les garçons de café, de marchands de vin, d'épicerie, forment la grande majorité des malades atteints de pied plat valgus douloureux.

Pourquoi cette prédominance de l'adolescence et de la profession? C'est que l'adolescence est, à Paris, l'âge de l'apprentissage pour les individus exerçant ces professions. En outre, ces individus sont chaussés, non avec des souliers à fortes semelles, mais avec des souliers le plus souvent découverts, toujours à semelles assez minces, presque toujours sans talon et sans cambrure, parfois avec des pantoufles.

Quelque parfait que soit le mécanisme de la station, il n'en résulte pas moins ce fait qu'une position quelconque ne peut être conservée longtemps sans une certaine fatigue, si la contraction musculaire entre en jeu, sans une certaine douleur si la traction par les ligaments est trop continue ou trop énergique. Dans le cas dont il s'agit, les ligaments plantaires, peu habitués à supporter toute la journée et à eux seuls le poids du corps, se

©BIU Santé

laissent distendre, le scaphoïde tourne un peu sur l'astragale, s'abaisse, et son apophyse devient plus saillante, la voûte du pied s'affaisse ; si, comme le veut M. Gosselin, il s'y joint un peu d'arthrite, le ramollissement et l'allongement des ligaments s'accentuent encore, des douleurs à la pression se montrent d'abord intermittentes, puis continues et ne cessent que par le repos.

Voici comment M. Le Fort explique à la fois ces douleurs et l'apparition du valgus.

La voûte du pied n'étant plus maintenue par la seule action des ligaments plantaires le malade cherche, à son insu, à y suppléer par la contraction musculaire, spécialement par la contraction du long péronier latéral ; or toute contraction anormale amène rapidement de la douleur, toute contraction prolongée devient facilement et rapidement de la contracture. Il se produit donc de la contracture du long péronier latéral, puis du court péronier qui relèvent le bord externe du pied, puis la contracture du jambier antérieur qui contribue à effacer la voûte plantaire, effacement contre lequel lutte en vain la contracture du long péronier latéral.

M. Le Fort se demande comment le pied plat que l'on rencontre chez beaucoup d'adultes, surtout chez les paysans, n'est accompagné ni de valgus, ni de douleurs, tandis que chez l'adolescent, et dans les conditions d'âge et de profession déjà indiquées, il s'accompagne de contracture, de valgus et de douleurs. C'est que, suivant lui, chez les premiers, la déformation de la plante du pied débute dès l'enfance, qu'elle s'est produite lentement, et que, peu à peu, les muscles se sont accommodés à cette viciation de la forme du pied ; chez les seconds, au contraire, c'est en quelque sorte tout à coup, par un changement brusque dans les habitudes de stationnement et de marche, dans la forme et la nature des chaussures que la voussure du pied a été modifiée. L'action musculaire trop violentée s'est transformée en contracture douloureuse, laquelle a amené le renversement du pied en valgus.

Si, dans quelques cas rares, le pied plat valgus douloureux peut être produit par la paralysie isolée du long péronier latéral, il provient d'ordinaire d'un allongement des ligaments de la face inféro-interne du pied sous l'influence des longues stations chez les adolescents porteurs de chaussures à semelles minces et non cambrées; peut-être aussi cet allongement est-il facilité par une légère arthrite. L'affaissement graduel de la voûte plantaire dans sa partie interne en est la conséquence. Pour maintenir cette voûte qui s'affaisse, les péroniers se contractent; cette contraction amène d'abord de la fatigue, puis de la douleur; la contracture succède à la contraction, elle porte non plus seulement sur les péroniers, mais encore sur les muscles animés par le nerf poplité externe, et le valgus s'ajoute au pied plat.

Voici la thérapeutique à laquelle M. Le Fort est arrivé, d'après les données étiologiques précédentes :

L'affaissement de la voûte du pied étant le phénomène primordial, il chercha à la rétablir par un moyen artificiel. Il fabriqua lui-même, en liège, une sorte d'étançonnage de la voûte, en taillant une plaque de liège épaisse de 2 centimètres à son point le plus élevé et de cette même hauteur au niveau du bord interne du pied; longue de 7 centimètres, finissant en mourant en avant et en arrière, aussi bien que sur le bord externe. Cette espèce de saillie en dos d'âne formait en quelque sorte le moule d'une voûte du pied normale. Mise en place, on la fixa par un appareil silicaté embrassant le pied et le bas de la jambe, et on la laissa à demeure souvent pendant plusieurs semaines, le malade continuant d'ailleurs à se lever et à marcher. Le rétablissement seul de la voûte du pied, par ce moyen unique, suffisait à faire disparaître tout symptôme fâcheux.

M. Le Fort pense que, au sortir de l'hôpital, le malade pourrait maintenir les bons résultats du traitement en se servant de chaussures ordinaires munies d'une plaque de liège en dos d'âne de 1 centimètre dans sa plus grande hauteur.

En résumé, M. Le Fort ne croyant pas à la paralysie du long péronier latéral comme cause du pied plat valgus douloureux, ne pense pas que la faradisation amène par elle-même la guérison de cette maladie, sauf dans quelques cas particuliers où cette paralysie pourrait exister. Dans les cas ordinaires, la faradisation n'agit que comme méthode perturbatrice, en modifiant peut-être la sensibilité propre du muscle. Quoi qu'il en soit, dans toutes les observations publiées, elle a été puissamment aidée par un repos plus ou moins complet et prolongé pendant lequel la contraction du muscle n'avait plus de raison d'être.

M. Le Fort croit, d'après ce qu'il a observé, que le rétablissement artificiel, mécanique de la voûte plantaire est le véritable traitement du pied plat valgus douloureux.

M. Verneuil est d'avis qu'il convient d'établir trois catégories de pied plat valgus douloureux :

Une première dans laquelle se rangent tous ceux dus à la contracture primitive des muscles péroniers; M. Verneuil en a vu des exemples; il lui suffisait de pratiquer la pulvérisation éthérée sur le trajet des muscles contracturés pour faire disparaître en quelques minutes la contracture, la douleur, la déformation, et pour rétablir le pied dans l'attitude normale.

Une seconde catégorie comprend les pieds plats valgus ayant pour cause la paralysie des muscles jambiers; M. Verneuil n'admet pas la théorie de Duchenne (de Boulogne), qui donne pour origine à cette maladie la paralysie des muscles péroniers. En voyant les malades au repos et au lit, on ne se douterait pas de l'existence de l'affection; mais, dès qu'on les fait lever, aussitôt le défaut de contraction des muscles paralysés amène l'affaissement de la voûte du pied. Cette variété peut exister sans douleur d'abord, mais, au bout d'un certain temps, les tiraillements exercés sur les ligaments pendant la station debout et la marche provoquent les douleurs.

Dans une troisième catégorie, enfin, M. Verneuil range les pieds plats valgus douloureux par arthrite primitive. Il a remarqué, en effet, que le froid humide joue un grand rôle dans l'étiologie de cette affection; elle frappe souvent des adolescents rhumatisants et arthritiques.

M. Trélat croit devoir répéter ce qu'il a dit déjà mercredi dernier, savoir que la question du pied plat valgus est un sujet extrêmement complexe et obscur qui a besoin, pour être élucidé, de longues études et de minutieuses observations. S'il demande la parole à l'occasion de la communication de M. Le Fort, c'est qu'il a été frappé de certaines propositions émises par son collègue, en particulier de celle dans laquelle il est dit que le pied plat valgus s'observe souvent chez des individus qui marchent nu-pieds. Cette proposition lui semble, *à priori*, contraire à l'observation, car il est rare de constater l'existence du pied plat chez les petits Basques, les petits Auvergnats, les petits Savoyards, qui vont tous nu-pieds, tandis qu'on le voit plus fréquemment chez les Normands, les Picards, les Flamands, qui portent généralement de fortes chaussures.

M. Le Fort a fait également jouer un grand rôle dans le développement du pied plat valgus à l'habitude qu'ont les adolescents, pendant l'apprentissage de certaines professions qui les forcent à rester debout toute la journée, telles que celles de garçons marchands de vin, de garçons de restaurants, de garçons d'hôtels, etc., de faire usage de souliers à minces semelles, de pantoufles, de savates. M. Trélat ne pense pas que cette étiologie soit absolument exacte; il a vu de jeunes garçons chaussés de gros souliers avoir le pied-plat valgus douloureux; d'autre part, il est exceptionnel de rencontrer le pied plat valgus douloureux chez les apprentis peintres en bâtiments, chez les apprentis imprimeurs, et autres apprentis de professions obligeant les jeunes ouvriers à rester debout toute la journée, bien que ces ouvriers aient l'habitude de se chausser avec de simples savates.

M. Trélat a eu dans son service un jeune garçon qui était employé chez un constructeur de bateaux; tant qu'il fut employé à la construction, il ne fut pas malade; il n'a éprouvé les symptômes du pied plat valgus douloureux que lorsqu'on lui eût donné des bateaux à laver; alors, sous l'influence du froid humide, il est devenu d'abord rhumatisant, puis, au bout de six semaines, se sont montrés les premiers signes du valgus douloureux. La profession ne joue donc pas un rôle aussi absolu que le prétend M. Le Fort.

M. Tillaux admet l'existence de diverses causes capables de produire le pied plat valgus, mais il croit que la vraie théorie, celle qui rend le mieux compte des phénomènes, est celle que vient d'exposer M. Le Fort. C'est dans les tiraillements, la distention des ligaments de la face plantaire du pied que réside le mécanisme de cette affection. Elle s'observe, en effet, le plus ordinairement chez des adolescents, obligés par leur profession, de rester debout pendant très longtemps. La voûte plantaire s'affaisse par suite du défaut de résistance des ligaments plantaires à la pression de haut en bas que le poids du corps exerce sur la voûte du pied.

Les enfants qui travaillent ainsi debout pendant la plus grande partie de la journée, commencent par avoir l'affaissement de la voûte plantaire, puis se manifeste une arthrite consécutive, enfin se produit la contracture d'un ou plusieurs des muscles du pied. M. Tillaux ne croit pas a l'existence de l'arthrite primitive de M. Gosselin, car les malades cessent de souffrir aussitôt qu'ils cessent d'être sur leurs pieds, ce qui ne pourrait avoir lieu s'il s'agissait d'une douleur produite par une arthrite.

M. Tillaux ne croit pas non plus à la paralysie primitive du muscle long péronier

©BIU Santé

latéral, car il n'emploie jamais la faradisation, et il guérit tous ses malades par l'anesthésie, le repos et l'usage d'appareils analogues à ceux dont a parlé M. Le Fort.

Quant au pied-plat proprement dit, il convient d'en distinguer deux espèces : 1° le pied plat *congénital* qui permet à l'individu de marcher sans peine et sans douleur et de faire jusqu'à 14 ou 15 lieues à pied sans inconvénient; 2° le pied plat acquis, résultat de la distension des ligaments plantaires et de l'arthrite consécutive.

M. Marc Sée a rencontré le plus fréquemment le pied plat valgus chez des individus habitant le nord de la France. C'etaient, en général, des adolescents de haute taille, mais de faible musculature, ayant en outre le pied très long. Ce sont là autant de conditions défavorables qui nuisent à la solidité de la voûte du pied et à la force de résistance des ligaments plantaires qui ont à supporter la pression du poids du corps.

M. de Saint-Germain appuie la doctrine exposée par M. Le Fort sur les bons résultats qu'il a obtenus en faisant porter à ses malades des bottines à semelles en dos d'âne, analogues à celles dont a parlé M. Le Fort.

M. Desprès pense que M. Léon Le Fort n'a observé le pied plat valgus qu'à la quatrième période, c'est-à-dire lorsqu'il était pleinement confirmé. S'il avait vu la maladie à son début, il se rangerait certainement à la théorie de Duchenne (de Boulogne), la seule qui rende bien compte des phénomènes. La marche forcée, pendant la période de développement, amène le pied plat valgus douloureux. Les malades, quand ils ne marchent pas, peuvent mettre le pied dans l'attitude normale; il n'en serait pas ainsi, suivant M. Desprès, si la maladie était due à une distension des ligaments, comme le veut M. Le Fort, ou à une arthrite primitive, comme le prétend M. Lannelongue, après M. Gosselin. L'impotence des muscles ou, comme le disait Duchenne (de Boulogne), le défaut d'équilibre entre les jambiers et les péroniers, est la cause de tout le mal.

M. Le Fort répond qu'il a vu des malades à toutes les périodes de l'affection, et non pas seulement à la quatrième période, comme le dit M. Desprès. L'objection de M. Desprès n'a donc pas la valeur qu'il suppose,

— Dans le courant de la séance, la Société de chirurgie a procédé par la voie du scrutin à l'élection de deux membres associés érangers, deux correspondants étrangers et trois cerrespondants nationaux.

Ont été élus : membres associés étrangers, MM. Corradi (de Milan) et Soupart (de Gand) ; membres correspondants étrangers : MM. Julliard (de Genève) et Clément-Lucas (de Londres) ; membres correspondants nationaux : MM. Queirel (de Marseille), Dieu, de Blidah (Algérie), et Folet (de Lille). A. T.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 décembre 1883. — Présidence de M. Reliquet.

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

La correspondance imprimée comprend les journaux périodiques de la quinzaine : le *Progrès médical*, le *Concours médical*, le *Journal d'hygiène*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*.

M. le docteur Bitot, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux, offre à la Société une note critique sur les principaux faits cliniques et anatomo-pathologiques qui ont servi à fonder la doctrine de l'existence du centre psycho-moteur, dans l'écorce du pied de la troisième circonvolution frontale gauche.

M. Polaillon transmet les remerciements de M. Loison, nommé membre correspondant dans la dernière séance.

M. de Beauvais présente, de la part de M. Fabre (de Commentry), membre correspondant, deux mémoires :

1° *De la maladie d'Hebra* (érythème polymorphe exsudatif);

2° *Du rôle des entozoaires et en particulier des anchylostomes dans la pathologie des mineurs.*

M. le Président annonce à la Société que M. Duroziez vient d'être proclamé *lauréat* de l'Académie de médecine (prix Desportes) pour son mémoire *sur la digitale*.

M. de Beauvais prend la parole pour la lecture de son éloge de Duparcque.

M. Polaillon communique une observation de kyste hydatique développé dans la paroi de l'abdomen et présente la poche du kyste.

DISCUSSION :

M. Forget : J'ai eu l'occasion d'observer des kystes hydatiques développés dans l'épaisseur des muscles abdominaux et aussi du grand pectoral. Je crois que la suppuration qui s'est établie dans la poche du kyste tient surtout à la nature de la tumeur.

M. Polaillon : J'ai été, en effet, très frappé de l'impuissance des injections phéniquées. En deux ou trois jours, au plus, la poche du kyste se remplissait de nouveau. Elle a suppuré en raison de la présence des hydatides qui ont agi comme corps étrangers.

M. Duroziez : J'ai eu l'occasion de voir, chez une femme, un kyste hydatique de la partie inférieure de l'abdomen. Il en sortait de temps en temps des hydatides, et il n'y a jamais eu aucun accident.

Je suis frappé des accidents qui se sont produits dans le cas de M. Polaillon et de ce que le diagnostic n'a pu être plus tôt fait. Je ne croyais pas qu'on pût être exposé à de si graves accidents pour des kystes hydatiques. J'ai eu un cas de kyste hydatique développé en plein poumon. Le diagnostic avait été fait aisément, grâce à la nature du liquide. Il n'y a pas eu d'accidents graves et les hydatides ont pu être expulsées.

M. de Beauvais : J'ai opéré un kyste hydatique chez une jeune femme traitée pour une péritonite avec entérite grave. Je fus surpris de trouver dans une partie du ventre une mollesse et une mobilité de tissus extraordinaires.

Quelques jours après, la peau de l'abdomen rougissait et s'amincissait. Je fis une ponction avec le bistouri. Aussitôt jaillit un jet de liquide caractéristique et il se fit en même temps un écoulement d'hydatides. Au moyen d'injections d'eau et de teinture d'iode, la malade a parfaitement guéri.

M. Polaillon : Dans ce cas particulier qui fait l'objet de ma communication, le diagnostic était difficile. A la première ponction, le liquide était citrin et contenait de l'albumine, ce qui n'existe pas ordinairement dans les kystes hydatiques, attendu que les hydatides absorbent l'albumine. Nous n'avons trouvé d'hydatides qu'à la seconde ponction, un mois après la première.

Au point de vue de la suppuration, lorsque le foyer est désinfecté avec beaucoup de soin, on peut arriver à la guérison.

BANQUET ANNUEL.

La date du banquet annuel de la Société est fixée au samedi 19 janvier prochain. MM. Duroziez et Thevenot sont nommés commissaires par acclamation.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr Fauquez.

Séance du 12 janvier 1884. — Présidence de M. Reliquet, puis de M. Polaillon.

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

Avant de quitter le fauteuil de la présidence, M. Reliquet prononce le discours suivant :

Mes chers collègues,

Le plus grand honneur que peut espérer un médecin, qui n'est pas du monde officiel, c'est d'être président de la Société de médecine de Paris.

Vous comprenez, chers collègues, combien je vous suis reconnaissant de m'avoir élevé à ce fauteuil.

Maintenant je ne pense qu'à reprendre ma place parmi vous et à venir, le plus souvent possible, vous lire mes travaux. En cela je chercherai à suivre l'exemple de mon prédécesseur à la présidence, notre ami Duroziez.

Pendant cette année 1883, au moment où nous nous y attendions le moins, M. de Beauvais, si dévoué à notre Société, mais étant malade, ne se sentant plus la force de supporter la lourde charge de sa fonction de secrétaire général, donne sa démission.

Vos suffrages se sont réunis pour confier le secrétariat à M. Thorens. Celui-ci, à peine installé, nous démontre son dévouement. Il s'empresse de faire le compte rendu de nos travaux de 1882; travail dont la valeur vous a frappés. Aussi l'avez-vous vivement applaudi.

©BIU Santé

Revenant à notre tradition, M. Thorens va vous lire à cette première séance de janvier le compte rendu de nos travaux de 1883.

Aussi, mes chers collègues, je dois remercier ici notre secrétaire général de l'activité qu'il développe pour notre prospérité.

Vous savez que notre traité avec l'*Union médicale*, pour les publications de nos travaux, expirait cette année. Il a été modifié par nos collègues, MM. Richelot, dans un sens qui ne peut que nous être favorable. Il nous assure une publication plus rapide, je dirai presque immédiate de nos comptes rendus de séances.

Ce nouveau traité, étudié et discuté par votre conseil d'administration vous sera soumis.

Prévoyant votre approbation, permettez-moi de remercier MM. Richelot d'avoir pensé que nos publications ne devaient jamais être en retard

En remettant ce poste d'honneur à notre président Polaillon je vous assure, mes chers collègues, que je n'oublierai jamais ce que je dois à la Société de médecine de Paris.

En montant au fauteuil, M. Polaillon, président pour l'année 1884, prononce l'allocution suivante :

En me nommant à la Présidence, avant l'époque qui m'était assignée par mon ancienneté parmi vous, vous avez sans doute voulu récompenser un collègue assidu à vos séances et qui tient à la prospérité de notre compagnie. Votre confiance me touche et m'honore au plus haut point. Je ferai tous mes efforts pour m'en rendre digne, et il m'est particulièrement doux de vous remercier encore de vos suffrages.

A mon tour, Messieurs, permettez-moi de réclamer de vous une participation active aux travaux de la Société. Apportez-nous les faits de votre vaste pratique. Que votre expérience éclaire nos discussions. Tenons tous à honneur de maintenir la Société de médecine de Paris à la place élevée qu'elle a toujours occupée.

Mon premier acte sera de vous inviter à voter des remerciements à notre président de l'année dernière et à tout le Bureau sortant.

Ces discours sont accueillis par les applaudissements unanimes de la Société.

M. LE PRÉSIDENT invite M. de Beauvais, vice-président, et M. Marchal, secrétaire annuel, à venir prendre place au bureau.

La correspondance imprimée comprend : le *Progrès médical*, le *Concours médical*, le *Journal des sages-femmes*, le *Compte rendu général des Académies et Sociétés médicales*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal de médecine de l'Ouest*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, la *Revue des travaux scientifiques*, la *Revue médicale et scientifique d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes*.

M. le docteur BERNARD (de Cannes), membre correspondant de la Société, lui fait hommage d'une brochure sur la constitution médicale de Cannes pendant l'année 1882-1883.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que M. le docteur Fauquez, secrétaire annuel sortant, vient d'être nommé officier de l'instruction publique.

M. DE BEAUVAIS dépose sur le bureau une brochure offerte par le docteur Dominguez Carlos da Silva, membre correspondant étranger de la Société, sur la réforme de l'enseignement supérieur au Brésil.

La parole est donnée à M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL pour la lecture du compte rendu des travaux de la Société en 1883.

Cette lecture est accueillie par les applaudissements de toute la Société.

Il est procédé ensuite au vote sur la candidature de M. SACOLAT au titre de membre correspondant. M. Sacolat ayant obtenu l'unanimité des suffrages exprimés est proclamé membre correspondant.

L'ordre du jour appelle la discussion des propositions du Conseil d'administration sur la publication des travaux de la Société.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL développe ces propositions et demande à la Société de ratifier le traité par lequel le journal l'*Union médicale* se charge de la publication officielle des mémoires et procès-verbaux aux conditions énumérées dans la lettre de son rédacteur en chef du 21 décembre 1883.

Le renouvellement du traité avec l'*Union médicale* est accepté.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL expose la proposition faite par M. de Ranse de publier

©BIU Santé

un compte rendu analytique de chaque séance dans le plus prochain numéro du *Compte rendu général des Académies et Sociétés médicales*.

Sur l'avis favorable du conseil d'administration, la proposition de M. de Rause est acceptée.

M. Lutaud propose par lettre de publier les travaux de la Société dans le *Journal de médecine de Paris*; la question est renvoyée à l'examen du conseil d'administration.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr Marchal.

THÉRAPEUTIQUE

De la médication sulfureuse,

Par le Dr L. Dermonprey.

Le soufre est un de ces médicaments traditionnels tour à tour délaissés ou placés en première ligne, et qui malgré tout restent dans la thérapeutique. La raison de cette vitalité, c'est que l'expérience à laquelle appartient le dernier mot dans les sciences d'observation a prouvé qu'ils sont réellement utiles. Du temps de Pline on employait déjà le soufre dans les affections du poumon. La liste des préparations de la pharmacopée arabe dont il formait la base serait fastidieuse par son étendue même. Quand au XVIIe siècle s'éleva la discussion relative aux plaies d'armes à feu, l'argument fondamental des adversaires de ceux qui les croyaient empoisonnées était celui-ci : « Comment voulez-vous que la poudre soit toxique puisque ses éléments ne le sont pas? Le charbon est inerte, le salpêtre est utile, le soufre est un de nos meilleurs médicaments. » Il a eu ses partisans et ses détracteurs; on lui a demandé des services qu'il était incapable de rendre; on a nié son utilité.

Aujourd'hui, comme il y a trois cents ans, on l'administre, lui ou ses composés, dans des affections nombreuses et rebelles de l'appareil respiratoire, et tous les praticiens savent qu'ils peuvent en attendre de sérieux services. Comment agit-il? Il est assez difficile de le dire. On déclarait autrefois qu'il exerçait sur la muqueuse bronchique une action substitutive, c'est-à-dire qu'il y produisait une inflammation salutaire capable de guérir celle du parenchyme pulmonaire ou de l'organe primitivement intéressé. C'était une doctrine commode, sans doute; mais elle avait le tort d'être singulièrement naïve. Tous les médecins qui ont étudié avec un certain soin les affections des vieillards savent que le soufre rend d'incontestables services dans les catarrhes invétérés des bronches, qu'il modifie la sécrétion, rend facile l'expuition de ces exsudats muco-purulents qui obturent une assez grande quantité de bronchioles pour soustraire à l'hématose une partie de la surface respiratoire. On ne s'explique guère par quel mécanisme le soufre aboutirait à ce résultat en produisant une nouvelle bronchite; il faudrait, dans tous les cas, qu'elle présentât un singulier caractère de spécificité, car une poussée aiguë *a frigore* chez un sujet avancé en âge et atteint de catarrhe pulmonaire n'a jamais fait autre chose que d'aggraver son état. Peu importe d'ailleurs le mécanisme; la doctrine de la substitution est une doctrine caduque; l'action du soufre n'en est pas moins efficace. Les théories vieillissent, les faits restent. On traitait la gale par le soufre quand on attribuait la gale à l'âcreté des humeurs; il y a cinquante ans que l'on connaît la nature parasitaire de la maladie et on la traite encore par le soufre.

Il a, en outre des actions locales multiples, une action générale excitante et tonique; c'est un modificateur de la nutrition qui rend de sérieux services dans ces cachexies que tout le monde connaît, que personne ne peut définir, et qu'on appelle la scrofule ou le lymphatisme, l'arthritis ou l'herpétisme.

Le soufre est un des meilleurs agents de la médication balnéaire; c'est un peu à lui, un peu à leur situation, beaucoup à la mode, qu'Enghien, Barèges, Cauterets ou Luchon doivent leurs succès.

Cette réserve n'a plus sa raison d'être lorsqu'il s'agit de l'administration courante d'une préparation officinale. Quand on veut apprécier à sa juste valeur un traitement hydriatique, il y a plusieurs facteurs dont il faut nécessairement tenir compte, l'appât d'un voyage, les beautés d'un site, l'attrait d'un séjour dans une station. Rien de tout cela n'existe quand il s'agit d'un sirop ou de pastilles.

En fait, les préparations sulfureuses n'ont joui pendant longtemps près du public que

©BIU Santé

d'un médiocre crédit ; pour les accepter, il fallait toute l'autorité d'un médecin convaincu de leur efficacité. Il faut avouer que beaucoup d'entre elles flattent peu l'odorat et le palais. C'est pour cela que les tentatives capables de remédier à de tels inconvénients sont dignes de l'attention et des encouragements du corps médical. Rien n'est plus agréable, quand l'emploi du soufre est indiqué, que d'avoir sous la main un sirop limpide, facile à prendre, dosé de telle manière qu'en administrant une cuillerée à bouche, on sache au juste quelle quantité de substance active absorbera le malade ; peu de préparations réunissent ces qualités et c'est à cause de cela que le *sirop minéral sulfureux de Crosnier* est si justement apprécié. Ce produit qui se conserve indéfiniment renferme aussi du goudron en même temps que le monosulfure de sodium. L'Académie de médecine s'est du reste prononcée. Dans la séance du 7 août 1877 elle a émis sur le sirop en question un jugement extrêmement favorable.

C'est un bon médicament d'une administration facile. Nous ne voulons pas dire qu'un flacon puisse servir de succédané à Uriage, Pyrmont ou Enghien ; les eaux sulfureuses ont leur raison d'être, mais malheureusement les statistiques des stations, quand il ne existe, renferment plus d'améliorations que de guérisons définitives. Or, toute amélioration implique la possibilité d'une poussée, d'un retour offensif qu'il faudra combattre par les moyens qui ont une première fois réussi. Enverrez-vous le malade aux bains si sa pharyngite granuleuse s'exacerbe en plein mois de décembre, si son catarrhe bronchique ou sa dermatose entre en recrudescence à la fin de janvier? Presque toujours c'est par la négative qu'il faut répondre, et répondre par la négative c'est reconnaître la nécessité de l'administration du soufre par les voies digestives et par conséquent celle des préparations qui la rendent facile.

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

POUR LA FRANCE ET LES COLONIES

Publié par l'Administration de l'UNION MÉDICALE

54me ANNÉE — 1884

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, Ecoles, Sociétés de médecine et de pharmacie, Hôpitaux, Hospices, Asiles d'aliénés, Eaux minérales, etc., etc.

En vente aux Bureaux de l'UNION MÉDICALE, rue de la Grange-Batelière, 11, et chez les principaux libraires du quartier de l'Ecole-de-Médecine. — Prix : 3 fr.

COURRIER

HÔPITAL DES ENFANTS. — M. le docteur Descroizilles recommencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles, le vendredi 25 janvier, à neuf heures, à l'amphithéâtre, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Il s'occupera spécialement des fièvres éruptives.

Visite et examen des malades, à huit heures et demie à la salle Saint-Augustin et le mardi à la consultation.

Les Médecins qui voudraient expérimenter les **Tubes-Levasseur** dans les accès d'Asthme et de Suffocation peuvent se les procurer *gratis* et *franco*, à la pharmacie ROBIQUET, 23, rue de la Monnaie, Paris, ou chez l'inventeur, 7, rue du Pont-Neuf.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos par le docteur Richelot, ancien président de la Société de médecine de Paris, chez G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120. — Prix : 2,50.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Note additionnelle sur la Rubéole. — III. Terrier : Kyste de l'ovaire gauche, inclus dans le ligament large. — Ovariotomie. — Guérison. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Bulletin des décès de la ville de Paris. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton.

BULLETIN

Académie de médecine, 22 janvier. — Pendant que M. Colin (d'Alfort) étudie le violet de méthyle et fourbit son microscope afin de répondre à l'argumentation inexorable de M. Villemin et à l'attaque virulente de M. Sée, les chirurgiens entrent en scène et M. Verneuil dit son mot dans la discussion sur la tuberculose.

Depuis que les tuberculoses locales, sous forme d'abcès froids, d'ostéites et d'ulcères, ont envahi le domaine de la chirurgie, les cliniciens ont pu recueillir des faits qui viennent en aide aux recherches des physiologistes. M. Verneuil reconnaît les mérites de l'expérimentation, où l'observateur est maître de son terrain, trace lui-même son plan et dirige où il veut ses efforts; mais il trouve dans certains faits cliniques des arguments plus directs et s'appliquant mieux à l'homme.

Il s'agit de la contagion tuberculeuse. Chez les animaux, l'inoculation réussit toujours, pourvu qu'on l'essaie sur des espèces non réfractaires. Chez l'homme, au contraire, ce mode de transmission n'est pas établi; mais l'orateur admet sa réalité, il croit l'avoir vu et regrette de n'avoir pas conservé d'observations qui le mettent en lumière. Voici un fait qui, pour n'être pas absolument démonstratif, présente néanmoins une certaine consistance :

X... est un étudiant en médecine qui, en faisant une autopsie, s'est piqué à la racine d'un ongle de la main droite. Une papule se développe, un point jaunâtre apparaît, une gouttelette de pus s'écoule et la douleur devient vive. Un peu plus tard, la lésion ressemble à un « tubercule anatomique ». Elle dure et progresse du mois de juillet 1877 au mois d'août 1880; il se for-

FEUILLETON

HISTOIRE DES MÉDECINS ARABES ET DE L'ÉCOLE DE SALERNE.

Messieurs,

Le cours d'histoire de la médecine aurait pu commencer cette année au milieu de préoccupations exceptionnelles. L'Europe et la France redoutent encore l'invasion du choléra dont elles ont déjà trop éprouvé les ravages. Une mission envoyée en Egypte nous revient sans l'un de ses membres, Louis Thuillier, mort pour la science. Vous savez que je cherche constamment l'occasion favorable pour vous instruire et que l'histoire doit être utile en rattachant le présent au passé. C'est vous dire que j'ai pris pour sujet principal du cours, les Pandémies et les Quarantaines. Je commencerai bientôt l'étude du fléau toujours menaçant, le choléra asiatique.

Mais, dans cette première leçon, je veux exposer rapidement un sujet d'un grand intérêt. Nous avons déjà vu ensemble beaucoup de médecine grecque et romaine; vous connaissez les Hippocratiques, Galien et ses œuvres. Je vous ai parlé de la renaissance médicale; je vous ai fait connaître la biographie des grands anatomistes italiens et celle de Harvey. Il existe une transition, il y a un lien entre ces époques mémorables. La médecine des Grecs, après la chute de l'empire romain sous les coups des barbares, semble disparaître. Gardez-vous de le croire; elle passe en d'autres mains conquérantes. Quelle

©BIU Santé

mait de temps à autre, au voisinage de l'ulcère, un petit point blanc qui s'ouvrait, se confondait avec le reste, et bientôt le mal s'étendait sur une phalange et demie.

Les moyens employés font une liste interminable. Un jour, la guérison parut se faire après une cautérisation profonde ; mais deux points blancs apparurent de nouveau près de la cicatrice, et tout fut à recommencer. La douleur était toujours vive ; une tumeur de nature indéterminée occupait la face dorsale ; la lésion ne ressemblait à rien de connu quand M. Verneuil vit le malade et fit l'amputation des deux dernières phalanges. La pièce fut perdue avant qu'on ne fît l'examen histologique, mais la tumeur dorsale n'était autre qu'un abcès froid classique, c'est-à-dire un de ces foyers tuberculeux que M. Lannelongue a décrits avec tant de précision, et dont les caractères sont assez connus pour que le secours du microscope ne soit pas nécessaire.

X... s'établit en province ; sa clientèle, bientôt nombreuse, l'oblige à passer douze et quatorze heures par jour en voiture. Il attribue à l'excès de fatigue deux abcès froids qui se développent le long du rachis, s'ouvrent et suppurent sans l'empêcher de vaquer à ses occupations. Un peu plus tard, la cicatrise de son doigt s'ulcère après un choc, et un séquestre est éliminé comme dans les ostéites tuberculeuses ; l'ulcération continue, très analogue aux ulcérations tuberculeuses. En même temps, les poumons et les autres viscères fonctionnent à souhait.

Plus tard encore, M. Verneuil est appelé pour des douleurs intolérables dans la région lombo-sacrée, avec de l'hyperesthésie cutanée et des mouvements cloniques. Ces phénomènes sont attribués à une poussée de méningite en rapport avec les abcès ossifluents du rachis ; les injections de morphine à hautes doses calment les douleurs. Enfin, aux dernières nouvelles, la situation était moins pénible, et les viscères n'étaient pas envahis.

M. Verneuil écarte avec soin l'hypothèse d'une lésion syphilitique, et signale une lacune dans son observation : X... ne peut se rappeler de quelle maladie était mort le sujet dont il fit l'autopsie. La conclusion de l'orateur est naturellement pleine de réserve ; mais il admet comme probable, sinon comme démontrée, l'inoculation tuberculeuse, et y voit la source de tous les désordres. Laënnec, lui aussi, souffrit d'un accident local de même

---

est la part des Arabes dans l'histoires des sciences médicales ? Quel a été leur véritable rôle ? Telle est l'importante et difficile question qui va nous occuper.

Pour que vous ayez sous les yeux la marche de la médecine antique, et pour préciser la période des médecins arabes, j'ai fait dresser cette carte. Suivez, avec moi, en Grèce, la médecine depuis Homère et les poètes. Remarquez l'Ecole hippocratique, dans cette île, à Cos, et en face, Cnide, sa rivale placée sur le continent. Venons en Egypte ; voici Alexandrie ; la science médicale y reste grecque, je vous ai dit souvent et j'affirme qu'elle n'a rien emprunté aux Egyptiens. D'Alexandrie, où l'anatomie est florissante, mais où les systèmes médicaux luttent avec acharnement, la médecine émigre à Rome. Je vous rappelle, et Celse au Ier siècle de notre ère et Galien au IIe siècle ; puis paraissent, tant à Rome qu'à Byzance, les compilateurs : Oribase, Aétius, Paul d'Egine.

Pendant que la médecine gréco-romaine, après avoir atteint sa splendeur, son apogée, tombait en décadence, une nation se formait avec des éléments dispersés. Mahomet, au VIIe siècle, réunit les diverses tribus arabes, et les successeurs du Prophète soumettent à leur joug les provinces et les royaumes. Le flot envahisseur s'étend comme un torrent débordé ; il remonte en Asie jusqu'en Perse et atteint les frontières de la Chine ; d'autre part, il dépasse, au nord de l'Afrique, Tunis et le Maroc ; puis il s'étend sur l'Espagne et arrive jusque dans les plaines de Poitiers. Là, il est arrêté par notre Karl Martel. Enfin, il redescend en Espagne et retourne en Afrique. Il nous faut apprécier ce que devient la médecine chez les Arabes avant, pendant et après leur domination.

I

Le caractère primitif des tribus arabiques n'était pas la barbarie ou l'état presque sau-

origine et de nature indéterminée, sorte de foyer qu'il traita par la cautérisation et qui ne laissa, dit-il, « aucune trace »; et Laënnec, on le sait, mourut tuberculeux.

— M. Blanche a rempli la seconde moitié de la séance par la lecture d'un très long et très important rapport sur le régime des aliénés. C'est une question trop spéciale et trop vaste à la fois pour que nous puissions l'aborder. L'orateur sautait des pages et résumait des chapitres pour ne pas « fatiguer l'attention de l'Académie »; mais un tel sujet réclame de grands développements, et l'Académie doit savoir gré à M. Blanche d'y avoir consacré une étude approfondie. — L.-G. R.

Note additionnelle sur la Rubéole.

L'*Union médicale* a reçu un certain nombre de communications de valeur sur la rubéole. Notre journal, à qui reviennent déjà tant de fructueuses initiatives, justifie une fois de plus son titre en suscitant cette collaboration gracieuse de lecteurs et d'amis; et l'écho soulevé par ses articles est toujours accueilli avec gratitude par ses rédacteurs, comme l'encouragement le plus flatteur et la meilleure récompense de leurs efforts.

Il y a là une réduction de cette organisation de recherches collectives, dont le *British medical Journal* s'est fait, au commencement de 1883, le principal promoteur dans le Royaume-Uni, exemple imité peu après par la *Deutsche med. Wochenschrift* pour les pays de langue allemande, et qui se propose de recueillir auprès de tous les membres de la profession, de centraliser les documents médicaux fournis par un questionnaire uniforme, de nature à éclairer certains points de pathologie étiologique. Nous voyons dans ce concours spontané de nos confrères, l'assurance que ce genre d'instruction, trouvant l'opinion toute préparée, serait, en France, fertile en résultats.

En l'espèce, nous abordions une question mûre.

Après les témoignages pleins d'autorité des docteurs Aron, Lubanski, du professeur Trastour, de M. le médecin inspecteur Daga, nous recevons communication d'une brochure du docteur Tordeus, d'un non moins vif intérêt. Le travail de l'éminent secrétaire de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles ne nous était pas passé inaperçu; il est mentionné dans la thèse de Delastre. Sur la foi de cette citation, et dans l'impossibilité de nous reporter au texte d'un journal trop peu répandu en France (1),

(1) Journal publié par la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, 1877. *Contribution à l'histoire de la rubéole*, Ed. Tordeus.

vage des hordes du Nord qui avaient envahi l'empire romain. La chaleur du climat, la vie nomade, pastorale ou guerrière, portaient les Arabes à la contemplation; leur imagination ardente, l'énergie de leurs sensations leur donnaient pour la poésie un talent réel. Leur médecine était superstitieuse et naïvement empirique; ils employaient des formules magiques pour éloigner les génies malfaisants.

La route de la mer Rouge les mit plus tard en rapport avec l'immobile Egypte. Ce furent peu à peu les idées philosophiques des Grecs, les maximes juives, la morale des chrétiens qui arrivèrent jusqu'à La Mecque; il en résulta un état particulier d'exaltation des esprits; l'islamisme trouva le terrain favorablement disposé.

A la voix de Mahomet (Mohammed ben Abdallah al Nabi), fuyant La Mecque (Hégire, 16 juillet 622 de J.-C.), donnant les préceptes du Coran, code religieux, civil et politique, une armée se forme pour la conquête et grossit de jour en jour. Ce n'est pas longtemps avec l'Hégire que l'écriture arabe avait été fixée. N'ayant besoin que de troupes aguerries, Mahomet, qui, dit-on, ne savait ni lire ni écrire, regardait la science d'un mauvais œil, comme beaucoup d'ambitieux et de conquérants; il avait même décrété la peine capitale contre ceux qui se livreraient exclusivement aux arts libéraux. Dans ces conditions, la science médicale ne pouvait pas se développer; au plus, les devins pouvaient-ils trouver place dans les rangs de la troupe fanatique. Tant pis pour ceux que l'épidémie frappait : c'était écrit. Les malheureux acceptaient leur sort en silence et les compagnons d'armes victorieux passaient et délaissaient les malades, pour aller toujours en avant.

Avec Mahomet et son premier successeur, Abou Bekhr, l'école d'Alexandrie était encore debout. Les Arabes s'emparent de la ville sous le khalifat d'Omar en 641, elle est sac-

©BIU Santé

nous croyions surtout à un article de critique bibliographique; c'est plus que cela, et nous remercions notre collègue de Bruxelles de nous avoir fourni les éléments d'une rectification de notre pensée sur ce point.

M. Tordeus a observé dans une école de Bruxelles, en février et mars 1877, une épidémie de rubéole qui atteignit 10 enfants, 4 garçons et 6 filles. Tous les petits malades, sans exception, avaient eu la rougeole un an ou deux auparavant. C'est l'opposé de ce qu'avait observé Roth, dont les malades, d'abord atteints de rubéole, prenaient la rougeole sept à huit semaines plus tard.

Les traits du Rœtheln ne sont pas méconnaissables : absence de période prodromale, fièvre nulle, éruption morbilliforme, érythémateuse et à macules, de deux jours de durée au maximum, tuméfaction de la face et des paupières en particulier, ni coryza, ni catarrhe du larynx ou des bronches; pas de desquamation, simplicité des suites, etc. Un enfant seul a présenté « un gonflement des glandes lymphatiques du cou ».

Nous avons pris également connaissance d'un mémoire remarquable du docteur Pellereau sur une épidémie de rubéole qui sévissait récemment, côte à côte avec la rougeole à l'île Maurice (1). C'est bien le Rœtheln qu'observait notre collègue anglais, et le tableau de diagnostic différentiel qu'il nous livre entre cet exanthème et la rougeole, est presque textuellement celui de Roth.

Voici encore un autre et décisif témoignage. Dans une conférence déjà ancienne, nous entendions le professeur Perroud, qui occupe avec tant de distinction la chaire de clinique infantile à la Faculté de Lyon, formuler ses réserves expresses sur l'existence de la rubéole. Très au courant des travaux étrangers, il faisait remarquer que l'accord était loin d'être fait, en Allemagne et en Angleterre, sur ce qu'on devait entendre sous le nom de rubéole, et que les différentes épidémies qui en avaient été décrites, très dissemblables entre elles, ne pouvaient être rapportées à la même maladie. Or, une question de diagnostic différentiel l'amenait hier à déclarer, qu'en présence des derniers travaux, ses convictions avaient fléchi, et qu'on devait compter désormais, en pathologie, avec une entité décidément assise.

Nous retiendrons cependant de sa critique première, pleinement justifiée dans notre opinion, que le nom de rubéole n'a pas toujours été appliqué avec un parfait discernement, et qu'on aura à se garder, en France, de la tendance à voir la rubéole partout, après que, si longtemps, on ne l'a vue nulle part. R. L.

(1) *Roseola and Measles in Mauritius, the Practitioner,* septembre et novembre 1883.

---

cagée; les dépôts de livres, ce qui pouvait rester des bibliothèques anciennes est détruit L'incendie de la bibliothèque d'Alexandrie a été révoqué en doute par de grandes autorités, entre autres par de Humboldt et par Renan. L'événement mérite d'être discuté; précisons les faits. Il est incontestable que les Ptolémées ont établi une bibliothèque fameuse à Alexandrie, ville grecque plutôt qu'égyptienne. Ils se procuraient de toutes parts des livres, ils en faisaient prendre des copies payées fort cher, ils avaient même les ouvrages choisis « de la petite table », ainsi que je vous l'ai dit en parlant des livres hippocratiques. Cette bibliothèque des Ptolémées placée dans le faubourg *Bruchium*, a été brûlée quarante-sept ans avant notre ère, le feu ayant été communiqué à la suite de l'incendie mis à la flotte dans le port, par Jules César. De plus, une seconde bibliothèque, un dépôt de livres du *Serapeum*, comprenant probablement les parchemins de Pergame apportés à Alexandrie, fut à son tour pillée dans une émeute populaire vers 389. Vous trouverez sur ce sujet des détails qui vous intéresseront dans un article de mon collègue et ami le professeur Le Fort, paru dans la *Gazette hebdomadaire* de 1875. Par conséquent il ne devait rester à Alexandrie que peu de chose des premières bibliothèques. Néanmoins la célèbre Ecole devait posséder des dépôts publics, ou lui appartenant, soit de livres, soit des copies d'anciens papyrus ainsi que des plus précieux parchemins. A mon avis, ce sont tous ces derniers ouvrages que la prise d'Alexandrie a fait disparaître. Il n'a dû être sauvé que les copies possédées par des particuliers, plus les livres dérobés pendant le pillage, livres qui ont été recueillis et mis au jour dans la suite.

On a parlé de la bibliothèque d'Alexandrie renfermant 700,000 volumes, de celle de Pergame en contenant 200,000; nous verrons celle de Cordoue en posséder 600,000. Il est bon de s'entendre à cet égard. Les feuilles de papyrus ou de parchemin, composant

Hôpital Bichat. — Service de M. le Dr Terrier.

Kyste de l'ovaire gauche, inclus dans le ligament large. — Ovariotomie. — Guérison.

Mme L... née F..., âgée de 41 ans, entre le 19 juin 1883 à la salle Chassaignac, n° 22. Réglée pour la première fois à 13 ans, cette malade s'est mariée à 28 ans et n'a pas eu d'enfants ni de fausses couches. En 1879, elle ressentit des pesanteurs et des malaises dans le ventre et constata du côté droit l'existence d'une tumeur un peu douloureuse. Elle fut obligée de porter une ceinture abdominale. Depuis huit mois, la menstruation est irrégulière; la malade souffre au moment des époques, et reste quelquefois trois ou quatre mois sans rien voir. Les dernières règles sont du 20 mai 1883.

Il y a peu de troubles du côté des fonctions digestives et les garde-robes sont régulières; cependant la malade est prise parfois de vomissements d'ailleurs peu persistants. Les urines sont rares depuis un an. La tuméfaction du ventre, de plus en plus accentuée, paraît avoir débuté il y a deux ans.

En 1881, la malade entra dans le service de M. Péan, à Saint-Louis, et y resta quatre mois; à cette époque on crut, dit-elle, à l'existence d'un corps fibreux. Toujours est-il qu'on ne l'opéra point.

L'état général, qui s'était maintenu jusque dans ces derniers temps, paraît s'être altéré depuis deux mois seulement; les souffrances du côté du ventre furent plus vives et l'amaigrissement devint manifeste; c'est ce qui décida la malade à entrer à l'hôpital Bichat.

Etat actuel. — Ventre asymétrique, n'offrant ni œdème des parois, ni circulation veineuse collatérale. Il n'a pas d'ascite; à la palpation, on constate qu'un lobe volumineux de la tumeur est situé du côté gauche et qu'un second lobe moins développé est placé à droite.

A la percussion, les flancs sont sonores; l'abdomen est mat dans toute son étendue, sauf dans l'hypochondre droit, la fosse iliaque gauche et l'hypochondre gauche.

Une grande poche occupe la région hypogastrique et une autre est située à la partie latérale gauche de l'ombilic. Des plaques indurées existent au niveau de l'ombilic. On ne constate de fluctuation très nette que vers la poche qui est située à droite de l'ombilic. A la partie inférieure de l'abdomen et du côté droit, au niveau de l'aine, on sent distinctement une tumeur dure et résistante qui ressemble à l'utérus et qui est située immédiatement sous la peau.

Au toucher, les culs-de-sac sont libres; le col est mobile ainsi que l'utérus qui est

---

un livre, formaient un cahier assez épais, qui devenait un volume. Or, quand un auteur avait écrit dix, quinze, trente livres, qui aujourd'hui ne forment qu'un de nos volumes, il y en avait jadis quinze ou trente séparés, distincts, plus ou moins épais. En fin de compte, la bibliothèque d'Alexandrie avec ses 700,000 volumes serait réduite à 50,000 des nôtres, nombre déjà très remarquable pour l'époque; celle de Pergame aurait atteint 15,000 volumes au plus.

Sur quelles données s'appuie l'opinion de l'incendie spécial par les Arabes de la bibliothèque d'Alexandrie? On en trouve le récit dans Aboulfarage Grégoire, dont je vous parlerai, comme médecin-historien arabe du XIIIe siècle. Ce récit net, circonstancié, est inséré dans la biographie de Jean le Grammairien, autrement dit Philoponus, qui était contemporain de la prise d'Alexandrie, et qui a pu en être témoin, comme Paul d'Egine, suivant la remarque du docteur René Briau. Mais tout ce que dit Aboulfarage est extrait littéralement du *Kitab el hokama* de Djemal Eddin, le plus grand bibliophile qu'aient eu les Arabes et qui écrivait d'après Abd Ellatif et peut-être d'après le *Fihrist*, de Ben Ishaq Ennedin, ces derniers auteurs éloignés de 600 ans de la prise d'Alexandrie. Il en résulte une transmission de plusieurs mains. Le récit d'Aboulfarage n'est pas, comme on l'a dit, de fantaisie ou de polémique, mais il s'amplifie trop et il tient de la légende pour l'indication des livres servant pendant six mois à chauffer les bains publics.

En résumé, tout en admettant la destruction répétée, au moins partielle, d'anciennes bibliothèques dans Alexandrie, avant la prise de la ville par les Arabes en 641; je crois avec Matter, avec mon savant collègue le professeur Verneuil, dans sa conférence historique sur les chirurgiens érudits, avec le docteur Lucien Leclerc, à la perte n'importe de quelle manière, de ce qui pouvait rester des dépôts publics de livres à Alexandrie,

©BIU Santé

rejeté à droite et constitue très nettement la tumeur située dans l'aine droite. Notons que d'après la malade cette grosseur devient plus volumineuse et très sensible lors des règles.

La circonférence au niveau de l'ombilic est de 92 centim.; la distance de l'ombilic à l'appendice xyphoïde de 16 centim.; celle de l'ombilic au pubis de 26 centim.; de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure gauche de 26 centim.; de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure droite de 24 centim.

20 juin. — La malade a rendu 650 grammes en vingt-quatre heures. Densité 1,022; réaction acide, couleur jaune-brun, sans sucre ni albumine; urée par litre, 19,75; acide phosphorique, par litre, 1,822. Ce qui dans l'espèce donne 12 gr. 83 d'urée et 1 gr. 183 d'acide phosphorique éliminés en une journée.

14 juillet. — Apparition des règles qui durèrent trois jours et venaient de se passer lors de l'opération.

L'*opération* est faite le 18 juillet 1883, avec l'aide de mes collègues et amis MM. Périer, J. Championnière et Berger.

L'incision médiane, conduite de l'ombilic à quelques centimètres du pubis, saigne un peu; l'ouverture du péritoine très rapide est complétée avec des ciseaux mousses.

Le kyste apparaît, revêtu d'une lame musculaire épaisse et vasculaire dans son tiers supérieur. C'est le ligament large gauche très hypertrophié. Avec le trocart moyen de Mariaud, ponctions successives et par le même orifice de quatre poches kystiques, contenant des liquides diversement colorés et permettant, en somme, l'évacuation de 10 litres de liquide.

La tumeur, contenue en grande partie dans le ligament large gauche dédoublé et hypertrophié surtout du côté de l'utérus, est isolée peu à peu de ses adhérences, qui saignent beaucoup.

Les adhérences internes ou utérines sont serrées et prises entre deux pinces courbes, puis sectionnées; la masse polykystique est donc libérée de ce côté.

Toutefois, malgré l'agrandissement de l'ouverture abdominale jusqu'au-dessus de l'ombilic, le kyste ne peut sortir, vu son volume, et même reste immobile.

Une grande poche, située en haut et à gauche de la masse morbide est ponctionnée, et donne issue à 2 litres de liquide coloré en rouge par du sang. Cette évacuation mobilise la tumeur.

On continue à détruire les adhérences celluleuses du ligament large et on coupe entre deux pinces en T le pédicule externe ou utéro-ovarien. La masse kystique peut être alors enlevée.

Trois ligatures en soie sont placées sur le pédicule interne ou utérin et deux autres sur le pédicule utéro-ovarien.

Les deux lames du ligament large, dédoublé, sont *suturées* l'une contre l'autre avec

---

La perte a été causée par les Arabes, sous le khalifat d'Omar ben Kattab, troisième successeur du Prophète. Le grand fait historique, après la prise d'Alexandrie, a été la dispersion des savants ainsi que le déplacement du foyer scientifique s'opérant dès lors de plus en plus vers l'Orient.

Deux siècles se passent pendant lesquels les Arabes, trop fidèles aux préceptes rigoureux du Coran, hostiles aux recherches intellectuelles, ravagent par le fer et par le feu les contrées soumises. Mais, à leur tour, les redoutables vainqueurs éprouvent, conformément à une loi démontrée par l'histoire, l'action civilisatrice des peuples vaincus. Les chefs de l'Islam, les khalifes comprennent l'influence bienfaisante des sciences et des arts. Les Abassides surtout se montrent les protecteurs éclairés des savants; ils les attirent à leur cour et encouragent leurs travaux.

Après la conquête, l'instruction scientifique est venue aux Arabes de plusieurs côtés; leurs premiers précepteurs ont été nombreux. D'abord les Nestoriens hétérodoxes qui avaient fondé l'école persane de Djondisabour, où ils enseignaient la philosophie et la médecine, puis des Grecs et des Juifs chassés d'Alexandrie, des chrétiens syriaques, des péripatéticiens persécutés à Athènes et réfugiés en Orient.

Les médecins arabes sont extrêmement nombreux; on en connaît plusieurs centaines d'après les patientes recherches de Lucien Leclerc. Pour vous faire connaître et apprécier les principaux de ces médecins dont les œuvres nous sont parvenues, je ne suivrai pas leur nationalité dans les Etats Musulmans, Perse, Irak, Syrie, Egypte, Magreb, Espagne, ni une rigoureuse indication chronologique. J'établirai deux divisions : 1° les médecins des khalifats d'Orient; 2° ceux qui ont appartenu aux khalifats d'Occident. J'insisterai sur la biographie des plus célèbres d'entre eux. (*A suivre.*)

© Santé

du catgut et à l'aide d'une suture en surjet dans la moitié interne. Quatre points de suture au catgut et séparés sont placés sur la partie interne de cette réunion des deux lames du ligament large. Toute la partie exubérante du ligament est *excisée* au-dessus de ces sutures. Deux vaisseaux du ligament large nécessitent l'application de deux ligatures en catgut.

Toilette péritonéale soignée, l'épiploon intact est étalé à la face postérieure de la paroi abdominale. On fait huit points de suture profonds et trois superficiels avec du fil d'argent.

L'opération, qui a duré une heure dix, a été faite d'après la méthode de Lister.

La masse morbide était un kyste multiloculaire type, pesant 750 grammes, ce qui, ajouté au poids des 12 litres de liquide évacués, donne un total d'environ 13,000 gr.

18 soir. — Pas de vomissements dans la journée; très peu de douleur dans le ventre. Urines claires par le cathétérisme. On fait une demi-injection de morphine (solution au 100e de chlorhydrate de morphine). — Temp., soir, 38°4; pouls, 100; resp., 24. — Glace; champagne.

19. — La malade a eu trois vomissements cette nuit; elle a toujours soif; n'a que peu dormi et se plaint de douleurs du côté gauche de l'abdomen. Ce matin, il y a encore quelques nausées et des borborygmes; la soif est toujours vive. Langue blanche, humide. — Glace et champagne. — Temp., 37°9; pouls, 88; resp., 20. Légères douleurs; pas de vomissements. Deux demi-injections de morphine. — Soir, temp. 38°9; pouls, 96; resp. 22.

20. — La malade a bien reposé cette nuit; elle a rendu des gaz par l'anus; sauf la soif, qui reste vive, elle se trouve très bien, ne souffre nullement et urine seule. Même régime. — Temp., 38°5; pouls, 96; resp., 22. — Soir, 38°4; pouls, 100; resp., 20.

21. — Nuit assez bonne jusqu'à une heure du matin. Pas de douleurs; soif assez tolérable. La malade prend du lait. — Temp., matin, 38°; pouls, 84; resp., 20; temp., soir, 37°7; pouls, 88; resp., 20.

22. — Matin, 37°6. Pouls, 80. L'opérée a dormi toute la nuit. On fait le premier pansement le cinquième jour, et on retire les trois fils de suture superficielle et quatre des huit fils de la suture profonde. La plaie est réunie sur toute son étendue. — Soir, temp. 37°7; pouls, 82; resp., 20.

23. — Le ventre est un peu plus sensible; la miction n'a lieu qu'avec la sonde; la soif plus vive; toutefois, l'état général est bon. — Temp., matin, 37°5; soir, 37°8.

24. — Sensibilité du côté gauche de l'abdomen; la malade *a ses règles* depuis cette nuit; les urines sont rares. — Temp., 37°6; pouls, 82; resp., 22. On retire les quatre dernières sutures profondes. — Temp., soir, 39°; pouls, 100; resp., 28. La malade n'a pas pu dîner; le mouvement fébrile paraît en rapport avec l'écoulement menstruel; urines rares.

25. — La nuit a été très bonne; la malade ne souffre nullement et mange avec plaisir; l'écoulement sanguin est arrêté. — Temp., matin, 37°2; soir, 37°9.

26. — État satisfaisant. — Temp., matin, 37°2; soir, 37°4. La malade est reportée dans la salle et commence à avoir faim; elle s'assied sur son lit, ne souffre nullement et dort bien.

27. — Même état. — Temp., matin, 37°2; soir, 37°6.

28. — Temp., matin, 37°2; soir, 37°4.

Mme F... sort de l'hôpital le 13 août 1883, c'est-à-dire moins d'un mois après son opération. Je revois la malade le 22 novembre; elle est très bien: son ventre grossit un peu après les repas et elle a quelques maux de reins; les règles sont venues le 14 août 1883; depuis, elles n'ont pas reparu, sauf le 12 novembre, mais en très petite quantité. La cicatrice, enfoncée, a 13 cent. de longueur, dont 1 cent. au-dessus de l'ombilic; on ne constate pas de traces d'éventration.

Le 3 janvier 1884, Mme F... se plaint de ressentir de fréquentes bouffées de chaleur qui la fatiguent beaucoup et résultent de la ménopause, car les règles n'ont pas reparu depuis le 12 novembre 1883.

Comme je l'ai déjà fait remarquer, on voit qu'à son début la tumeur kystique de l'ovaire fut prise pour un fibrome, ce qui peut expliquer la non intervention du chirurgien auquel la malade s'était confiée. Ultérieurement, l'accroissement de la masse morbide fut tel que ses symptômes devinrent évidents, si bien même que toute espèce de ponction exploratrice nous parut absolument inutile pour amener notre diagnostic de kyste ovarique.

©BIU Santé

Cette tumeur était un type de kyste multiloculaire de l'ovaire, inclus en partie entre les lames du ligament large gauche; aussi, dut-on faire deux pédicules: l'un utérin, sur lequel on plaça trois ligatures, et l'autre utéro-ovarien, avec seulement deux ligatures.

Un pointdu manuel opératoire est à signaler, c'est le mode de traitement utilisé à propos du ligament large gauche hypertrophié qui, après l'énucléation du kyste, flottait en quelque sorte dans le bassin. Les deux lames de ce ligament furent appliquées l'une contre l'autre et suturées en dehors par une suture en surjet, en dedans par quatre points de suture séparés. Ces sutures furent faites avec du catgut fin, mais résistant; et toute la partie exubérante du ligament large fut excisée au-dessus des sutures. Grâce à cette suture, on put réduire de beaucoup les surfaces cruentées laissées libres dans la cavité péritonéale, on prévenait ainsi soit une péritonite adhésive parfois gênante pour les fonctions intestinales, soit, ce qui est plus grave, la péritonite suppurée. Cette suture assurait encore l'hémostase; toutefois on fut obligé de lier deux petites artérioles du ligament large.

Les phénomènes qui suivirent l'opération furent des plus simples, et la température qui le lendemain atteignit 38°,9, descendit au-dessous de 38° dès le quatrième jour. Il est vrai qu'elle s'éleva à 39° le septième jour et cela sans autre cause que l'apparition d'un écoulement vaginal sanguinolent peu abondant, qui dura vingt-quatre heures au plus.

Cet écoulement nous paraît résulter de phénomènes congestifs du côté de l'utérus et ne peut être considéré comme un écoulement menstruel avancé. En effet, les dernières règles dataient du 14 juillet et étaient terminées le 17; l'opération se fit le 18 et les règles vraies reparaissent le 14 août, soit juste à l'époque ordinaire. Il s'agit là d'un de ces écoulements sanguins, assez fréquents à la suite des opérations sur l'utérus et les ovaires, qui ont été rapportés à des sortes d'épistaxis utérines ce qui n'explique pas grand'chose.

Nous pensons qu'il s'agit d'une action réflexe due au traumatisme et provoquant une congestion de la muqueuse utérine, action d'autant plus facile à expliquer ici que l'opération a été faite très peu de temps après l'époque menstruelle.

Remarquons encore, que depuis le 14 août 1883, Mme L... que nous avons revue tout récemment, n'a plus été réglée que le 12 novembre, et encore l'écoulement sanguin a-t-il été très peu abondant. En même temps se sont produites ces poussées congestives vers la tête qui, très souvent, fatiguent les femmes arrivées à l'époque de la ménopause.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 janvier 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Correspondance officielle.

M. le ministre du commerce écrit à M. le Président de l'Académie, pour le prier de vouloir bien lui faire connaître, en vue de la prochaine discussion à la Chambre des députés du projet de loi sur la prohibition de l'importation des porcs salés d'Amérique, l'opinion de la savante compagnie sur cette question, ainsi que sur celle des analogies signalées entre la trichinose et la fièvre typhoïde.

M. le Secrétaire perpétuel, après avoir donné lecture de cette lettre, invite la commission nommée par l'Académie pour répondre à la demande ministérielle, de vouloir bien hâter ses travaux.

— M. le ministre de l'instruction publique écrit à l'Académie pour lui faire connaître que

© BIU Santé

la prochaine session du Congrès international pour l'avancement des sciences se tiendra à Copenhague et pour l'inviter à s'y faire représenter.

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. le docteur Moncorvo, une brochure intitulée : *De la nature de la coqueluche et de son traitement par la résorcine.*

M. Brouardel présente, au nom de M. le docteur Layet (de Bordeaux), la relation d'un nouveau cas de cow-pox spontané découvert récemment à Bordeaux.

M. Chatin présente, au nom de M. Périer (de Bordeaux), une série de brochures sur divers sujets d'histoire naturelle.

M. Alfred Fournier présente, au nom de M. le docteur Siredey, médecin de l'hôpital Lariboisière, un volume sur les *maladies puerpérales*, résumé de quatre années d'études.

M. Chereau : J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie, en mon nom personnel, une brochure intitulée : *Notes sur Xavier Bichat*. Ce n'est ni une biographie ni un éloge, ce qu'ont fait plusieurs écrivains éminents, entre autres notre excellentissime collègue, M. Larrey, qui n'a jamais manqué l'occasion de rendre hommage à l'ami de son illustre père. Les grandes lignes de la vie de Bichat étaient bien connues, mais beaucoup de détails manquaient. J'ai pu consulter de nouveaux documents, et j'ai comblé les lacunes. Rien n'est négligeable lorsqu'il s'agit de l'immortel auteur des *Recherches sur la vie et la mort*.

M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de M. A.-J. Martin, un volume intitulé : *Administration sanitaire civile à l'étranger*.

M. le Président annonce que MM. Billod, Durand-Fardel, Willemain (de Vichy) et Dupré (de Montpellier), membres correspondants, assistent à la séance.

— M. Verneuil a la parole pour communiquer une observation très intéressante d'inoculation de la tuberculose chez l'homme.

Il s'agit d'un médecin, M. B..., qui, en juillet 1877, étant externe dans le service de M. Cadet de Gassicourt, à l'hôpital Sainte-Eugénie, se fit, en pratiquant l'autopsie d'un enfant, une piqûre à la dernière phalange du petit doigt. Il survint au point piqué, une papule, à laquelle succéda une pustule qui donna issue à du pus jaunâtre et blanchâtre pendant un mois ; la suppuration se tarit alors pour se reproduire au bout de quinze jours ; les mêmes phénomènes se succédèrent, la suppuration cessant pour recommencer de quinzaine en quinzaine et donner lieu à la sécrétion de quelques gouttelettes de pus. Cette suppuration s'accompagnait d'une douleur très vive, soit spontanément, soit sous l'influence du moindre attouchement. Tous les moyens employés pour guérir le mal demeurèrent impuissants : la maladie persista sans relâche depuis le mois de juillet 1877 jusqu'au mois d'août 1880 ; malgré l'emploi successif de l'onguent napolitain, du nitrate d'argent, de la cautérisation au fer rouge, à la potasse caustique, au thermo-cautère, à la rugination, etc., etc.

L'aspect du mal n'était pas tout à fait celui du tubercule anatomique, mais plutôt celui des ulcérations scrofuleuses, sans aucune manifestation, d'ailleurs, du côté des vaisseaux lymphatiques et des ganglions.

En 1880, il se produisit sur la face dorsale de la main, une plaque violacée qui grossit et devint fluctuante.

M. Verneuil, consulté, insista sur la médication iodée, déjà instituée par les médecins qui avaient préalablement soigné le malade, mais sans plus de succès.

Le malade, complètement découragé et à bout de patience, supplia M. Verneuil de pratiquer l'amputation du doigt, ce que le chirurgien ne crut pas pouvoir lui refuser.

M. Verneuil, en même temps que l'amputation du doigt, pratiqua l'ouverture de la tumeur du dos de la main, et il constata qu'il s'agissait là d'un véritable abcès tuberculeux.

Il fallut plusieurs semaines pour voir se cicatriser la plaie de l'amputation et l'abcès du dos de la main. Cependant la santé générale du malade s'était beaucoup améliorée, si bien que M. B... ayant passé sa thèse de doctorat, alla s'établir en province et y conquit bientôt une clientèle des plus étendues. Là les fatigues de l'exercice de la profession qui l'obligeait à rester parfois jusqu'à quatorze heures par jour en voiture, amenèrent des douleurs dans la région lombaire, suivies d'abcès qui s'ouvrirent et donnèrent issue à du pus caséeux semblable à celui du dos de la main ; ils finirent par se cicatriser.

Au commencement de l'année 1883, M. B... heurta violemment la cicatrice de l'amputation ; elle se rouvrit, se remit à suppurer et donna passage à un séquestre blanc, con-

©BIU Santé

densé, éburné, en tout semblable aux séquestres des os atteints de tuberculose; puis l'ulcération reprit le caractère des ulcérations tuberculeuses, sans qu'il fût possible de rien découvrir du côté des viscères : foie, reins, etc.

Le malade, continuant malgré tout l'exercice de sa profession et ses longues courses en voiture, éprouva de nouveau de violentes douleurs lombaires, suivies d'abcès ossifluents des membres inférieurs. Il fallut, pour calmer les souffrances horribles éprouvées par le malade, lui pratiquer des injections de morphine à haute dose. Aujourd'hui le malade est entré en voie d'amélioration.

M. Verneuil pense que les accidents présentés par M. B... ne peuvent être attribués à aucune autre cause que l'inoculation tuberculeuse, bien que le malade ne puisse indiquer de quelle maladie était atteint l'enfant dont il a pratiqué l'autopsie, qui a été le point de départ de la petite plaie par laquelle l'inoculation se serait effectuée.

Cette observation est analogue à celle que Laënnec rapporte dans son *Traité d'auscultation* et dont il a été lui-même le sujet.

M. Blanche, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Baillarger, Brouardel, Luys, Lunier et Mesnet, lit le rapport sur les résultats des travaux de cette commission consultée au sujet du projet de loi sur les aliénés, soumis à l'examen et à la discussion du Sénat. Voici les conclusions de ce rapport :

1° La loi du 30 juin 1838, inspirée par les sentiments les plus élevés d'humanité et de respect de la liberté individuelle, a été un bienfait pour les aliénés; elle a assuré la protection de leurs personnes et de leurs biens, en même temps qu'elle leur a procuré les soins médicaux dont ils étaient presque complètement privés jusque-là.

Elle ne mérite pas les accusations dont elle a été l'objet, mais on doit reconnaître que, depuis l'époque où elle a été promulguée, certains besoins se sont produits ou se sont développés auxquels elle ne donne pas complètement satisfaction.

2° Parmi les dispositions du projet de loi destinées à remplir ces nouvelles obligations, les unes constituent des améliorations positives à l'état de choses actuel, d'autres peuvent prêter à la critique; certaines, enfin, nous paraissent devoir être dans la pratique d'une application difficile. Nous devons en outre faire remarquer que plusieurs d'entre elles auront pour effet d'augmenter notablement les dépenses de l'Etat et des départements.

3° Le principe fondamental du nouveau projet de loi est l'intervention de la justice dans toutes les mesures concernant les aliénés. Ce principe est juste. La folie entraîne presque toujours pour celui qui est atteint la privation plus ou moins complète de sa liberté, en même temps que l'impossibilité de gérer ses affaires et de veiller à ses intérêts. Or, d'après les règles générales de notre droit, c'est à l'autorité judiciaire seule qu'il appartient de suspendre ou de supprimer la liberté individuelle. C'est elle qui, seule aussi, a qualité pour protéger les incapables. Il y a donc un double motif pour que toutes les mesures relatives aux aliénés soient prises par la justice ou soumises à son contrôle.

4° C'est par application de ce principe que le projet de loi assimile à un asile, sous le rapport de la surveillance, toute maison dans laquelle un aliéné sera traité, même lorsque ce sera dans l'intérieur de sa famille. Si la proposition de la commission du Sénat est adoptée, cette prescription légale toute nouvelle en France, quoiqu'elle existe déjà dans d'autres pays, est de nature à froisser des sentiments très respectables. Mais, en raison des abus qu'elle a pour but de rendre impossibles, nous ne pouvons qu'y souscrire avec l'espérance qu'elle sera appliquée d'une manière discrète et modérée.

5° Une autre innovation consiste dans l'obligation de présenter, à l'avenir, deux certificats distincts, ou un certificat signé de deux médecins, pour l'admission d'un aliéné dans un asile.

Malgré les difficultés que nous avons signalées à ce propos, nous l'adoptons cependant parce qu'elle offre une garantie de plus à la liberté individuelle.

6° En vertu d'une disposition nouvelle, tout placement d'un aliéné dans un asile, que ce placement soit volontaire ou d'office, ne sera d'abord que provisoire et ne deviendra définitif qu'après la sanction de la justice; c'est là un corollaire de la pensée principale qui a présidé à la préparation du projet de loi; mais nous avons montré que les moyens proposés pour l'application de ce principe se heurteront à des inconvénients et à de sérieux obstacles. Aussi, espérons-nous qu'il y sera apporté de notables modifications.

7° Quant aux placements d'office et aux placements d'urgence, nous nous félicitons pour la sécurité publique que le projet de loi les rende plus prompts et plus faciles, et nous n'avons eu qu'à formuler certains désirs dont nous ne doutons pas qu'il soit tenu compte.

8° Pour ce qui concerne les condamnés devenus aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine, et les aliénés dits criminels ou ceux considérés comme dangereux, nous sommes absolument partisans de la création d'un ou de plusieurs asiles d'Etat, et nous n'avons qu'à approuver toutes les garanties d'examen et de contrôle que l'on exigera dorénavant pour la mise en liberté de ces aliénés que la justice pourra seule ordonner.

9° Nous donnons aussi notre approbation à de nouvelles mesures proposées, soit pour permettre aux interdits de présenter directement à la justice leurs requêtes, à fin de mise en liberté, soit pour garantir d'une façon plus efficace la gestion des biens et les intérêts des aliénés.

10° Enfin, nous demandons que toutes les affaires concernant le service des aliénés soient centralisées au ministère de l'intérieur, et qu'il y soit créé soit une division, soit une direction assistée d'un conseil supérieur dont nous avons indiqué la composition et les attributions et démontré la grande utilité. (Applaudissements.)

L'heure avancée ne permettant pas de commencer la discussion du rapport de M. Blanche, cette discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 10 au 17 janvier 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1093. — Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 2. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 48. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 54. — Phthisie pulmonaire, 205. — Autres tuberculoses, 16. — Autres affections générales, 76. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 62. — Bronchites aiguës, 36. — Pneumonie, 77. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 31 ; au sein et mixte, 20 ; — inconnues, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 110 ; circulatoire, 66 ; respiratoire, 84 ; digestif, 42 ; génito-urinaire, 25 ; de la peau et du tissu lamineux, 4 ; des os, articulat. et muscles, 3. — Morts violentes, 48. — Causes non classées, 6.

Résumé de la 3e semaine. — Le service de Statistique a reçu notification pendant la semaine actuelle de 1,093 décès (au lieu de 1,055 pendant la semaine précédente).

La Fièvre typhoïde qui était tombée pendant la semaine dernière au chiffre exceptionnellement bas de 21 décès, est revenue au chiffre de 30, qui est plus normal.

La Variole n'a causé que 2 décès dans chacune des trois dernières semaines.

La Rougeole (17 décès au lieu de 19) est surtout répandue dans le quartier des *Epinettes* (3 décès pendant cette semaine). Les 3 décès que l'on remarque dans le quartier *Montparnasse* ont eu lieu tous les trois à l'hospice des Enfants-Trouvés.

Il n'y a pas eu cette semaine de décès par Scarlatine.

La Coqueluche (13 décès au lieu de 12) n'est répandue que dans les faubourgs de Paris. Depuis le commencement de l'année, il n'y a eu que 3 décès par Coqueluche dans les onze arrondissements du centre de Paris ; tous les autres, au nombre de 29, ont eu lieu dans les quartiers excentriques.

La Diphthérie (48 décès au lieu de 41) n'a subi qu'une variation peu importante. De même que la Coqueluche, mais avec moins de régularité que cette dernière maladie, on remarque qu'elle est surtout répandue dans les quartiers excentriques (*Grandes-Carrières, Belleville, Charonne*).

La Bronchite (36 décès au lieu de 40) et la Pneumonie (77 décès dans chacune des deux dernières semaines) sont restées à peu près à l'état stationnaire.

L'Athrepsie des jeunes enfants continue à rester très rare (56 décès au lieu de 59).

Le service de Statistique a reçu notification de 394 mariages et de 1,212 naissances vivantes (637 garçons et 575 filles) dont 879 légitimes et 233 illégitimes ; parmi ces dernières, 50 ont été reconnues par l'un des parents au moins.

Dr Jacques Bertillon,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

©BIU Santé

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — *Séance du 26 janvier 1884.* — Ordre du jour : 1. M. de Beauvais (au nom de M. Godlewski) : Pseudo-cancer de l'estomac. — 2. M. Apostoli (au nom de M. le docteur Pasquier) : Emploi thérapeutique des courants continus. — 3. M. Delefosse : Deux observations de pierre dans la vessie. — 4. Communications diverses.

Erratum. — Au lieu de M. Sacolat, nommé membre correspondant de la Société de médecine de Paris, lire M. Jacolot.

— La Faculté, dans son assemblée du jeudi 17 janvier, a classé les candidats à la chaire d'accouchements actuellement vacante dans l'ordre suivant : MM. Tarnier, Guéniot, Charpentier.

— MM. Bar, accoucheur des hôpitaux, et Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité, commenceront le 5 février un cours complet d'accouchements en cinquante leçons.

Ce cours aura lieu tous les jours à quatre heures et demie, 20, rue Dauphine.

Pour se faire inscrire et pour les renseignements, s'adresser tous les jours à quatre heures et demie, 20, rue Dauphine.

— A la dernière séance de la Société de propagation de la crémation, le président, M. Kœchlin-Schwartz, a annoncé que la préfecture de police, sur le rapport de M. le docteur Brouardel, allait définitivement autoriser la crémation des débris d'hôpitaux au moyen d'un appareil construit à cet effet dans l'un des cimetières de Paris.

— Le conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, dont le préfet de la Seine est président de droit, a procédé, dans sa séance du jeudi 10 janvier 1884, à la nomination de son vice-président. M. E. Ferry a été nommé vice-président.

Nécrologie. — Le 13 décembre 1883, est mort à Saint-Pétersbourg, le docteur Popow, des suites d'une diphthérie contractée à l'hôpital des Enfants Prince Pierre d'Oldenbourg. Popow était depuis quelques mois seulement chef de service adjoint de cet hôpital. En examinant la gorge d'une petite fille, il fut atteint de ses produits d'expectoration au visage et aux lèvres. Bien qu'ayant pris immédiatement toutes les précautions de circonstance, au bout de 24 heures il était saisi d'un violent frisson et la diphthérie l'emportait en 5 jours.

Popow, qui avait fait une partie de ses études à Dorpat, n'était âgé que de 27 ans. Les manières les plus affables et un dévouement à toute épreuve, s'alliaient chez lui, à l'avis de tous ceux qui l'ont connu, aux puissantes qualités de l'homme d'avenir.

(*Saint-Pétersbourg med.-W.*). — R. L.

L'avancement des médecins de la réserve et de l'armée territoriale. — Par un récent décret, le ministre de la guerre réglemente entre autres points l'avancement du corps enseignant, jusqu'à la promulgation de la loi sur l'avancement dans l'armée.

Les principales dispositions de ce décret portent que nul ne peut obtenir de prime abord que le grade d'aide-major de 2e classe dans le cadre des officiers de réserve ou de l'armée territoriale, et que, pour être promus, les candidats doivent passer un examen dont le programme est fixé par le même décret.

L'avancement aura lieu par ancienneté et par corps d'armée sur les listes constatant l'aptitude des intéressés à passer au grade supérieur d'après les règles actuellement en vigueur. Cependant les médecins professeurs titulaires des chaires de clinique, de pathologie, de médecine légale, de médecine opératoire et d'anatomie, et les pharmaciens-professeurs pourront exceptionnellement être promus hors tour au grade de major de 2e classe dans la réserve et aux grades de major de 1re classe dans la territoriale, si, d'autre part, il sont déjà pourvus du grade d'aide-major de 2e classe.

Cette même exception est appliquée aux professeurs agrégés, aux médecins, chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux nommés au concours.

Tous les officiers de santé de l'armée territoriale peuvent, s'ils demandent à être maintenus dans les cadres les vingt années de service imposées par la loi accomplies, être promus au grade immédiatement supérieur.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

©BIU Santé

Sommaire

I. Le microcoque de la pneumonie fibrineuse en Allemagne et en Italie et les théories parasitaires. — II. A. Siredey : De la préparation des bacilles de la tuberculose. — III. Bibliothèque. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causeries.

Le microcoque de la pneumonie fibrineuse en Allemagne et en Italie et les théories parasitaires.

Sommaire : Microbes et microcoque de la pneumonie. — *Critérium d'observation.* — Différences morphologiques des microcoques découverts en Allemagne avec les micro-organismes observés en Italie. — Microcoque capsulé et non capsulé. — Variétés des espèces trouvées chez les pneumoniques. — *Critérium d'expérimentation.* — Pneumonies et pleurésies fibrineuses expérimentales. — Inflammations de même origine dans d'autres organes. — Importance de ces faits pour l'étiologie des maladies aiguës et en pathologie générale.

Ce serait, à coup sûr, une découverte de majeure importance, d'établir définitivement la présence constante de certains microbes dans le sang et les humeurs des pneumoniques, et de fixer leur rôle pathogène dans cette affection. Ici, en effet, on ne saurait arguer d'analogie entre ces faits et les épisodes de l'histoire du parasitisme de la tuberculose. Bien avant la description du bacillus de Koch, et depuis les travaux illustres de M. Villemin, on avait quelque droit cliniquement, histologiquement et expérimentalement d'admettre la nature parasitaire de cette dernière maladie. Les esprits avaient donc été préparés par notre savant compatriote à l'avènement de ce micro-organisme.

Jusqu'à ce jour, il en a été et il en est encore tout autrement de la pneumonie. On a bien décrit des pneumonies infectieuses et septiques, des pneumonies épidémiques, une fièvre pneumonique. Dans les formes signalées par les auteurs, l'état du support, c'est-à-dire du malade, réglait les conditions diverses et les modalités de l'affection locale, mais aucun argument clinique, ni aucun fait expérimental n'autorisait à la placer dans le cadre des maladies à microbes. Serions-nous à la veille d'une telle évolution dans les idées classiquement reçues, cliniquement établies et si souvent vérifiées, ou, pour mieux s'exprimer, d'une sorte de révolution dans la pathologie? Voilà, vraisemblablement, l'un des motifs de cette poursuite

FEUILLETON

CAUSERIES

Un étranger qui aurait entendu parler du malaise dont souffre l'industrie parisienne, et qui serait venu ces temps derniers dans la capitale, aurait pu mettre en doute l'exactitude des renseignements de cette nature, bien qu'ils ne soient malheureusement que trop vrais.

Mais comment accepter que les ouvriers manquent de travail, que les patrons manquent de commandes, que la fabrication des articles de Paris est dans le marasme, quand on a vu les murs couverts d'affiches annonçant presque une découverte, ou tout au moins l'apparition d'une industrie nouvelle, qui va faire revivre le commerce parisien? Comment ne pas exalter la prospérité des affaires, quand on voit les spécimens de cette nouveauté encombrer la devanture des boutiques et tenir le haut du pavé?

Si les exportations parisiennes succombent sous les traités de commerce, si l'esprit inventif de nos ouvriers est paralysé par les pirateries de la contrefaçon, la fabrication des boîtes à ordure va, pour un certain temps, réparer ces désastres et ramener la confiance.

On a peut-être trop négligé cette conséquence indirecte de l'arrêté du préfet de la Seine, et je serais heureux d'être le premier à en faire ressortir la portée patriotique et l'heureuse influence sur la reprise du travail. Si l'on n'organise plus d'ateliers natio-

©BIU Santé

opiniâtre à laquelle on se livre dans quelques laboratoires d'Allemagne et d'Italie pour rechercher le microbe de la pneumonie. De là ces nombreux travaux de Billroth, Leyden, Koch, Eberth, Klebs, Marchiafava, Cambria, Griffini, Salvioli, Zaslein, Ziehl, Friedlander, Giles et autres encore, ainsi que les recherches de vérification de nos compatriotes : MM. Talamon, Hallopeau, pour ne citer que ces deux savants médecins (1).

Les observateurs ne font donc pas défaut ; d'autre part, les difficultés expérimentales et les objections cliniques ou doctrinales ne manquent pas non plus. Découvrir la présence de microcoques dans le sang, les humeurs ou les tissus des pneumoniques ne suffit pas : il faut établir que leur présence est constante ; démontrer qu'ils sont particuliers à cet état morbide ; fixer enfin la loi des rapports de causalité entre ces agents pathogènes et le développement de l'affection pulmonaire. Au double critérium d'observation histologique et d'expérimentation, on doit donc ajouter le critérium clinique. En est-il ainsi à l'heure actuelle ?

En premier lieu, il fallait observer directement le microbe dans les humeurs ou les tissus des pneumoniques. Friedlander a reconnu chez huit individus, morts de pneumonie aiguë, un micro-organisme de forme spécifique dans les alvéoles pulmonaires et les vaisseaux lymphatiques des parties malades. Depuis, le même observateur en a constaté la présence dans plus de cinquante cas, excepté toutefois chez ceux dont la maladie était en résolution, entre le neuvième et le treizième jour. Ces microcoques auraient pour caractère de posséder une capsule distincte, de même forme que le micro-organisme et constituée par de la mucine. Ils sont cultivables sur la gélatine nourricière de Koch, et les produits de culture d'apparence un peu différente, car ils semblent privés de capsule, se groupent en amas d'une forme spéciale. De là le nom de *culture en forme de clou* (*Soc. méd. de Berlin*, 19 novembre 1883) (2).

Griffini, Cambria, et plus récemment Van Duyse (*Annales de la Soc. de méd. de Gand*, novembre 1883, p. 199), ont rencontré des microcoques

(1) Voir dans l'*Union médicale* (19 janvier 1884) l'article extrait de la *Pathologie générale*, de M. Hallopeau.

(2) Friedlander et Frobenius attribuent les différences observées par les divers histologistes aux procédés de préparation autres que ceux qu'ils recommandent.

---

naux, le préfet de la Seine y a suppléé en donnant essor à l'importante industrie des boîtes à ordures.

Il se peut que ce produit ne soit pas destiné à nous faire honneur à l'étranger, autan que la bijouterie et les meubles artistiques. S'il ne fait pas affluer l'or chez nous, il fait couler beaucoup d'encre, et gémir à la fois la presse et les concierges. Ne pas faire un article sur l'enlèvement des ordures serait aussi impossible aujourd'hui, qu'il l'était autrefois à un valseur d'aborder sa danseuse sans lui demander si elle avait vu les *Danischeff*.

Faut-il tant s'insurger contre le caractère tyrannique et vexatoire du fameux arrêté du préfet de la Seine? La liberté des ordures est respectable jusqu'à un certain point, sans qu'il soit bien prouvé qu'elle fasse partie du fameux groupe des libertés nécessaires. Une légère entrave, un peu de réglementation dans cette forme matinale et intime de la liberté individuelle, ne sont pas pour mettre en péril les conquêtes de la Révolution française, et le public s'est peut-être trop hâté de crier à l'oppression et à l'arbitraire.

La ville nous rend un service appréciable en se chargeant de nous débarrasser de nos ordures ménagères; et s'il lui importe, pour la bonne exécution de ce service, que nous lui présentions nos ordures convenablement préparées, il n'est pas exorbitant qu'elle exige de nous de l'aider un peu dans sa besogne. C'est un échange de bons procédés, auquel on peut se prêter de bonne grâce; puisqu'il est indispensable que les épluchures de légumes soient séparées des coquilles d'huitres, par une incompatibilité d'humeur que l'on ne saisit pas tout d'abord, séparons-les, mes frères, comme il est recommandé depuis longtemps de séparer l'ivraie du bon grain. Jusqu'ici, tous ces dé-

©BIU Santé

dans les crachats et le sang des mêmes malades. Enfin, Ziehl (*Central. für med. Wiss.*, 1883, n° 25), Salvioli et Zaslein (*eod. loco*, 1883, 13 octobre) ont vérifié ces faits. Dans ce but, les deux derniers recueillent, avec les précautions convenables, les crachats et la sérosité des vésicatoires, et constatent que les coccus de ces liquides sont isolés, groupés par trois ou quatre, ou bien encore réunis en colonies. Ce sont des monocoques ou des diplocoques elliptiques, mobiles et différents par conséquent, à ce point de vue, des micro-organismes à coques de Friedlander.

Leur multiplication s'accroît parallèlement avec le développement symptomatique de la maladie. Rares au troisième jour, ils deviennent plus abondants jusqu'au sixième et septième jour, pour diminuer ensuite et disparaître vers le dixième jour. Dans un des quatorze cas où la résolution fut tardive, la disparition de ces microcoques fut complète le dix-septième jour seulement, c'est-à-dire au moment de l'amendement définitif des symptômes.

Ziehl (*Centralb. für med. Wiss.*, 1883, n° 25) et Georges Giles (*Brit. med. Journal*, 1883, 7 juillet) ont obtenu les mêmes résultats par l'examen des crachats dont les microcoques se colorent bien par un mélange de violet de méthyle et de brun de bismark. Les premières recherches de ce dernier savant remonteraient d'ailleurs à 1882 et à une épidémie maligne de pneumonie, condition plus favorable que celle dans laquelle Friedlander observait. Malgré ces faits, le *critérium d'observation* serait insuffisant pour établir solidement les relations de cause à effet entre la présence du microbe chez les pneumoniques et le développement de la maladie. En d'autres termes, ces coccus sont-ils susceptibles de se multiplier sur un terrain morbide quelconque? Témoignent-ils d'un incident de l'évolution de la pneumonie, ou bien sont-ils des micro-organismes pathogènes? Comme M. Guttmann le remarquait dernièrement, et comme bien d'autres l'ont constaté avant lui, on trouve presque toujours des microcoques dans les crachats d'individus en puissance d'affections inflammatoires. D'où la possibilité d'objecter à Salvioli que les coccus qu'il a vus ne possèdent pas de *capsule;* il y a lieu de contester leur nature spécifique.

C'est qu'après tout, on ne peut oublier que Billroth et Klebs rencontraient naguère encore la *monas pulmonalis* à la fois dans cette maladie et dans les néphrites, les parotidites épidémiques, les hépatites interstitielles, le cho-

---

tritus avaient fait bon ménage ensemble; il paraît que cela ne peut pas durer; vous ne savez pas pourquoi, ni moi non plus; mais il n'y a pas à dire, c'est comme cela.

***

On se fait moins facilement à l'idée que les résidus des ménages doivent être renfermés dans des boîtes, au lieu d'attendre en petits tas sur le devant des portes ou le long des trottoirs. L'obligation des boîtes, et non pas seulement de la boîte, puisque nous devons justifier de plusieurs catégories d'ordures, est une contrainte dont on comprend aisément l'impopularité, pour les raisons suivantes.

Vous me forcez à me pourvoir d'ustensiles encombrants que j'ai peine à loger chez moi; vous me forcez à faire une course dans un magasin, pour y choisir mes boîtes, ou tout au moins à écrire une lettre pour les commander et les faire venir; vous me forcez enfin à une dépense, qui peut n'être pas compatible avec mon budget. Sans doute, je me causerai à moi-même des dérangements bien plus considérables que celui-là, et pour des motifs risibles; je m'engagerai dans des dépenses encore moins utiles que celle des boîtes à ordures; mais dérangements et dépenses, autant je les trouverai raisonnables et fondés si j'en ai eu l'initiative, autant j'y résisterai s'ils me sont imposés par l'autorité, même pour les fins les plus louables.

Si vous me disiez seulement pourquoi il vous est agréable que les ordures ménagères soient dans des boîtes, je pourrais me rendre à vos explications, et même les trouver justes. Livré à moi-même, je me creuse la tête, sans succès, pour résoudre cette question des boîtes.

©BIU Santé

léra nostras, voir même dans le coryza. Eberth signalait ce microbe dans les exsudats d'une pneumonie avec méningite, Koch dans le tissu rénal et Leyden notait ses ressemblances avec celui de l'érysipèle. Enfin, voici les savantes recherches de M. Talamon. Cet habile observateur reconnaît bien un *microcoque capsulé* dans la pneumonie fibrineuse, microcoque cultivable et inoculable aux animaux, mais constate aussi, fait à coup sûr d'importance, que les microbes rencontrés chez les pneumoniques ne sont pas toujours de signalement identique. De telles différences dans l'observation ne motivent-elles pas l'hésitation ?

Avant de conclure, il faut donc interroger le *critérium expérimental*. Friedlander ensemence la gélatine nourricière de Koch (*næhrgelatine*), Gorges Giles cultive ces coccus sur des tranches de pomme de terre, Salvioli dans du bouillon de veau, Zaslein dans celui de bœuf, sur la gélatine fluide de tête de veau, sur l'extrait de viande dilué, dans le liquide de Pasteur, toutes substances préalablement stérilisées par l'ébullition dans la marmite de Papin, au-dessus de 100 degrés et pendant deux ou trois heures.

Tandis que Friedlander employait pour la fertilisation des fragments ou la sérosité du poumon hépatisé recueillis après la mort, Zaslein faisait usage du sérum ou du sang pris sur le vivant. Malgré ces différences expérimentales, l'un et l'autre obtenaient rarement, dans ces cultures, des microbes d'autres espèces que les microcoques. La première culture pouvait donc passer pour pure.

D'après le dernier de ces expérimentateurs, la température la plus favorable au développement de ces microbes serait de 37 à 39 degrés centigrades. Trois heures après l'ensemencement, on observerait dans le liquide fertilisé et encore limpide, des flocons blanchâtres. Après quatre heures, le liquide troublé renfermerait des coccus, nettement visibles sous le champ du microscope. Il a pris l'aspect opalin après trente-quatre heures et peut servir à de nouveaux ensemencements. De six à quinze jours plus tard, suivant l'état de concentration du bouillon, les coccus deviennent immobiles et tombent au fond des vases à expérience. Leur développement serait plus lent dans le liquide de Pasteur que sur la gélatine et plus tardif aussi sur celle-ci que dans le bouillon.

Friedlander a pratiqué des inoculations dans le poumon de lapins, de

---

S'agit-il de faciliter le travail du personnel qui enlève les ordures dans des tombereaux? Ce serait une attention délicate ; mais l'enlèvement à la pelle est fort expéditif, malgré l'éparpillement inévitable des débris sur la chaussée ; et si la boite est un perfectionnement dans la main-d'œuvre, pour la récolte et la disparition complète des ordures, c'est vraiment bien peu de chose.

Je vois venir la grande raison, c'est-à-dire la propreté des rues, le nettoyage mieux assuré par le système des boîtes, et en fin de compte un bénéfice réel pour l'hygiène. Les ordures, négligemment versées sur la voie publique, s'incrustent entre les pavés ; quelques fragments échappent toujours à la pelle et au balai ; il se forme ainsi des dépôts de matières organiques qui souillent les ruisseaux, et peuvent devenir de petits foyers d'infection. Mais les pluies ou l'arrosage font disparaître tout cela, et comme foyers d'infection, je crois que les boîtes à ordures en réaliseront un type assez parfait. Avec un peu d'usage, quand leurs parois seront doublées d'une croûte de plus en plus épaisse, en fermentation permanente, on verra l'agrément de garder dans les maisons ces sachets d'un nouveau genre, et si la santé n'en souffre pas, l'odorat en sera certainement affecté.

De sorte que les petits inconvénients de malpropreté et de méphitisme qui pouvaient résulter du déversement des ordures sur la chaussée, se constateront bien mieux avec le système des boîtes, où l'infection sera concentrée et entretenue, au lieu de se neutraliser au grand air.

Ainsi, de ce côté, pas d'amélioration évidente, pas d'autre raison plausible que cette manie de règlements et de précision qui ne dédaigne pas de s'abaisser jusqu'à légiférer

©BIU Santé

cobayes, de souris et de chiens. L'injection était faite à l'aide d'une seringue de Pravaz stérilisée par la chaleur et avec les produits des cultures mélangés à l'eau distillée. Les résultats, négatifs pour les lapins, furent les suivants pour les autres animaux : toutes les souris sont mortes avec des lésions pneumoniques (centres d'induration rouge), ou pleurétiques (épanchement pleural) et des altérations du sang et de la rate (amas de microcoques). Sur onze cobayes, six succombèrent avec la forme typique de la pneumonie, mais des cinq chiens un seul fut dans ce cas.

Salvioli a provoqué sur le lapin des pleurésies et des pneumonies. Talamon a obtenu les mêmes résultats dans huit expériences sur vingt. Les microcoques recueillis sur ces animaux et injectés à d'autres étaient l'origine d'une pneumonie ou d'une pleurésie typiques. Il en était de même par l'expérimentation sur des rats blancs. Enfin, dans le but de montrer que les lésions dépendaient de l'inoculation et non des lésions produites par le traumatisme, Salvioli, comme Friedlander, a simultanément fait des expériences témoins dont les résultats ont été négatifs, soit au moyen d'injections d'eau pure, soit avec des liquides stérilisés par la chaleur de l'étuve.

M. Talamon n'a pas été moins heureux dans les injections qu'il pratiquait dans les tissus des animaux. Il provoquait bien des pneumonies ou des pleurésies fibrineuses, mais parfois aussi il produisait des laryngites, des trachéo-bronchites et des péricardites nettement caractérisées.

Voilà des faits expérimentaux; sont-ils décisifs au point de vue pathogénique? Et d'abord le microcoque décrit par Friedlander posséderait, comme celui que Kobner a trouvé chez les animaux atteints de péripneumonie, une capsule, et n'est pas mobile. Celui de Salvioli est mobile, mais paraît dépourvu de cette capsule. Il est vrai que Friedlander déclare qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître cette enveloppe; elle n'est pas apparente autour des microcoques nageant dans un liquide et ne s'aperçoit bien que sur des préparations sèches. Il existe donc des différences morphologiques entre le micrococcus de la pneumonie, suivant qu'on l'observe sur les bords de la Sprée ou bien au delà des Alpes.

Cependant le micrococcus d'Italie, comme celui d'Allemagne, a donné lieu par son inoculation aux lésions typiques de la pleurésie et de la pneumonie. Mais tandis que les lapins sont réfractaires au micro-organisme de Friedlander, ces mêmes animaux succombent à celui de Talamon et de Salvioli. De

---

sur les ordures ménagères, et qui nous réserve peut-être un autre arrêté préfectoral sur la façon dont les Parisiens devront laver désormais leur linge sale en famille.

***

Enfin, n'en parlons plus. Voilà donc les Parisiens convertis, tant bien que mal, à l'idée de trier leurs ordures et à acheter des boîtes. Mais ce n'est pas fini. Il faut encore que ces boîtes aient une forme et des dimensions réglementaires, et c'est ici un véritable chef-d'œuvre de l'esprit administratif. On aurait pu supposer naïvement que la première boîte venue, une vieille caisse à sucre ou à bougies, aurait suffi comme récipient pour les ordures. Pas du tout. La boîte ne peut être indifféremment ronde ou ovale: elle doit être carrée, avec tant de centimètres sur ses trois dimensions, et confectionnée suivant un modèle déterminé.

C'est dans ces dispositions que l'arrêté préfectoral éclate comme attentatoire à la liberté des citoyens, dont la révolte devient tout à fait légitime. A ceux qui résisteront aux boîtes réglementaires, qui voudront se servir de boîtes à leur convenance quant à la forme, à la matière et à la capacité, il sera difficile d'objecter quelque argument décisif pour faire ressortir les bienfaits de la boîte réglementaire. On comprend la nécessité de l'uniforme pour les gendarmes, les gardiens de la paix, les conducteurs d'omnibus et même pour la garde nationale; mais l'uniforme pour les boîtes à ordures, c'est un comble de chauvinisme absolument inattendu.

Et à quoi bon tant de précautions et de prévoyance pour ces malheureuses boîtes? L'acquisition d'un mobilier spécial pour cet usage se justifie de moins en moins, si l'on

©BIU Santé

plus, si on a bien essayé de montrer que les lésions viscérales n'étaient pas dues à l'irritation produite par l'inoculation, on a omis d'inoculer le micro-organisme dans d'autres régions du corps. Aussi, à la Société de médecine de Berlin, MM. Frankel et Jastrowitz objectaient-ils, avec quelque raison et quelque regret, qu'on aurait dû les pratiquer à l'oreille ou à la queue, afin de savoir si ces microbes provoquaient encore la pneumonie. Soit ! Un résultat paraît acquis : c'est l'inoculabilité de ce coccus de l'homme au animaux. Quant à son rôle pathogène dans la pneumonie, il est encore obscur, de sorte que si on a trouvé un microbe chez les pneumoniques, il reste à en démontrer la spécificité.

Mais ce n'est pas tout. Allant plus avant dans leurs recherches, les observateurs italiens ont voulu mesurer la résistance de ces micro-organismes aux agents parasiticides et aux moyens d'atténuation de leur virulence. Cette dernière était obtenue par l'exposition à l'étuve des liquides de culture fertilisés et placés dans des flacons préalablement obturés avec des tampons d'ouate phéniquée. Relativement à l'action des médicaments antiparasitaires, ils constatèrent que le salicylate de soude, à la dose de 0,06 à 0,02 p. 100, empêchait le développement des coccus. Avec celle de 0,005 p. 100, leurs mouvements étaient suspendus et le liquide conservait sa limpidité.

Une culture âgée de vingt-quatre à quarante-huit heures était plus résistante, et on devait élever à 0,08 la dose de salicylate de soude nécessaire pour arrêter la multiplication des micro-organismes. Enfin, le liquide ne devenait clair qu'après quatre jours; c'est là une preuve manifeste d'un trouble dans l'évolution habituelle de ces coccus, mais non pas l'indice de leur mort. D'ailleurs, d'après les expérimentateurs, leur résistance aux agents antiparasitaires est inférieure à celle des microbes de la putréfaction.

En résumé, ces débats ne sont pas clos et toute conclusion, même provisoire, serait très prématurée.

Faire d'un microcoque capsulé ou non la cause déterminante de la pneumonie lobaire, c'est déclarer implicitement que cette affection, parasitaire et infectieuse, naît toujours de germes extérieurs, et partant est transmissible par contagion. Les preuves cliniques manquent à cette hypothèse, qu'on les demande à la pathologie humaine ou bien à la pathologie comparée, car l'exemple des pneumonies catarrhales épidémiques chez l'homme

---

songe à son peu de durée, aux mauvais traitements qu'il subira chaque jour, aux trajectoires fantastiques qu'il décrira tous les matins du pavé au tombereau et du tombereau au pavé; la boîte capable de survivre à ces assauts quotidiens n'est pas encore inventée ; c'est peine perdue que de se mettre en frais pour des ustensiles condamnés à une si courte carrière, et dont il était si simple de laisser le choix à l'improvisation de chacun. Il y aurait eu ainsi les boîtes luxueuses, ou simples, ou ingénieuses, ou primitives, et les propriétaires auraient pu se signaler par leurs boîtes à ordures, comme par leurs illuminations et leurs drapeaux le jour de la fête nationale. La boîte officielle a supprimé l'imprévu et paralysé les imaginations.

* * *

A la question des ordures était naturellement connexe la question des chiffonniers; cette agitation a fait découvrir que les chiffonniers sont très nombreux, très vertueux, et que l'intervention administrative en matière d'ordures réduit à la misère cette classe intéressante de travailleurs. C'est tout à fait regrettable, un chiffonnier privé de ses moyens d'existence étant plus digne de pitié que beaucoup de directeurs de sociétés financières.

N'a-t-on pas aussi invoqué l'hygiène à l'appui de cette radiation des chiffonniers, et allégué qu'ils exercent un métier insalubre, dangereux pour eux-mêmes, pour les quartiers qu'ils habitent et pour leur voisinage? L'hygiène peut donc se rassurer et ne plus rien craindre des chiffonniers, puisqu'ils ne se livrent plus ni à leur funeste industrie ni à aucune autre.

©BIU Santé

ou du typhus pneumonique de l'espèce bovine est sans valeur, à moins d'invoquer l'identité de toutes les formes de pneumonie, et conséquemment de se mettre en contradiction avec l'observation clinique et anatomo-pathologique.

Faut-il, par contre, voir dans ces microcoques l'effet et non la cause de la maladie, ou déclarer en quelque sorte que le pneumonique est un favorable terrain de culture, — presque un terrain de choix, — pour l'évolution de ces microbes? Mais alors on se met en contradiction avec d'indéniables faits que des observateurs de haut talent viennent d'enregistrer. Considérerait-on ces micro-organismes comme des agents d'irritation fibrinogène, provoquant la pneumonie fibrineuse et à l'occasion des pleurésies, des laryngites, des trachéo-bronchites, des néphrites ou des méningites? Ce microbe n'est plus, dans ce cas, l'agent pathogène spécifique de la pneumonie, il perd de ses vertus et de sa puissance.

Arrêtons-nous ici; ce domaine d'hypothèses est bien vaste, on s'y égarerait trop facilement. D'une part nier l'importance des recherches précédentes serait un déni de justice qu'un conservateur à outrance commettrait seul. D'autre part, en novateurs enthousiastes, exagérer leur valeur serait faire du microbe l'alpha et l'oméga de la pathogénie médicale presque toute entière, et bouleverser les doctrines classiques de l'étiologie des maladies aiguës. Le médecin impartial peut mieux faire, il me semble, à l'heure actuelle, en recueillant, enregistrant et contrôlant ces faits. Il évitera ce reproche que souvent on lui adresse à tort, et qu'un botaniste, M. Léo Errera, reproduisait l'autre jour encore devant la Société royale de Belgique, où à propos du bacille de la tuberculose il s'écriait, avec plus de lyrisme que de vérité : « Est-ce que vraiment les hommes de l'art seraient si rarement des hommes de science? »

Ch. E.

De la préparation des bacilles de la tuberculose (1),

Par le Dr Armand Siredey, chef du laboratoire d'histologie de l'amphithéâtre des hôpitaux.

On sait que la recherche du *bacille de la tuberculose* est basée sur l'affinité toute spé-

(1) Beaucoup de lecteurs, frappés de l'importance que paraît avoir aujourd'hui, pour

---

En réalité, leur travail sur les tas d'ordures était plutôt bienfaisant, puisqu'ils en retranchaient précisément les résidus les plus nuisibles au point de vue de la fermentation et du développement des miasmes, c'est-à-dire les os et les matières grasses. Le passage des chiffonniers amenait donc une épuration et presque un assainissement des ordures ménagères; il les retournaient, les étalaient un peu, les exposaient à l'air sur une plus grande surface, et atténuaient ainsi le commencement de décomposition qui se fera dans les boites comme dans des creusets *ad hoc*.

Comme mesure hygiénique, la suppression de la hotte et du crochet n'est donc qu'un raffinement tant soit peu byzantin, et dont le principal bénéfice ne paraît pas devoir revenir à la santé publique.

***

Les chiffonniers n'étaient pas les seuls à vivre des déchets des ménages parisiens; ils avaient, pour l'exploitation des tas d'ordures, des auxiliaires, sinon des concurrents, dont je veux aussi plaider la cause. Ce sont les chiens qui y prélevaient leur part avec discernement et simplifiaient ainsi la composition du mélange. Pour les chiens d'humble condition, le tas d'ordures était la table mise tous les matins avec un menu varié et, tout en se régalant, ils faisaient là de l'hygiène sans le savoir; on sait qu'à Constantinople, cela ne se passe pas autrement. Même pour les chiens mieux partagés, ayant leur soupe trempée deux fois par jour, un petit tour furtif devant la porte était encore un extra fort apprécié, et c'est dommage de les priver de ces aubaines. Ils marchaient si fièrement, en remuant la queue, quand ils avaient trouvé quelque morceau de choix, qu'ils allaient assujettir entre leurs pattes pour le dévorer à loisir!

C'est fini maintenant; adieu les têtes de raies et les arêtes de merlans; les chiens

©BIU Santé

ciale que présente ce parasite pour certaines matières colorantes appartenant à la série des *couleurs d'aniline*. Koch indique comme la caractéristique du bacille de la tuberculose les deux propriétés suivantes :

1° Le parasite de la tuberculose ne se colore que dans une solution alcaline.

2° Le bacille coloré dans ces conditions conserve sa coloration primitive alors même que la pièce aura été soumise à l'influence d'un nouveau réactif colorant.

La méthode de Koch comprenait donc deux colorations successives; elle a été modifiée surtout par l'adjonction d'une opération intermédiaire consistant à décolorer, après la première coloration, *tous les éléments autres que les bacilles*, avant de faire agir sur la préparation une nouvelle matière colorante.

Tous les essais qui se sont succédé depuis reposent sur le même principe. Nous n'avons pas l'intention de les passer tous en revue : on en trouvera une exposition complète dans un travail présenté par M. Vignal (1) à la Société de biologie au mois de mai 1883. Il existait à cette époque environ 13 méthodes de coloration des bacilles; leur nombre s'est accru depuis, car plusieurs détails ont été modifiés.

On devra également consulter sur ce sujet la récente publication (2) de M. le professeur Cornil et de M. Babès, le Manuel (3) de Bizzozero, l'importante communication (4) de M. le professeur Germain Sée à l'Académie de médecine, et enfin la thèse de notre distingué collègue et ami le docteur Cochez (5). C'est à ce dernier travail que nous empruntons une grande partie des détails qui vont suivre.

Nous nous contenterons d'exposer ici le procédé connu sous le nom d'Ehrlich-Weigert; il a l'avantage d'être à la fois applicable aux tumeurs et aux tissus anatomiques. C'est d'ailleurs le plus communément employé en France, et c'est sur cette méthode que se sont appuyées la plupart des recherches que nous venons de citer.

le diagnostic des affections pulmonaires, la recherche des bacilles tuberculeux, nous ont demandé un article où fût exposée, d'une façon précise et élémentaire, la technique de leur préparation. Le présent travail répond au désir qu'on a bien voulu nous exprimer, et que nous sommes heureux de satisfaire.

(1) Vignal. *Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 19 et 26 mai 1883.

(2) Cornil et Babès. *Bullet. Acad. médecine* et *Journal de l'Anatomie*, juillet-août 1883.

(3) Bizzozero. *Manuel de microscopie clinique.*

(4) G. Sée. Acad. de médecine, décembre 1883.

(5) A. Cochez. *Recherche du bacille de la tuberculose dans les produits d'expectoration.* (Thèse de Paris, 1884.)

---

tourneront mélancoliquement autour des boîtes, dont il leur sera impossible d'explorer le contenu sans une gymnastique difficile et probablement interdite par les règlements.

* * *

Il est bien entendu que je suis seulement l'écho des plaintes entendues à droite et à gauche, et que personnellement j'approuve beaucoup l'arrêté du préfet de la Seine. Seulement, je le trouve incomplet, très incomplet même, et je me propose de le parfaire, comme vous allez voir.

Deux boîtes sont tout à fait insuffisantes et n'aboutissent qu'à un triage sommaire de nos ordures. Il faut pousser l'idée jusqu'au bout, et les soumettre à un classement méthodique. Par exemple, je trouve déplorable et par trop primitif que les trognons de choux, étant de la famille des crucifères, cohabitent dans une seule et unique boîte avec les feuilles d'artichaut, de la famille des composées, et les cosses de pois, qui sont des légumineuses. De même les carapaces de homards, en leur qualité de crustacés, peuvent se trouver froissées d'être confondues pêle-mêle avec les coquilles d'huîtres et de moules, qui sont de simples mollusques. Il y a quelque chose de choquant dans cette promiscuité qui bouleverse la hiérarchie des épluchures, et sent la négligence et le désordre.

Pour y remédier, chacun devra se munir d'un assortiment de boîtes, en nombre suffisant, dans lesquelles les ordures seront séparées suivant une classification logique, comme les plantes dans un herbier ou les minerais dans une collection. Voilà qui serait correct, précis, réglementaire, et élèverait enfin le service des ordures au niveau qu'il doit atteindre dans une ville comme Paris. L'arrêté du préfet de la Seine n'est pas moins un acheminement notable vers l'esthétique et la codification des ordures.

©BIU Santé

Les réactifs employés dans la méthode d'Ehrlich sont au nombre de trois, en rapport avec les trois opérations que nous avons déjà signalées. Ils comprennent :

A. Une couleur d'aniline en solution alcaline, pour colorer les pièces.
B. Un réactif destiné à décolorer les éléments autres que les bacilles.
C. Une nouvelle matière colorante pour le fond des préparations.

A. La matière colorante comprend nne solution alcoolique de fuchsine ou de violet de méthyle et une base alcaline mélangées dans des proportions déterminées.

Ce réactif ne se trouve pas tout préparé dans le commerce : d'ailleurs, comme il s'altère très rapidement, on doit le renouveler fréquemment, il serait même préférable d'avoir constamment des solutions fraîches. On prépare les deux solutions séparément :

α) La base alcaline est la phénylamine ou aniline, que l'on appelle communément huile d'aniline en raison de sa consistance.

Cette substance brunit rapidement à la lumière, aussi doit-on la conserver dans un flacon coloré. La solution se prépare en ajoutant à de l'eau distillée quelques gouttes d'huile d'aniline jusqu'à saturation. On agite violemment pour activer le mélange, et on cesse quand il reste un excès d'huile qui ne se mélange plus à l'eau. Cette solution se fait à peu près dans la proportion de 3 parties d'huile d'aniline pour 100 parties d'eau. Pour enlever l'excès d'huile, on fait passer la solution sur un filtre mouillé qui retient les gouttelettes huileuses.

β) Il suffit de préparer comme matière colorante une solution *alcoolique concentrée* de fuchsine, de violet de méthyle ou d'une autre couleur d'aniline que l'on fait passer sur un filtre ordinaire non mouillé.

On mélange alors les deux solutions dans la proportion suivante :

Solution aqueuse saturée d'huile d'aniline.	100
Solution alcoolique saturée de fuchsine ou de violet.	11

B. Le réactif décolorant le plus habituellement employé est celui de Balmer et Frœntzel qui se compose de 1 partie d'acide azotique et de 3 parties d'eau.

C. Enfin le second réactif colorant comprend une couleur quelconque d'aniline en solution aqueuse faible. Ce réactif étant destiné à colorer le fond des préparations, il faudra toujours choisir une couleur qui fasse ressortir celle que l'on a employée pour le bacille. C'est-à-dire que si la première solution (A) était composée de fuchsine, colorant les bacilles en rouge, on aura recours au bleu de méthylène pour la deuxième solution (C). Si, au contraire, on a coloré les bacilles en bleu par le violet de méthyle, on emploie pour le fond de la préparation la vésuvine qui colore en brun, ou la fuchsine qui colore en rouge. Tout l'artifice consiste à choisir *un fond sur lequel se détache vivement la coloration des bacilles*.

Il nous reste maintenant à étudier le manuel opératoire : bien qu'il reste sensiblement le même, nous devons envisager successivement la préparation des tissus et celle des humeurs.

I. — La recherche des bacilles dans les humeurs est surtout celle qui est utilisée cliniquement depuis la découverte de Koch.

Il n'y a rien de spécial à signaler pour ce qui concerne la façon de recueillir les crachats, le pus, les matières alvines, etc., dans lesquels on veut chercher la présence des parasites. On peut les conserver dans un tube, dans un verre de montre, entre deux lames de verre, ou même sur une seule lame de verre qu'on laisse sécher.

Il n'est pas nécessaire que les produits soient frais et examinés sur-le-champ. Cochez a pu étudier des crachats desséchés, conservés pendant plusieurs semaines sur des linges. Il suffit dans ce cas de les ramollir légèrement au contact de l'eau tiède ou de la vapeur d'eau, et de les gratter en évitant d'entraîner avec eux, des filaments du linge qui encombrent et obscurcissent les préparations. La seule précaution à prendre, c'est de se servir de vases *parfaitement propres* et ne contenant plus aucune *trace des produits tuberculeux qui auraient pu y être déposés antérieurement à ceux que l'on se propose d'examiner*.

On choisit de préférence dans les crachats les flocons purulents, opaques (ce sont, d'après Cochez, les parties les plus riches en parasites), et on en transporte de petits fragments gros comme une tête d'épingle, à l'aide d'une aiguille préalablement flambée sur une lame de verre parfaitement propre. On peut alors dissocier le muco-pus ou l'écraser légèrement sous une lamelle de verre. Le plus ordinairement on l'écrase entre deux lamelles de verre que l'on sépare ensuite et il en reste à la surface de chacune d'elles une quantité suffisante pour l'examen.

©BIU Santé

On présente ensuite, à plusieurs reprises, la lamelle à la flamme d'une lampe à alcool de façon à coaguler les matières albuminoïdes et à les fixer au verre, puis on la dépose dans un verre de montre contenant la première solution colorante (A).

Rindfleisch admet que la coloration peut être complète après une demi-heure si l'on prend soin de maintenir le liquide colorant à la température de 40°. Mais, à la température ordinaire, il vaut mieux laisser les pièces dans la matière colorante pendant 12 ou 24 heures. Au bout de ce temps on retire les lamelles avec une pince et on les plonge dans le réactif décolorant (B), c'est-à-dire dans une solution d'acide nitrique au tiers, et on l'y maintient en l'agitant doucement jusqu'à ce que la décoloration soit *à peu près complète* ; on ne peut pas fixer un temps précis pour cette opération, il faut que la couleur primitive ait à peu près disparu sur toute la surface de la préparation.

Puis on lave à plusieurs reprises les lamelles dans l'eau distillée de façon à enlever l'acide nitrique.

On pourrait s'en tenir là et procéder à un examen des produits après ces deux premières opérations, mais les bacilles étant seuls colorés, il existe une très grande difficulté de mise au point, et leur étude ne pourrait être faite que par un observateur parfaitement habitué à ce genre de recherches.

Aussi vaut-il mieux colorer le fond de la préparation. On plonge alors durant 10 à 15 minutes la lamelle dans le deuxième réactif colorant (C) dont le choix doit être subordonné à la coloration du bacille ainsi que nous l'avons indiqué.

On dessèche la pièce en approchant à plusieurs reprises la lamelle d'une lampe à alcool, après avoir essuyé la face qui ne contient pas de crachat.

Enfin on dépose sur la surface de la préparation une goutte d'essence de girofle pour l'éclaircir, puis on la monte dans le baume de Canada dissous par la térébenthine, et la pièce ainsi préparée peut se conserver longtemps.

II. — S'il s'agit de pièces anatomiques (fragments de poumon, d'intestin, etc.), on doit se servir de pièces fraîches que l'on durcira par les procédés ordinaires, en ayant soin, toutefois, de ne pas se servir d'acide picrique qui détruirait les parasites, ou de liqueur de Muller. Les liquides les plus favorables pour conserver les pièces dans lesquelles on veut rechercher des bacilles sont l'alcool ordinaire et l'acide chromique à 1/1000e. Encore faut-il éviter de les y laisser séjourner plus de vingt-quatre ou trente-six heures. On éloignera plus sûrement les causes d'erreur en durcissant directement les pièces dans l'alcool absolu.

On choisira, pour la recherche des bacilles, des coupes très fines qui seront plongées, sans les soumettre à la flamme, dans le premier réactif colorant (A) pendant vingt-quatre heures, puis agitées dans l'acide nitrique au tiers, lavées dans l'eau distillée et plongées dans la deuxième solution colorante (C), ainsi qu'on a fait pour les crachats.

Au sortir de cette solution, on déshydrate les pièces en les laissant séjourner dans l'alcool ordinaire, puis dans l'alcool absolu; on les éclaircit par l'essence de girofle, et enfin on les monte, comme les précédentes, dans le baume de Canada dissous par la térébenthine.

Les divers procédés qui ont été imaginés ne diffèrent que par quelques modifications de celui que nous avons décrit. Mais la méthode d'Ehrlich-Weigert est applicable dans tous les cas pour les tissus et pour les humeurs, et elle suffit pour démontrer nettement la présence ou l'absence des bacilles.

Quant à l'étude des pièces ainsi préparées, elle se fait facilement avec tous les microscopes qui sont employés journellement pour les recherches histologiques. Il n'est pas nécessaire d'avoir recours aux objectifs à immersion. On distingue parfaitement les bacilles avec l'objectif n° 7 et l'oculaire n° 1 des microscopes de Vérick.

Avec l'objectif 6, on commence à les distinguer, mais difficilement. C'est l'objectif 8 qui les montre dans leur plus grande netteté. Il suffit, en résumé, d'un grossissement de 300 à 500 diamètres pour les étudier facilement.

On peut augmenter l'éclairage en ayant recours au condensateur Abbé (1), qui a pour but de concentrer les rayons lumineux sur la lame porte-objet. Mais on peut, dans une certaine mesure, suppléer à ce perfectionnement par un petit artifice: il suffit de placer une goutte d'eau distillée à la face inférieure de la lame porte-objet au niveau du diaphragme de la platine du microscope. On obtient ainsi un éclairage suffisant.

(1) V. Bizzozero. *Manuel de microscopie clinique.*

©BIU Santé

Les bacilles apparaissent sous la forme de petits bâtonnets très grêles, légèrement acuminés aux deux extrémités, toujours immobiles. Leur longueur est de 2 μ à 6 μ, c'est-à-dire qu'elle varie de la moitié à la totalité du diamètre d'un globule sanguin.

Lorsque la technique a été irréprochable, il est facile de reconnaître la présence des bacilles. Les autres parasites qui peuvent se rencontrer sur la langue et sur le trajet des voies aériennes ne conservent pas la coloration primitive comme le fait la bacille, dont ils diffèrent d'ailleurs absolument par leur forme et par leurs dimensions beaucoup plus considérables. Il n'y a même pas lieu de faire le moindre rapprochement entre ces divers parasites. Le seul qui ait quelque analogie avec le bacille de la tuberculose est le parasite de la lèpre; il se colore comme lui dans les solutions alcalines, mais on peut aussi le colorer par le procédé de Weigert, c'est-à-dire par diverses solutions auxquelles le bacille de la tuberculose reste réfractaire. On peut dire que presque toutes les causes d'erreur tiennent à la technique, si on laisse de côté celles qui peuvent dépendre d'une négligence dans la façon de recueillir ou de conserver les produits.

Ces erreurs peuvent être imputables aux divers temps de l'opération.

S'il y a insuffisance de coloration primitive, les bacilles à peine colorés seront difficilement reconnaissables. Mais cet écueil est sûrement évité si l'on prend soin de laisser les pièces pendant vingt-quatre heures dans la solution (A). On a plutôt à redouter l'insuffisance de la décoloration; si les lamelles n'ont pas été suffisamment maintenues dans l'acide nitrique au tiers les fragments de cellules épithéliales, quelques granulations de matière colorante, présentent une couleur analogue à celle des bacilles et empêchent de les distinguer aussi facilement.

L'excès de décoloration n'est pas à redouter si la coloration primitive a été suffisante.

Enfin, si la deuxième solution (C) est trop concentrée, les préparations seront sombres et les éléments peu distincts. L'écueil sera plus grand encore si par un choix malheureux, la seconde solution (C) ne tranche pas sur la première (A).

Ajoutons que toutes ces préparations doivent être faites avec le plus grand soin; il faut éviter de laisser à la surface de la préparation des poussières ou divers débris dont l'accumulation peut masquer les bacilles.

Enfin, il est indispensable que les réactifs soient de bonne qualité; des solutions impures ne donneraient pas les réactions caractéristiques.

Le mélange colorant (A) doit être renouvelé très souvent, et tout au moins filtré au moment de l'employer, sur un filtre mouillé, de façon à éliminer l'excès d'huile d'aniline et les fragments de cristaux qui ont pu précipiter.

Mais alors même que la technique a été irréprochable, que l'on s'est servi d'un bon microscope et de grossissements suffisants (obj. 7 ou 8 Vérick), il ne faut pas oublier que plusieurs causes d'erreur peuvent tenir à l'observateur.

Il existe pour cette étude une réelle difficulté de mise au point, et il faut quelquefois de longs tâtonnements pour arriver à distinguer des éléments aussi ténus. C'est là un écueil qu'on ne parvient à surmonter qu'après des tentatives répétées. Il n'est pas nécessaire d'être un micrographe consommé pour savoir reconnaître les bacilles de la tuberculose, mais il faut une certaine habitude pour se livrer à ces recherches, et pour ceux-là même à qui l'usage du microscope est très familier, il faut un certain apprentissage pour entreprendre cette étude avec fruit.

BIBLIOTHÈQUE

THÉOPHRASTE RENAUDOT, d'après des documents inédits, par G. GILLES DE LA TOURETTE. Paris, E. Plon ; 1884.

L'homme sur lequel notre jeune confrère vient d'attirer l'attention du public lettré était une des intelligences les plus remarquables du dix-septième siècle, qui en a tant produit. Médecin, en lutte avec la Faculté, savant, avec les ignorants, honnête homme, et les intrigants de toute catégorie, il n'en parvint pas moins à fonder en France trois des plus puissants instruments du progrès humanitaire et démocratique : le journalisme, la publicité commerciale, les monts-de-piété. Ajoutons à cela l'institution des consultations charitables pour les pauvres malades et l'enseignement libre et expérimental. Si nous nous reportons à l'époque où Renaudot mit à exécution ses idées sur les questions que nous venons d'énumérer, c'est-à-dire au commencement du règne de Louis XIII, on comprend quelles luttes il a eu à soutenir, et l'on se demande même comment il n'a

©BIU Santé

pas été brûlé comme son compatriote Urbain Grandier. C'est qu'il était protégé par la grande puissance d'alors, Richelieu.

De nos jours, Renaudot, cet homme qui devançait ses contemporains d'un siècle, est presque oublié ; à peine quelques érudits connaissent-ils son nom comme journaliste, mais le rôle immense qu'il a joué comme artisan du progrès, les services qu'il a rendus aux gueux de son temps, pour employer son expression, sont lettres mortes. M. Gilles de la Tourette a pensé faire une œuvre bonne et utile en demandant justice pour un homme dont toute la vie a été consacrée au soulagement des malheureux et qui n'a recueilli comme récompense que la plus noire ingratitude. Il a donc raconté la vie de cet homme, l'origine de ses idées, leur mise à exécution, ses luttes ; mais pour donner plus d'attrait à son récit, il a fait en même temps l'histoire des relations de son héros et un peu de son époque, à l'aide de papiers de famille et de manuscrits précieux.

Nous savons personnellement toute la peine que l'auteur s'est donnée pour remonter aux sources et ne citer que des documents de première main, nous avons constaté combien la lecture du livre était intéressante, et nous ne doutons pas que le plaidoyer présenté par M. Gilles de la Tourette en faveur de Théophraste Renaudot n'attire sur son client toutes les sympathies. Obtiendra-t-il pour lui une statue à Loudun ? Oui, si cela ne dépendait que de moi. Mais je n'ai guère de crédit auprès de ceux qui distribuent ce genre de récompense, et tout ce que je puis faire, c'est de recommander chaudement la lecture du livre de M. Gilles de la Tourette. Cela, je le fais bien volontiers.

L.-H. Petit.

COURRIER

Nous apprenons avec le plus vif plaisir que notre ami, M. le docteur Lubanski, vient d'être nommé professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Administration générale de l'assistance publique a Paris. — Concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 10 mars 1884, à une heure précise, dans l'Amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration depuis le samedi 2 février jusqu'au samedi 16 février inclusivement, de onze heures à trois heures.

Nécrologie. — Nous recevons la douloureuse nouvelle de la mort subite de M. le docteur A. Fabre, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille.

Le professeur A. Fabre appartenait à la famille d'un armateur marseillais ; son frère est le président de la chambre de commerce de cette ville.

Né le 11 décembre 1836, M. Fabre occupait une place au premier rang parmi les praticiens les plus distingués de Marseille. Bon, modeste, infatigable, il comptait comme amis tous ceux qui avaient eu recours à ses lumières et à sa science. Au lit des malades comme dans sa chaire, le praticien et le professeur savaient gagner la sympathie de son auditoire et inspirer une respectueuse admiration à ses élèves.

Rentré chez lui, vers sept heures du soir, notre regretté confrère ressentit un certain malaise, et, à cinq heures du matin, il expirait.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Morel (de Nancy).

Almanach général de médecine et de pharmacie. — *Errata :* C'est par erreur que le domicile de M. le docteur Desnos père a été indiqué avenue Victoria, 9. M. Desnos n'a pas quitté son ancien domicile, rue du Pré-aux-Clercs, 18.

M. le docteur Bernard, de Cannes, nous prie d'annoncer que c'est par suite d'une erreur typographique qu'il figure dans notre almanach comme officier de la Légion d'honneur ; nous déférons avec empressement à son désir.

Nous croyons être utile à nos lecteurs en rappelant les propriétés si remarquables et l'action rapide de l'**Elixir chlorhydro-pepsique Grez** dans les dyspepsies et l'anémie.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

©BIU Santé

Sommaire

I. DUJARDIN-BEAUMETZ : Note sur un cas de dilatation de l'estomac combinée de ténanie généralisée. — II. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie des sciences. — Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — Société de médecine de Paris. — III. THÉRAPEUTIQUE. — IV. COURRIER.

Note sur un cas de dilatation de l'estomac combinée de tétanie généralisée

Lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 26 octobre,

Par MM. DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin des hôpitaux, et W. ŒTTINGER, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société médicale des hôpitaux, au nom de M. Œttinger et au mien, une curieuse observation de dilatation de l'estomac.

Depuis que l'attention du public médical a été récemment attirée sur les affections de l'estomac par l'observation de la maladie d'un illustre personnage, depuis surtout que la chirurgie moderne se propose d'intervenir dans les maladies stomacales, tous les faits relatifs à un pareil sujet ont pris une grande actualité; aussi, avons-nous pensé que la relation du cas que nous avons eu l'occasion d'observer dans tous ses détails offrirait quelque intérêt et que les pièces anatomiques qui l'accompagnent sont dignes de notre attention.

Voici, tout d'abord, l'observation de notre malade :

Dilatation de l'estomac. — Sténose pylorique. — Tétanie généralisée. — Mort. — Autopsie. — Dans le courant du mois de mai 1883 entre, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, un nommé B... (Pierre), âgé de 46 ans. Sans antécédents héréditaires particuliers à signaler, il ne se rappelle pas avoir jamais été malade avant de souffrir de l'affection particulière qui l'engage à entrer à l'hôpital. Il nie tout antécédent alcoolique, et nous ne trouvons pas en effet, chez lui, de symptômes bien nets pouvant dépendre de cette intoxication.

Depuis quatre à cinq ans, mais il ne peut préciser la date, car sa maladie a débuté d'une façon progressive, il a été sujet à des troubles digestifs ; au début, il éprouvait une certaine lenteur dans la digestion, ressentait fréquemment des pesanteurs stomacales, puis survinrent des renvois d'odeur fétide qui, parfois, s'accompagnaient de vomissements de matières alimentaires mal digérées. Ces troubles, d'abord peu accusés, augmentèrent insensiblement d'intensité, et les vomissements devenant de plus en plus fréquents, il entra à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Huchard, dans le courant de l'été dernier. Il fut traité là par des lavages stomacaux et sortit après deux mois de séjour considérablement amélioré.

Peu de temps après sa sortie de l'hôpital, il reprit son régime ordinaire : aliments, vin, etc., et, de nouveau, tous les troubles digestifs réapparurent: renvois, dyspepsie, gastralgie, puis vomissements fréquents et presque continuels; des vomissements survenaient presque après chaque repas, deux ou trois heures en général après l'ingestion des aliments, quelquefois plus tard encore; parfois, il vomissait les aliments qu'il avait pris vingt-quatre ou quarante-huit heures auparavant. Tous ces accidents s'aggravant, il entra à l'hôpital Saint-Antoine le 8 mai 1883. Nous constatons, à sa rentrée, que tous les troubles digestifs dont il se plaint sont, en effet, accusés au plus haut degré; il est très amaigri et présente un véritable facies abdominal. Ses forces ont beaucoup diminué, son caractère s'est altéré.

A l'examen, nous constatons que les principaux viscères ne présentent rien d'anormal; rien de particulier à noter à l'auscultation du cœur et des poumons; la sécrétion urinaire est normale; pas d'albumine ni de sucre dans les urines. Le foie est de volume normal. La cavité stomacale est, par contre, atteinte d'une dilatation considérable ; le moindre mouvement du malade produit un bruit de clapotement qu'on fait naître également par la pression méthodique avec les deux mains de la région épigastrique et abdominale; on réveille même de temps à autre des contractions péristaltiques de la tunique musculeuse de l'estomac, et cet organe se dessine alors d'une façon bien nette sous les

©BIU Santé

parois abdominales; il nous semble dilaté au point de descendre à quatre ou cinq travers de doigt environ au-dessus du pubis.

On institue un traitement méthodique par les lavages quotidiens, le régime lacté et l'introduction dans l'estomac, après chaque lavage, d'une certaine quantité de poudre de viande délayée dans du lait.

Durant les premiers jours qui suivirent ce traitement, les vomissements persistèrent, mais moins fréquents et, grâce à cette médication et au régime concomitant, ils finirent par disparaître complètement pour ne se montrer de nouveau que de temps à autre au moindre écart du régime, quelquefois même, mais exceptionnellement, ils se montraient sans cause appréciable. Le malade se lave l'estomac lui-même avec la plus grande facilité et le soulagement qu'il en éprouve est si grand qu'il demande et obtient l'autorisation de pratiquer deux lavages quotidiens, matin et soir.

Dans le courant d'août 1883, il fut pris sans cause appréciable d'un melaena assez abondant; pareil accident, disait-il, lui était arrivé deux ans auparavant. C'est en se fondant sur ce symptôme que nous avions pensé qu'il s'agissait probablement d'un ulcère duodénal cicatrisé et ayant produit consécutivement une sténose pylorique et une dilatation de l'estomac. Très sujet à la constipation, il était obligé de recourir à des lavements journaliers pour vider son rectum.

Dans le courant de septembre, il se trouve si amélioré qu'il demande un congé de convalescence, il part pour l'asile de Vincennes le 24 septembre, engraissé considérablement, ne vomissant plus, bien portant. Les tiraillemnets et douleurs qu'il éprouvait dans la région épigastrique avaient beaucoup diminué depuis l'usage continu d'une ceinture abdominale élastique. Il se remet à Vincennes à son régime ordinaire, aliments et vin, etc., et discontinue les lavages.

Le 8 octobre, il rentre de nouveau à l'hôpital Saint-Antoine très souffrant; il est très amaigri et fatigué par les vomissements qui sont de nouveau réapparus et sont devenus très fréquents; il vomit tout ce qu'il prend, dit-il; depuis huit jours il a une diarrhée abondante et, il y a deux ou trois jours, il a eu un melaena mais très peu abondant; c'est pendant son séjour hors de l'hôpital qu'il se serait servi de pilules purgatives suisses dans l'espérance de se soulager et pour éviter la constipation qui lui est habituelle.

Dès son retour, il reprend les lavages bi-quotidiens. Potion au bismuth et au laudanum.

Amélioration légère les jours suivants.

11 octobre. — La diarrhée a cessé, les vomissements sont moins fréquents.

14 octobre. — Le malade a été pris le matin, sans cause appréciable, de fourmillements dans les mains et dans les pieds, puis de véritable contracture des mains qui prennent l'attitude de la tétanie classique; raideur dans les membres inférieurs et dans les pieds qui sont cependant moins contracturés que les extrémités supérieures. Léger trismus. Tous ces accidents n'ont guère duré que 20 à 30 minutes puis ont cessé pour faire place à une fatigue et une lassitude extrêmes; sensation d'engourdissement dans tout le corps. Nous n'avons pas constaté d'hyperesthésie au niveau des parties contracturées. C'est à ce propos que le malade nous raconte qu'il y a six à sept mois environ, il a été pris d'accidents analogues, mais qu'ils étaient bien moins accusés et n'avaient duré que quelques minutes.

15 octobre. — Pas de crises nouvelles, mais engourdissement, fatigue, douleurs généralisées et courbatures dans tous les membres.

Dans la nuit du 15 au 16 octobre, le malade a été pris de contractures généralisées et au matin nous le trouvons sur son lit, haletant, ne pouvant respirer, congestionné. Les mâchoires sont serrées, les yeux saillants hors de leurs orbites; le thorax est en inspiration, la respiration presque impossible. Les membres supérieurs sont contracturés dans la demi-flexion, les doigts sont fléchis à demi dans la paume de la main, le pouce est dans l'adduction et la flexion forcée. Les membres inférieurs sont également contracturés: les pieds dans l'extension forcée, les jambes en extension sur les cuisses. La température périphérique semble très abaissée, la peau est violacée, cyanosée.

Malgré un bain de vapeur rapidement administré, une injection hypodermique de morphine, il meurt dans cet état à une heure de l'après-midi.

Notons, en terminant l'observation clinique, un détail qui peut avoir une certaine importance au point de vue de la pathogénie des accidents tétaniques; à l'insu de la surveillante, mais d'après le dire de ses camarades de la salle où il se trouvait, notre malade avait été, dans les derniers temps de sa vie, et depuis sa rentrée à l'hôpital, fréquemment vu se faisant des lavages stomacaux qui lui procuraient un grand soulagement; il en aurait fait jusqu'à six ou sept par jour, choisissant le cabinet attenant à la salle pour n'être vu de personne.

©BIU Santé

Relation de l'autopsie pratiquée vingt-six heures après la mort. — Le cadavre est contracturé, et c'est avec difficulté que nous parvenons à vaincre la raideur des muscles des mâchoires et des membres.

Cavité crânienne. — Rien à noter du côté des enveloppes osseuses, ni des méninges; lorsque nous incisons la dure-mère, il s'écoule une quantité assez considérable, 20 à 30 grammes environ, d'un liquide clair et citrin; le tissu sous-arachnoïdien, la pie-mère sont le siège d'un œdème assez prononcé; pas de congestion des vaisseaux veineux de la pie-mère. Le tissu cérébral est plus mou qu'à l'état normal et le cerveau s'étale sur la table; notable quantité de liquide dans les ventricules latéraux. Le cerveau, coupé dans tous les sens, ne présente rien à noter, si ce n'est la diffluence sur laquelle nous avons insisté. Rien dans le mésocéphale ni dans le bulbe; la *moelle* est également saine.

Cavité thoracique. — Les poumons sont congestionnés, présentent à leurs bords postérieurs quelques lobules emphysémateux; la seule lésion que nous ayons pu constater est la présence au sommet droit d'un petit noyau de matière tuberculeuse complètement crétacé. Le cœur, le péricarde, l'aorte, l'œsophage ne présentent rien de particulier.

Cavité abdominale. — Nous constatons un changement notable dans les rapports de l'estomac et, au premier abord, il nous est difficile d'en reconnaître les diverses parties. Ce viscère n'a plus sa forme habituelle; il est dilaté en bissac et présente des dimensions très considérables; d'une tubérosité à l'autre, et à l'état de vacuité, il présente une longueur de 36 centimètres. La grosse tubérosité se cache sous les fausses côtes gauches, tandis que la petite tubérosité descend très bas à droite de la ligne médiane jusqu'à 11 centimètres au-dessus du pubis. La portion pylorique, également dilatée, remonte sous le foie et donne à tout l'organe un aspect étrange.

Le foie est enlevé avec l'estomac et ses annexes de façon à conserver leurs différents rapports; c'est alors qu'on constate un peu en dehors de la portion pylorique, sur le duodénum lui-même, un resserrement très considérable de cette partie de l'intestin, qui n'a plus que les dimensions d'une plume d'oie environ. Ouvert suivant sa grande courbure, l'estomac nous présente les particularités suivantes : la muqueuse semble, dans toute son étendue, notablement épaissie; elle présente de nombreux plis transversaux qu'il serait permis de comparer à ceux que formerait une veine à colonnes. La couche musculaire est un peu amincie au niveau de la grosse tubérosité, mais elle semble épaissie, au contraire, au niveau de la région pylorique.

Le rétrécissement siège en dehors de l'orifice pylorique, à 1 centimètre 1/2 environ; à ce niveau, la muqueuse semble moins plissée, peut-être est-elle un peu fibreuse; mais, en tous cas, on ne constate pas de cicatrices bien nettes.

Le foie, la rate, le pancréas, l'intestin sont absolument normaux; aucune ulcération dans toute l'étendue du tube digestif.

Les reins sont normaux; notons toutefois un déplacement congénital du rein gauche, mais qui n'a pas d'importance dans le cas actuel.

La vessie, les uretères, la prostate sont sains.

Rien dans l'aorte abdominale, ni dans les veines iliaques.

Examen histologique. — La muqueuse de l'estomac a été préservée de l'altération cadavérique par une injection d'alcool au tiers dans la cavité de l'estomac faite peu de temps après la mort.

Les coupes ont été pratiquées avec le microtome Roy après congélation. Dans la muqueuse de l'estomac, nous avons constaté dans la plus grande étendue toutes les lésions de la gastrite chronique, altérations glandulaires, infiltration de cellules embryonnaires sous la couche glandulaire; celles-ci pénètrent entre les culs-de-sac des glandes, les dissocient presque. L'épithélium glandulaire ne semble plus avoir l'aspect normal, les cellules sont plus ternes, plus granuleuses; quant aux cellules de la partie superficielle du cul-de-sac glandulaire, elles ont changé de forme; le canal de la glande est élargi en certains points, atrophié, oblitéré en d'autres, et l'on peut constater ici et là comme de véritables petits kystes formés aux dépens du cul-de-sac glandulaire oblitéré à sa partie supérieure. La couche musculaire est à peu près normale, légèrement hypertrophiée dans la partie pylorique, mais l'épaississement de la paroi stomacale est dû surtout à l'infiltration embryonnaire de la couche sous-muqueuse et glandulaire; ces dernières lésions sont plus accusées au niveau de la portion pylorique et de la petite tubérosité.

Dans la partie du duodénum qui se trouve entre le rétrécissement et l'orifice pylorique, la couche sous-muqueuse est transformée en un véritable tissu fibreux qui fait adhérer intimement la muqueuse et la couche musculaire; celle-ci est parcourue par

©BIU Santé

quelques travées fibreuses qui dissocient en quelques points les fibres musculaires. La couche fibreuse envoie également des prolongements dans la muqueuse; ces prolongements englobent, enserrent entre eux les glandes de Brunner et ont en quelques points très limités complètement transformé la muqueuse; celle-ci ne présente que les altérations banales d'une inflammation chronique. Les coupes portant sur le point rétréci nous montrent à peu de chose près les mêmes lésions; à la partie inférieure de l'anneau rétréci, la couche musculaire a presque entièrement disparu et se trouve remplacée par une couche de véritable tissu fibreux formant des landes de tissu adulte; à la partie supérieure, la musculature est restée intacte.

On constate donc ici lès lésions générales d'une inflammation chronique, lésions locales plus accusées consistant en une transformation de la couche sous-muqueuse et même musculaire en tissu fibreux; glande de Brunner et muqueuse peu altérées.

(*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 janvier 1884. — Présidence de M. Rolland.

Il paraît que le titre d'académicien libre est aussi recherché à l'Académie des sciences qu'à l'Académie de médecine, et qu'il est aussi difficile ici que là de se mettre d'accord sur les candidatures.

La majeure partie de la séance de lundi a été occupée par l'élection laborieuse d'un membre libre en remplacement de M. de la Gournerie.

Dans un comité secret, fort long et fort agité, la commission, par l'organe de son Président, M. Blanchard, avait présenté la liste suivante :

En première ligne, M. le vice-amiral de Jonquières; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Cailletet, Haton de la Goupillière, E. Tisserand; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Blavier, Laussedat; en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Bischoffsheim, Trève.

Sur 66 votants, majorité 34, l'Académie distribue ses suffrages comme il suit :

M. Haton de la Goupillière obtient 18 voix; M. Tisserand, 13; M. de Jonquières, 12; M. Bischoffsheim, 10; M. Cailletet, 7; M. Trève, 6.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un deuxième tour de scrutin. Cette fois, M. Haton de la Goupillière obtient 26 voix; M. de Jonquières, 15; M. Tisserand, 11; M. Bischoffsheim, 8; M. Cailletet, 4; M. Trève, 2.

Il est nécessaire de procéder à un scrutin de ballottage entre les deux candidats qui ont obtenu le plus de voix, et le vote définitif donne 37 suffrages à M. Haton de la Goupillière et 27 seulement à M. le vice-amiral de Jonquières.

En conséquence, le premier est élu académicien libre.

Avant cette élection, M. le Secrétaire perpétuel avait déposé sur le bureau :

1° Au nom de M. Vinot, la dernière année parue du journal *le Ciel*;

2° Au nom de M. de Gasparin, correspondant, un mémoire sur la dissémination de l'acide phosphorique dans le sol;

3° Un travail anonyme sur la scarlatine, dont l'auteur demande le renvoi à la commission du prix Bréant.

Puis, il avait lu l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Maurice Lévy en remplacement de M. Brosse, décédé.

Sur l'invitation du Président, le nouvel académicien avait pris séance.

M. Jamin, de la part de M. Alward, rend compte d'observations qui ont été faites, avec le plus grand soin, au sommet du Puy-de-Dôme, depuis que se montrent dans le ciel, ces lueurs crépusculaires jusqu'à présent inexpliquées. Le jour où M. Alward a pris ses notes, il régnait un brouillard épais couvrant toutes les vallées, et dont la surface supérieure, nettement délimitée, ressemblait à une mer; les différents pics de montagne qui émergeaient de cette zone de nuages ressemblaient à des îles; — l'hygromètre, très bas, ne marquait que 27°. — Enfin, la température était de 7° plus élevée au sommet du Puy-de-Dôme qu'au pied de la montagne. C'est fort bien, mais cela n'explique rien.

M. le colonel Périer, au nom du ministre de la guerre, fait hommage à l'Académie des douze premières feuilles de la carte d'Algérie, commencée en 1867.

La carte est au 50 millième et comprendra 200 feuilles environ; on espère qu'elle sera terminée dans dix ans.

M. Hervé-Mangon communique le résultat des observations des troubles barométriques occasionnés par la catastrophe de Krocatoa. Ces observations, relevées à Berlin par M. Fürster et, à Paris, par M. Renou, indiquent que la vague atmosphérique a parcouru 28,500 kilomètres, avec une vitesse de 278 mètres par seconde, un peu moindre que la vitesse du son.

M. Faye ajoute que le retour successif des troubles notés aux baromètres enregistreurs donne à penser que l'ébranlement de l'atmosphère a fait deux ou trois fois le tour du globe.

M. le professeur Gosselin, en réponse à la communication faite par son collègue, M. Paul Bert, dans la dernière séance, présente quelques objections à l'emploi de l'appareil destiné à opérer le mélange des vapeurs de chloroforme et d'air. Cet appareil est peu maniable, lourd, volumineux, incommode, dispendieux. On ne peut s'en servir que dans des circonstances exceptionnelles. Pour la pratique usuelle, M. Gosselin estime que la méthode qui consiste à administrer le chloroforme à très petites doses en commençant, et avec des intermittences, n'offre aucun danger et suffit à toutes les indications. Il reconnaît, d'ailleurs, que M. Paul Bert a rendu un véritable service en précisant la petite dose de chloroforme qui est nécessaire et suffisante pour produire l'anesthésie.

M. Paul Bert remercie son maître, M. Gosselin, de la bienveillance de ses observations. Il convient qu'une partie des critiques dirigées contre son appareil sont justes. Mais cet appareil, en passe actuellement d'être modifié, répondra bientôt à tous les *desiderata* qui ont été formulés par les chirurgiens. M. Paul Bert insiste sur les avantages que présente la détermination exacte du mélange anesthésique, et il fait remarquer le vague qui préside à la méthode contraire. Ainsi M. Gosselin avoue qu'il donne, en général, 1 gramme et 1 gramme 1/2 de chloroforme au début. Eh bien, avec la méthode du mélange, on sait qu'il ne faut que trois gouttes de chloroforme pour un demi-litre d'air, quantité moyenne absorbée par chaque inspiration.

En résumé, si 8 grammes de chloroforme dans cent litres d'air suffisent toujours pour amener l'anesthésie, 7 grammes ne font rien; — si 10 grammes tiennent pendant deux heures les chiens dans l'insensibilité, 12 grammes les tuent en une heure. C'est quelque chose que d'avoir pu préciser avec cette rigueur le faible écart qui sépare les doses nécessaires et inoffensives des doses toxiques.

— A cinq heures, M. le Président déclare que l'Académie va se former en comité secret. Mais, au milieu du bruit et du mouvement qui se produisent alors, M. Debray annonce que M. Roblewski lui apprend, par télégramme, que l'hydrogène a été solidifié, et M. Richet présente un livre sur l'étude des phénomènes nerveux, dont nous dirons le titre et le nom de l'auteur dans notre prochain *Bulletin*. — M. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 janvier 1884. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire : Suite de la discussion sur l'opération dite d'Estlander.

M. Périer communique les résultats de deux opérations d'Estlander qu'il a pratiquées : Son premier malade, tardivement opéré, a succombé aux suites de la pleurésie purulente pour laquelle l'empyème avait été pratiqué plusieurs mois auparavant. Chez le second, six côtes ont été réséquées dans une étendue de 8 à 9 centimètres pour chacune d'elles; la cavité purulente contenait 750 grammes de liquide. Après l'opération, l'état du malade a été notablement et rapidement amélioré; la capacité de la poche purulente s'est réduite au point de contenir à peine 100 grammes de pus. Toutefois, il semble que depuis quelques jours le malade va un peu moins bien et que l'écoulement purulent a augmenté, avec coïncidence de symptômes fébriles.

M. Lucas-Championnière met sous les yeux de ses collègues les parties de la paroi thoracique qu'il a enlevées chez son malade, dont la santé générale est en voie d'amélioration croissante.

M. Monod donne lecture d'une letttre de M. le docteur Letiévant (de Lyon), d'après laquelle l'opération dite d'Estlander aurait été pratiquée par lui à Lyon, bien avant

©BIU Santé

l'époque où Estlander l'a exécutée en Allemagne. M. Letiévant croit devoir protester, au nom de la chirurgie française, contre la fausse attribution à un chirurgien étranger, de la priorité d'une opération d'origine française.

M. Marc Sée a pratiqué la résection des côtes à un individu qui avait subi depuis plusieurs mois l'opération de l'empyème et chez lequel persistait une fistule pleurale donnant lieu à une suppuration excessivement abondante qui épuisait le malade. L'opération a été suivie, du jour au lendemain, d'une amélioration notable de l'état du malade et d'une diminution considérable de l'abondance de la suppuration.

M. Trélat n'a jamais pratiqué l'opération d'Estlander, mais il a pu suivre les résultats d'opérations pratiquées dans son service, pendant son absence, l'une par M. Bouilly, l'autre par M. Monod, qui le remplaçaient. Il a constaté, chez ces deux malades, la persistance de fistules donnant issue à une suppuration plus ou moins abondante. La persistance de ces fistules lui paraît due à ce que les incisions libératrices, dans le procédé opératoire adopté par ces chirurgiens, reposent sur le foyer même de la suppuration; il croit que l'on aurait avantage à reporter ces incisions en dehors du champ opératoire, sur des parties saines et par cela même mieux disposées à la cicatrisation.

M. Monod partage entièrement l'opinion exprimée par M. Trélat; il a constaté chez son malade l'inconvénient signalé par son collègue; il doit ajouter, toutefois, que la sortie de l'hôpital et le transfèrement de ce malade à la campagne lui a été infiniment favorable, et que, depuis lors, son état s'est considérablement amélioré.

M. Verneuil trouve que l'observation des malades dont il s'agit n'est pas complète. Sans doute il est impossible de contester l'amélioration obtenue par les malades à la suite de l'opération; mais quelle est la vraie raison de cette amélioration? est-ce à l'opération d'Estlander qu'il faut l'attribuer, c'est-à-dire à l'influence de la disposition purement mécanique créée dans la paroi thoracique par cette opération? ou bien l'amélioration est-elle due simplement à ce qu'une large issue a été ainsi donnée à la suppuration? c'est ce qu'il est difficile de déterminer, car les observations présentent de véritables lacunes sur ce point.

M. Verneuil voudrait qu'il fût indiqué, dans ces observations, quelle était la distance des côtes avant l'opération, de quelle quantité elles se sont rapprochées après l'opération, et si, au moment de la guérison, elles s'étaient complètement rapprochées et mises au contact, afin de pouvoir déterminer ainsi quelle a été l'influence de ce rapprochement sur l'oblitération de la cavité purulente et sur la guérison.

M. Marc Sée répond qu'il a été parfaitement constaté que les extrémités réséquées des côtes s'étaient rapprochées du plan médian après l'opération et par conséquent que la cavité purulente s'était rétrécie. Chez le malade auquel il a pratiqué cette opération, M. Sée a évité d'ouvrir la cavité purulente; il a laissé la fistule intacte et a pratiqué en dehors d'elle les incisions par le moyen desquelles la résection des côtes a été effectuée; ce n'est donc pas à l'ouverture de la cavité, comme paraît le supposer M. Verneuil, que l'amélioration produite a été due.

M. Lucas-Championnière déclare que ce qui l'a le plus frappé chez son opéré, c'est la rapidité avec laquelle s'est comblée la vaste étendue de la cavité purulente dans laquelle une sonde se perdait tout entière quel que fût le sens dans lequel on la dirigeait; cette cavité, avant l'opération, recevait plus d'un demi-litre de liquide; après l'opération, cette quantité était réduite à une cinquantaine de centimètres cubes. C'est donc bien l'aplatissement mécanique de la paroi thoracique qui constitue le vrai mécanisme de la guérison dans l'opération d'Estlander.

M. Berger a le regret d'avoir à communiquer le premier cas véritablement malheureux de l'opération d'Estlander. Il s'agit, il est vrai, d'un malade arrivé à un état d'épuisement et de marasme tel que l'on pouvait prévoir, à bref délai, une terminaison funeste, mais chez lequel l'issue fatale a été évidemment hâtée par l'opération.

M. Berger a vu pour la première fois ce malade en novembre dernier, à Bicêtre, dans le service de M. Debove. C'était un homme de 30 ans, issu d'une famille tuberculeuse: la mère, un frère et une sœur avaient déjà succombé à la phthisie et, en ce moment, un autre frère se mourait de la même maladie. Lui-même, à l'âge de 13 ans, avait eu une bronchite grave, une pneumonie à 19 ans, plus tard une hémoptysie assez abondante, enfin une arthrite de caractère douteux.

Deux ans avant l'époque où M. Berger vit le malade pour la première fois, celui-ci avait contracté une pleurésie qui fut traitée en ville par les vésicatoires. Il avait été

ensuite admis à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Desnos qui lui pratiqua deux ponctions dont la première donna issue à de la sérosité transparente et la seconde à un liquide purulent.

Entré, finalement, à Bicêtre, dans le service de M. Debove, vers la fin de l'année 1882, il passa très péniblement l'hiver de 1882 à 1883, se releva un peu au printemps, puis, vers la fin de l'été il fut repris d'oppression, de toux, de fièvre ; il se nourrissait mal, avait complètement perdu l'appétit et ne pouvait plus supporter les poudres de viande qui, pendant un certain temps, avaient paru enrayer les progrès de la consomption et du marasme ; de 140 livres, son poids, depuis le début de la maladie, était descendu à 80 livres. La toux était fréquente, la cavité pleurale droite était complètement envahie par l'épanchement purulent ; du côté gauche, l'examen le plus attentif ne révélait aucun signe de tuberculisation au sommet du poumon. M. Debove qui, depuis le mois de septembre, songeait à l'opération de l'empyème, fit appeler M. Berger en consultation. Il fut convenu que l'empyème serait pratiquée et que, si l'opération ne donnait pas des résultats complètement satisfaisants, on aurait recours trois mois plus tard à l'opération d'Estlander.

M. Debove pratiqua donc l'empyème, au mois de novembre dernier, après deux ponctions préalables. L'opération donna issue à trois litres de pus ; les suites immédiates furent des plus favorables ; il n'y eut pas de fièvre et la suppuration se tarit dans des proportions considérables.

Les choses allèrent assez bien pendant quelque temps ; le malade reprenait de l'appétit et des forces ; mais vers la fin de l'année, la suppuration redevient de plus en plus abondante, la fièvre s'allume, la dyspnée augmente, l'appétit se perd, l'amaigrissement et le marasme font des progrès de plus en plus considérables, si bien que M. Berger qui avait pris le malade dans son service pour le mieux observer, jugea prudent de ne pas attendre les trois mois révolus pour pratiquer l'opération.

M. Joffroy, qui avait remplacé M. Debove à Bicêtre, examina le malade avec l'attention la plus scrupuleuse. Sauf un peu de submatité et de respiration rude au sommet du poumon gauche, il ne constata aucun signe manifeste de tuberculisation. Toutefois, l'inspection des crachats et du liquide purulent de la plèvre, à l'aide du microscope, révéla l'existence de nombreuses bactéries dans ces liquides. Les urines analysées ne contenaient pas trace d'albumine.

A la suite de cet examen, l'opération fut résolue et pratiquée en présence de M. Joffroy et avec l'aide de M. Bouilly. Les adhérences pleurales qui constituent un obstacle mécanique à la dilatation des poumons, et partant à la régularité de la respiration, sont une condition fâcheuse, ainsi qu'une triste expérience l'a trop bien démontré, pour la chloroformisation, et M. Berger n'était pas sans inquiétudes à ce sujet. Cependant le malade la supporta bien et fut endormi sans trop de difficultés. Toutes les précautions antiseptiques avaient d'ailleurs été prises.

Une double incision horizontale et verticale, passant par la fistule, découvrit les côtes qui furent réséquées par la méthode sous-périostée, dans une large étendue de 13 centimètres au maximum à 5 centimètres au minimum. Sept à huit côtes furent ainsi comprises dans l'opération qui se termina sans écoulement sanguin notable et sans autre accident.

La plaie fut soigneusement abstergée, la cavité purulente détergée par des injections de liquides antiseptiques, et une contre-ouverture pratiquée au niveau de la partie la plus déclive du champ opératoire.

L'opération avait, au total, duré une heure dix minutes, y compris la chloroformisation et le pansement.

Immédiatement après, le malade présenta tous les signes d'une grande dépression : pâleur extrême de la face, faiblesse très considérable de la respiration et du pouls, si bien que l'on crut devoir pratiquer, séance tenante, une injection d'éther.

A la suite de cette injection, le malade parut se ranimer quelque peu, il put prononcer quelques paroles; mais, quelques heures après, il se plaignit d'une faiblesse et d'une oppression croissantes; vers deux heures de l'après-midi on constata, à l'auscultation, dans le côté gauche de la poitrine, une grande abondance de râles ; finalement, le malade s'éteignit entre quatre et cinq heures du soir.

A l'autopsie, pratiquée le 19 janvier, vingt-quatre heures après la mort, en présence de M. Joffroy, on constata qu'il n'existait, dans le champ opératoire, ni épanchement sanguin ni aucune espèce de liquides. En regard de la perte de substance costale, dans la cavité thoracique droite, on pouvait voir que la plèvre avait été absolument respectée; le poumon droit était couvert de fausses membranes extrêmement épaisses; il était affaissé complètement le long des gouttières vertébrales et réduit, en quelque sorte, à

©BIU Santé

une simple lamelle de tissu fibreux dense, présentant dans son épaisseur quelques tubercules ayant subi la transformation caséeuse ou crétacée.

Le poumon gauche était sain dans toute l'étendue de son lobe inférieur; mais le lobe supérieur présentait, à son sommet, les signes évidents d'une pneumonie chronique accompagnée d'une infiltration de granulations miliaires d'origine récente; le cœur, le foie, les reins étaient absolument sains.

Après avoir relaté avec détails cette observation intéressante, M. Berger se demande quelle a été la vraie cause de la mort du malade. Il pense que l'affaiblissement extrême dans lequel il était tombé, par suite de l'épuisement produit par l'abondance de la suppuration et par la fièvre hectique (39°5 de température vespérale habituelle), épuisement qui faisait prévoir une terminaison funeste à brève échéance; que le choc opératoire, la longueur de la chloroformisation, l'étendue nécessaire du traumatisme chirurgical destiné à remédier à la vaste étendue de la surface pleurale droite, tout entière envahie par la suppuration, toutes ces causes réunies ont dû contribuer à la terminaison funeste si rapide observée à la suite de l'opération.

Mais n'eût-il pas mieux valu s'abstenir en pareil cas? Sans doute, s'il avait été possible de soupçonner l'état du poumon droit et de prévoir que cet organe serait absolument incapable, une fois l'opération faite, d'aller au devant, pour ainsi dire, de la rétraction de la paroi thoracique, maintenu qu'il était par des fausses membranes épaisses et transformé, en quelque sorte, en une lamelle fibreuse, dense et non susceptible de dilatation, sans aucun doute, le chirurgien n'eût pas manqué de s'abstenir.

Mais il n'avait pas été possible, par l'examen le plus minutieux et le plus attentif, de reconnaître cet état du poumon, ni d'apprécier l'immense étendue de la surface suppurante. Enfin, la présence des bacilles de la tuberculose, révélée par le microscope dans les crachats et dans le liquide pleural, aurait pu détourner de toute intervention; mais les résultats de l'examen de la poitrine par la percussion et l'auscultation n'avaient point paru confirmer ceux de l'examen microscopique, sans quoi il eût été absolument contre-indiqué d'opérer un malade atteint de tuberculose confirmée.

M. Berger examine ensuite la question de l'incompatibilité de l'existence des fistules pleurales avec la vie, ou même avec la santé relative des malades, ainsi que la question de l'efficacité de l'opération d'Estlander, mise en doute par plusieurs chirurgiens.

D'après les recherches statistiques, les fistules pleurales seraient extrêmement fréquentes à la suite de l'opération de l'empyème, et comprendraient 23 p. 100 des cas. Elles peuvent être considérées comme définitivement établies, en général, lorsque trois mois se sont passés après l'opération, sans que la cicatrisation se soit effectuée. Leur curabilité est douteuse, après ce temps écoulé, bien que l'on ait publié des cas dans lesquels la guérison a pu avoir lieu même au bout de deux ou trois années. Dans l'immense majorité des cas, après quatre ou cinq mois, au maximum, à partir de l'incision thoracique, la guérison ne s'observe presque plus.

Mais l'existence des fistules pleurales est-elle compatible avec la vie, ou du moins avec un état de santé relative? La chose ne saurait être mise en doute; on a observé des malades qui ont pu vivre pendant des années, sans trop de dommage et sans autre inconvénient que les soins quotidiens réclamés par le pansement obligatoire.

Mais ce sont là des cas exceptionnels et, à part ces cas, la plupart des malades sont sujets à des accidents plus ou moins graves: l'orifice fistuleux venant à se rétrécir ou à s'oblitérer, il se produit une rétention des liquides qui détermine du malaise, la perte d'appétit, la fièvre, etc., jusqu'à ce que la fistule s'étant réouverte, l'écoulement du liquide purulent amène un soulagement plus ou moins durable; puis de nouveaux accidents se produisent, jusqu'à ce qu'enfin les malades, graduellement affaiblis par l'abondance de la suppuration et par la fièvre, finissent par succomber soit à l'épuisement, soit à la tuberculisation pulmonaire, soit à d'autres complications viscérales. Les fistules pleurales sont donc un aboutissant des plus graves de l'opération de l'empyème.

Mais quelles sont, dans le cas de fistule pleurale, les indications et les contre-indications de l'opération d'Estlander? Suivant M. Berger, il faut faire une distinction entre les fistules, selon qu'elles aboutissent ou non à une cavité pleurale suppurante Dans le dernier cas, l'opération n'est pas indiquée, ces fistules ne déterminant pas les graves accidents de rétention des liquides; mais lorsque les fistules aboutissent à une cavité suppurante, donnant ainsi naissance à des accidents de rétention, de fièvre, d'épuisement et de marasme, il est indiqué de pratiquer l'opération d'Estlander, laquelle a précisément pour but et pour effet de transformer la fistule en fistule sans cavité. Mais faut-il opérer toutes les fistules avec cavité? Non. En effet, le principal rôle de l'opération d'Estlander, comme on l'a remarqué avec raison, est un rôle purement mécanique, en vertu duquel on supprime la paroi costale rigide pour la transformer en

une paroi souple et mobile qui puisse s'aplatir sur la cavité pleurale et l'oblitérer. Il faut donc, pour pratiquer cette opération, que la cavité suppurante n'ait aucune tendance naturelle à la rétraction; hors ce cas, il serait contre-indiqué de faire la résection costale.

Enfin, lorsque les malades sont arrivés à un degré extrême d'affaiblissement et de marasme, il est très difficile, suivant M. Berger, de poser avec certitude les indications et les contre-indications opératoires; la solution du problème est livrée à la prudence et à la sagacité du chirurgien qui doit, avant d'agir, peser avec maturité le pour et le contre.

Quant à la question du manuel opératoire, M. Berger pense que la forme des incisions en T, en H, etc., n'a pas l'importance que lui attribuent certains chirurgiens; il estime avec M. Marc Sée que les plus simples sont les meilleures; une simple incision transversale et verticale lui paraît suffisante lorsque la cavité n'est pas trop considérable.

Il paraît difficile à M. Berger d'admettre avec M. Lucas-Championnière, la possibilité d'une opération *aseptique*, réalisée grâce à des incisions pratiquées en dehors du foyer de la fistule; lorsque la cavité purulente est spacieuse, il faudrait se gêner beaucoup pour pouvoir découvrir et réséquer les côtes sans entrer dans le foyer. M. Berger ne pense pas non plus que M. Monod ait raison de conseiller la résection du périoste costal pour empêcher la reproduction du tissu osseux dans le champ opératoire; on pourrait, en enlevant le périoste, atteindre et blesser la plèvre; ce serait transformer en opération compliquée, une opération très simple en somme.

L'essentiel, suivant M. Berger, est d'opérer largement, et que l'opération de l'empyème ait été pratiquée de bonne heure pour éviter au chirurgien la triste alternative de refuser son intervention ou de l'accorder *in extremis*.

M. Marc Sée croit devoir ajouter aux trois contre-indications signalées par M. Berger, une quatrième contre-indication tirée de la trop vaste étendue de la cavité suppurante et de l'abondance de la suppuration.

M. Berger répond qu'il n'est pas toujours facile de mesurer l'étendue de la cavité suppurante; les injections liquides ne peuvent guère aller au delà de trois ou quatre cents grammes sans amener la suffocation, la toux et l'expulsion du liquide de l'injection hors de la cavité. D'ailleurs on a vu guérir des malades qui, épuisés par l'abondance de la suppuration, paraissaient condamnés à une mort certaine et prochaine.

Donc le caractère d'une cavité très vaste et la condition d'un épuisement extrême des malades ne sont pas des contre-indications formelles de l'opération d'Estlander.

La Société de chirurgie tiendra sa séance annuelle et solennelle mercredi prochain, 30 janvier. Voici le programme de cette séance :

1° Discours de M. le président Guéniot;

2° Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1883 par M. Périer, secrétaire annuel;

3° Eloge de Paul Broca par M. Horteloup, secrétaire général;

4° Proclamation des noms des lauréats des prix du concours de l'année 1883. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX (1)

Séance du 25 janvier 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu par M. Rathery, secrétaire, et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Dujardin-Beaumetz lit, au nom de M. Hayem empêché, une note relative aux observations de transfusion du sang communiquées par M. Dieulafoy dans la séance précédente. La communication de M. Dieulafoy soulève trois questions qu'il importe de distinguer. La première est relative à la transfusion employée comme agent hémostatique; la seconde vise l'emploi de la transfusion contre les accidents urémiques, et la troisième a trait au traitement curatif du mal de Bright même par ce procédé.

(1) Nous donnons, aujourd'hui mardi, la séance de vendredi dernier, comme nous l'avons déjà fait pour la séance précédente. Nous continuerons ainsi à paraître *les premiers*, en ce qui concerne la Soc. méd. des hôp., et cela, d'autant plus facilement, que nous en aurons fini bientôt avec les travaux de Sociétés pour 1882, qui nous encombrent encore pendant quelques semaines.

©BIU Santé

La première de ces questions est la seule que M. Hayem ait en vue ajourd'hui. Préparé qu'il y est par ses recherches sur la coagulation du sang, il examinera quel peut être le mécanisme de l'arrêt des hémorrhagies par la transfusion. — Il convient de se rappeler d'abord dans quelles conditions cette opération a été pratiquée, sur le conseil même de M. Hayem, au premier malade dont M. Dieulafoy a entretenu la Société. Ce malade était-il vraiment un hémophile? Non, pas au sens habituel de ce mot. Sans doute il était sujet, depuis plusieurs années, à d'abondantes et fréquentes épistaxis; mais celles-ci relevaient d'une cause locale, elles avaient été provoquées à l'origine par un traumatisme des fosses nasales, avant lequel le malade n'avait jamais présenté de tendance aux hémorrhagies. On ne relevait chez aucun de ses parents la diathèse hémophilique. M. Périer, qui constata l'existence d'une ulcération de la narine gauche, lui fit des injections caustiques, après lesquelles les hémorrhagies ne se produisirent plus. Ce qu'on peut dire seulement, c'est que ce malade se trouvait dans l'état d'hémophilie temporaire qui suit les hémorrhagies réitérées. On sait, en effet, que la répétition des pertes sanguines amène un état du sang qui diminue les chances d'action des hémostatiques.

Lorsque, par suite de spoliations incessantes, le sang ne se reconstitue qu'imparfaitement et a perdu sa tendance à la coagulation, c'est alors que la transfusion est nettement indiquée. Des expériences faites par M. Hayem en 1881, et exposées par lui dans une note trop peu connue, expliquent comment l'injection d'une certaine quantité de sang peut déterminer des effets hémostatiques. M. Hayem avait pensé d'abord que l'injection de sang complet est utile en introduisant dans la circulation des hématoblastes complets et actifs. Il a dû modifier depuis sa manière de voir. Il a injecté successivement, pour produire la coagulation, de l'eau distillée, des sérums artificiels, des sérosités naturelles, le ferment de la fibrine; l'agent de coagulation le plus actif lui a paru être le sérum du sang.

Une expérience fondamentale démontre que l'injection de sérum coagule presque immédiatement le sang dans un segment vasculaire isolé, tandis que la coagulation ne se produit pas dans le sang circulant. La transfusion réussira donc surtout comme agent hémostatique, si elle porte sur un point du système circulatoire où la circulation soit ralentie. A ce point de vue, on peut se demander si la transfusion ne pourrait pas être utilisée pour la cure des anévrysmes. L'indication qu'on remplit en pratiquant la transfusion paraît donc être plutôt d'augmenter la coagulabilité du sang que de fournir une nouvelle quantité de liquide sanguin à l'aire vasculaire. Peut-être l'agent actif de la coagulation est-il le ferment de la fibrine, étudié par A. Schmidt. En tout cas, le sang complet est un hémostatique moins actif que les sérums, sérum du sang humain, ou sérums artificiels, ou chlorure de sodium, etc.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que le sérum des animaux, transfusé à l'homme, provoquerait des accidents très-graves. L'injection de sérum de bœuf dans le sang du chien amène des troubles analogues à ceux qui caractérisent les maladies hémorrhagipares, le purpura hémorrhagique. Il se produit, dans ces cas, le phénomène de la coagulation par précipitation. Le sang devient grumeleux; il en résulte des infarctus nombreux dans les viscères.

En résumé, *la transfusion est un moyen hémostatique remarquable dans les cas où, par suite d'hémorrhagies répétées, le sang a perdu sa tendance à la coagulation.* Toutefois, un danger doit être signalé, dont la pensée est suggérée à M. Hayem par l observation d'une malade atteinte d'anémie pernicieuse. M. Beaumetz a fait allusion à cette femme dans la précédente séance. Après la seconde transfusion, celle-ci a été prise d'une phlegmasia d'abord simple, puis double et très étendue. La deuxième transfusion a-t-elle été pour quelque chose dans la genèse de cet accident? Il serait difficile de le dire. En tout cas, c'était une contre-indication formelle à une troisième transfusion. Toute cachexie avancée doit faire repousser la transfusion.

M. Debove fait une communication relative au *diagnostic différentiel de la pneumonie chronique et de la tuberculose chez les vieillards par la recherche des bacilles.* — Le malade, dont les pièces sont présentées à la Société, mort à Bicêtre dans le service que dirigeait récemment encore M. Debove, avait 64 ans et était atteint d'une maladie nerveuse grave à laquelle il a succombé. Depuis dix ans, il offrait les signes d'une affection pulmonaire chronique. Il rendait par jour 200 grammes de crachats purulents identiques comme aspect à ceux de la phthisie ou de la bronchite chronique. Il avait eu sa première hémoptysie en 1844 et depuis lors il en avait eu plusieurs autres, il en avait encore dans les derniers temps de sa vie. Des sueurs nocturnes, de petits mouvements fébriles vespéraux, des signes d'auscultation consistant en une diminution de la sonorité au sommet droit, une matité évidente, des râles irrégulièrement distribués, du souffle caverneux typique au sommet gauche permettaient de diagnostiquer une phthisie sans

doute ni hésitation. Lorsque M. Debove commença, il y a plus d'un an, la recherche des bacilles qui était déjà en honneur en Allemagne comme elle excite aujourd'hui l'émulation en France, M. Debove prit ce malade comme type de phthisique : pourtant grande fut sa surprise de ne pas trouver un seul bacille dans ses crachats. Cependant cette absence dûment constatée l'engagea à se fixer au diagnostic de dilatation bronchique.

L'autopsie a permis de constater les lésions suivantes. Outre la congestion, un peu d'œdème et de bronchite, les poumons présentaient aux sommets une induration considérable ; le tissu en ce point criait sous le scalpel. Au milieu de cette induration se trouvaient des cavités disséminées, communiquant parfois entre elles, tapissées par une membrane lisse et formant comme un tissu aréolaire au milieu de la masse fibreuse; on y trouvait encore des plaques noirâtres de pigment. Parmi les lésions de la pneumonie fibreuse existaient de petits nodules formés par des amas de globules blancs. Aussi eût-il été difficile, il y a dix-huit mois, de trancher la question de la nature de ces lésions, mais l'absence de bacilles permit d'écarter toute idée de tuberculose.

Ce cas offre donc un double intérêt clinique et anatomique au point de vue de la recherche des bacilles. La tuberculose écartée, s'agissait-il d'une dilatation des bronches? Les cavités paraissaient indépendantes des conduits aériens, la structure de leurs parois n'était pas celle des bronches. Pneumonie chronique ulcéreuse est le nom véritable de cette lésion.

M. du Castel fait remarquer combien est délicate la question des phthisies chroniques. Il faudrait arriver à distinguer cliniquement des phthisies sans bacilles, scléroses pulmonaires qu'on appellera essentielles jusqu'à ce qu'on leur ait trouvé une cause. Chez certains de ces malades, M. du Castel a relevé des hémoptysies à répétition, hémoptysies aussi fréquentes que peu abondantes, consistant souvent en quelques crachats sanglants expectorés le matin et qui ne préoccupent même pas les malades.

Ce serait une histoire intéressante que celle des ulcérations pulmonaires chez les malades atteints de sclérose. Il s'agit souvent d'un processus absolument différent de la pneumonie caséeuse; c'est plutôt un processus suppuratif et gangréneux, et, en rapprochant ses observations de celle de M. Debove, M. du Castel est porté à croire qu'on pourrait arriver à reconnaître même cliniquement ces phthisies sans bacilles, non parasitaires, de la phthisie tuberculeuse.

En réfléchissant en outre à l'origine de cette phthisie par sclérose pulmonaire chez le malade de M. Debove, comme il était atteint d'une affection nerveuse chronique, ne pourrait-on chercher à expliquer la lésion du poumon par un trouble de l'innervation de cet organe; n'y aurait-il pas là une sorte de tropho-névrose pulmonaire?

M. Bucquoy rappelle à cette occasion une de ses observations citée dernièrement par M. Sée à l'Académie dans sa discussion avec M. Colin (d'Alfort). C'est un fait identique à celui de M. Debove.

Un homme de 60 ans atteint d'une affection très avancée de l'orifice aortique présentait sous la clavicule une dépression considérable; à ce niveau existaient des signes cavitaires très nets, matité et gargouillement. Pourtant ce malade n'avait pas l'encolure d'un phthisique. — A l'autopsie on trouva, outre la lésion aortique diagnostiquée et l'ossification d'une portion du ventricule gauche, un état du sommet du poumon tout semblable à celui que vient de décrire M. Debove. La plèvre était en outre considérablement épaissie, et la sclérose pulmonaire semble avoir été la conséquence d'une pleurésie circonscrite. Du vivant du malade, l'interne du service, M. Richardière, habile histologiste, familiarisé avec les procédés de coloration des microbes, n'avait pas trouvé de bacilles dans les crachats, et l'examen minutieux de la pièce anatomique n'en laissa pas apercevoir non plus.

M. Féréol cite, à titre de confirmation de l'importance des bacilles dans les diagnostics de ce genre, le cas d'un vieillard qui présentait tous les signes d'une tuberculose avancée. Cependant, malgré son aspect cachectique, malgré l'état squelettique, qui le faisait ressembler à ces fakirs de l'Inde qui paraissent ne plus vivre que par habitude, ce malade était si obstiné à vivre que M. Féréol agitait l'hypothèse d'une dilatation bronchique. Il présentait d'ailleurs, comme le malade de M. Bucquoy, une dépression sous-claviculaire due à une fracture de la clavicule mal réduite. M. Rémy, ayant fait l'examen des crachats, y trouva des bacilles. — L'autopsie est venue attester l'existence de la tuberculose la plus complète.

M. Ollivier a vu plusieurs fois des cas analogues à l'hospice d'Ivry; il croit la pneumonie scléreuse du sommet assez commune chez les vieillards.

M. Debove ne partage pas cette opinion; il n'a rencontré que deux cas de ce genre

©BIU Santé

pendant les quatre ans de son séjour à Bicêtre ; outre le malade dont il a été parlé, il en a vu un autre, chez lequel le diagnostic de dilatation bronchique avait été fait par les seuls signes classiques avant la recherche des bacilles.

M. Ollivier distingue les pneumonies scléreuses simples des pneumonies scléreuses avec excavations. Dans les ulcérations, on trouve quelquefois des masses de champignons grosses comme un œuf.

M. Debove a vu également ces masses champignonneuses, notamment sur des pièces de M. Malassez au Collège de France ; il s'agissait de spores volumineuses comme celles du muguet et de gros tubes de mycélium. Dans le cas cité précédemment, M. Debove avait trouvé aussi de nombreux diplococcus ; mais, comme les cavités pulmonaires communiquaient avec l'air extérieur, ce fait doit écarter toute idée d'attribuer dans l'espèce aux micrococcus aucun rôle pathogénique.

M. Vallin lit à la Société l'exposé des motifs d'une proposition tendant à imiter l'exemple donné en Angleterre par l'Association médicale britannique et en Allemagne par la Société de médecine interne de Berlin. Ces deux Sociétés ont constitué, comme on sait, des *comités d'investigation collective* relative à l'*étiologie de la tuberculose*. Des questionnaires détaillés ont été envoyés à des milliers de médecins, qui s'empressent d'y consigner le résultat de leurs observations. On aura là bientôt une somme de matériaux précieux. — Il importerait de préciser dans la rédaction de ces questionnaires, si la Société médicale des hôpitaux veut bien en prendre l'initiative en France, dans quelles conditions précises la contagion s'est opérée, lorsque la contagion aura paru évidente.

M. Dieulafoy vient entretenir la Société de la *transfusion du sang dans les diabètes sucrés*.

Un malade était entré dans son service pour un diabète remontant à six ans. Les symptômes qu'il présentait avaient été de nature à faire plutôt diagnostiquer au début un mal de Bright : épistaxis répétées pendant trois mois, assez intenses parfois pour nécessiter le tamponnement, céphalée, envies fréquentes d'uriner, palpitations, crampes, fourmillements, sensation de doigt mort. — Il y a trois ans et demi survinrent un appétit et une soif exagérés ; le malade perdit ses cheveux, vit ses ongles devenir cassants, plusieurs de ses dents se carier et tomber. Il s'aperçut à l'automne dernier, pendant qu'il urinait sur l'herbe, que les mouches arrivaient par essaims. Enfin, il vint demander à l'hôpital du soulagement pour une faiblesse croissante et une dyspnée intense que n'expliquait pas le petit nombre de râles disséminés dans sa poitrine.

Le 14 novembre, l'analyse des urines donnait : quantité, 2,300 gr. ; — densité, 1,020 ; — albumine, 1 gr. 30 ; — urée, 17 gr. ; — sucre, 25 gr. 50.

Le régime alimentaire institué contre l'albuminurie fut 4 litres de lait, plus 700 gr. de viande, 650 gr. de pain, 125 gr. de vin de quinquina, 2 litres de tisane non sucrée.

L'albumine, après être montée à 2 grammes le lendemain, diminua rapidement, disparut en 5 jours et n'a pas reparu au bout de 55 jours ; — mais l'urée montait de 17 gr. à 49 gr. ; le sucre s'élevait en 5 jours à 245 grammes.

Cependant le malade se trouvait beaucoup mieux, sa dyspnée avait disparu. Après l'avoir, par ce régime spécial, placé dans les conditions les plus défavorables au point de vue de l'action thérapeutique, on lui proposa une transfusion du sang. M. Dieulafoy insiste sur la nécessité de porter ainsi l'excrétion du sucre et de l'urée au summum par une hygiène alimentaire défectueuse, quand on veut bien apprécier l'action d'une thérapeutique antidiabétique quelconque.

La nécessité de ménager la peau de tout diabétique n'aurait pas permis de songer à la transfusion avec tout autre appareil que celui dont M. Dieulafoy a fait connaître récemment la simplicité. — 65 grammes de sang furent transfusés une première fois sans aucun incident, sans la moindre élévation de température, mais aussi sans aucune modification appréciable du diabète ; l'urée ne fit qu'augmenter, la quantité des urines, 4,500 grammes, ne varia pas plus que celle du sucre.

Le 7 décembre, deuxième transfusion de 95 gr. — Aucun résultat ni en mal ni en bien.

Le 14 décembre, troisième transfusion de 120 gr. — Aucun incident, aucune modification des urines. Le malade disait se trouver mieux, mais il y a lieu de croire qu'il le disait plutôt par complaisance.

On put s'assurer que son diabète appartenait à la variété des diabètes alimentaires par vicieuse élaboration des féculents ; car, dès qu'on eut substitué 1 kilogramme de pain de gluten à son pain ordinaire, le sucre tomba du jour au lendemain de 219 gr. à

54 gr., pour diminuer ensuite rapidement, et disparaître enfin, la quantité d'urée restant très élevée.

En résumé, ce fait démontre l'innocuité absolue de la transfusion du sang en même temps que son inutilité en cas de diabète alimentaire. Peut-être y aurait-il lieu d'essayer cette opération contre les manifestations de cet état, aussi grave que mal connu dans son essence, et qui se montre trop souvent chez les diabétiques, l'acétonémie, ainsi que contre les accidents nerveux si redoutables.

Le malade dont l'observation vient d'être rapporté est ensuite présenté à la Société ; on voit à peine sur son bras la trace des petites piqûres nécessitées par les transfusions.

M. Dieulafoy donne quelques détails sur le manuel opératoire qu'il a adopté et sur le fonctionnement de son transfuseur simplifié.

— La séance est levée à cinq heures dix minutes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEXE au procès-verbal de la séance du 24 novembre 1883.

RAPPORT DE M. DUBUC SUR LA CANDIDATURE DE M. LE DOCTEUR LOISON, DE BRUNOY, AU TITRE DE MEMBRE CORRESPONDANT.

Messieurs,

L'observation qui a fait l'objet de la communication de notre confrère rentre dans la catégorie des cas dits d'urines chyleuses, bien que s'en distinguant par certaines particularités sur lesquelles nous aurons à revenir plus loin.

Il s'agit d'une femme de 47 ans, n'ayant jamais séjourné ailleurs qu'en France (c'est là déjà une particularité) qui, atteinte depuis nombre d'années d'une maladie cardiaque et de plus névropathique, vit apparaître en décembre 1881, à la suite de vives douleurs des reins, des urines d'un aspect spécial donnant l'idée d'un mélange de bouillon et de lait.

L'émission de ces urines chyleuses s'accompagnant de douleurs des reins et du bas-ventre a duré pendant 21 mois environ, de décembre 1881 à septembre 1883, époque à laquelle survint un mieux sensible, qui aboutit à une guérison momentanée ; mais, au bout d'un mois et à la suite d'une contrariété éprouvée par la malade, l'urine reprit le caractère laiteux et le conservait encore au moment où le docteur Loison nous a lu son observation.

Il convient d'ajouter que pendant toute la durée de la chylurie, la malade chez laquelle il ne s'est produit aucune diminution de l'embonpoint a été soumise au régime lacté ; notre confrère ne dit pas si le régime avait précédé l'apparition des urines chyleuses.

L'examen microscopique n'a jamais permis de découvrir, dans le cas qui nous occupe, la présence de filaires dans le sang ni dans l'urine, non plus que dans cette dernière de cylindres des tubul., de leucocytes ni d'hématies ; on y a trouvé parfois des petits caillots du volume d'une tête d'épingle, mais pas de sang intimement mélangé, comme dans la chylurie endémique des pays chauds ; à côté de ces résultats négatifs, le microscope y a toujours révélé la présence de nombreux globules graisseux et parfois, mais non d'une manière constante, des cellules épithéliales de la vessie, des cristaux d'acide urique, des amas granuleux d'uro-caséine.

M. Léger, pharmacien, s'est occupé de l'examen chimique. L'urine, analysée à diverses reprises, ne renfermait ni sucre réducteur ni fibrine spontanément coagulable, ni albumine. Au lieu de ce dernier corps, dont la présence est en quelque sorte constante dans les urines chyleuses des pays chauds, il a rencontré une matière albuminoïde qu'il pense n'avoir jamais encore été signalée dans les urines, et c'est là une autre des particularités que je signalais au début. Cette matière appartient au groupe des caséines ; il propose de la nommer uro-caséine, sans pourtant lui trouver, comme le fait remarquer M. Méhu (1), aucun caractère distinctif d'avec la caséine ordinaire.

La quantité de graisse rendue dans les 24 heures a été très variable, oscillant entre

(1) Il importe de faire observer que le travail de MM. Loison et Léger a déjà paru dans le *Moniteur scientifique*, septembre 1883, p. 870, et que M. Méhu en a donné un court résumé analytique, au point de vue clinique, dans sa revue d'urologie des *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, t. I, n° 12, p. 790 et 791.

©BIU Santé

1 gr. 07 et 7 gr. 54 ; la quantité d'uro-caséine en dissolution, éliminée dans le même temps a varié depuis 0 gr. 46 jusqu'à 1 gr. 16. De même que la caséine, rencontrée dans ce cas particulier, présentait toutes les propriétés de la caséine du lait, de même la graisse qui l'accompagnait se différenciait très nettement de la graisse des tissus adipeux pour se rapprocher par sa composition de la graisse du beurre. De sorte que si, comme le dit M. Léger, de la présence de la caséine, on rapproche celle d'une matière butyreuse, on voit qu'on a affaire à une urine très anormale puisqu'il n'y manque que du sucre pour qu'elle réunisse tout à la fois les éléments de l'urine et du lait.

L'examen du sang y a démontré une quantité de graisse normale (2 gr. 05 pour 1000 gr.); la caséine qui y était contenue n'était pas comparable à celle qui existait dans l'urine de la malade.

Tel est, Messieurs, le résumé succinct et pourtant complet, à part les réactions chimiques décrites par M. Léger pour caractériser la caséine que j'ai omises à dessein, du travail qui nous a été présenté par M. Loison.

Si la dénomination de chylurie convient à l'affection endémique des pays chauds, où l'on a rencontré dans l'urine les parties constituantes du chyle, ou tout au moins de la lymphe, ne trouvez-vous pas qu'ici le nom de *galacturie* constituerait une appellation plus juste? Il est évident, en effet, que l'observation de MM. Loison et Léger nous met en présence d'une maladie différente de la chylurie endémique, bien que lui ressemblant par ce caractère tout extérieur de l'apparence laiteuse des urines.

Vous savez tous que des recherches remontant déjà à un assez grand nombre d'années, puisque les premières en date, celles d'Otto Wücherer, de Bahia, sont de 1866, recherches confirmées depuis par un grand nombre d'observateurs compétents, tendent à faire admettre la nature parasitaire de l'hémato-chylurie endémique des pays chauds. L'affection serait due à la présence dans le sang d'un petit ver nématode à l'état embryonnaire, que Lewis, qui l'a observé à Calcutta, a désigné en 1872 sous le nom de *Filaria sanguinis hominis;* le même ver, rencontré en 1876 à l'état adulte dans un abcès lymphatique du bras par Bancroft, en Australie, a reçu de Cobbald, sous cet état adulte, le nom de *Filaria Bancrofti*.

La filaire embryonnaire est plus petite que la trichine; elle est animée de mouvements vifs et mesure, d'après Winckel, deux dixièmes de millimètre en longueur et un centième de millimètre en largeur; à l'état adulte, cette même filaire, qui a plus ou moins l'épaisseur d'un cheveu, peut atteindre jusqu'à 8 ou 9 centimètres de long. Le mécanisme de l'hémato-chylurie s'expliquerait par une action mécanique des filaires embryonnaires sur les vaisseaux capillaires sanguins et lymphatiques des reins.

Une particularité a été signalée par Manson (1) dans les dernières expériences qu'il a faites à Amoy, en Chine, et dont *The Lancet* du 13 novembre 1880 donne un compte rendu, c'est que la filaire embryonnaire occupait tantôt les lymphatiques (pendant le jour), tantôt le sang (pendant la nuit). Cette remarque de Manson a été confirmée depuis par M. Damaschino sur un malade dont l'observation a été communiquée par M. Ferrand à la Société médicale des hôpitaux (séance du 28 juillet 1882). L'urine de la période hémato-chylurique et chylurique renfermait un grand nombre de filaires mortes; mais, dans le sang extrait des capillaires généraux par des piqûres de lancette, M. Damaschino a trouvé pendant la nuit, et pendant la nuit seulement, des filaires vivantes. On ne serait donc pas autorisé à nier l'existence de la filaire, parce qu'on ne l'aurait pas rencontrée dans le sang extrait pendant le jour.

Pour expliquer l'endémicité de l'hémato-chylurie des pays chauds, Manson fait jouer un rôle important aux moustiques qui, avalant des filaires en pompant le sang des malades, leur permettraient de se développer dans leur estomac; les œufs de ces filaires, après la mort de l'insecte, se trouveraient mêlés aux eaux potables qui leur serviraient à leur tour de véhicule.

A l'appui de cette manière de voir, on peut citer le fait rapporté par M. Damaschino devant la Société médicale des hôpitaux (séance du 28 juillet 1882), à savoir, que dans une préparation envoyée par M. le docteur Zancarol (d'Alexandrie) et qui avait été faite par M. le docteur Sonsino (du Caire) suivant le procédé de Manson, c'est-à-dire en faisant piquer par un moustique un malade atteint de chylurie, les filaires se voyaient en grand nombre au milieu du sang contenu dans l'estomac du culex. Si je suis entré dans les détails qui précèdent, c'est pour montrer combien est rigoureux et satisfaisant pour l'esprit l'enchaînement des faits qui explique la pathogénie de la chylurie endémique.

Il est évident que le cas de M. Loison ne rentre pas dans cette catégorie de faits. Constitue-t-il une affection qui n'ait pas été observée dans nos pays comme le pense

(1) Voyez Brejon. Thèses de Paris, n° 193, 1881, p. 35.

l'auteur? La réponse pourra être affirmative, si l'on considère que la matière albuminoïde excrétée présentait tous les caractères de la caséine, substance qui ne paraît pas avoir encore été rencontrée d'une façon certaine dans l'urine; mais, si l'on s'en tient à l'étiquette de chylurie, le cas est loin d'être unique. Aussi, sans vouloir faire montre d'érudition, je rappellerai que Lionel Beale, dans son *Traité de l'urine et des dépôts urinaires* (traduit d'Ollivier et Bergeron; Baillère, Paris, 1865), cite un cas de chylurie tiré de la pratique de son ami M. Cubitt, survenu chez une dame âgée de 50 ans qui avait toujours habité le comté de Norfolk; huit ans plus tard, cette dame rendait toujours des urines chyleuses. La chylurie peut donc apparaître chez des Européens qui n'ont jamais quitté leur pays d'origine, mais elle est différente au moins par sa cause de la chylurie endémique des pays chauds.

Une explication se présente-t-elle à l'esprit pour rendre compte de l'excrétion de la graisse et de la caséine dans le cas de M. Loison? Là-dessus, je serai très réservé. Je ferai remarquer, toutefois, que la malade a présenté à diverses reprises des accidents nerveux qui m'ont paru n'être pas sans un certain degré de parenté avec l'hystérie; ainsi, il est question de véritables crises nerveuses, de sensation de doigt mort, de fourmillements par tout le corps; de plus, elle était soumise au régime lacté.

Ne pourrait-on, dès lors, s'expliquer par une sorte d'arrêt dans les métamorphoses nutritives, l'élimination de cette graisse en tout semblable au beurre, de cette matière albuminoïde identique à la caséine du lait, le rein agissant en cette circonstance comme émonctoire pour débarrasser l'économie de principes non utilisés.

Le fait que M. Léger n'a pas trouvé de graisse ni de caséine en excès dans le sang ne contredirait pas, il me semble, à cette explication, puisque nous les supposons éliminées au fur et à mesure de leur introduction.

J'exprimerai le regret que l'observation n'ait pas été prise avec plus de détails; elle a dû être rédigée, non sur des notes recueillies au jour le jour, mais de souvenir et d'un seul jet; aussi n'y trouve-t-on pas notées les variations dans l'aspect de l'urine qu'on a dû y rencontrer comme dans les autres cas de chylurie.

En résumé, le cas rapporté par M. Loison est rare et intéressant.

La commission propose :

1° D'adresser à l'auteur des remerciements pour sa communication;

2° D'accueillir favorablement sa candidature au titre de membre correspondant.

THÉRAPEUTIQUE

Action de l'aconitine dans les névralgies.

Les faits cliniques relatifs aux propriétés antinévralgiques de l'aconitine cristallisée, signalés dans ces dernières années, ont attiré l'attention des thérapeutistes et depuis, l'excellent travail du docteur Oulmont (1), médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, est venu confirmer les résultats énoncés.

« L'aconitine, dit le docteur Oulmont, réussit parfaitement dans certaines formes de névralgie faciale essentielle, c'est-à-dire qui ne sont pas liées à d'autres lésions, sans intermittence ni périodicité bien marquées, névralgies congestives, comme les appelle Gubler, survenues le plus souvent à la suite de refroidissement. L'aconitine produit, dans ces cas, des guérisons d'une rapidité extrême. J'ai vu un cas de névralgie faciale datant de sept jours, sans périodicité bien marquée et qui avait résisté au sulfate de quinine, céder instantanément et définitivement à l'azotate d'aconitine.

« Le succès est plus net et plus rapide dans les névralgies récentes que dans les névralgies anciennes; on cite cependant de ces dernières qui ont guéri assez rapidement.

« L'aconitine n'est pas sans action sur les névralgies ou les hyperesthésies secondaires, comme celles qu'on observe dans les caries dentaires, les caries du rocher, l'otite interne, les paraplégies, etc., etc.

« Le rhumatisme articulaire aigu, traité par l'aconitine, nous a donné de beaux résultats. Chez quatre individus auxquels ce médicament a été administré à dose progressive, la guérison est arrivée une fois en huit jours, et les autres fois en dix jours. La température de 39 à 38 degrés est descendue à 36°2 et 36°1, et le pouls est tombé dans les mêmes proportions. Dans les autres cas, la guérison a été obtenue un peu plus lentement. L'action apyrétique fut également bien évidente.

(1) Docteur Oulmont. *De l'aconit, de ses préparations et de l'aconitine considérée au point de vue thérapeutique.* Paris, 1877, Académie de médecine, séance du 29 janvier 1878.

©BIU Santé

« Les résultats obtenus par Gubler sont tout aussi remarquables (thèse de M. Francheschini, page 52 et suivantes) : sur quatre observations qui ont été publiées et dans lesquelles les malades ont été traités par l'aconitine à la dose de 1/5 de milligramme, portée graduellement jusqu'à quatre doses par jour, la guérison eut lieu le sixième, le neuvième, le douzième et le treizième jour. L'action sur la douleur a été très rapide; sur la fièvre, elle a été plus lente, mais non moins manifeste. »

« Dans les névralgies du trijumeau, dit le professseur Gubler (1), ses effets sont véritablement merveilleux. »

M. le docteur Oulmont termine son travail par cette conclusion, que l'aconitine de provenance certaine est un médicament bien défini, qui agit d'une manière sûre et régulière; mais, à cause de son énergie, il faut ne l'employer qu'à très petites doses et largement espacées.

Fréquemment, les névralgies sont accompagnées d'accidents intermittents et périodiques bien marqués. Pour combattre cette complication, le docteur Moussette emploie des pilules très exactement dosées, contenant chacune un cinquième de milligramme d'aconitine et 5 centigrammes de quinium dont l'indication est nette dans ces sortes d'affections.

En raison de l'action énergique de l'aconitine, il est bon de tâter la susceptibilité du malade et de commencer le premier jour par trois pilules, une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour, jusqu'à six dans les vingt-quatre heures; on se tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs, et, à moins de cas exceptionnels, il sera bon de ne pas aller au delà : s'il survenait un peu de diarrhée, on diminuerait la dose de ces pilules.

« En résumé, les études physiologiques et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris ont démontré que l'action sédative, que les pilules Moussette exercent sur l'appareil circulatoire, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indiquent leur emploi dans les névralgies du trijumeau, les névralgies congestives, les affections rhumatismales, douloureuses et inflammatoires, etc., etc. »

A la Société médicale des hôpitaux de Paris (séance du 22 octobre 1880), le docteur Desnos, à propos d'une communication du docteur Empis, cite le cas d'un malade atteint d'aortite dont les souffrances étaient notablement calmées par l'aconitine. Mais il fait remarquer que le changement de l'aconitine donne des résultats tout à fait différents.

M. le docteur Constantin Paul trouve qu'il est indispensable de toujours spécifier la provenance du médicament : « On obtient, dit-il, des effets très variables avec l'aconitine, suivant la provenance de cette substance. »

Il est donc bien important, pour le médecin et le malade, que le médicament employé soit toujours identique dans sa composition et d'un *dosage rigoureusement exact*; à cet égard, on aura toute garantie en employant les véritables *Pilules* Moussette de Clin et Cie.

(1) *Leçons de thérapeutique faites à la Faculté de médecine*. Paris 1877.

COURRIER

Enseignement libre. — M. le docteur Doléris, chef de clinique, recommencera son cours d'accouchement le lundi 4 février prochain à 4 heures 1/2 du soir. Ce cours, composé de leçons théoriques et pratiques, sera complet en deux mois.

On s'inscrit tous les jours, 89, rue d'Assas.

Personnel médical des bureaux de bienfaisance. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du Ve arrondissement que, le dimanche 10 février 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin.

La *liqueur de Laprade à l'albuminate de fer* est aujourd'hui préconisée par les gynécologistes les plus compétents; cette préparation, d'un goût agréable, est acceptée sans répugnance par les malades, ce qui la rend précieuse pour les jeunes filles chez lesquelles la menstruation est pénible.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Bulletin des décès de la ville de Paris. — VI. Thèses de doctorat. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du lait d'Arcy. — IX. Feuilleton.

BULLETIN

Académie des sciences, 28 janvier. — L'Institut ne se repentira pas d'avoir ouvert ses portes à la médecine et à la chirurgie, et d'avoir enfin consenti, pour entendre des sons différents, à laisser vibrer plusieurs cloches. Celle que M. Richet a secouée cette semaine retentira longtemps aux oreilles de M. Paul Bert.

Déjà M. Gosselin avait fait justice de cet appareil ingénieux, lourd, difficile à manier, avec lequel le savant physiologiste nous conseille d'administrer à nos malades un mélange titré d'air et de chloroforme (1). Déjà il avait montré que la simple compresse arrive à d'aussi parfaits résultats sans un danger de plus, et que les chirurgiens de bon sens et d'expérience ne sont près d'accepter ni les instruments compliqués ni les doses uniformes, qui peuvent donner chez les animaux des résultats prévus mais n'ont plus de valeur en présence des variétés infinies de nos systèmes nerveux.

Lundi dernier, M. Richet s'est levé à son tour. Vous croyez votre appareil et votre mélange supérieurs à tous les autres pour l'avoir appliqué sur 22 malades ! Ignorez-vous que le chloroforme a donné jusqu'ici un cas de mort sur 12,000 opérés ? Colligez un chiffre au moins égal d'anesthésies *sur l'homme*, et seulement alors nous verrons si vous la pratiquez mieux que nous. Vous prétendez que votre appareil supprime la suffocation, l'excitation, les vomissements ; comment vous croire ? J'ai été à l'hôpital Saint-Louis, j'ai fait l'épreuve sur moi-même, et j'ai été pris d'une toux suffocante. J'ai vu opérer trois malades : le premier a eu des vomissements, le second de l'exci-

(1) Voir *Union méd.*, 19 janvier, p. 119 ; 29 janvier, p. 173.

FEUILLETON

HISTOIRE DES MÉDECINS ARABES ET DE L'ÉCOLE DE SALERNE (1).

II

Le traité le plus ancien que les Arabes aient possédé est de Aaron (Ahroun ou Haroun el Quass) ; ce traité est perdu, sauf quelques fragments. Je vous ai fait remarquer un grand nombre d'ouvrages qui ne nous sont point parvenus, qui ne sont connus que par ce que d'autres auteurs en ont rapporté. Aaron vivait dans la première moitié du VIIe siècle ; il était contemporain de Paul d'Egine. C'était un prêtre d'Alexandrie et avant le sac de la ville, il avait composé en grec un ouvrage formé de trente livres et intitulé *Pandectes* de médecine, *Compendium* ou *Traité de l'art de guérir*. Ces livres furent traduits en syriaque par un juif de Bassora, nommé Masserdjouih ou encore Masserdjis, et par Gosius (Djasious), d'Alexandrie. D'après ce qu'en ont dit Razès et Ali Abbas, les Pandectes étaient des extraits d'écrivains dogmatiques, principalement de Galien. Je vous parle d'Aaron parce qu'il a donné une des premières descriptions de la petite vérole, maladie communiquée cinq cents ans auparavant aux Sarrasins par les peuples d'Éthiopie.

Aux VIIIe et IXe siècles, plusieurs familles médicales se font estimer comme médecins

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 janvier 1884.

©BIU Santé

tation, le troisième une véritable fureur; étais-je tombé sur un mauvais jour? Bien plus, l'appareil et le mélange titré ne sont pas nouveaux; un Anglais, M. Clover, les a inventés il y a vingt-quatre ans, et disait comme vous obtenir une anesthésie rapide, régulière, sans toux ni malaise. Mais un jour, le malade mourut; un autre le suivit trois ans plus tard, bientôt il y en eut cinq, et l'enthousiasme tomba. Voulez-vous reprendre la série interrompue?

Ainsi parle M. Richet, avec les développements nécessaires et les documents à la main ; c'est une exécution sans pitié.

On dit que M. Paul Bert, étonné que les chirurgiens connaissent des faits qu'il ignore, s'est plaint de la sévérité de son adversaire. On dit aussi qu'il a reproché à M. Richet de ne pas lui avoir annoncé son « interpellation ». M. Paul Bert se croit-il encore ministre?

Académie de médecine, 29 janvier. — Depuis que l'élan est donné, c'est merveille de voir comme les microbes apparaissent aux yeux des observateurs, et combien ils y mettent de complaisance. Que chacun ait voulu découvrir le sien, c'est naturel ; mais ce qui est plus curieux, c'est de voir surgir de tous les laboratoires, à tous les instants, des résultats précis et complets, répondant nettement à toutes les questions posées ; c'est de voir la perfection immédiate de tous les travaux entrepris pour aller à la recherche d'un nouveau parasite. Toutes les cultures, toutes les inoculations réussissent, tous les microbes ont des caractères tranchés et des formes spéciales, tous viennent se ranger docilement à côté de leurs devanciers, dans des catégories toutes prêtes à les recevoir. Il semble que nul doute, nul embarras ne se présente jamais, et que cette branche de la science soit devenue facile.

Telles sont les réflexions qui nous viennent à l'esprit en écoutant le rapport de M. Rochard sur l'étiologie et la genèse du béribéri, découvertes par M. de Lacerda. Le riz est bien, comme on le pensait, l'aliment « béribérigène », mais il le doit à la présence d'un parasite aux allures spécifiques, qui peut être cultivé, inoculé à divers animaux, et dont l'histoire naturelle n'a plus de mystère pour son auteur. Déjà, dit le savant rapporteur, M. de Lacerda nous a décrit, dans la fièvre jaune, un microbe « encore plus étonnant »; je trouve le bacille d'aujourd'hui « un peu surprenant », et même « bien

---

des souverains et surtout comme traducteurs d'ouvrages. Remarquez bien cette pléiade de traducteurs jouant un grand rôle dans l'essor arabe. Rappelez-vous que les khalifes orientaux aimaient et favorisaient les arts de la paix. Vous savez qu'après avoir affermi sa puissance, Almanzor le Grand (Mansour) fit bâtir la ville de Badgag, en 762, et que l'un de ses successeurs, Haroun Errachid ou al Raschid, contemporain de Charlemagne, établit dans cette ville des écoles, des hôpitaux, des pharmacies publiques. Almamon (Mâmoun), son deuxième fils, institua une académie à Bagdad et y appelant les savants de tous pays, sans distinction de religion, il récompensa leurs travaux et se fit un honneur de les partager. Par ses ordres, on achetait de tous côtés des manuscrits qu'il faisait traduire en langue arabe. Bagdad avait acquis une renommée universelle; on accourait pour suivre les leçons de son collège de médecine; le nombre des savants, des professeurs, des élèves de l'Académie de Bagdad était considérable, on a dit qu'il s'était élevé jusqu'à six mille.

Une famille de médecins nestoriens connue sous le nom de Bakhtichou ou Batischwa, se rendit célèbre à la cour des khalifes. Georges (Djordjis), le premier Bakhtichou, quitta Djondisabour pour venir à Bagdad auprès d'Almansor. Son fils vint aussi plusieurs fois à Bagdad. Le plus important des Bakhtichou fut Gabriel (Djabril), très favorisé par Haroun al Raschid auquel il sauva la vie et dont il guérit la favorite. Les derniers Bakhtichou ont eu bien moins de renom.

Je vous signalerai encore parmi les médecins nestoriens, Mésué et ses fils dont le plus célèbre, appelé l'ancien ou Jean fils de Mésué (Iahya ou Iouhanna ben Massouih) était pensionné à la cour d'Haroun et enseignait la médecine; il ne paraît pas avoir été praticien. Son disciple Honein (Honein ben Ishaq) natif de Hira, est une des grandes figures

étrange ». Bref, les travaux de M. de Lacerda éveillent en M. Rochard un « esprit de réserve » qui le porte à demander que M. Pasteur répète lui-même les expériences et confirme les résultats annoncés avant qu'on les donne pour paroles d'évangile.

— Nous sommes toujours en pleine discussion sur la trichinose. Le calme de l'Académie vient de ce que l'une des deux opinions en présence est assurée de l'unanimité des voix, moins une (celle de M. Chatin); telle est la situation, ou peut s'en faut. Aussi M. Proust peut-il lire avec tranquillité un rapport que l'Assemblée écoute avec beaucoup d'intérêt, mais sans passion. Le savant hygiéniste fait justice des prétendues analogies qu'on a signalées entre la fièvre typhoïde et certaines épidémies de trichinose, qui par cette ressemblance auraient été méconnues; réfutation déjà contenue dans le travail de M. Grancher sur l'épidémie d'Emersleben. Puis il rappelle les quantités énormes de viandes américaines consommées en Angleterre, en Belgique et en France, sans que jamais la santé publique en ait souffert, sans que jamais nos voisins d'outre-Manche, qui en dévorent quatre fois plus que nous, aient eu l'idée d'une prohibition sans raison valable et sans but. M. Paul Bert a eu beau jeu devant une Assemblée de législateurs; il a effrayé tout le monde en disant que la trichine allait fondre sur nous comme le phylloxéra sur la vigne. Mais, ce qu'il n'a pas dit, c'est qu'il suffisait au phylloxéra d'apparaître et de pulluler pour s'établir en France, tandis que la trichine se heurte à de plus graves difficultés. Il y a beau temps que nous serions infestés, si nous devions l'être, car il y a beau temps que les porcs américains entrent chez nous librement ou par fraude, avec ou sans décrets de prohibition, sous leur vrai nom ou déguisés en jambons d'York. Mais la cuisson de la viande est un préservatif suffisant, et nos cuisinières nous protègent.

M. Proust, au nom de la commission (moins une voix, celle de M. Chatin), a posé des conclusions qui reproduisent l'opinion déjà formulée par l'Académie, et qui semblent conformes au bon sens et à l'expérience acquise. M. Lunier a porté à la tribune quelques documents statistiques venant à l'appui du rapport. La discussion est remise à la prochaine séance.

L.-G. R.

---

du IXe siècle; il devint médecin du khalife Moutaouakkel; Sprengel dit, mais sans preuves suffisantes, qu'il mourut empoisonné. Honein a été le traducteur par excellence, le plus scrupuleux de tous, n'ayant jamais omis un seul mot, ni commis de contre-sens. Il reproduisit en arabe, Hippocrate, Galien, Pline, Ptolémée et Paul d'Egine. Ses deux fils, Isac (Ishaq ben Honein) et David (Daoud ben Honein), sont aussi des traducteurs. De plus Hobeïch, fils de la sœur de Honein, s'est lui-même distingué par ses traductions, comme les autres membres de la famille, et on a de lui un ouvrage médical où les subtilités abondent. Costa ben Luca, de Balbek, Tsabet ben Corra, de Harran, ont été des traducteurs éminents, s'occupant de Galien, mais aussi des mathématiciens et des astronomes de l'antiquité.

Avant d'arriver à Razès, je mentionnerai Jean fils de Sérapion ou Sérapion l'ancien (Iahya ben Serapion), appelé plus tard Janus Damascenus, parce qu'il était né à Damas. Le livre de Sérapion intitulé *Kounnach* ou *Aggregator*, était écrit primitivement en syriaque. Il fut traduit d'abord en arabe et plus tard en latin par Gérard de Crémone qui l'appelle *Breviarium*, puis par Alpago sous le titre de *Practica*. Quant à El-Kendi (Abou-Yousef Iakoub ben Ishaq el Kendy) ou Alkhendi, de race noble et qui jouissait d'une grande considération à la cour d'Almamon et d'Almotassem, connaissant la science des Grecs, des Persans et des Indiens, c'est un écrivain fécond et ses ouvrages philosophiques l'ont fait placer au rang des magiciens.

Il me tarde de vous parler de Razès dont le nom arabe est : Abou Bekr Mohammed ben Zakarya Errasy.

Au sujet du nom de Razès, permettez-moi de vous faire observer que les biographes arabes mettent généralement en évidence, en vedette pour ainsi dire, le nom le plus

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

UNIVERSITÉ DE FRANCE. — Académie de Rennes. — Enseignement supérieur à Nantes. — Séance de rentrée de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie et de l'Ecole supérieure des sciences et des lettres. — Distribution des prix, etc., etc.

L'administration de la ville de Nantes donne chaque année, avec beaucoup de raison, une certaine solennité à cette séance de rentrée. Cette année, c'est le professeur de *Philosophie et Morale* qui a été chargé du discours d'usage, et il s'en est acquitté d'une manière remarquable. Il a choisi naturellement pour sujet la Philosophie, « à laquelle on a souvent contesté le titre de science et qui, en effet, n'en est pas une au sens strict du mot, mais qui est plus que cela, car elle est l'amour fécond qui enfante la science et la fait vivre... » L'orateur a envisagé son sujet d'un point de vue à la fois large et pratique, ainsi qu'on va en juger par la citation suivante : « ... Si, dans l'ordre de la science comme dans l'ordre économique, le succès est au prix de la division du travail, il est à craindre aussi que cette division n'entraine le même inconvénient pour le savant que pour l'ouvrier, lorsque cette occupation restreinte et machinale n'est pas corrigée par des vues d'ensemble, par un regard jeté sur l'œuvre totale, afin de s'assurer que les efforts individuels ne sont pas perdus et concordent avec ceux des collaborateurs.

« Celui qui s'enferme dans un genre exclusif d'études risque de s'y absorber au point de ne plus estimer les autres à leur prix. Qui ne sait qu'une chose la sait mal, parce qu'il en exagère volontiers l'importance. Ce qu'il gagne à cette manie d'érudition bornée à un seul objet, c'est une rare et ridicule étroitesse d'esprit, c'est une déviation mentale analogue aux déviations physiques qui se remarquent chez ceux que leur métier condamne à faire toujours le même mouvement. »

Cette comparation est charmante et véritablement philosophique.

L'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes est une des plus distinguées et des plus importantes parmi les Ecoles secondaires de la République.

Nous avons à signaler ici une mesure touchante. Plusieurs élèves de cette Ecole ayant succombé à des maladies infectieuses contractées dans les salles de l'Hôtel-Dieu, pendant l'accomplissement de leurs fonctions, « par une généreuse pensée, à laquelle nous ne saurions trop applaudir, dit M. le professeur Montfort, chargé de nommer les lauréats, l'administration des Hospices de Nantes a fait graver sur une plaque de marbre les noms de ces martyrs du devoir. Piraud et Merlet sont en tête de ce tableau d'honneur. Puissent-ils y rester longtemps seuls ! »

Les modifications apportées par le décret du 1er août dernier aux conditions de scolarité qui obligeaient si malencontreusement les élèves à se rendre chaque année à Paris

---

connu de la personne qu'ils veulent désigner, que ce soit le nom vrai ou un surnom. La nomenclature classique se compose de noms qui indiquent la paternité, le nom propre, la filiation, poursuivie parfois assez loin pour éviter la confusion avec des homonymes, enfin les surnoms tirés de la patrie, de la profession même du père, de l'habitat, etc. A une certaine époque, on a ajouté des surnoms d'ordre religieux ou politique, tels que Nour Eddin, la lumière de la religion, Adhad Eddoulah, le bras ou le soutien de l'Etat. Ceci posé, Abou Bekr Mohammed ben Zakarya Errasy, désigne un Mahomet, le père de Bekr, le fils de Zacharia, *natif de Rey*, dont nous avons fait *Razès*.

Razès naquit à Rey, Raï ou Ray, une des villes les plus considérables de la Perse. Pendant sa jeunesse, il se livra aux lettres et aux arts, il se passionna pour la musique et la poésie, il exerça même la profession de changeur. Puis il y renonça pour s'adonner à la médecine et à la philosophie; une visite faite à l'hôpital de Bagdad détermina sa vocation. Razès avait fait de si grand progrès qu'il était devenu le plus célèbre professeur de Bagdad. Il écrivit douze livres sur la chimie, art secret, qui était, disait-il, plus possible qu'impossible. Doué d'une activité infatigable, il fut successivement directeur de l'hôpital de Rey et de celui de Bagdad. Il fit quelques voyages, écrivit, pratiqua la médecine avec grand succès, et finit ses jours à Rey. Devenu aveugle à quatre-vingts ans, on prétend qu'il ne voulut pas se laisser opérer de la cataracte parce que le chirurgien chargé de cette opération ne put lui dire le nombre des membranes de l'œil. D'autres avancent que Razès, pressé de se faire opérer, aurait répondu : J'ai tant vu le monde que je ne tiens plus à le voir. Razès mourut en 932 de notre ère.

Il reste deux ouvrages de Razès. Le premier est composé de dix livres sur le traitement des maladies. Il est dédié à Almanzor le Samanéen, gouverneur du Khorassan, neveu du

pour y subir leurs examens de doctorat, vont rendre son ressort à l'excellente Ecole médicale de Nantes, et lui permettre de continuer ses progrès et de rendre de nouveaux services. — G. R.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux italiens.

De la glossite parenchymateuse de cause rhumatismale, par Bianchi. (*Gaz. degli ospitali*, nos 32, 34, 37; 1883.) — Un homme vigoureux, âgé de 33 ans, après avoir été exposé à une pluie prolongée, est pris de douleur à la base de la langue avec difficulté de la déglutition. Peu à peu, cet organe se gonfle à tel point que la respiration est compromise; le médecin consulté tout d'abord s'empresse de faire des scarifications, mais n'en obtient aucun résultat satisfaisant. Dès son entrée dans le service de M. le docteur Bianchi, on applique six sangsues sur les bords de l'organe tuméfié, de la glace et des badigeonnages au chlorate de potasse; en outre, on donne des lavements nutritifs. L'amélioration ne tarde pas à s'accentuer sous l'influence de cette médication et peu de temps après le malade sort guéri de l'hôpital.

Cette glossite, pour l'auteur, était sans conteste de nature rhumatismale, aucune autre cause que le froid ne pouvant être invoquée.

M. le docteur Bianchi en étudiant la symptomatologie de cette rare manifestation du rhumatisme démontre que la glossite peut être primitive ou secondaire: la première très rare et ne survenant qu'après une lésion directe de l'organe; la seconde reconnaissant pour cause les fièvres catarrhales, le rhumatisme, les empoisonnements, etc. Il proscrit les scarifications qu'il juge inutiles et leur préfère les sangsues, enfin il insiste sur la nécessité de ne pas chercher à introduire de liquides par la bouche afin d'éviter que ceux-ci ne pénètrent dans les voies respiratoires, pratique recommandée par les classiques et spécialement par Dupuytren, Vogel, Reil, Raggi, etc.

Deux cas de kystes échinocoques de la mamelle, par le docteur Giuseppe Franchesch. (*Bulletino delle scienze mediche*, septembre 1883.) — La littérature italienne ne comptait jusqu'à présent qu'un seul fait de cette nature (*Annali universali di medicina*, 1818, vol. VIII, p. 325), et encore l'observation dont il s'agit n'est-elle pas probante; du reste, il n'y a que seize cas bien authentiques publiés dans la science; la note de M. le docteur Giuseppe Francheschi offre donc par sa rareté un réel intérêt.

En décembre 1872, une jeune femme de 25 ans entre au grand hôpital de Bologne,

---

kalife Moktasi. Cet Almanzor a donné lieu à toutes sortes d'erreurs, étant regardé comme kalife de Bagdad ou comme prince de Cordoue, Razès lui-même lui donne son vrai titre. On trouve dans ce premier ouvrage le *Mansoury* (*Liber ad Almansorem*), un exposé des qualités que doit posséder le médecin, des règles pour sa conduite, une critique des charlatans qui rappelle les traités analogues d'Hippocrate et de Galien. Par conséquent, les médecins arabes de cette époque avaient une haute idée de leurs devoirs et de la science acquise par la lecture, la méditation, ainsi que par l'observation des malades.

Le second et le principal des ouvrages qui nous sont parvenus sous le nom de Razès a pour titre *Havi*, *Haouy* ou *Continens*, ainsi appelé parce qu'il contient tout un corps de médecine pratique. Le Continent, divisé en deux parties, renferme dix-sept livres. C'est un abrégé de médecine et de chirurgie, condensant les opinions des médecins anciens et même plus modernes. Le plan n'est pas uniforme; il n'a pu être donnée par Razès tel que nous l'avons aujourd'hui, car l'auteur y est cité souvent à la troisième personne; on y voit nommés des médecins grecs postérieurs à Razès, dont il ne pouvait avoir connaissance. Aussi a-t-on élevé des doutes sur l'authenticité du Continent; mais il est certain qu'il a été composé ou écrit en grande partie par Razès lui-même, et formé d'une série d'extraits, de notes, qui n'étaient point destinés à être publiés de la sorte, enfin que l'ouvrage primitif a été surchargé d'additions postérieures. Cuvier pense que c'est un recueil des leçons de Razès, remanié après sa mort.

Nous reconnaissons dans le *Haouy* ou *Continens* tout le galénisme mêlé de méthodisme. Les Arabes ont dû se trouver embarrassés en voulant suivre aveuglément les Grecs et rencontrer des contradictions. Razès fait un aveu précieux à retenir, en disant que la

©BIU Santé

dans le service de M. le professeur Rizzoli pour une petite tumeur du sein gauche très douloureuse et dont le développement s'était sensiblement accru depuis quelques mois.

Cette tumeur offre peu de mobilité, elle est trilobée; le diamètre longitudinal est de 0,09 centimètres, le transversal de 0,05 centimètres.

M. le docteur Medini, alors aide de clinique du service, enlève ce néoplasme le 13 décembre et constate en sectionnant la masse du tissu pathologique qu'un kyste à parois épaisses à contenu liquide, blanc, transparent, en occupe le centre. Le microscope montre en outre, de nombreux crochets sur la nature desquels le doute n'est pas possible. Un mois après, la malade quitte le service parfaitement guérie. On a conservé cette pièce dans le musée d'anatomie pathologique de Bologne (n° 1953).

La seconde observation nous montre encore une jeune femme, celle-là âgée de 22 ans, n'ayant rien dans son passé pathologique pouvant éclairer l'étiologie de la tumeur mammaire pour laquelle l'avis du docteur Medini est demandé.

Trois mois après avoir fait une fausse couche, la malade constatait l'apparition d'une dureté dans le sein droit; le volume primitif comparé à un grain de blé devient très rapidement beaucoup plus gros; un an après, la tumeur avait la dimension d'un œuf de poule, était très dure et présentait deux parties centrales nettement séparées. Les ganglions axillaires offraient aussi une tuméfaction notable.

M. le docteur Medini se décida à l'ablation le 8 mars; l'opération fut très facile et les suites des plus simples.

Les mêmes remarques faites pour l'observation précédente sont constatées dans l'examen histologique de la pièce anatomique; un kyste à contenu liquide renfermant des échinocoques occupe le centre de la tumeur et en forme la partie principale.

Parmi les causes étiologiques si difficiles à rechercher, nous avons noté la singulière habitude qu'avait la malade de se faire lécher la figure par des chiens; est-ce de cette façon que les germes de la maladie ont été déposés et se sont trouvés dans des conditions favorables pour être absorbés et pour prendre, plus tard, un développement normal? on peut au moins risquer une hypothèse. Cette circonstance spéciale avait du reste éveillé l'attention de M. le docteur Medini, qui, avant d'opérer, avait pu faire un diagnostic exact.

Cautérisation thermo-galvanique de la prostate. Note de M. le professeur Bottini, de l'Université de Pavie, publiée dans le premier numéro du journal *la Medicina contemporanea*, dirigé par M. le professeur Semmola et rédigé à Naples, par M. le professeur G. Rummo. — Il n'est pas de praticien qui ne se soit trouvé en face de difficultés parfois insurmontables et n'ait eu de la peine à régulariser les fonctions de la vessie, en présence de l'hypertrophie de la prostate. Sans doute, on a toujours à son service les sondes à demeure, mais c'est un moyen infidèle, un véritable désespoir pour le malade et aussi une cause constante d'irritation; les scarifications, les cautérisations, exposent à des

---

diversité des opinions émises par les anciens porte la confusion dans ses idées et qu'il veut s'en rapporter à l'autorité de Galien.

La séméiologie est l'étude de prédilection des médecins arabes, elle flattait leur goût pour le merveilleux et l'art prophétique. L'habileté de Razès a été grande pour annoncer la terminaison des maladies aiguës et chroniques; il avait contrôlé au lit du malade les recherches de ses prédécesseurs, il a insisté sur l'uroscopie.

Le traité de la petite vérole et de la rougeole est capital. Razès décrit un ensemble de fièvres éruptives sous le nom commun de varioles et, chose singulière, il ne les regarde pas comme des affections nouvelles, puisqu'il croit les reconnaître dans plusienrs passages de Galien. Il donne de bons préceptes de traitement. Cet ouvage est le plus ancien que nous ayons sur la variole, celui d'Aaron étant perdu. Je vous ai déjà parlé des notions laissées par les historiens occidentaux sur la variole au VIe siècle, elles précèdent celles des médecins arabes.

La chirurgie de Razès est élémentaire. Il cherchait à reconnaître si le corps était sec et la partie humide, ou inversement, pour déterminer l'onguent ou l'emplâtre auquel il fallait recourir. Il réduisait les fractures et les luxations avec des machines. Les conseils pour faciliter l'accouchement sont effroyables : si les secousses fréquentes auxquelles on doit avoir recours dans tous les cas n'amènent pas la sortie du fœtus, il faut mettre celui-ci en lambeaux et le retirer partiellement. Razès a indiqué bon nombre de médicaments tirés du règne minéral, ainsi que des préparations pharmaceutiques; le premier il a mentionné l'eau-de-vie.

Ce qui donne à Razès un mérite hors ligne, c'est l'indication de ses devanciers grecs,

hémorrhagies, l'hydrothérapie agit lentement, les modificateurs médicamenteux font de même ; en somme, on n'est pas armé pour faire une prompte et décisive campagne. On doit donc savoir gré à M. le professeur Bottini d'avoir de nouveau appelé l'attention sur les cautérisations ignées de la glande prostatique. Entre les mains de ce chirurgien et par un procédé qui lui est propre, sorte de galvano-cautère, l'auteur a pu modifier profondément la texture de l'organe et en diminuer le volume sans exposer le malade aux complications que les autres méthodes, agissant dans le même but, risquent de lui faire courir. Plusieurs observations montrent les avantages du nouveau procédé et méritent de fixer l'attention des chirurgiens. MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 janvier 1884. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Doyon (d'Uriage). (Accepté.)

2° Un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. le docteur Bompaire (de Millaud).

3° Des lettres de MM. les docteurs Damaschino et Sanné, qui adressent à l'Académie l'exposé de leurs titres scientifiques à l'appui de leur candidature à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

4° Une lettre de M. le docteur Crié (de Rennes), qui se porte candidat au titre de membre correspondant national (quatrième division).

M. BERGERON présente, au nom de MM. Barthez et Sanné, le premier volume de la troisième édition du *Traité des maladies des enfants*.

M. BOURDON présente, au nom de M. le docteur Niepce (d'Allevard), un travail intitulé : *De la valeur diagnostique de la présence des bacilles de Koch dans les crachats et du principe gazeux employé pour tuer ces microbes*.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dépose sur le bureau un fascicule de la traduction en langue grecque de son *Traité de clinique thérapeutique*.

M. TARNIER présente une pièce pathologique représentant une tête d'enfant, enlevée à l'aide de son basiotribe par M. Pinard.

---

persans, indiens. Quant à ses prédécesseurs immédiats leur nombre est plus considérable que l'on aurait pu le supposer.

Nous avons les titres de 220 ouvrages de Razès. Le *Djami* et le *Fakhir* n'ont pas été traduits. En résumé, aucun médecin arabe n'a surpassé Razès qui a frayé la voie et qui a réuni l'érudition et l'expérience.

Ali, fils d'Abbas (Ali ben el Abbas el Majoussy), surnommé le Mage ou le Magicien, est postérieur de cinquante ans environ à Razès et d'origine persane comme lui. Son ouvrage en vingt livres, intitulé le *Maleky* ou le Recueil royal, est dédié à Adhad Eddoula, émir de Bagdad. C'est un système complet de médecine d'après Galien et ses successeurs. Ali Abbas expose, avec beaucoup de méthode, la médecine entière au point de vue théorique et surtout pratique ; les jeunes médecins, dit-il, doivent étudier longtemps dans les hôpitaux, c'est là que j'ai recueilli la plupart de mes observations. Il ajoute qu'il s'est conformé aux préceptes de la médecine grecque, en la modifiant pour l'accommoder au climat et ne s'en écartant que pour la matière médicale enrichie par une quantité de médicaments nouveaux. Le recueil royal, le *Maleky*, est certainement supérieur par le côté pratique à l'ouvrage si célèbre d'Avicenne dont je vais vous entretenir.

Avicenne (Al Hussein Abou Ali Ben Abdallah Ebn Sina), a été surnommé le prince des médecins (Reys, prince, et Cheikh, maître). Il est né à Bokhara, dans le Khorassan, en 980 et son principal ouvrage a dominé en médecine pendant plus de six siècles. Son père lui donna une éducation très soignée; l'enfant se vantait de savoir le Coran par cœur, à dix ans. Avicenne apprit rapidement la grammaire, la dialectique, la géométrie d'Euclide, l'astronomie de Ptolémée, puis l'arithmétique avec les chiffres indiens deve-

©BIU Santé

M. Jules Rochard fait un rapport verbal sur un travail de M. le docteur de Lacerda, relatif au microbe du béribéri.

Ayant eu occasion d'observer le béribéri développé brusquement à bord d'un navire, M. de Lacerda examina au microscope une gouttelette du sang de plusieurs de ces malades et y constata la présence de filaments longs, cylindriques, ramifiés; au milieu de ces tubes, présentant de véritables articulations, apparaissaient des points brillants, réfringents, que l'auteur considère comme les spores du microbe.

Ayant versé dans des matras contenant des bouillons de culture, préparés suivant la méthode de M. Pasteur, et avec toutes les précautions recommandées par cet observateur éminent, une gouttelette de ce sang, M. de Lacerda constata, au bout de deux ou trois jours, que ces bouillons, jusque-là restés limpides, se troublaient et contenaient un très grand nombre des tubes et des spores déjà observés dans le sang des malades atteints de béribéri. L'auteur a pu suivre les diverses phases du développement de ces microbes.

Ayant inoculé à des lapins quelques gouttes de ces bouillons de culture, M. de Lacerda a vu ces animaux succomber après avoir présenté la plupart des symptômes de la maladie; l'examen au microscope a montré dans le sang, les urines, les muscles, la moelle de ces lapins, la présence d'une grande quantité de ces filaments à diverses phases de leur développement.

En cherchant la cause de la présence de ce microbe dans le béribéri, M. de Lacerda croit l'avoir trouvée dans une altération particulière des grains de riz dans lesquels il a découvert également la présence de ce parasite.

M. le rapporteur pense qu'il y a lieu de faire des réserves au sujet des faits contenus dans le travail de M. de Lacerda et sur les conclusions qu'il a cru pouvoir en tirer. Il croit que ses expériences et ses observations auraient besoin du contrôle de M. Pasteur, dont les découvertes pourraient être compromises par l'extension exagérée que des disciples trop zélés sont enclins à donner à ses doctrines.

M. Proust, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bouley, Brouardel, Chatin, Colin (d'Alfort) et Laboulbène, donne lecture du rapport officiel sur la demande de M. le ministre du commerce, qui consulte l'Académie sur la question de l'importation des viandes de porc salé d'Amérique et sur les relations de la fièvre typhoïde avec la trichinose. Voici les conclusions de ce travail :

« 1° Une épidémie de trichinose ne peut être confondue avec une épidémie de fièvre typhoïde. Si, dans une de ses phases, la trichinose peut présenter des accidents d'apparence typhoïde, il n'y a aucune identité entre les deux maladies, et l'évolution de l'affection trichineuse permettra toujours d'en établir le diagnostic. La symptomatologie, la marche, la durée, l'anatomie pathologique et la nature des deux maladies sont entièrement différentes.

---

nus, avec quelques changements, ceux des Arabes. A vingt-deux ans, il perdit son père, il vint étudier la philosophie et la médecine à Bagdad. Travaillant avec persévérance, il prenait la nuit d'abondantes boissons pour chasser le sommeil. Il eut de bonne heure de grands succès pratiques; on a dit de lui qu'il guérit le neveu d'un Khalife d'une maladie causée par l'amour. Nous avons vu attribuer pareille cure à Hippocrate et à Galien. Quelque temps après, il fut élevé à la dignité de vizir et il jouit de la plus grande considération; mais il tomba tout à coup du faîte des honneurs au fond d'un cachot. L'émir avait conféré le gouvernement de la contrée natale d'Avicenne à son neveu; celui-ci s'était attaché Avicenne en qualité de médecin, lorsque l'émir, mécontent de la conduite du nouveau gouverneur, résolut de s'en défaire par le poison et par la main d'Avicenne. Le médecin ne voulant manquer ni au souverain, ni à son client, garda le silence et ne commit pas le crime. Le neveu, instruit du projet de son oncle, punit Avicenne du secret qu'il lui en avait fait. D'autres ont dit qu'il avait favorisé une sédition. Quoi qu'il en soit, il s'échappa de sa prison sous l'habit d'un sufi et atteignit Ispahan. L'émir l'accueillit bien et lui donna une maison; finalement Avicenne avait su reconquérir tout ce qu'il avait perdu. Pendant les dernières années de son existence, il composa ses ouvrages déjà commencés sur la médecine et les autres sciences. Enfin, après une vie agitée, livrée aux excès du travail et des plaisirs, il fut atteint de dysenterie et mourut à Hamdan en 1036 ou 1037, âgé seulement de 58 ans.

Laissant de côté ses publications philosophiques, je puis vous dire que son ouvrage considérable intitulé *Canon* ou *Règle* a été un classique par excellence. Avicenne a été jugé diversement; pour les uns, c'était un second Galien; d'autres ont dit qu'il avait été louche en médecine et aveugle en philosophie. Les circonstances ont favorisé l'ouvrage

2° Aucun cas de trichinose n'ayant encore été constaté en France, en Angleterre ni en Belgique, soit dans une épidémie, soit dans des cas isolés, l'importation des porcs salés d'Amérique peut être autorisée en France.

3° Il y aurait avantage à créer une entente commune avec les pays d'importation des viandes trichinées, relativement à des mesures spéciales de garantie au port de départ.

4° Il serait nécessaire de publier une instruction largement distribuée prescrivant la cuisson des viandes de porc.

Tout marchand ou débitant de viande de porc sera tenu d'afficher cette instruction.

5° Il serait également nécessaire que des expériences fussent entreprises avec toutes les garanties désirables pour compléter l'histoire naturelle de la trichine, et nous donner les raisons scientifiques de l'immunité de notre pays vis-à-vis des viandes trichinées. »

La discussion du rapport de M. Proust est renvoyée à la séance prochaine.

M. Lunier, à l'occasion de la discussion qui devait s'ouvrir sur la question de l'importation des viandes salées d'Amérique, a entrepris des recherches statistiques dont il croit devoir communiquer les principaux résultats.

La consommation de la viande en France est en moyenne par tête de 40 kilogrammes. Dans les chefs-lieux et les villes au-dessus de 10,000 habitants, la consommation s'élève à environ 68, elle n'est que de 24 dans le reste de la population. Cette consommation représente 13 à 14 cent millions de kilogrammes de viande, dont 9,63 p. 100 seulement de viandes importées. Le reste est fourni par la production française. Pour la viande de porc, la proportion de l'importation n'est que de 8,45 p. 100. Sur les 40 kilogrammes de consommation moyenne par tête, la viande de porc entre pour 39 p. 100, c'est-à-dire près des deux cinquièmes.

En 1877, l'importation des viandes de porc s'est élevée à 43,448,000 kilogrammes, dont 21,446,000 de viande sur pied, et 16,700,000 de viandes salées; mais ce dernier chiffre s'est élevé progressivement jusqu'en 1880, où il a atteint 38,700,000; en 1882, il n'était plus que de 3,244,000; il s'est un peu relevé en 1884, par suite de l'importation des viandes d'Amérique, pendant les quelques jours du mois de décembre, pendant lesquels l'interdiction prononcée en 1881 a été levée.

Les viandes sur pied qui, en 1877, venaient surtout de l'Italie, viennent principalement aujourd'hui de Belgique (68 0/0) et d'Allemagne (16 0/0).

— M. le docteur Cornil, en son nom et au nom de M. Berlioz, interne des hôpitaux, lit un travail intitulé: *Note sur l'empoisonnement des poules par le jéquirity*.

Avec une injection de dix à vingt gouttes dans le tissu cellulaire sous-cutané, en avant du grand pectoral, sans toucher au muscle, on produit un empoisonnement terminé par la mort, avec une diarrhée très abondante.

---

d'Avicenne parce qu'il formait un traité complet. Au moyen âge, les médecins s'en tenaient volontiers aux décisions d'un auteur qui dispensait de toute espèce de recherches et qu'on regardait comme un oracle. Le *Canon* contenait la majeure partie de ce qui avait été dit jusqu'alors par les médecins grecs et arabes; l'ordre qui y règne s'accordait avec l'esprit scholastique. En résumé, si le *Canon* d'Avicenne est mieux ordonné que le *Continent* de Razès, Avicenne doit plus à la lecture qu'à la pratique personnelle. Ali Abbas inférieur à Razès est supérieur à Avicenne.

Avec une intelligence précoce, Avicenne avait de vastes connaissances, mais s'il raisonne et discute beaucoup, il avait légèrement observé, et, en somme, il ne montre pas d'originalité. Sa physiologie est celle de Galien, encore plus raffinée. Quand il s'écarte de Galien, il est dirigé par Aristote; comme ce dernier, il accorde trois ventricules au cœur. Sa pathologie n'est pas moins féconde que sa physiologie en subtilités outrées. Il compte quinze espèces de douleurs. Ses descriptions sont moins complètes et moins exactes que celles de Razès et d'Ali Abbas. Je dois une mention aux affections des organes génitaux qui ne se rencontrent pas chez ses prédécesseurs et que le voluptueux Persan connaissait mieux que beaucoup d'autres médecins. La matière médicale est abondante avec les acquisitions faites par les Arabes : purgatifs doux, loochs, sirops, alcoolats, camphre, emplâtres, collyres, usage du lait, du sucre, etc.

Après Avicenne, dont le *Canon* eut tant d'autorité au moyen âge sur la pratique et l'enseignement de la médecine, je citerai Mésué le jeune, fils de Hamech, qui vécut au Caire auprès du calife El Hakem, puis Sérapion le jeune. Mésué a écrit sur la matière médicale et la médecine pratique; il est mort à l'âge de quatre-vingt-dix ans, l'an 1015.

©BIU Santé

Le liquide diarrhéique contient une quantité de bacilles de jéquirity; la peau est œdématiée, infiltrée par un liquide clair contenant des bacilles sur toute la paroi antérieure de la poitrine; le muscle grand pectoral est devenu volumineux, tuméfié comme à la suite de l'injection du microbe du choléra des poules. L'examen microscopique y démontre des cassures transversales, la mortification des faisceaux, l'infiltration du tissu conjonctif par de la fibrine et des cellules lymphatiques, comme dans le choléra des poules.

Avec une dose moindre de deux à cinq gouttes, les poules survivent, ne sont pas malades et présentent un séquestre musculaire, un œdème cutané comme dans le choléra; le muscle se momifie, se dessèche, quelquefois la peau est perforée dans la partie œdématiée, et il sort du liquide contenant des bacilles. Si la peau est intacte, l'épiderme est ramolli et laisse écouler un liquide qui contient des bacilles.

L'immunité paraît acquise, lorsqu'on fait une nouvelle injection à doses considérables, dans le péritoine, aux poules qui présentent une altération de la peau; elles éliminent facilement par là une partie des bacilles qu'on leur a injectés.

M. Cornil rapproche ces faits de l'élimination par la peau dans l'empoisonnement des cobayes par le jéquirity.

Quelques jours après l'injection, les bacilles ont été complètement éliminés, et cependant les lésions anatomiques déterminées par eux dans les tissus (induration, inflammation, abcès caséeux et mortification) n'en durent pas moins très longtemps.

Ces données doivent être appliquées à la pathologie humaine, et notamment à la tuberculose, dont les lésions ulcéreuses ne contiennent pas toujours des microbes.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composé de MM. Charcot, Hérard et Bouley.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 20 JANVIER AU 2 FÉVRIER 1884.

Mardi 22. — M. Olivier: Contribution à l'étude des tumeurs du creux poplité et en particulier du nerf sciatique et des veines jumelles. (Président, M. Richet.) — M. Boularan: Compression des nerfs du membre supérieur à la suite des fractures. (Président, M. Panas.)

Mercredi 23. — M. Olive: Des formes cliniques de la colique hépatique. (Président, M. Damaschino.) — M. Gautier: Contribution à l'étude des spasmes du cou. (Président, M. Damaschino.)

Sérapion, bien distinct de son homonyme du IXe siècle, a laissé un traité des médicaments et de thérapeutique générale.

Parmi les médecins arabes orientaux, il y a eu, au XIIIe siècle, des érudits et des historiens que vous devez connaître, car leurs écrits ont une grande importance. Ce sont: Abd-Ellatif, né ainsi que mort à Bagdad (1161-1231), écrivain abondant; Djemal Eddin ebn el Kofthy, mort en 1248, un des plus ardents bibliophiles, auteur du fameux *Kitab Tarikh el hokama*, ou Livre de l'histoire des savants. Ebn Abi Ossaïbiah, dont je vous reparlerai, et qui ne fut pas seulement historien, mais encore praticien d'hôpital, est né à Damas en 1203; il mourut en Syrie l'an 1269. Ossaïbiah a composé un ouvrage des plus utiles, intitulé *Sources de renseignements sur les différentes classes de médecins*, qui, malgré ses défauts, des erreurs de chronologie, de la sécheresse et trop peu de critique, reste un monument unique devant être consulté sur les médecins de tous les peuples, soit les plus anciens, soit contemporains d'Ossaïbiah. Ce livre reproduit l'histoire la plus complète de la médecine en Orient.

Enfin, je dois une mention à Aboulfaradj fils d'Haroun, vulgairement dit Aboulfarage Grégoire ou Bar Hebræus, qui ne doit pas être confondu avec plusieurs autres Aboulfaradj. Son père était médecin; il le fut à son tour et vint à Damas, où il fut chargé d'un service de malades en même temps que Djemal Eddin. Philologue, sachant le syriaque, les langues grecque et arabe, il devint par la suite métropolitain des Jacobites. On a de lui une *Histoire des dynasties*, sorte de notices universelles, poursuivies jusqu'à la fin du XIIIe siècle, mais généralement empruntées au *Kitab el hokama*. Aboulfarage Grégoire est mort à Méraga en 1286.

(*A suivre.*)

Mardi 29. — M. Artigues : Essai sur la valeur séméiologique du rêve. (Président, M. Ball.) — M. Ch. Bosset : Du traitement de l'hémarthrose du genou par la ponction. (Président, M. Panas.)

Mercredi 30. — M. Marry : De l'action antiseptique du sulfate de cuivre en obstétrique. — Prophylaxie et thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches. (Président, M. Verneuil.) — M. Baumfeld : L'acide borique et ses applications thérapeutiques. (Président, M. Guyon.)

Vendredi 1er février. — M. Lallement : De la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme. (Président, M. Fournier.) — M. Diverneresse : Traitement des fractures transversales de la rotule par la suture osseuse avec ouverture de l'articulation du genou. (Président, M. Guyon.)

Samedi 2. — M. Bougougnon : Sur l'état du cœur à la fin de la grossesse et dans les suites de couches. — M. Hurtel : Contribution à l'étude du pansement ouaté. (Président, M. Panas.)

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 17 au 23 janvier 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1112. — Fièvre typhoïde, 27. — Variole, 1. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 15. — Diphthérie, croup, 58. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 55. — Phthisie pulmonaire, 218. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 76. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 70. — Bronchites aiguës, 34. — Pneumonie, 82. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 27 ; au sein et mixte, 15 ; — inconnues, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 107 ; circulatoire, 68 ; respiratoire, 104 ; digestif, 43 ; génito-urinaire, 18 ; de la peau et du tissu lamineux, 4 ; des os, articulat. et muscles, 6. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 5.

Résumé de la 4e semaine. — Le service de statistique a reçu notification de 1,112 décès pendant la semaine actuelle, au lieu de 1,093 pendant la semaine dernière. La mortalité parisienne, si remarquablement faible pendant la seconde moitié de l'année 1883, a quelque tendance à s'élever depuis le commencement du mois actuel.

La comparaison des chiffres de la semaine actuelle et de ceux de la semaine précédente montre l'état stationnaire de toutes les maladies épidémiques. excepté le Croup.

La Fièvre typhoïde (27 décès au lieu de 30), la Variole (1 décès au lieu de 2), La Rougeole (16 décès au lieu de 17), la Scarlatine (1 décès), la Coqueluche (15 décès au lieu 13), les Affections puerpérales (3 décès au lieu de 6), n'ont subi que des variations insignifiantes. Toutes ces maladies continuent à être relativement rares.

Il en est autrement, malheureusement, de la Diphthérie (58 décès au lieu de 48). Cette maladie présente, à un degré exceptionnel, la recrudescence qui lui est ordinaire pendant les mois d'hiver. Certains quartiers sont frappés par elle avec une constance remarquable. Tels sont notamment les quatre quartiers du XXe arrondissement, dont aucun n'échappe à l'épidémie depuis qu'elle s'est déclarée. Nous devons encore attirer l'attention sur le quartier des *Grandes-Carrières*, qui compte régulièrement 2 ou 3 victimes par semaine.

Nous attirons aussi l'attention sur le quartier du *Jardin-des-Plantes*, qui compte 5 décès cette semaine, et sur le quartier de la *Gare*, son limitrophe, qui en compte 3. La cause de cette épidémie locale a été découverte et il y sera sans doute porté remède.

La Bronchite aiguë (34 décès au lieu de 36) et la Pneumonie (82 au lieu de 77) n'ont subi que des variations sans importance. L'athrepsie des jeunes enfants (46 décès au lieu de 56 continue à diminuer de fréquence.

Le service de statistique a reçu notification de 335 mariages et de 1,211 naissances (597 garçons et 614 filles) dont 897 légitimes et 314 illégitimes ; parmi ces dernières, 62 ont été reconnues immédiatement par l'un des deux parents au moins.

Dr Jacques Bertillon,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

©BIU Santé

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — *Limites des consignations pour examens probatoires.* — 1° Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après indiquées : *Ancien régime d'études* : Pour le 1er examen de doctorat, jusqu'au mardi 8 avril inclusivement; pour le 2e examen de doctorat, jusqu'au mardi 22 avril inclusivement. — *Nouveau régime d'études* : Pour le 2e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 8 avril inclusivement; pour le 3e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 22 avril inclusivement. — Pour le 3e examen de doctorat (ancien régime), jusqu'au 27 mai inclusivement; pour le 4e examen de doctorat (ancien et nouveau régimes), jusqu'au 10 juin inclusivement; pour le 5e examen de doctorat (ancien et nouveau régimes), jusqu'au 24 juin inclusivement; pour le 3e examen d'officiat et les examens de sages-femmes, jusqu'au 24 juin inclusivement; pour les thèses, jusqu'au mardi 15 juillet inclusivement. — 2° Les élèves ajournés, après le 15 juin, à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances. — 3° Passé le 15 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses, et ne signeront plus de manuscrits.

N. B. — Les étudiants inscrits pour subir leurs examens seront placés en séries d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. — Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser, par écrit, la demande à M. le doyen. (Décision de la Commission scolaire en date du 27 juin 1882 et du 24 décembre 1883.)

Inspection des établissements dangereux, insalubres et incommodes. — M. l'inspecteur principal des établissements classés a adressé à M. le Préfet de police son rapport général annuel sur le service de l'inspection pendant l'année 1883.

Ce service a fourni 15,350 rapports.

La plupart des industriels chez lesquels il avait été constaté que les conditions prescrites n'étaientpas complètement exécutées ont obtempéré aux injonctions de l'Administration. Cependant, 156 procès-verbaux de contravention ont dû être dressés contre ceux qui ne s'y étaient pas conformés.

Le nombre des établissements classés, qui était de 5,630 à la fin de 1882, s'élevait à 6,032 au 31 décembre 1883.

Dans le courant de 1883, 382 établissements classés ont disparu, mais 784 nouveaux ont été inscrits sur les registres de l'inspection.

Personnel médical des bureaux de bienfaisance. — Aux termes d'un arrêté du ministre de l'intérieur rendu le 15 janvier sur la proposition du Préfet de la Seine,

M. le docteur Tripet (Jules), demeurant boulevard Magenta, 126, est nommé médecin du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement de Paris.

Hôpital de la Pitié. — Le docteur Lancereaux reprendra ses leçons cliniques le vendredi 1er février et les continuera le lundi et le vendredi de chaque semaine.

Instruction publique. — Sont nommés, pour trois ans, membres du conseil départemental de l'instruction publique des départements ci-dessous désignés :

MM. les docteurs Carcassonne (Gard); Pamard (Vaucluse); Leuduger-Fortmorel (Côtes-du-Nord); Meleux (Maine-et-Loire).

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Roustan, agrégé, est chargé, pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1883-1884, d'un cours complémentaire de pathologie externe, en remplacement de M. Tédenat, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Ehrmann, aide d'anatomie pathologique, est institué chef des travaux d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Baraban, appelé à d'autres fonctions.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Nicolle, médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen, décédé subitement mercredi soir, à l'âge de cinquante et un ans.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. Le Gendre : Les bruits cardiaques de l'anémie. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Hygiène publique. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton.

Les bruits cardiaques de l'anémie.

En auscultant la région précordiale de personnes atteintes d'anémie, on entend très fréquemment des bruits anormaux. Ceux-ci, tout en affectant les caractères de murmures ou de souffles, ne décèlent pourtant en aucune façon une affection organique du cœur, puisqu'ils disparaissent quand l'anémie est guérie.

Si la signification clinique et diagnostique des bruits cardiaques anormaux des chlorotiques et des anémiques est admise par tous les médecins, en revanche l'accord est loin d'être fait sur leur localisation précise et leur pathogénie.

Le seul fait sur lequel s'entendent tous les observateurs, c'est que le souffle cardiaque des anémiques coïncide plus ou moins exactement avec la systole (Baccelli seul a prétendu que ce bruit était diastolique) (1). — Mais les divergences éclatent relativement au siège.

Longtemps la majorité des auteurs a admis que ce siège est constant. Pour la plupart, c'était à la base du cœur, — à droite du sternum pour les uns, à gauche pour les autres. Un plus petit nombre d'observateurs le voulait au-dessous de la ligne mamelonnaire, soit à droite, près du sternum, soit à gauche, au niveau de la pointe. — Depuis peu, une opinion éclectique s'est fait jour, d'après laquelle le siège des bruits cardiaques serait variable non seulement suivant les sujets, mais aussi chez le même individu à différentes périodes de son anémie.

Laënnec (1819), qui paraît avoir le premier parlé de ces bruits dont il attribuait la production à un spasme des artères sous-clavières et plus

(1) C. Paul (*Union médicale*, 1878).

FEUILLETON

UN POINT DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Lettre à Gustave Droz.

Je n'ai, Monsieur, ni votre nom ni votre talent, et vous allez trouver sans doute bien hardie la liberté que je prends de vous adresser quelques réflexions, j'allais dire quelques critiques, à propos d'un passage de votre dernier livre (1). Mes plaintes tout intimes ne s'élèveront peut-être pas jusqu'à vous et ne seront entendues, et j'espère écoutées, que par des lecteurs aussi bienveillants que directement intéressés. Vous n'avez pourtant pas, je le sais, commis un grand crime ; à peine une simple peccadille, si naturelle et rentrant tellement dans la règle commune, que très peu la remarqueront ! Mais vous m'avez d'autant plus scandalisé que je suis très friand de vos œuvres, et j'ai été frappé de cette fausse note chez l'écrivain qui m'a souvent prouvé toute sa finesse d'observation, tant dans les scènes si diverses de *Monsieur, Madame et Bébé*, de *Babolain* et de beaucoup d'autres, que dans les pages si justes et parfois si poétiques de *Tristesses et*

(1) *Tristesses et Sourires*. Victor Havard, 1884.

©BIU Santé

rarement des carotides, ajoute que ce bruit peut se trouver en même temps au cœur; mais il ne s'était pas préoccupé de le localiser.

Bouillaud (1835) n'est guère plus explicite en ce qui concerne le siège, bien qu'il dise avoir eu très souvent occasion de trouver, « chez les individus chlorotiques qui offrent le ronflement ou sifflement artériel, un bruit de soufflet du cœur plus ou moins fort et augmentant d'intensité pendant les palpitations ». Il l'a constaté encore « clair et brusque, semblable à celui par lequel on éteint une bougie » chez des sujets devenus tout à coup anémiques par hémorrhagie. — Au point de vue du mécanisme, Bouillaud relève comme élément de production la diminution de densité du sang, sans savoir comment cette condition concourt à la genèse du bruit de souffle. Mais bientôt la notion de siège se précise et la pathogénie qui en découle est sérieusement abordée.

I

L'opinion la plus ancienne est celle qui place le siège des bruits anémiques A LA BASE du cœur.

Hope (1839) dit que le bruit de souffle existe au cœur quelquefois, sans qu'il y ait aucune maladie des valvules, chez les anémiques, les gens nerveux et excitables, chez ceux qui viennent de subir une excessive hémorrhagie, et dans les cas d'hypertrophie cardiaque avec dilatation où l'anémie est le principal phénomène. On peut, d'après lui, distinguer facilement ces bruits de souffle passagers des bruits causés par les maladies des valvules d'après les caractères suivants : les bruits de souffle de l'anémie « sont limités à l'*orifice aortique* (autant que j'ai pu le voir) et s'entendent au premier bruit. — Ils sont toujours faibles et très doux; ils sont constamment accompagnés d'un souffle continu dans les jugulaires, et plus souvent d'un souffle fort par bouffées dans les carotides, les sous-clavières et les autres artères principales. — Quand les malades guérissent, les bruits perçus à la poitrine disparaissent avant ceux des jugulaires. »

Beau (1856) accepte aussi que ces bruits siègent à l'orifice aortique ; il en propose une explication pathogénique, basée non plus seulement sur l'état

---

Sourires. Aussi n'est-ce pas sans étonnement que j'ai trouvé, au milieu de ces pages, la phrase suivante :

« Ce que j'aime dans le docteur, ce n'est pas ce qu'il dit; c'est ce qu'il me donne « envie de dire; ce sont les réflexions qu'il fait naître en moi. Il me produit l'effet de « ces boissons amères qui, prises au bon moment et en petites doses, réveillent l'ardeur « des fonctions digestives. Que de fois, sous prétexte de mes rhumatismes, je l'ai « envoyé chercher, par la neige et le froid, ce cher athée (1). »

J'ai peut-être l'épiderme très sensible; mais en qualité de disciple d'Hippocrate, j'ai trouvé que vous abusiez de la bonté de ce pauvre docteur Férou, et c'est à ce propos que je vais me permettre de vous exposer quelques notions de déontologie médicale. Ne vous effrayez pas, Monsieur, de ce mot barbare, et excusez-moi de vous faire tomber dans ce charabias scientifique, dont je vais essayer de vous expliquer le sens. On entend par déontologie la science qui fixe les devoirs et les droits réciproques des médecins entre eux et envers leurs clients, et inversement les devoirs respectifs des clients. Cette science tend à faire chaque jour de grands progrès; des journaux se sont créés pour traiter ces questions spéciales; des associations se sont formées, tant dans l'intérêt du malade que pour sauvegarder la dignité du corps médical. Or, c'est cette dignité professionnelle que vous m'avez paru totalement méconnaître, étant donnés la légèreté, le sans-gêne avec lesquels vous traitez votre cher athée, comme vous l'appelez. Comment? Vous n'hésitez pas à le déranger par la neige et le froid, sans être malade, simplement pour avoir le plaisir de causer avec lui. Ce n'est plus un médecin; c'est une dame de compagnie!

(1) P. 60, *loc. cit.*

du sang, mais encore sur celui du cœur qui serait dilaté et hypertrophié. — Etudiant les effets produits chez les animaux par des saignées répétées, Beau constate que les souffles cardiaques qui suivent les émissions sanguines ont les caractères des souffles de la chlorose. Mais, d'après lui, ils sont causés moins par l'anémie primitive que par la polyhémie séreuse ou pléthore hydrémique qui lui succède. Celle-ci lui a paru en effet constamment associée à la dilatation et à l'hypertrophie du cœur.

Parmi les partisans du siège aortique des bruits anémiques se rangent *Monneret*, *Racle*, *Barth* et *Roger*, *Marey* (1863). Ce dernier croit le bruit aortique causé par la diminution de la tension artérielle, d'où résultent un passage plus rapide du sang au niveau de l'orifice et la formation d'une veine fluide. Les conditions mécaniques nécessaires à la production d'une veine fluide vibrante et murmurante sont réalisées dans la chlorose « par le mode fonctionnel du cœur et le relâchement des parois aortiques au-dessus de l'orifice inextensible des artères » (Jaccoud).

Dans l'article Anémie du *Dictionnaire encyclopédique* (1876), écrit par M. Potain, on lit : « Le siège est dans les orifices artériels et surtout à l'orifice aortique, cela ne fait de doute pour personne », et plus loin « les souffles anémiques ne siègent à la pointe que très exceptionnellement et dans des conditions déterminées, telles que la présence d'une lame de poumon au devant de la base du cœur. » Allusion à l'existence extra cardiaque de certains souffles dits anémiques, sur lesquels nous reviendrons. — En ce qui concerne la pathogénie, variable peut-être suivant les diverses espèces d'anémies, M. Potain admettait que la diminution absolue de la masse totale du sang n'a qu'une part restreinte à la production des souffles cardiaques. L'aglobulie et l'hydrémie y contribuent au contraire, parce que le sang, plus ténu, vibre mieux et, plus fluide, augmente de vitesse.

Les auteurs que nous avons rencontrés jusqu'ici, à peu près unanimes sur le siège aortique des souffles anémiques de la base, ne semblent pas s'être préoccupés d'établir un rapport entre le foyer d'auscultation maximum de ces bruits par rapport à la ligne médiane et leur localisation à l'un ou à l'autre des orifices artériels.

Ainsi *Baccelli*, tout en reconnaissant que le bruit cardiaque de l'anémie

---

Véritablement, Monsieur, vous feriez croire que vous êtes égoïste, et s'il est certains sentiments involontaires et s'imposant presque à l'esprit, comme la satisfaction qu'on éprouve à voir tomber la neige du coin du feu à travers ses fenêtres bien closes, il en est d'autres qu'il n'est pas permis d'avouer et encore moins d'écrire. Et pourtant, Monsieur, vous qui avez le goût si fin, qui êtes, comme vous dites, de l'ancien temps, vous n'avez été nullement choqué par cette phrase que j'incrimine, et il vous a paru tout naturel d'exprimer une pensée, qui à moi m'a paru monstrueuse.

Il y a, je le sais, toute une catégorie de malades qui assimilent leur médecin à un épicier; la visite une fois payée, c'est comme la livre de chandelle, on ne doit plus rien. Je ne veux pas croire, Monsieur, — et j'en félicite votre médecin, — que vous n'ayez pas une plus haute idée de notre profession aussi sublime dans ses dévouements que vile dans ses moindres défaillances. Aussi, je suis d'autant plus surpris de la façon dont vous traitez le docteur Férou, que vous n'êtes pas le premier venu, et que, malgré votre personnalité, vous agissez comme ceux qui croient être agréables à leur médecin, et même lui faire honneur, en l'envoyant chercher à toute heure du jour et de la nuit, par n'importe quel temps. Chez certains clients, c'est manque d'éducation; chez d'autres, et ce sont les plus coupables, ce n'est qu'une égoïste étourderie. Le malheureux praticien accourt, car on lui a bien recommandé de venir tout de suite, et se trouve en présence d'une crise de nerfs, d'une indigestion, ou d'une simple insomnie. Peut-être a-t-il passé la nuit précédente dans quelque mansarde; peut-être, en ce moment même, est-il attendu par quelque blessé dont les jours sont mis en danger par une abondante hémorrhagie; peut-être privez-vous de sa présence quelque famille éplorée, dont l'unique enfant va succomber aux atteintes d'une angine toxique, et pour qui ses conseils sont

©BIU Santé

est un murmure généralement plus fort à gauche qu'à droite, ajoute qu'il se prolonge sur le trajet de l'aorte, et *Walshe*, qui admet aussi que le souffle est plus intense à gauche du sternum, croit néanmoins qu'il prend naissance dans l'aorte et n'est que transmis par l'artère pulmonaire.

L'idée de considérer l'*artère pulmonaire* elle-même comme le foyer du souffle cardiaque de l'anémie paraît avoir été émise par *Marshall Hughes* le premier (1851). Elle est plus généralement connue en France sous le nom de théorie de M. Constantin Paul, — et à juste titre. Car ce dernier, en la modifiant et en l'entourant d'un imposant cortège de faits bien observés, l'a véritablement faite sienne.

M. Noël Gueneau de Mussy avait pressenti déjà qu'elle pouvait être applicable à certains cas (1868).

« L'aorte est croisée à son origine par l'artère pulmonaire qui peut transmettre les bruits aortiques, mais je me suis demandé souvent pourquoi cette artère pulmonaire ne pourrait pas être dans certains cas le siège de ces bruits qui correspondent si exactement à son origine; d'autant plus que dans bien des cas j'ai entendu ces bruits se prolonger dans la direction de cette artère. »

M. G. de Mussy, observateur consciencieux et impartial, se rendait parfaitement compte de la difficulté que soulève toute tentative d'explication uniforme pour des nuances d'auscultation très variables.

« J'ai souvent entendu chez les chlorotiques un bruit de souffle ordinairement simple, quelquefois double, dans la région sous-claviculaire gauche au niveau surtout de la partie interne du second espace intercostal, près du sternum. Ce bruit n'est pas le prolongement du souffle cardo-aortique. Il n'a avec celui-ci aucun rapport de continuité, et il est ordinairement plus intense. Dans un cas, ce bruit était double, tellement fort et accompagné d'un frémissement si localisé que je crus à un anévrysme de l'aorte; l'autopsie me démontra mon erreur. Ces bruits pourraient avoir leur siège dans l'artère pulmonaire. Peut-être pourrait-on aussi les placer dans les artères sous-clavières et carotidiennes? dans la veine sous-clavière? »

Ces bruits s'accompagnent parfois d'un frémissement, perceptible à la palpation, que signalera de nouveau M. C. Paul.

« J'ai encore constaté qu'ils sont accompagnés d'une sensation de fré-

---

un précieux soutien moral dans cette lutte suprême d'où le médecin sort vaincu. Que vous importe? Vous savez que vous n'avez rien; mais sa vue seule va vous distraire et vous égayer. Pourquoi ne pas vous donner ce plaisir? Et puis, quoique vous ne soyez pas inhumain, vous oubliez cependant une chose : le médecin est un homme, et a besoin, pour vivre, de manger et de dormir, comme les autres mortels. Cette pensée, étrangement méconnue, devrait être inscrite à la porte des médecins, et gravée dans le cœur de tous les clients..... en attendant qu'elle soit un jour tirée de l'oubli, et propagée par une plume, comme la vôtre, qui ne pourrait être taxée ni de scepticisme ni de partialité.

En un mot, et c'est la conclusion déontologique que je voudrais vous faire tirer de ma longue et bilieuse épître, je pense que vous reconnaîtrez avec moi que le client a le devoir de ne déranger son médecin que pour un motif sérieux, et que le médecin a le droit de ne pas se laisser prendre deux fois à l'épreuve ou à la plaisanterie que vous aimiez à faire subir à votre cher Férou. Il est vrai que vous n'employez jamais son nom sans le faire précéder d'une épithète affectueuse, et que vous le maltraitez avec beaucoup d'esprit dans vos discussions philosophiques et religieuses! Mais ce n'est pas, à mon avis, une raison suffisante pour excuser des caprices trop fréquents chez les femmes nerveuses, et la désinvolture avec laquelle vous envoyez chercher votre médecin, malgré l'intempérie de la saison.

Voilà, monsieur, ce que j'avais à vous dire. Je l'ai fait dans un style bien incorrect, dans un français qui sent encore l'hôpital, et qui est habitué à ne pas sortir du domaine médical. Vous pardonnerez ce que l'indignation d'un cœur honnête et jeune, encore plein d'illusions, a pu laisser échapper d'âcre dans ces quelques lignes. Je n'en reste

missement d'autant plus sensible à la main que leur tonalité est plus basse. Les sons aigus produisent des vibrations plus rapides, mais plus courtes, et qui, pour cela même, ne se transmettent pas à la main comme celles qui donnent des sons graves et qui sont, par conséquent, plus lentes et plus étendues. »

M. G. de Mussy avait aussi constaté que les souffles peuvent être entendus à la pointe. « Il est admis que les bruits chlorotiques du cœur n'ont jamais leur maximum à la pointe. Cette assertion me paraît démentie par l'observation. Je crois à la possibilité des bruits localisés à la pointe dus à des troubles dynamiques du cœur. »

Il faut encore citer, parmi les partisans du rôle de l'artère pulmonaire, *Quincke* (1870), qui avait pensé, dit M. Lannois, dans une Revue critique récente (1), « que l'artère pulmonaire, découverte par la rétraction du poumon, pourrait donner lieu au souffle par compression durant la systole ventriculaire. »

Quoi qu'il en soit, M. *C. Paul* (1878) a formulé sur le siège du souffle anémique dans l'artère pulmonaire et sa production par le spasme de ce vaisseau quelques propositions qui ont rallié un assez grand nombre d'adhérents. D'après cette manière de voir le bruit anémique s'entend toujours à 1 ou 2 centimètres du bord gauche de cet os, dans le deuxième espace intercostal, point qui répond au trajet de l'artère pulmonaire. Souvent doux, il peut être aussi rude et râpeux, s'accompagnant même d'une sorte de frémissement cataire et suivi d'un deuxième bruit dont l'éclat atteste l'occlusion brusque des sigmoïdes et un accroissement de tension dans l'artère pulmonaire. Ce bruit coïncide toujours avec des bruits dans les veines jugulaires. Il est systolique et peut empiéter sur le petit silence. Il diminue quand le malade s'asseoit, ou fait un effort prolongé; il augmente quand le malade a marché rapidement. Il peut être entendu aussi au-dessous de son point d'élection, soit au niveau de la troisième côte, soit même dans le troisième et le quatrième espace intercostal gauches. — La production des bruits de l'artère pulmonaire réclame deux conditions: l'anémie et le spasme du vaisseau.

Enfin, dans quelques cas exceptionnels le souffle s'entend jusqu'à la

(1) *Revue de médecine*, 1883.

---

pas moins un de vos plus grands admirateurs, et j'espère que vous ne me confondrez pas avec ces jouvenceaux impertinents, que vous qualifiez de blanc-becs flétris dans leur tige.

Maurice Notta.

Et vous, chers lecteurs, profitez de cet exemple, et tirez-en la morale. Mais n'est-ce pas qu'un peu de scepticisme et qu'un grand souci de notre dignité sont bien excusables et parfois nécessaires dans l'exercice de notre humble sacerdoce?

M. N.

Potion tonique apéritive. — Farquharson.

Sulfate de quinine	0 gr. 50	centigrammes.
Acide nitrique dilué	1 gr. 50	—
Teinture d'orange	15	grammes.
Sirop d'écorces d'oranges	30	—
Eau distillée	240	—

F. s. a. une potion dont on prescrira deux cuillerées à bouche, trois fois le jour, pour rétablir les forces des personnes débilitées et réveiller l'appétit. — N. G.

©BIU Santé

pointe du cœur, et il y aurait lieu d'admettre un double foyer, l'un dans l'artère pulmonaire, l'autre dans le ventricule gauche à l'orifice mitral, ce dernier n'existant jamais à l'exclusion de l'autre. Le souffle qui est entendu passagèrement à la pointe du cœur dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, doit être causé par l'anémie; on peut l'affirmer, quand il coexiste avec ceux de l'artère pulmonaire et des jugulaires.

Quand l'anémie s'améliore, on voit disparaître successivement le souffle de la mitrale, celui de l'artère pulmonaire et celui des jugulaires, qui est à la fois le plus précoce, le plus constant et le plus durable.

Son siège à gauche du sternum différencie le souffle anémo-spasmodique des souffles systoliques de la base engendrés par une lésion organique, endocardite aiguë ou rétrécissement aortique. — Un anévrysme de l'aorte pourrait donner lieu à un bruit de souffle à gauche du sternum, mais au second temps en général, et il détermine des caractères spéciaux du pouls. — Le bruit anémo-spasmodique se distinguerait enfin des souffles extra-cardiaques par leur variabilité et les modifications que leur imprime constamment le rhythme respiratoire.

Telle est dans ses principaux détails la doctrine brillamment défendue par M. C. Paul.

II

Mais, si beaucoup de souffles anémiques ont leur maximum à la base, il est certainement avéré qu'il en existe souvent A LA POINTE.

Nous avons vu M. de Mussy et M. Paul admettre que le bruit de souffle anémique peut, quoique par exception, siéger à l'*orifice mitral*. — *Stokes* regardait également ce fait comme possible. — *Niemeyer* allait plus loin et considérait les souffles anémiques « comme toujours limités ou prédominants sur le ventricule gauche, en correspondance avec la mitrale ».

M. Jaccoud a écrit : « Je l'ai maintes fois entendu à la pointe, et *Austin Flint* admet aussi la possibilité d'un murmure systolique mitral. Dans ce cas relativement rare, le souffle peut être attribué soit à une tension quasi-spasmodique des muscles papillaires, d'où un certain degré de régurgitation au moment de la systole, soit à une dilatation passive du ventricule, d'où élargissement de l'orifice auriculo-ventriculaire et insuffisance relative. » — L'insuffisance mitrale fonctionnelle a été constatée encore dans la chlorose par *Gerhardt* et *Lewinski*. D'après ce dernier auteur, la diminution de l'hémoglobine du sang, restreignant l'apport de l'oxygène, entraîne un affaiblissement parallèle de l'énergie des fibres musculaires. Les muscles papillaires du cœur ne possèdent plus toute l'étendue de leur contraction ; de là une insuffisance auriculo-ventriculaire purement fonctionnelle qui s'accompagne des bruits de souffle caractéristiques.

Cette explication s'applique aussi justement à la théorie de *M. Parrot* (1866), bien que ce regretté professeur ait rapporté, comme on sait, les murmures cardiaques anémiques au ventricule droit et à l'*orifice tricuspidien*. Il leur assignait comme siège d'auscultation le quatrième espace intercostal droit, les entendait se prolonger vers l'articulation sterno-claviculaire du même côté, et, comme il voyait toujours coïncider avec eux un reflux du sang dans les veines jugulaires, il arguait de la production de ce pouls veineux pour affirmer l'existence d'une insuffisance tricuspidienne relative, engendrée elle-même par la dilatation ventriculaire.

M. *Jaccoud*, qu'on peut ranger parmi les éclectiques dans cette question des souffles anémiques, dit à ce propos : « En prenant pour critérium le siège du maximum du bruit, j'ai constaté dans quelques cas la justesse de cette interprétation, mais je ne puis l'accepter comme théorie générale. »

Enfin, nous n'omettrons pas l'opinion de M. *Hayem*, consignée dans la

thèse d'agrégation de M. Moriez sur la chlorose (1880); car elle est un acheminement à la théorie franchement éclectique de Balfour, que nous ferons connaître ensuite. Chez les chlorotiques, « le souffle cardiaque est systolique; il a le plus souvent son maximum à la pointe soit au nouveau du mamelon, soit sur le bord gauche du sternum entre la quatrième et la cinquième côte... Dans les chloroses de moyenne intensité, il a son maximum à la base, au niveau du deuxième cartilage costal gauche; dans les chloroses intenses, son maximum est le plus souvent à la pointe. D'après mes observations, le maximum de la base est plus rare que celui de la pointe. Dans quelques cas, on trouve deux foyers maxima distincts, au niveau desquels les souffles sont différents, surtout au point de vue de leur tonalité. — Le souffle cardiaque se prolonge constamment à la base le long de l'aorte et dans les gros vaisseaux où la pression du stéthoscope fait entendre un souffle diastolique souvent très intense.

L'accélération des battements du cœur, produite par un mouvement, une émotion, une cause réflexe, atténue toujours le souffle cardiaque et le supprime même quelquefois d'une manière passagère. Le souffle reparaît dès que les battements du cœur se ralentissent. — Chez quelques malades, outre le souffle cardiaque systolique, existe de temps en temps un dédoublement du deuxième bruit. Ce dédoublement est rare, il est plus fréquent d'entendre un claquement exagéré des sigmoïdes de l'artère pulmonaire et de percevoir un soulèvement du deuxième espace intercostal gauche dû à un battement exagéré de l'artère pulmonaire. »

III

En présence d'un conflit d'opinions aussi contradictoires, on comprend qu'une tentative ait été faite par M. *George W. Balfour* (1877-1882) pour concilier toutes ces théories et expliquer leurs discordances.

D'après cet auteur, la *dilatation du cœur*, suivant qu'elle est plus ou moins considérable et qu'elle se fait sentir sur telle ou telle cavité de cet organe, suffit à expliquer tous les souffles inorganiques (qu'il appelle hémiques). Cette théorie, éminemment ÉCLECTIQUE ne laisse pas que d'être assez satisfaisante pour les esprits impartiaux; elle se complique, malheureusement, d'une opinion nouvelle, le *siège primitif des souffles dans l'auricule gauche*, nouveauté qui semble moins acceptable.

L'argumentation de M. Balfour, dont nous empruntons les principaux points à la consciencieuse Revue critique de M. Lannoy, déjà citée, peut être résumée ainsi.

Les quatre orifices du cœur ayant été considérés tour à tour, et cela par les observateurs les plus compétents comme étant le siège des souffles hémiques, mais aucune théorie n'étant applicable à la totalité des cas, la première conclusion qui s'impose, c'est que les souffles inorganiques peuvent s'entendre dans tous les points qu'on leur a assignés comme siège.

Les expériences de Marshall Hall (1832-37) ont démontré que les saignées répétées font apparaître chez les animaux des bruits de souffle ayant les caractères des souffles de la chlorose; celles de Beau nous ont appris en outre que ces bruits ont pour cause non pas l'anémie primitive, mais la polyhémie séreuse secondaire (spanémie des auteurs anglais) et que celle-ci est toujours associée à la dilatation et à l'hypertrophie du cœur.

Or, la clinique montre que la chlorose s'accompagne d'un état du cœur semblable à celui qui résulte des saignées répétées. Wunderlich (1856) et Friedreich (1867) ont admis que le cœur chlorotique est dilaté. Bamberger (1857), Stack (1863) et Heitler (1882), le considèrent comme dilaté et hypertrophié.

En insistant sur ce fait — que dans la chlorose la masse du sang est plutôt

©BIU Santé

accrue, mais que ses propriétés nutritives sont diminuées. — Beau touchait à la véritable explication. Le muscle cardiaque insuffisamment nourri, perdant sa tonicité et sa contractilité, ayant pourtant une aussi forte masse à mouvoir, se dilate lentement, puis consécutivement s'hypertrophie. Le premier signe de la débilité cardiaque est l'accentuation du second bruit pulmonaire, signalée, nous l'avons vu, par C. Paul ; puis au niveau des valvules tricuspide et mitrale devenues insuffisantes naissent des souffles. Les ondulations dans les veines jugulaires traduisent la régurgitation par l'orifice tricuspidien, « tandis que la masse sanguine trop volumineuse lancée par les ventricules dilatés produit au niveau des orifices aortique et pulmonaire des souffles systoliques. » Ainsi dans la chlorose à un degré avancé on trouve des souffles à tous les orifices.

Telle est la première partie de la théorie de Balfour.

Mais ce n'est pas tout. — Le premier souffle perceptible, celui que la majorité des auteurs considère comme s'entendant à la base, n'aurait pas, d'après M. Balfour, son maximum précis au niveau de l'artère pulmonaire. Ce serait « à un ou deux pouces (2 cent. 1/2 à 5 cent.) à gauche du sternum, dans le deuxième espace intercostal, exactement au niveau du point où l'auricule gauche, sortant de la partie postérieure de l'artère pulmonaire, vient émerger en quelque sorte à gauche de ce vaisseau. » — Dans tous les cas M. Balfour aurait perçu en ce point, au moins pendant l'expiration, une petite pulsation, assez intense même quelquefois pour former une tumeur dont on peut inscrire les mouvements par la méthode graphique et capable d'en imposer pour un anévrysme à un clinicien aussi expérimenté que Hughes Bennett.

Le souffle primitif entendu au point précité serait donc, d'après M. Balfour, propagé à l'extérieur par l'auricule gauche dilatée ; mais ce ne serait pas un bruit autochthone. Ce serait en réalité un souffle d'insuffisance mitrale, transmis à l'oreillette par le sang qui y reflue et vient battre contre ses parois jusqu'au fond de l'auricule.

Il reste à expliquer pourquoi ce souffle mitral n'est pas entendu comme à l'ordinaire à la pointe du cœur gauche. Cette anomalie résulterait de ce que la dilatation des cavités du cœur a modifié notablement les rapports ordinaires. Le ventricule droit viendrait s'interposer « comme une sorte de rideau liquide » entre la paroi thoracique et le cœur gauche. Dès lors, celui-ci n'étant plus en contact avec la paroi que par un point de l'oreillette, le bruit de souffle, dont son ventricule est le générateur, ne peut plus être transmis à nos sens que par l'auricule dilatée et légèrement pulsatile, au niveau de laquelle nous le percevons. — Quant au souffle également systolique, qui dans ces cas peut exister aussi au-dessous du mamelon, il prendrait en réalité naissance dans le ventricule droit dévié à gauche.

Cette seconde partie de la théorie de Balfour ne peut échapper au reproche de n'être qu'une hypothèse extrêmement subtile ajoutée à tant d'autres qui rendent si difficile l'étude de la pathogénie des souffles anémiques. Elle nous paraît en tout cas bien moins intéressante que la première, dont l'éclectisme a quelque chose de séduisant à coup sûr et est venu éclairer d'un jour nouveau le chaos des théories antérieures.

Au cours de cette analyse déjà longue, nous avons à dessein évité d'aborder la manière de voir de M. Potain, qui range un certain nombre des souffles dits cardiaques de l'anémie parmi les souffles *extra-cardiaques*. C'est là, en effet, une question trop importante pour qu'il soit convenable de l'effleurer incidemment, et nous nous proposons de lui consacrer une prochaine étude.

Paul Le Gendre.

BIBLIOTHÈQUE

Essai de géographie médicale de Nosi-bé près la côte nord-ouest de Madagascar (avec cartes). — Thèse pour le doctorat en médecine présentée et soutenue par Paul-Richard Deblenne, docteur de la Faculté de Paris, médecin de la marine. — Paris, 1883. — 300 pages in-8°.

Nous signalons avec plaisir à l'attention de nos confrères la thèse de M. Deblenne; c'est une étude aussi consciencieuse et dévouée que savante.

L'auteur nous donne des descriptions très complètes et très intéressantes relatives à la topographie, à la climatologie, à la faune et à la flore de cette petite île. Il nous en fait connaître la population, et les races diverses dont on y trouve des échantillons. De là une étude anthropologique assez curieuse, en particulier sur les *Hovas*, qui sont devenus nos ennemis, et sur les *Sakalaves*, qui forment la population la plus nombreuse de Madagascar, qui pourraient, avec une bonne direction, devenir de bons soldats, et qui, à ce qu'il paraît, sont nos alliés.

Ce mélange de races différentes a conduit notre confrère à rechercher les aptitudes pathologiques spéciales à chaque variété, et de ces recherches découlent des renseignements de haute utilité pour aider à compléter les notions que la science possède sur la pathologie générale, sur la thérapeutique, sur l'hygiène. Il a divisé les maladies observées à Nosi-bé en maladies qui frappent plus spécialement sur la race blanche, et en maladies qui affectent de préférence les races noires. Une chose remarquable : « La formule pathologique des races nègres peut se résumer dans quelques lignes : immunité relative considérable vis-à-vis des fièvres palustres; faible résistance vis-à-vis des maladies épidémiques (variole, choléra); prédisposition aux affections des centres nerveux, des organes respiratoires et de l'intestin.

Les idées mises en avant par l'auteur sur les sujets variés qu'il aborde, sont corroborées par des faits nombreux, recueillis avec soin, analysés et discutés de manière à inspirer une grande confiance. Toute petite qu'elle est, l'île de Nosi-bé a une importance majeure, car elle offre à la France le seul port qu'elle possède dans ces parages, depuis qu'elle a perdu, par suite de la gloire dont l'empire l'a écrasée, celui qu'elle possédait dans l'océan Indien. Il est donc indispensable d'étudier les qualités et les inconvénients de cette intéressante localité, de faire connaître les améliorations qu'elle réclame pour que la mère patrie puisse en retirer tout le bien possible. A ce point de vue, le livre consciencieux et intelligent de M. Deblenne a une valeur incontestable. Il est triste de voir que là, comme partout en France, les utiles conseils des médecins sont en général négligés et que leurs efforts pour faire le bien sont entravés par des autorités trop incompétentes. Mais le corps médical de la marine française est aussi courageux qu'éclairé; il luttera, et l'opinion publique sera pour lui.

Voici d'ailleurs les conclusions de l'auteur :

1 Nosi-bé est un pays insalubre, moins cependant qu'autrefois, au début de la colonisation;

2° L'insalubrité de Nosi-bé tient principalement à des conditions telluriques modifiables, mais au prix de sacrifices considérables, dont l'accomplissement nous paraît devoir demeurer subordonné à l'importance commerciale que les événements de Madagascar pourront accorder à cette localité;

3° Avec une hygiène sérieuse et un confortable largement assuré, indispensables pour vivre en un pareil milieu, il est possible d'y entretenir un nombre convenable de fonctionnaires et de soldats pour son administration et sa défense, et d'y maintenir les comptoirs que comportent les besoins du commerce;

4° La prospérité future de cette colonie dépend en partie d'une bonne direction administrative qui favoriserait les entreprises des particuliers et l'initiative privée;

5° A Nosi-bé surtout, il est nécessaire que les médecins chargés du service sanitaire aient une voix prépondérante dans les questions capitales d'hygiène, ainsi que des moyens d'action efficaces et une autorité moins discutée pour s'opposer à la propagation des maladies contagieuses et parer à l'éventualité des invasions épidémiques qui sont pour cette île une menace perpétuelle. — G. R.

REVUE DES JOURNAUX

De la perforation dans la fièvre typhoïde, par Byers. L'auteur admet que la proportion des décès par perforation atteint jusqu'au cinquième de la mortalité totale. Il reconnaît

©BIU Santé

aux signes suivants l'imminence d'une perforation : forme grave quant aux symptômes généraux, tympanisme développé, constipation. L'existence d'une seule ulcération profonde suffit pour paralyser les mouvements intestinaux et causer l'accumulation des gaz et la constipation ; céphalée intense de bonne heure ; hyperthermie marquée après la troisième semaine ; persistance de la tache cérébrale au début de la convalescence. En présence de ces symptômes il faut recommander une immobilité absolue dans le décubitus horizontal ; l'alimentation sous la forme liquide ; abstention absolue de purgatifs ; opium. (*British med. J.*, 10 novembre 1882).) — R. L.

L'albuminurie consécutive aux hémorrhagies, par Quincke de Kiel. — Un homme vigoureux de 33 ans fut pris, après avoir ressenti pendant 15 jours de très légères douleurs rétro-sternales, de violents vomissements de sang, amenant la mort en quelques heures. Diagnostic porté : ulcère de l'estomac. Traitement : glace, acétate de plomb à l'intérieur. Quelques instants avant la mort, l'urine, recueillie en petite quantité, était très trouble, foncée en couleur, et très albumineuse (poids spécifique, 1026). Au microscope, on trouvait des cylindres de dimensions moyennes, les uns droits, les autres plus ou moins contournés, hyalins pour la plupart ; quelques fines granulations uratiques et des éléments lymphoïdes.

A l'autopsie, on découvrait un anévrysme de l'aorte descendante, ouvert dans l'œsophage. Reins absolument sains à l'examen microscopique.

Ce fait rentre dans la catégorie de ceux qu'a récemment fait connaître Fischl, d'albuminurie, suite d'hémorrhagie ou d'état de collapsus. Deux explications pathogéniques sont en présence : diminution de la pression sanguine et ralentissement de la circulation dans les vaisseaux rénaux, trouble de nutrition des épithéliums consécutif, — ou bien, appel dans le torrent circulatoire, par le fait de la diminution de pression et du courant de diffusion qui s'établit des tissus aux vaisseaux, de liquides albuminoïdes et de matières extractives irritantes pour le parenchyme rénal. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1882, 30e vol., p. 398.) — R. L.

HYGIÈNE PUBLIQUE

LE COMITÉ DE DÉFENSE DES RIVERAINS DE LA SEINE ET L'ASSAINISSEMENT DU FLEUVE

Il y a quelques semaines nous signalions, à cette même place, un des épisodes de la lutte entreprise par d'honorables et courageux concitoyens pour l'assainissement de la Seine.

Les communes suburbaines du nord et de l'ouest de Paris étaient menacées dans leurs intérêts hygiéniques par la création, à Saint-Denis, d'une usine destinée à la métallurgie des pyrites cuivreuses arsénicales. Cette question est aujourd'hui soumise à ce comité d'hygiène et de salubrité publique, et le comité des riverains de la Seine vient de lui adresser une protestation qui témoigne à la fois de l'énergie de ses membres et de leur sage ténacité à triompher de tous les obstacles.

Quelle que soit la décision à intervenir, de tels efforts méritent le succès. De plus, ils sont un exemple à suivre pour la création de semblables comités de défense ; car l'hygiène publique ne sera définitivement assurée que le jour où, par leur multiplication, des associations semblables exerceront un contrôle vigilant sur l'application des lois sanitaires, et les actes des pouvoirs publics trop indifférents à ses faire observer. L'œuvre du comité des riverains de la Seine est donc un exem ple, et ses efforts des actes de sage énergie auxquels on ne saurait trop s'honorer de donner adhésion, aussi bien au point de vue scientifique qu'à celui de l'hygiène sociale. — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 janvier 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. le docteur Rouvier, de Beyrouth, envoie un mémoire sur les déviations menstruelles.

M. le docteur de Saint-Martin adresse des recherches sur les phénomènes de la respiration dans les atmosphères sur-oxygénées.

©BIU Santé

M. Boillot, une étude sur les colorations du ciel pendant les deux derniers mois.

M. de Gasparin écrit que ce qui le frappe le plus dans les lueurs crépusculaires, c'est la durée du phénomène. Du 19 novembre au 24 janvier, le ciel a été illuminé, et, pendant ces 66 jours, M. de Gasparin a pu admirer ce singulier phénomène plus de 30 fois.

— Un correspondant, qui prend le soin d'envoyer dans sa lettre un timbre pour la réponse, demande si Millau, sous-préfecture de l'Aveyron, doit s'écrire avec ou sans h. M. le Secrétaire perpétuel estime que ledit correspondant s'est trompé d'adresse, et que c'est à l'Académie française qu'il incombe de lui donner satisfaction.

M. J. Bertrand a reçu l'ampliation du décret par lequel est approuvée la nomination de M. Haton de la Goupillière en remplacement de feu M. de la Gournerie. — Sur l'invitation de M. le Président, le nouvel élu prend place parmi ses confrères.

M. le colonel Périer termine ce qu'il avait à dire sur la gravure de la nouvelle carte de l'Algérie, dont nous avons mentionné la présentation dans notre précédent *Bulletin*.

L'ordre du jour appelle l'élection par la voie du scrutin de deux candidats pour la chaire de culture, vacante au Muséum par suite de la mort de M. Decaisne. La section avait présenté la liste dans l'ordre suivant :

1° M. Max. Cornu; — 2° M. Weiss. — Le premier tour donne 50 suffrages à M. Cornu; 6 à M. Baillon; 1 à M. Weiss. Le deuxième tour : 47 à M. Weiss; 8 à M. Baillon. Il y a 2 bulletins blancs.

M. Wolf expose les observations prises pendant la tempête de samedi dernier. Ce qu'il y a eu de plus remarquable, c'est que le vent a cessé tout d'un coup à une heure du matin; de 38 mètres à la seconde, la vitesse en est tombée à 8 mètres.

M. Hervé-Mangon pense que la vitesse du vent, à Paris, est allée jusqu'à 45 mètres par seconde.

M. le professeur Richet donne lecture d'une note en réponse à la communication de M. Paul Bert relative aux mélanges titrés de vapeurs de chloroforme et d'air pour produire l'anesthésie.

Le savant chirurgien s'est soumis lui-même, à l'hôpital Saint-Louis, aux inspirations des mélanges titrés, et il a éprouvé de la toux et un commencement d'état nauséeux. Il est tout disposé à admettre que cela dépend d'une idiosyncrasie, car M. le docteur Besnier, qui l'accompagnait, n'a rien éprouvé du tout. Il n'en est pas moins vrai que, sur certaines personnes, les mélanges produisent des nausées, et même des vomissements.

Chez quelques malades aussi, contrairement à ce qu'a dit M. Paul Bert, il y a des phénomènes d'excitation, et les malades chez lesquelles l'excitation a été observée étaient des femmes, moins sujettes pourtant que les hommes à l'excitation chloroformique.

M. Paul Bert a écrit que la méthode qu'il préconise est la seule qui dégage la responsabilité des chirurgiens, et cela paraît grave à M. Richet. Il en résulte, en effet, que tout chirurgien qui n'aurait pas employé cette méthode pourrait être considéré comme responsable des accidents déterminés par le chloroforme.

Mais les cas de mort subite pendant les opérations étaient connus avant la découverte de l'éther et du chloroforme comme anesthésiques. M. Richet en cite un assez grand nombre d'exemples et des plus saisissants. Il cite, en outre, des cas de mort arrivés après la simple simulation de l'administration du chloroforme. M. Cazeneuve (de Bordeaux), et Simpson lui-même, le propagateur de l'anesthésie, en ont eu à déplorer dans leur propre pratique.

D'un autre côté, malgré la diversité des appareils et le degré d'habileté des opérateurs, les cas de mort par le chloroforme sont rares. On peut en évaluer la proportion à 1 sur 12,000 environ. La nouvelle méthode n'a de chances de se faire adopter qu'après qu'elle aura produit des résultats supérieurs. Les chirurgiens qui ont l'habitude d'administrer le chloroforme d'une certaine façon continueront comme par le passé; c'est à peu près certain.

M. Richet rappelle, en terminant, qu'en 1862, le *Medical Times* publia un mémoire de M. Clover sur un appareil propre à faire un mélange exactement semblable à celui de M. Paul Bert. C'était un simple sac que l'opérateur se plaçait sur le dos, et dont un tuyau, muni d'une embouchure, faisait communiquer le contenu avec les narines et la bouche du patient. Il y eut 5 cas de mort et l'appareil fut abandonné.

M. Paul Bert demande la parole pour répondre quelques mots seulement. Il tient surtout à repousser le reproche que lui adresse M. Richet de faire peser une lourde responsabilité sur les chirurgiens qui n'emploieraient pas ses appareils. M. Bert n'a fait que

©BIU Santé

répéter, sous une autre forme, ce qu'avaient dit MM. Sédillot et Gosselin, à savoir que le chloroforme bien employé ne tue jamais; d'où les conséquences que lorsqu'il tue c'est qu'il a été mal employé.

Il résulte de toutes les expériences faites sur un grand nombre d'animaux différents, qu'il suffit d'une demi-goutte de chloroforme à chaque inspiration pour provoquer l'anesthésie, et que le double, c'est-à-dire une goutte, peut déterminer la mort. Or, M. Gosselin, qui est un chirurgien extrêmement prudent, reconnaît qu'il verse sur la compresse dont il se sert 1 gramme, 1 gramme 1/2, et même 2 grammes de chloroforme, au début de la chloroformisation, et ces doses représentent 25 à 30 gouttes. La compresse, à la vérité, est tenue à une certaine distance de la bouche et du nez; il entre de l'air pur par les côtés, etc., etc. Mais, en somme, on n'est pas absolument sûr de ce que l'on fait, et tous les chirurgiens, y compris M. Richet, avouent qu'ils éprouvent toujours quelque inquiétude au commencement de l'opération. C'est pour les délivrer de cette inquiétude, c'est pour éviter les tâtonnements et pour suppléer à l'inexpérience des aides que M. Paul Bert indique les mélanges et les appareils avec lesquels la sécurité est absolue. Rien de plus. — M. L.

COURRIER

Récompenses honorifiques. — Par décision ministérielle, en date du 14 janvier 1884, ont été décernées :

1° Une médaille d'honneur (argent, 2e classe), à M. le docteur Denis, chirurgien sous-aide-major au bataillon de sapeurs-pompiers de Roubaix. — Belle conduite dans un violent incendie qui avait éclaté le 5 novembre 1883;

2° Une mention honorable à M. le docteur Loiset, médecin à Sotteville-lès-Rouen. — A rappelé à la vie un jeune enfant qui avait été enseveli sous les décombres d'une maison.

Nomination. — M. le professeur Brouardel est nommé membre de la commission des souscriptions scientifiques et littéraires pour l'année 1884.

— Sont nommés, pour trois ans, membres du conseil départemental de l'instruction publique des départements ci-dessous désignés :

MM. les docteurs Tavera (Corse); Rigal et Delbosc (Tarn).

Nécrologie. — Nous enregistrons les décès suivants parmi les médecins français ou étrangers :

En France : MM. les docteurs Ragaine, à Mortagne; — Commarmont, à Saint-Galmier; — Cuvillier, à Cambrai; — Follet, à Foix; — Michaux, à Meximieux; — Gérin, à Rives; — Bartoli, à Marseille, dont le corps médical est depuis quelque temps si cruellement éprouvé; — Bamprun, à Bagnères-de-Bigorre; — Comte, médecin-major retraité, et Chevrel (de Bastia).

En Italie : de M. le professeur Ercolani (de l'Université de Bologne).

En Belgique : de MM. les docteurs Lesseliers (de l'Université de Gand); — Lelong, médecin principal de l'armée belge.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Vincent, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes, en remplacement de M. Stéphan, dont le temps d'exercice est expiré. Il est chargé, à titre provisoire, du cours de pathologie externe, en remplacement de M. Spilmann, décédé.

Legs. — Par disposition testamentaire spéciale, en date du 19 décembre 1877, M. Depaul lègue à la Faculté de médecine de Paris : 1° son musée d'obstétrique installé par lui à l'hôpital de la Clinique d'accouchements; 2° tous les instruments qu'il y a réunis, ainsi que la collection des observations recueillies pendant sa carrière professorale.

Nous croyons être utile à nos lecteurs en rappelant les propriétés si remarquables et l'action rapide de l'**Elixir chlorhydro-pepsique Grez** dans les dyspepsies et l'anémie.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. Dujardin-Beaumetz : Note sur un cas de dilatation de l'estomac combinée de tétanie généralisée. — II. Sociétés médicales des départements : La Société médicale d'Amiens. — III. Académies et Sociétés savantes : Société médico-pratique. — IV. Formulaire. — V. Courrier.

Note sur un cas de dilatation de l'estomac combinée de tétanie généralisée (1)

Lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 26 octobre,

Par MM. Dujardin-Beaumetz, médecin des hôpitaux, et W. Œttinger, interne des hôpitaux.

En résumé, voici un homme de 46 ans qui, sans cause bien appréciable, voit ses digestions stomacales se troubler et des vomissements se produire; il entre alors à l'hôpital Tenon dans le service de M. Huchard, où on le traite par des lavages stomacaux; grâce à ce traitement, une grande amélioration se produit et le malade quitte l'hôpital très soulagé; mais la cessation des lavages ramène les premiers accidents et il rentre de nouvau à l'hôpital, dans notre service, à Saint-Antoine; nous constatons une dilatation de l'estomac telle que ce viscère occupe pour ainsi dire toute l'étendue de la cavité abdominale.

Tout en repoussant l'idée de cancer dont cet homme ne porte d'ailleurs aucun symptôme, il nous est bien difficile de préciser la cause même de cette distension; ce que nous pouvons seulement affirmer, c'est que les parois de l'estomac sont épaissies, qu'il existe un état catarrhal chronique de la muqueuse, et que probablement une bride cicatricielle peut-être consécutive à un ulcère du pylore ou du duodénum empêche le passage des aliments.

Comme à l'hôpital Tenon, la pratique des lavages et des gavages améliore considérablement l'état de notre malade; les vomissements cessent; il prend de l'embonpoint, son estomac revient un peu sur lui-même, et tous les symptômes s'amendent à tel point qu'il réclame sa sortie. Mais immédiatement, par suite de la cessation des lavages de l'estomac, les vomissements apparaissent de nouveau, et, soit pour aider le passage des aliments, soit pour combattre la constipation qui lui est habituelle, notre malade a la malencontreuse idée de prendre des pilules suisses; ces dernières déterminent une diarrhée très abondante, et le malade, affaibli par sa diarrhée et ses vomissements, rentre quelques jours après dans le service.

Nous le soumettons alors à la pratique des lavages dont il abuse, trouvant dans leur usage un grand soulagement. La diarrhée s'apaise, mais alors surviennent des phénomènes de contracture tonique dans les membres supérieurs qui gagnent peu à peu les membres inférieurs, les masséters, les muscles respirateurs, et malgré tous nos efforts, le malade succombe.

L'autopsie nous a démontré l'exactitude de notre diagnostic, et l'on peut voir sur la pièce et les figures que je place sous les yeux de la Société, l'aspect que présentait l'estomac de notre malade. Ses rapports étaient considérablement modifiés et sa forme en bissac était particulièrement remarquable. La muqueuse était peu altérée, si ce n'est qu'elle était notablement épaissie; le pylore paraissait avoir conservé toute sa musculature; mais, dans la première partie du duodénum, il existait, dans l'étendue de 6 à 7 millim. à 20 millim. de l'orifice pylorique un rétrécissement si notable de cette partie de l'intestin qu'il permettait à peine le passage d'une plume d'oie; il n'y avait en ce point aucune tumeur, ni aucune altération apparente des tissus.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 29 janvier 1884.

©BIU Santé

L'examen histologique, en nous permettant de constater l'intégrité des glandes de Brunner et de la muqueuse a dû faire éloigner toute idée de bride cicatricielle, suite d'un ulcère du duodénum, mais l'altération particulière de la muqueuse et surtout de la couche sous-muqueuse, altération consistant en production de tissu fibreux, nous permet d'affirmer l'existence d'une inflammation chronique en ce point, d'une véritable duodénite.

Le tissu fibreux de nouvelle formation et les altérations spéciales de la couche musculaire nous font comprendre le mécanisme du rétrécissement dont la pathogénie est assez analogue à celle des rétrécissements de l'urèthre. Une fois la sténose produite par la perte de l'élasticité des parois du duodénum et par leur transformation, l'estomac s'est dilaté mécaniquement, et ses parois musculaires se sont développées et hypertrophiées en certains points; il suffit de jeter un coup d'œil sur ces pièces pour qu'il vienne immédiatement à l'idée d'établir une comparaison avec ce qui se passe du côté de la vessie lorsqu'il existe un rétrécissement de la portion prostatique de l'urèthre, et cette comparaison est d'autant plus exacte que le pylore figure assez bien ici l'aspect du col de la vessie.

Nous avons dit tout à l'heure le bénéfice que nous avions tiré du lavage de l'estomac; mais en présence de ces pièces on comprend que ce bénéfice ait été temporaire, car nous n'avions aucune action sur le rétrécissement duodénal lui-même; on pouvait même prévoir le moment où l'oblitération duodénale aurait été presque totale.

En présence de pareils faits, on songe toujours à une intervention chirurgicale et au succès d'une telle opération, si l'on était intervenu en créant une nouvelle communication de l'estomac avec l'intestin, ou si l'on avait procédé à la dilatation mécanique du duodénum, comme l'ont fait récemment quelques chirurgiens allemands. La difficulté est de savoir à quel moment il faut intervenir, et l'on recule toujours à proposer une opération aussi grave, en présence d'un état général relativement satisfaisant.

Quoi qu'il en soit, cette observation, au point de vue purement stomacal, vient grossir le nombre de ces faits que l'on peut décrire en pathologie sous le nom de faux cancers de l'estomac, cas dans lesquels on retrouve un ensemble symptomatique comparable à celui du cancer.

L'autre point intéressant de cette observation est constitué par les circonstances particulières dans lesquelles est survenue la mort de notre malade; c'est une tétanie généralisée qui a mis fin à la vie du sujet de notre observation. Ces phénomènes de contractures ont été déjà signalés par quelques médecins, mais pareils faits sont rares. Küssmaul, dans son remarquable mémoire sur le *Traitement de la dilatation de l'estomac au moyen de la pompe stomacale* (1) rapporte trois observations analogues; les voici en quelques mots:

Obs. I. — Jeune fille de quinze ans; dilatation de l'estomac causée probablement par un ulcère du pylore, hypertrophie du pylore; catarrhe chronique, dépérissement considérable; attaques spasmodiques. — Guérison.

Voici ce qu'il dit en parlant de ces accidents nerveux: « Le spasme prit son origine à l'estomac et la dyspnée vint s'y joindre. La malade perdit la faculté de parler; ses extrémités se contractèrent sous l'influence de crampes qui avaient principalement leur siège aux mollets et aux avant-bras. La vue resta intacte. Des attaques du même genre se renouvelèrent neuf fois encore; leur durée était tantôt de quelques minutes, tantôt d'un quart, voire même d'une demi-heure. Ils se déclaraient le plus souvent les jours où, à la suite de vomissements réitérés, la malade se trouvait considérablement affaiblie. » La guérison de ces accidents survint avec l'amélioration de son état gastrique.

Obs. V. — Homme de 27 ans. Dilatation énorme de l'estomac par le rétrécissement

(1) Mémoire traduit en français par M. Œttinger et publié dans les *Archives de médecine* de 1870, t. I.

cicatriciel du pylore ; amélioration passagère amenée par la pompe, puis diminution graduelle des forces, accès spasmodiques. Dans ce cas c'est après l'administration de pilules purgatives, et après des vomissements très abondants que parurent les contractures. Elles portaient sur les fléchissures des deux mains, des avant-bras et des muscles du mollet ; ces spasmes toniques durèrent deux minutes environ. Ces accès se répétèrent avec une plus grande intensité à plusieurs reprises ; « le visage était rouge, les yeux fermés, les pupilles rétrécies, le globe oculaire dirigé vers le haut. Le malade se lamentait, prononçait des paroles incohérentes. Pouls 108. Respiration 28 à 30. Abdomen contracté, les muscles du visage, de la face, de la mâchoire, du cou, des fléchisseurs des bras étaient dans un état de contraction interrompu par des convulsions cloniques. Si l'on essayait d'étendre les bras fléchis, on éprouvait une vive résistance et le malade éclatait en plaintes. Les jambes ne prirent pas part à l'accès. Celui-ci dura cinq heures et fit place à une grande fatigue. Le malade s'affaiblit graduellement. Enfin, après une nouvelle attaque, il succomba. A l'autopsie, mêmes lésions du côté du cerveau que celles que nous avons constatées ; le cerveau est pâle, la pie-mère œdématiée, dilatation des ventricules.

Obs. VI. — Homme de 37 ans. Dilatation stomacale énorme par ulcère cicatrisé du pylore, accès convulsifs.

D'abord très amélioré par les lavages, il reprit ses habitudes d'alcoolisme et succomba après une série d'accès convulsifs qui semblèrent être déterminés dans presque tous les cas par d'abondants vomissements. Ces accès étaient également caractérisés par des crampes toniques et douloureuses des muscles du mollet et des fléchisseurs de l'avant-bras ; accès précédés et accompagnés d'un long malaise général et de dyspnée.

Il faut joindre encore à ces observations de Küssmaul une observation présentée par M. Gaillard au congrès de Rouen et relative à un malade de M. Hayem ; dans ce cas, tous les accidents nerveux disparurent à la suite des lavages stomacaux.

Ces accidents nerveux prennent ordinairement la forme de contractures qui se localisent dans certains muscles, les fléchisseurs des avant-bras et des mains, les muscles du mollet, ceux de la face, des mâchoires, les muscles respiratoires. Leur pronostic n'est donc pas toujours bénin, comme on a pu le voir par les deux observations de Küssmaul et par la nôtre, où les accidents nerveux ont été rapidement mortels.

Quelle est la cause de cette tétanie? Faut-il invoquer, dans notre cas, la diarrhée qui a précédé l'entrée du malade à l'hôpital? Faut-il invoquer la température humide et froide qui existait à ce moment-là? Faut-il enfin faire jouer un rôle à la dilatation de l'estomac?

Küssmaul pense que ces accidents sont certainement liés à la dilatation de l'estomac, qu'ils sont généralement provoqués par la déplétion rapide et considérable du contenu de cet organe ; il faudrait, dit-il, ranger ces crises dans la catégorie de celles que nous voyons surgir, pour des causes diverses, dans les cas de diarrhée cholérique, et qu'il est permis de considérer comme une conséquence de la prompte condensation du sang et du dessèchement des nerfs et des muscles.

Dans l'observation que nous avons rapportée, nous pensons que des facteurs multiples ont pu agir dans la genèse de ces accidents tétaniformes ; l'état d'émaciation produit par la diarrhée très abondante dont notre malade se plaignait, ainsi que par les vomissements qui avaient reparu avec une grande fréquence, a dû certainement jouer un certain rôle ; les lavages trop fréquents dont il faisait, à notre insu, une véritable débauche, n'ont pas dû non plus être parfaitement innocents ; enfin, si l'on joint à tout cela l'état particulier dans lequel se trouve un estomac énormément distendu et qui peut être facilement le point de départ d'actes réflexes généralisés, si l'on songe à l'influence que peut avoir le froid humide sur le système nerveux, on en déduira que les causes des accidents tétaniformes qui ont enlevé notre malade ont été bien complexes.

©BIU Santé

Sociétés médicales des départements

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS.

Il y a vingt ans environ, un médecin notable d'Amiens consacrait un volume in-octavo à retracer les origines de la Société médicale de cette ville et à donner l'énumération des travaux de ses membres. Le livre du docteur Courtillier était bien volumineux, et même un peu obèse, avec ses cinq cents pages, le style et l'enthousiasme métaphoriques de son auteur. Néanmoins, malgré ces défauts, qualités naguère appréciées dans la littérature académique, il était l'œuvre d'un médecin sincère, passionnément amoureux du clocher natal et désireux d'édifier ses collègues présents ou futurs sur le rôle scientifique et social de cette savante Compagnie.

C'est qu'en effet la Société médicale d'Amiens ne date point d'hier; elle a su, depuis longtemps, acquérir et conserver des titres authentiques à la reconnaissance publique et une large place dans l'histoire de la médecine française de notre siècle.

Le rang élevé qu'elle a pris parmi ses sœurs et ses émules de France et de l'étranger, remonte donc à sa naissance déjà lointaine. Le 20 fructidor de l'an XI, au moment du licenciement du jury de santé par l'arrêté préfectoral du 21 vendémiaire, les membres de ce dernier se constituaient en une Société, héritière des traditions, des idées et de l'abnégation patriotique du Comité médical de la Somme qui disparaissait. Nouvelle venue, elle eut l'heur de trouver, dès le berceau, une puissante protection et un sympathique appui dans l'administration départementale de l'époque, très soucieuse des intérêts de la santé publique.

De là, trois faits dominant son enfance et sa jeunesse, et aujourd'hui encore, à l'âge de la maturité, occupant son présent. C'est d'abord la création de l'Ecole pratique de santé, dont la ville d'Amiens est redevable à la persévérante initiative de ses membres dévoués. Les premiers cours de médecine pratique de l'Hôtel-Dieu furent l'œuvre toute désintéressée de ses membres. Plus tard, ils reçurent la consécration officielle, par leur réunion sous la désignation d'Ecole pratique de santé, institution destinée à faciliter l'instruction des praticiens de deuxième ordre et des sages-femmes. En 1806, elle devint l'Ecole préparatoire de médecine, actuellement existante et florissante.

C'est donc bien à la Société médicale que revient l'honneur d'avoir devancé le législateur de 1806, et à la ville d'Amiens d'avoir inauguré l'enseignement régional de la médecine à une époque où l'Etat seul était, dans les provinces, l'unique et très avare dispensateur de l'enseignement universitaire supérieur. Depuis, malgré les modifications de cette organisation, ces liens étroits de parenté n'ont jamais été rompus entre l'Ecole préparatoire de médecine, devenue institution officielle, et la Société médicale d'Amiens, demeurée institution de libre initiative. En 1884, cette union conserve le même caractère d'intimité comme le témoignent les noms des professeurs de l'Ecole inscrits sur les listes de ses membres et des hauts dignitaires de la savante Compagnie.

D'autre part, en qualité de *Comité de vaccine* du département, cette Société n'a jamais cessé, depuis sa fondation, de s'intéresser à la propagation de la vaccine par la distribution de primes d'honneur aux praticiens qui opèrent le plus grand nombre de vaccinations, ou bien qui dans l'année laissent le moins d'enfants à vacciner, eu égard à la population de leur circonscription. En 1883, ce rapport, écrit par notre estimé confrère, le docteur Huber, a été lu dans la séance publique, où, suivant l'usage traditionnel, les hauts fonctionnaires du département de la Somme et de la ville d'Amiens se donnent annuellement rendez-vous.

Depuis longtemps d'ailleurs le département de la Somme occupe un haut rang dans les statistiques générales de la vaccine en France; on doit conséquemment en attribuer le mérite à la savante Société d'Amiens, qui a su maintes fois donner opportunément aux autorités administratives l'appui de ses prudents avis pour l'organisation du service.

C'est qu'en effet, et ce troisième fait est encore à son honneur, cette Société a toujours eu pour objet l'étude des questions d'hygiène générale et de prophylaxie sanitaire. Dès ses premières années, elle réunissait les documents nécessaires pour l'établissement de la topographie médicale du département. Aujourd'hui, par ses membres résidants, elle poursuit cette enquête à Amiens et dans quelques localités du département, étudiant avec soin la morbidité et la mortalité. De là ces rapports périodiques sur les *maladies régnantes*, rapports remarquables que rédigent ses secrétaires, et qui en 1883 ont été écrits par la plume élégante et toujours scrupuleusement précise de M. le docteur Bax (1).

(1) C'est aux recherches de M. Bax que je dois la connaissance du livre du docteur Courtillier; je le remercie de sa gracieuse et obligeante intervention. — C. E.

Pendant l'année 1883, toutes ces traditions ont été conservées; de sorte que le présent n'est pas inférieur à cet honorable passé, à preuve les nombreux travaux qui ont été lus, présentés ou discutés dans les séances mensuelles. Voici d'abord une note de M. le docteur Huber, sur trois cas de *scarlatine avec complications :* dans cette intéressante épidémie de maison, aucun des scarlatineux ne fut atteint d'angine, mais tous eurent de l'otite, et l'un d'entre eux un bubon du cou auquel il succomba; voici encore une communication de M. Gand, inspirée par son maître, M. le docteur Padieu, sur trois cas de *congestions viscérales multiples d'origine rhumatismale et paludéenne.* Les observations de ce jeune interne ont le mérite de l'opportunité à une époque où la question des congestions viscérales diathésiques a été soulevée cliniquement au Congrès de Rouen par M. Henri Huchard, dans une communication dont les lecteurs de l'*Union médicale* n'ont pu oublier la haute valeur. Voici enfin des notes de M. Andrieu, sur l'*hypnotisme et l'hypnotisation*; de M. le docteur Dubois (de Villers-Bretonneux), sur la *métalloscopie*, les *corps étrangers de l'œsophage*, et enfin, — car ce savant confrère possède une infatigable activité scientifique, — sur des *accouchements gémellaires anormaux*; communication elle-même suivie d'une discussion à laquelle ont pris part MM. les docteurs Herbet, Bax, Rovillain (de Camon), Léger, Padieu et Froment; — de MM. Lequibin et Decamps, internes de l'Hôtel-Dieu d'Amiens, sur la *tuberculose et le pneumothorax*; sur un cas de *péricardite observée chez un alcoolique*, et accompagnée d'œdème dyscrasique de la partie supérieure du tronc, mais sans oblitération ni obstruction de la veine cave, comme l'autopsie le démontra; et de M. Lémeré (de Conty), sur une *hémorrhagie du cordon ombilical* survenue quarante-huit heures après la naissance, rebelle aux traitements usuels et pour laquelle on dut faire usage de la ligature en masse des parties molles. M. le docteur Herbet, qui a été lui-même témoin de semblables cas, fait observer qu'ils sont rares puisque l'histoire clinique en a été omise par nombre d'auteurs classiques.

La thérapeutique a été l'objet de discussions non moins intéressantes à propos du mémoire de M. le docteur Curé (de Corbie), sur le *diabète sucré et son traitement par le bromure de potassium, le phosphore et l'arsenic*, mémoire dont l'occasion était à coup sûr les discussions provoquées naguère par la note de M. Félizet à l'Académie des sciences. Dans des conclusions sévèrement déduites, M. Curé recommande d'abord la médication polybromurée jusqu'à une dose assez élevée pour abolir les réflexes, et plus tard, si la glycosurie ne disparaît pas, l'usage du phosphore ou de l'arsenic. Ce dernier médicament donne, dit-il, des résultats toujours utiles. Mais, il faut en tenir compte, la disparition du sucre dans les urines n'est pas le motif suffisant d'affirmer la guérison du diabète; de même que l'albuminurie dans la maladie de Bright, la glycosurie n'est pas tout dans le diabète. Aussi malgré les faits cités par M. le docteur Herbet dans cette discussion, il me semble que la question est loin d'être close, et que les conclusions de M. Curé font honneur à sa prudence autant qu'à sa grande sagacité de clinicien. On retrouve les mêmes qualités dans un autre mémoire de ce savant confrère sur l'*emploi de la pilocarpine dans le traitement des épanchements pleurétiques.* Cependant, remarquons que dans ces dernières observations la pilocarpine ayant été employée en même temps que le régime lacté et les purgatifs, il ne serait pas équitable de mettre à son actif tout le succès du traitement.

Le bilan chirurgical n'a pas été moins chargé par les communications de M. le docteur Peulvé, sur la *cataracte kystique;* de M. le docteur Glaesel (du Crotoy), sur une *luxation de l'humérus sous-claviculaire ancienne avec fracture de l'os récente au niveau des insertions du deltoïde;* de M. Decamps, sur une *luxation du coude droit en arrière*; de M. le docteur Léger, sur un cas d'*ostéosarcome du fémur*, dont la guérison par la désarticulation de la hanche fait honneur à l'habileté opératoire et à la sagacité clinique du chirurgien; de M. Delorme (de Picquigny), sur un *traumatisme grave traité par le pansement ouaté*, aux mérites duquel M. le docteur Legoux (d'Albert) consacre une note d'autant plus intéressante que, par sa position de chirurgien d'hôpital dans une localité industrielle, cet honorable confrère a légitimement acquis une grande expérience de la valeur thérapeutique de ce pansement. Il en est encore de même de l'observation de M. le docteur Sorel, dans laquelle le distingué médecin de Villers-Bretonneux signale un nouveau succès thérapeutique en faveur de l'*irrigation* continue contre les grands *traumatismes osseux* des membres. Cette communication devait trouver bon accueil dans une Société dont l'un des anciens collaborateurs, M. Josse (père), fut un des premiers avocats de l'usage chirurgical de l'eau froide.

En pharmacie et en matière médicale, mentionnons les travaux de M. Bor sur la *mise en suspension du kermès dans les loochs* par un ingénieux artifice de préparation; de M. Personne (de Feuquières), sur la *préparation rapide de la pommade mercurielle*, procédé utile surtout aux pharmaciens des campagnes, sur la *formule d'une laque verte inoffensive*

©BIU Santé

pour la coloration des objets d'alimentation, et enfin sur les *extraits de ratanhia du commerce*.

La Société médicale d'Amiens possède donc d'actifs explorateurs dans les branches les plus diverses de la médecine et de la chirurgie pratiques ; aussi les travailleurs trouvent dans le compte rendu de ses séances une abondante moisson de faits dont la richesse ne peut que croître encore avec le nombre de ses membres titulaires et correspondants. N'est-ce pas une preuve nouvelle de la vitalité de telles institutions, de leur haute utilité pour les intérêts professionnels du corps médical et du profit scientifique que chacun de nous peut utilement en retirer?

Depuis un an, la *Gazette médicale de Picardie* reproduit les travaux présentés à cette Société. L'*Union médicale* a déjà salué avec sympathie l'entrée dans le monde de ce nouveau-né du journalisme médical. Est-il utile de rappeler que notre savant confrère, le docteur Challié de Granchamps, son rédacteur en chef, en dirige la croissance avec une paternelle sollicitude, et que cette publication contribuera encore à donner plus d'éclat à la Société qui l'inspire et à laquelle on s'honore toujours d'appartenir même de loin.

Ch. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 23 mai 1883. — Présidence de M. Finot.

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

La correspondance imprimée comprend : une circulaire de l'Association française pour l'avancement des sciences; un rapport adressé par le ministère du commerce (Commission de l'assainissement de Paris) et intitulé : *Rapport sur le système Berlier pour la réception et l'élimination des matières de vidanges*, par le docteur Rousselle; un travail de M. Puy Le Blanc sur l'eczéma et son traitement; la *Revue médicale de Toulouse;* la *Revue médicale française et étrangère;* le *Bulletin médical du Nord*, etc.

M. Nicolas fait hommage à la Société d'un mémoire sur les eaux de la Bourboule, leur mode d'emploi, leurs indications et contre-indications.

M. Peyrot lit un rapport favorable sur la candidature de M. Graux au titre de membre titulaire.

M. Edouard Michel donne lecture d'un rapport sur les travaux de la Société pendant la dernière période quinquennale.

Sur la proposition de M. le Président, des remerciements sont votés à l'unanimité à M. Michel pour le remarquable compte rendu qu'il vient de présenter.

M. Graux est élu membre titulaire.

—

M. Apostoli donne communication du mémoire suivant :

Sur l'emploi nouveau en thérapeutique électrique de la terre glaise.

Messieurs,

J'ai l'honneur de venir soumettre à votre jugement le résultat de mes études sur l'emploi nouveau de la terre glaise comme électrode. Préoccupé des *desiderata* de la science électrique dans le choix d'un organe de transmission du courant à un point quelconque de l'économie et des inconvénients qu'ont souvent les électrodes ordinaires, durs, rigides ou demi-flexibles, je me suis mis à la recherche d'un électrode *mou* qui conduise facilement le courant, permette de le localiser à volonté et adhère à la peau d'une façon exacte et uniforme. Après avoir successivement essayé le papier mouillé, les feuilles métalliques d'or et d'argent, je me suis définitivement arrêté à ce corps vulgaire qui n'est autre que l'argile plastique, appelé *terre glaise*, *terre à modeler ou terre à sculpteur*.

Corps neutre, sans action chimique propre, facile à trouver partout chez tous les modeleurs notamment, se conservant indéfiniment, bon conducteur de l'électricité et incapable de s'altérer spontanément, la *terre glaise* comble une lacune importante dans l'outillage électrique du médecin.

Cliniquement, et c'est surtout le but que je poursuis ici, elle présente des avantages incontestables que je viens vous soumettre et dont je résume les principaux dans les propositions suivantes :

1° Elle facilite et permet de compléter certaines applications de galvano-caustique chimique, c'est-a-dire de cautérisation, soit positive, soit négative appliquée au traitement des ulcères et des plaies de mauvaise nature. — Mieux que tout autre électrode, elle limite et permet de terminer sûrement toute action électrolytique, cautérisant tout ce qu'il faut cautériser sans dépasser les limites tracées d'avance.

La galvano-caustique chimique en effet, soit positive, soit négative, au milieu de ses nombreuses applications en possède une, la plus importante à mon avis en précieux résultats, c'est le traitement des *ulcères rebelles*, quelle qu'en soit la nature, *scrofuleux*, *épithéliomateux* et *chancreux*.

L'indication s'impose très fréquemment, mais l'application en est souvent difficile. Comment localiser, en effet, le courant à volonté, faire pénétrer également son action sur une surface anfractueuse, superficielle ou profonde, dans une cavité accidentelle ou naturelle? C'est souvent difficile, quelquefois même impossible, et toujours on court le risque de faire une opération incomplète. Or, rien n'est plus simple, grâce à l'emploi de la terre glaise.

S'agit-il, par exemple, de cautériser un *chancre simple avec décollement*? On fixe d'abord, s'il y a intérêt à tracer rigoureusement les limites de la cautérisation, l'étendue de la surface à cautériser en entourant toute la partie périphérique d'un corps adhérent mauvais conducteur tel que le *collodion riciné*, on circonscrit ainsi par une zone isolante toute la surface à attaquer électriquement; puis, à l'aide d'une spatule, du doigt ou même d'un pinceau, on prend de la terre glaise suffisamment ramollie pour que la première couche pénètre partout; on applique ensuite, par dessus, une couche demi-molle d'un demi-centimètre d'épaisseur au maximum, au centre de laquelle on juxtapose, pour y faire aboutir le courant, un conducteur métallique qui se termine par une plaque de grandeur variable adhérente à l'argile; on recouvre le tout, soit d'une compresse, soit d'un taffetas gommé.

Jusqu'à présent, le circuit était fermé au pôle opposé par une large plaque métallique recouverte de peau de chamois, mais il serait préférable de le compléter par une large et mince couche de terre glaise appliquée sur la cuisse, par exemple, comme nous allons le démontrer bientôt. — Telle est la première application de la terre glaise que, grâce à l'obligeance de M. Mauriac, j'ai pu, il y a deux ans, en 1880, expérimenter sur une vaste échelle, dans son service de l'hôpital du Midi, et dont j'aurai l'honneur de vous soumettre prochainement les résultats cliniques.

Si l'on a à faire en deuxième lieu une cautérisation profonde comme celle d'un ulcère du col de l'utérus, d'un épithélioma de cette région, la méthode est également simple à appliquer; on n'a qu'à introduire un spéculum de dimension convenable, celui de Fergusson de préférence, en verre, bois ou caoutchouc, de façon qu'il embrasse toute la partie malade, puis, le spéculum étant immobilisé *in situ*, on bourre son extrémité seulement de terre glaise, et on cautérise ainsi tout ce qui se trouve en face du spéculum.

En présence d'un cancer de l'utérus inopérable qui aurait envahi le vagin, pour lequel la galvano-caustique est si puissante dans le but unique de calmer la douleur, on peut remplir les culs-de-sac et une étendue variable du vagin suivant les cas, avec l'assurance d'atteindre tout le mal, mieux qu'avec aucun autre procédé.

2° Ce nouvel électrode assure une plus grande constance au courant. — Si la constance absolue est impossible à obtenir au point de vue médical, en raison des variations de la résistance de la pile et surtout du circuit extérieur, nos efforts doivent tendre toutefois à nous en rapprocher de plus en plus. La plupart des électro-thérapeutes ont cherché à remplir ce *desiderata* par les soins excessifs dont ils entourent le choix de la pile, ce qui leur a fait bien à tort donner la préférence aux types variés de l'élément Daniel; mais ils ont oublié de tenir un compte bien plus considérable de la résistance du circuit extérieur; or, ici c'est l'*inconstance* par excellence, tenant :

a) Aux différences dans une même galvanisation de la *pression* des électrodes sur la peau;

©BIU Santé

b) A leur *humectation* variable;
c) A leur *dessiccation* rapide;
d) A la *conductibilité variable* de l'épiderme;
e) A la *polarisation* des électrodes et des tissus.

S'il nous est impossible d'éliminer tous ces facteurs d'inconstance, du moins avons-nous le pouvoir d'en atténuer quelques-uns; ainsi, si l'on augmente d'un nombre constant la résistance du circuit extérieur, cette résistance additionnelle diminue d'autant et annihile presque l'influence prépondérante qu'avaient antérieurement les petites variations des résistances extérieures et intérieures dans la constance du débit électrique ou de l'intensité, variations qui sont inséparables de toute galvanisation de quelque durée; tel est l'usage du *réostat médical*. Grâce à lui, la plupart des piles peuvent servir au médecin, leur infirmité de polarisation étant ainsi atténuée au maximum. Eh bien, la terre glaise nous aidera à remplir le même but, par le même moyen, car elle a une résistance spécifique plus grande que celle des tampons de charbon de cornue à gaz recouverts de peau de chamois imbibée d'eau.

Elle a, de plus, d'autres qualités qui confirment pleinement notre deuxième proposition :

a) Elle se dessèche beaucoup moins vite que les électrodes ordinaires et conserve plus longtemps un même degré d'humidité et de conductibilité;
b) Elle humecte uniformément l'épiderme, avec lequel elle est en contact;
c) Elle s'applique sur lui d'une façon exacte et identique pendant toute l'opération;
d) Elle conduit bien pendant plusieurs jours, au besoin, si l'on a pris le soin de la couvrir d'une toile imperméable pour retarder la dessiccation (1);
e) Exposée à l'air, elle se dessèche dans l'espace de un à deux jours, mais elle reste toujours adhérente à la peau et conduit encore le courant à l'état sec, quoique très faiblement, *n'offrant jamais la résistance absolue des tampons recouverts de peau sèche.*

3° La terre glaise facilite les applications de longue durée. — Tout en assurant une plus grande constance au courant, elle rend pratiques et possibles les applications de longue durée, de 6, 12, 24, 48 heures par exemple; tel est le corollaire qui ressort de la proposition précédente.

La mise en œuvre de ces applications, dont l'importance est considérable, et sur lesquelles je ne veux pas m'appesantir actuellement, a trouvé jusqu'à présent dans la clinique une exécution difficile: difficulté de contention des électrodes classiques, surtout chez les enfants et pendant le sommeil; leur dessiccation rapide, qui peut augmenter la résistance, jusqu'au point d'annihiler tout débit électrique; impossibilité, le plus souvent, de trouver un aide qui tienne les électrodes; obligation de les mouiller de temps à autre, soit pour augmenter la conductibilité, soit aussi pour atténuer la douleur. Voilà des considérations qui militent en faveur de l'adoption de la terre glaise.

Facile à appliquer, assez visqueuse pour adhérer spontanément à la peau, elle supprime le concours d'un aide; lente à se dessécher et d'une conductibilité constante même à l'état sec, elle rend possible les applications de longue haleine qui, trop négligées encore, sont destinées à prendre une place importante dans la hiérarchie des procédés d'électrothérapie.

4° La terre glaise permet de varier a volonté l'étendue, la forme des électrodes, leur surface d'application et est destinée a vulgariser la pratique de certaines galvanisations. — D'un côté, en effet, nous n'avons jusqu'à présent à notre disposition qu'un outillage multiple et compliqué; plusieurs électrodes de formes et de grandeurs différentes sont nécessaires; ils sont tous rigides comme ceux en charbon ou demi-rigides comme ceux en étain; on doit constamment surveiller l'état de la peau de chamois qui les recouvre et la changer souvent parce qu'elle se corrode et s'use; on doit les mouiller constamment et abondamment avant toute électrisation, et souvent dans le cours même de la séance. D'un autre côté, voici un seul gâteau de terre glaise, maintenu constamment humide en l'enveloppant de toile imperméable, gâteau qui peut indéfiniment suffire à confectionner instantanément des électrodes de toute espèce de grandeur et de

(1) J'ai fait, dans le service de M. *Perrier*, à l'hôpital Saint-Antoine, une application de quatre couples avec une intensité de deux milliampères, d'une durée de deux jours sans interruption, sans qu'il y ait eu, du début jusqu'à la fin de la séance, la moindre variation dans l'intensité électrique.

forme, qui prend le moule de la surface où il s'applique, se modèle à volonté partout où on le désire, s'étend sur une section quelconque d'un membre en répartissant l'entrée ou la sortie du courant sur une surface aussi large que les besoins le réclament.

C'est donc un électrode d'une mollesse variable suivant la quantité d'eau dont on l'imprègne, facile à trouver partout et très économiquement, qui ne s'use pas, colle à la peau, prend la forme qu'on désire et baigne une étendue d'épiderme facultative (1).

5° LA TERRE GLAISE PERMET DE LIMITER, DE LOCALISER L'ACTION TOTALE DU COURANT ET DE RÉDUIRE DANS CERTAINES CIRCONSTANCES AU MINIMUM, L'INFLUENCE FACHEUSE DE SA DIFFUSION OU DE SA DÉRIVATION. — Je m'explique : d'ordinaire, un grand nombre d'applications galvaniques sont des applications polaires, dans lesquelles toute l'action curative est demandée à un pôle, l'autre ne servant qu'à fermer le circuit et étant en général, surtout dans les applications d'intensité considérable, appliqué sur une large étendue de peau, pour diminuer d'autant les effets chimiques et calorifiques du courant à cet endroit qui doit rester indifférent. Une distance variable, souvent assez grande, sépare donc forcément les deux pôles, entraînant comme conséquence inévitable la diffusion du courant qui, loin de suivre la ligne droite qui réunit un pôle à l'autre, prend la voie la mieux conductrice se dispersant ainsi à l'infini et influençant malheureusement des organes souvent situés très loin de la ligne de jonction des deux pôles. Cette influence à distance du courant, lorsqu'elle n'est pas réclamée dans un intérêt thérapeutique, peut être souvent nuisible surtout dans les applications à haute dose; aussi les efforts de l'électro-thérapeute doivent tendre à l'éviter. Le moyen le plus simple, et il n'y en a pas d'autre, est d'appliquer sur le point à électriser deux électrodes concentriques, l'un enfermant l'autre, sous la forme de cercles par exemple, légèrement distants l'un de l'autre, comme l'a fort bien indiqué notre savant confrère, M. le docteur BOUDET (de Paris). Le courant se ferme ainsi sur lui-même et presque sur place, et tout rayonnement devient très limité.

Pour vous donner la démonstration clinique de l'importance de ce mode d'application, voici deux exemples principaux :

Toute galvanisation de la tête ne peut se faire qu'à petite dose, de *30 à 50 dix-millièmes d'ampère,* pour éviter toute action nuisible sur la rétine et les centres nerveux; or, en fermant le circuit sur lui-même, on peut impunément porter la dose à *250, 300, 400 dix-millièmes d'ampère;* on peut donc faire de la galvano-caustique chimique et cautériser rapidement et sûrement une loupe, un kyste, une tumeur du cuir chevelu, de la face, etc.

La galvano-puncture des anévrysmes de l'aorte n'a pu se faire jusqu'ici qu'en fermant le circuit sur la cuisse, et je tiens de M. DUJARDIN-BEAUMETZ, qui est une grande autorité en pareille matière, qu'il avait vainement essayé d'appliquer sur la poitrine le pôle indifférent qui est ici le négatif; les mouvements respiratoires déplaçaient constamment la plaque dont il se servait, changeaient ses rapports avec la peau, variaient donc constamment la résistance du circuit, ce qui était si péniblement ressenti par le malade qu'il dut y renoncer. En fermant, au contraire, le circuit sur lui-même, en entourant l'électrode actif, le positif, d'une couche circulaire assez grande de terre glaise, on applique ainsi un corps adhérant à la peau, que les mouvements respiratoires ne déplaceront pas, et on obtiendra les avantages incontestables qui seront d'empêcher la diffusion inutile et dangereuse du courant, de diminuer la douleur de l'opération, de pouvoir augmenter encore l'intensité électrique, d'assurer une plus grande constance du débit du courant, de faire, en un mot, l'opération *plus complète et plus énergique.*

Le moyen de mise en œuvre pratique que je conseille en pareille circonstance, comme pour l'opération des petites tumeurs de la face, consiste à fixer d'abord le pôle actif, sous la forme d'une aiguille implantée dans le point à cautériser, puis de laisser un très petit intervalle libre et de plaquer tout autour un gâteau, sous forme de disque ouvert au centre, de terre glaise, que l'on aura préalablement confectionné en tant que forme et volume avant de l'appliquer. C'est là qu'aboutira le pôle inactif ou indifférent, et, de la sorte, le circuit se trouvera fermé sur lui-même.

Ainsi se trouve justifiée ma cinquième proposition; la théorie indiquait qu'il fallait, dans plusieurs circonstances, fermer le circuit sur place; or, pratiquement, c'était le plus souvent impossible ou mal fait; la terre glaise vient donc combler un vide; le pôle

(1) Le moyen le plus simple d'obtenir rapidement une vaste surface unie et d'épaisseur égale comme une dalle, c'est de la confectionner comme les briquetiers; on étend un linge sur un cadre de grandeur voulue, puis on étale dessus la terre, que l'on tasse et égalise avec un rouleau ou un couteau; on soulève le linge, et la brique de terre glaise est confectionnée.

©BIU Santé

excentrique qui doit entourer le pôle actif étant en effet *mou, adhérent à la peau,* pourra se mouler partout et rendra ainsi possible la localisation *in situ* du courant (1).

6° LA TERRE GLAISE DIMINUE LA DOULEUR DES APPLICATIONS DE GALVANO-CAUSTIQUE CHIMIQUE AU PÔLE INACTIF ET SUPPRIME A SON NIVEAU TOUTE CRAINTE D'ESCHARRE. — Nous avons, en effet, dans toute application du courant à haute dose, deux choses à considérer : d'abord le choix de l'électrode actif qui est variable suivant les cas; ici une aiguille, comme pour le traitement des anévrysmes et des tumeurs; là une sonde, comme pour le traitement de l'urèthre ou de l'orifice interne de l'utérus; plus loin une plaque métallique ou mieux de terre glaise, comme pour les ulcères. Au niveau de cet électrode, la douleur est ce que la fait l'intensité électrique qui entre en fonction dans le circuit, et la sensibilité de l'organe opéré. Force est à nous de l'accepter sans pouvoir la modifier; heureusement elle est le plus souvent tolérable en raison du peu de sensibilité des tissus profonds sur lequels on opère.

Quant à l'électrode indifférent ou inactif, nous sommes tout-puissants pour diminuer la douleur à son niveau et réduire au minimum les effets calorifiques du courant qui sont souvent si intenses sur la peau, qu'ils rendent l'opération quelquefois insupportable pour certains sujets. Sachant, en effet, d'après la loi de *Joule*, que les effets calorifiques, et par cela même la douleur qui en est fonction, sont proportionnels à la résistance de la peau, nous employons des électrodes destinés à la diminuer autant que possible, et, pour cela, nous nous servons de grandes plaques métalliques recouvertes de peau de chamois imbibée d'eau; l'épiderme étant ainsi humecté sur une vaste surface, voit diminuer d'autant la résistance qu'il oppose au passage du courant. Or, grâce à la terre glaise, nous pouvons avoir un électrode d'une surface variable aussi grande que nous le désirons; de plus, l'épiderme se trouvera uniformément mouillé, et cette substance plastique et molle l'imprégnera *mieux et plus profondément*, aussi sera-t-il moins résistant et les effets calorifiques avec la douleur seront d'autant atténués.

Des considérations analogues sont de tout point applicables à l'action chimique; grâce à l'argile, on peut étendre indéfiniment la surface d'application de l'électrode *neutre;* il est, de plus, uniformément adhérent à la peau. Or, comme l'intensité électrique en un point donné décroît avec la surface et est en raison directe de la densité du courant, on comprendra fort bien que, même à surface géométriquement égale de deux électrodes, l'un *rigide* ou *semi-rigide*, l'autre *mou* et surtout éminemment plastique, c'est ce dernier qui assurera la plus grande somme de points de contact avec l'épiderme dans l'unité d'espace, et qui, par conséquent, donnera au courant, à son niveau, la densité la plus faible; l'intensité, c'est-à-dire l'action chimique, électrolytique et par suite caustique, lui étant directement proportionnelle (à la densité), il s'ensuivra que l'électrode argileux sera et est en réalité le *meilleur préservatif contre les escharres*, témoins irrécusables de l'excès d'action chimique, si fréquemment observées dans les hautes applications du courant continu.

7° L'INTRODUCTION DE LA TERRE GLAISE DANS LA PRATIQUE DE LA GALVANO-CAUSTIQUE PERMET DE DOUBLER SANS DIFFICULTÉ LES DOSES EMPLOYÉES JUSQU'A CE JOUR. — Ceci découle de la proposition précédente: dans toute galvano-caustique, en effet, la préoccupation constante du médecin est de ne faire qu'une *seule cautérisation*, celle que l'on cherche au pôle dit actif, et de rendre l'autre indifférent, par l'emploi de larges plaques très mouillées. Quelque grande que fût l'imbibition préalable, on était obligé de mouiller très fréquemment la plaque pendant la séance pour éviter la douleur à son niveau et la cautérisation sous-jacente, et la dose de 40 à 45 milliampères était la plus forte que l'on atteignait, ainsi qu'en font foi les boussoles dites d'intensité médicale de *Gaiffe*, dont la graduation s'arrête à 50 milliampères. Or, vous venez de voir que l'argile diminue la douleur de l'application et la crainte d'escharre à son niveau; il était donc tout à fait naturel de l'employer, pour permettre d'augmenter impunément, sans aucune difficulté, l'intensité électrique, pour permettre de rendre l'action du pôle actif plus vive et plus efficace, tout en ayant les moyens d'atténuer et d'éteindre presque l'action similaire de l'autre pôle.

(1) Depuis ma lecture à l'Académie de médecine, qui a eu lieu le 10 octobre 1882, j'ai eu plusieurs occasions importantes d'en faire l'application clinique avec le plus grand succès : une première fois dans un anévrysme de l'aorte, chez une malade de M. PROUST, à l'hôpital Lariboisière; et plusieurs fois pour des *kystes hydatiques* du foie (service de M. Dujardin-Beaumetz à l'hôpital Saint-Antoine, et de M. Proust).

Aussi, ai-je fait construire une boussole par M. *Gaiffe*, graduée jusqu'à 100 milliampères, et la terre glaise m'a rendu très facile l'emploi journalier de doses de 70 à 80, 90 et même 100 milliampères dans des cas spéciaux que je ferai connaître ultérieurement, et cela sans *douleur et toujours sans aucune escharre*. Je double ainsi la dose usitée jusqu'à présent, en me servant d'un électrode qu'on n'a plus besoin de mouiller pendant la séance, qui ne réclame aucune surveillance, qui peut suffire à plusieurs séances successives et conservant la même souplesse et une humidité assez grande pour n'avoir pas besoin d'être humecté à nouveau.

Ainsi donc, pour conclure et me résumer, en considérant séparément l'entrée et la sortie du courant de l'économie, et en donnant à chaque pôle, selon son action et son importance d'un côté, le nom de pôle *actif* ou *utilisé;* de l'autre, le nom de pôle *neutre* ou *indifférent*, qui ne sert qu'à compléter le circuit, nous avons vu que la terre glaise pouvait successivement, et au besoin simultanément, être employée pour chacune de ces deux fonctions avec les avantages suivants :

A) Pôle actif :

1° *Traitement plus facile et plus complet des ulcères;*
2° *Vulgarise la pratique de certaines galvanisations;*

B) Pôle neutre :

1° *Permet l'application des pôles concentriques;*
2° *Diminue la douleur des galvano-caustiques et éloigne toute crainte d'escharre;*
3° *Rend possible et inoffensive l'élévation de l'intensité portée jusqu'à 80 et au besoin 100 milliampères.*

C) Les deux pôles simultanément ou un seul argileux :

1° *Assure une plus grande constance au courant;*
2° *Facilite les applications de longue durée.*

Telles sont les considérations, Messieurs, que je crois largement suffisantes pour assurer à la terre glaise une place importante dans la pratique de l'électrothérapie.

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Séance du 18 janvier 1884.

L'Administration ayant été avisée qu'un fort à la vente en gros des viandes était entré à l'Hôtel-Dieu, à la suite d'une piqûre anatomique, M. le professeur Bouchardat a été chargé de présenter un rapport à ce sujet. — Il fait connaître que cet accident n'a eu aucune suite fâcheuse, et que l'inflammation locale qui s'était produite dans le voisinage de l'écorchure a cédé rapidement à des applications d'eau de sureau.

THÈSES POUR LE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

Maranger (Octave) : Contribution à l'étude de l'atrophie de l'estomac. — Barthelemy (Eugène-Edmond) : Contribution à l'étude de l'autoplastie des joues. — Saunier (Célestin) : Recherches expérimentales sur l'empoisonnement aigu produit par le séjour dans les salles d'épuration des usines à gaz. — Mosmaun (Paul) : Sur un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme; relation entre les attaques et une lésion périphérique. — Habillon (Edmond) : Luxations carpo-métatarsiennes des quatre derniers métacarpiens. — Hugueny (Charles) : Du bacille de la tuberculose, sa recherche et sa valeur diagnostique. — Kœhler (Réné) : Recherches physiologiques sur l'action des poisons chez les invertébrés. — Lajoue (Charles) : Recherches sur la contagion de la tuberculose par les inhalations de crachats de phthisiques et sur quelques moyens prophylactiques proposés. — Maguin (Paul) : De la rhinoplastie par la méthode française. — Bruncher (Jules) : Essai sur les lésions de l'appareil auditif dans la syphilis congénitale et acquise. — Nicolas (Edouard) : De la chorée vulgaire chez le vieillard. — Pilon (Georges) : Des kystes dermoïdes du cou. — Gourdan (Fromental-M.-J.-D.-Henri) : Des sympathies douloureuses ou synalgies, étude suivie d'une note sur un cas de mouvements associés. — Dommartin (Lucien) :

©BIU Santé

Indications séméiologiques fournies par la coloration de la peau. — Boley (Victor) : De l'influence du traitement immédiat du chancre simple sur l'évolution secondaire de la syphilis. — Badaire (Alphonse) : Essai sur la hernie péritonéo-vaginale chez l'adulte. — Parisot (E.) : Des émissions sanguines dans les affections secondaires. — Vallois (Léon) : Contribution à l'étude de la syphilis chez la femme enceinte. — Guillemin (Paul) : De l'anévrysme cirsoïde de la tête. — Braillet (Edmond) : Essai sur le traitement antiseptique des abcès par congestion d'origine cérébrale. — Croux (Auguste) : Contribution à l'étude des pseudarthroses partielles de l'avant-bras.

FORMULAIRE

Topiques contre la gingivite. — Magitot.

On prépare une solution de chlorate de potasse saturée à chaud, on en imbibe une bande d'ouate, et on maintient cette dernière appliquée d'une façon permanente sur la gencive enflammée, dans le cas de gingivite localisée et de gingivite traumatique. On la renouvelle toutes les deux ou trois heures, et on obtient ainsi un résultat beaucoup plus marqué qu'avec le gargarisme. — La teinture d'iode est employée dans les formes simples. L'hydrate de chloral et le borax, soit en poudre, soit alliés à la glycérine, produisent des effets analogues à ceux du glycérolé de chlorate de potasse. — Parmi les caustiques, le plus efficace et le plus inoffensif tout à la fois est l'acide chromique chimiquement pur. Une petite baguette de bois, entourée d'ouate à son extrémité aplatie ou effilée, est chargée d'une parcelle de poudre d'acide chromique, et portée sur la surface à cautériser. L'acide se dissout à la faveur de l'humidité qu'il rencontre et forme une bandelette rougeâtre, dont on constate immédiatement l'action. On recouvre la partie touchée d'une bande d'ouate, pour isoler le caustique, et on recommande au malade de ne pas avaler sa salive, tant qu'elle est colorée en brun ou en rouge. Au bout de quelques minutes, l'effet est complet, et l'escarre ne dépasse jamais la surface touchée ; elle est éliminée au bout de 3 ou 4 jours. C'est surtout dans la gingivite ulcéreuse, que l'acide chromique est employé avec succès. — N. G.

COURRIER

Nomination. — Par décision ministérielle du 30 janvier 1884, M. Lubanski, médecin-major de 2e classe à l'École d'application de cavalerie à Saumur, a été nommé professeur agrégé de clinique médicale à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Vacance. — Par arrêté, en date du 14 janvier 1884, la chaire d'anatomie pathologique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante.

Promotions. — Par décret, en date du 15 janvier 1884, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur : M. Bérenger-Féraud, médecin en chef.

Au grade de médecin en chef : M. Fabre, médecin principal.

Au grade de médecin principal : deuxième tour (choix), M. Le Grand, médecin de première classe.

Faculté de médecine de Lille. — M. Lotar, professeur à la Faculté de médecine de Lille, est nommé officier de l'instruction publique.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Bessac (Marie-Charles-Joseph), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire de physique, en remplacement de M. Jays, démissionnaire.

Congrès des Sociétés savantes. — Le Congrès des Sociétés savantes commencera à la Sorbonne, le mardi 15 avril 1884, à midi et demi. Les journées des mardi 15, mercredi 16 et jeudi 17 seront consacrées aux travaux du Congrès. La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi 19 avril, à deux heures précises.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. H. Barth : De l'angine de poitrine. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société de médecine de Paris. — III. Bulletin des décès de la ville de Paris. — — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Feuilleton.

De l'angine de poitrine.

Si bien connus que soient aujourd'hui les phénomènes cliniques de l'*angor pectoris*, la pathogénie de cette étrange affection n'en demeure pas moins fort obscure, et c'est en vain que depuis plus d'un siècle une foule d'auteurs se sont efforcés d'en dissiper les incertitudes. La méthode expérimentale est ici d'un faible secours, et les faits d'observation sur lesquels il a fallu s'appuyer presque exclusivement offrent d'ordinaire une complexité qui en rend l'interprétation fort difficile, on pourrait ajouter fort arbitraire. Comme il arrive souvent en pareil cas, chaque observateur s'est formé une opinion d'après les faits dont il a été témoin, et s'est évertué à y plier tous les autres faits connus; aussi peut-on compter presque autant de théories que d'écrivains. Heureusement, le temps et la force des choses ont fait justice de la plupart des hypothèses, et aujourd'hui le terrain de la discussion est à peu près déblayé. Le récent et important mémoire de M. Huchard (1) est venu fort à propos montrer quelles sont les difficultés qui subsistent encore et de quel côté il faut en chercher la solution : celle qu'il a proposée, avec plus de hardiesse et de netteté qu'on ne l'avait fait avant lui, n'est peut-être pas définitive; elle est en tout cas fort sérieuse et mérite d'être sérieusement examinée.

Avant de rechercher quelle est l'origine, et la nature véritable de l'angine de poitrine, il importe de définir exactement ce qu'on entend sous ce nom. A l'exemple des meilleurs auteurs, il convient de le réserver exclusivement à un syndrome clinique caractérisé par l'apparition brusque d'une douleur précordiale angoissante, constrictive, avec irradiations diverses, accompagnée d'un trouble marqué de l'action du cœur, et d'une sensation

(1) H. Huchard. *Des angines de poitrine.* (*Revue de médecine,* 1883.)

FEUILLETON

ELOGE DE M. ERNEST-CHARLES LASÈGUE

PRONONCÉ A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, LE 28 DÉCEMBRE 1883,

Par M. le Docteur Desnos,

Médecin de l'hôpital de la Charité, Secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux.

M. Ernest-Charles Lasègue est né, à Paris, le 5 septembre 1816.

Sans doute, dans notre monde, on l'a fait remarquer avec raison (1), nous voyons sans étonnement des hommes sortis des positions les plus obscures arriver plus tard aux situations les plus considérables; sans doute, nous entendons, sans surprise, proclamer des noms qui, ignorés hier, deviennent aujourd'hui célèbres. Ces élévations, quelquefois vertigineuses, justifiées par le travail et le mérite, consacrées par la renommée, sont à la gloire de ceux qui les atteignent, aussi bien que du pays et des mœurs qui permettent ces transformations. Toutefois, il faut le reconnaître, ceux que les hasards favorables de leur naissance ont placés, dès le berceau, dans un milieu cultivé, sont plus heureusement préparés à remplir le rôle élevé que le médecin est appelé à jouer dans la société en ses relations d'ordres divers avec les puissants du jour comme avec les plus humbles.

(1) Guyon : Eloge de Nélaton.

©BIU Santé

de mort imminente. Cette crise *paroxystique* est toujours de courte durée; quand elle ne tue pas le malade, on la voit disparaître sans laisser de traces, aussi brusquement qu'elle était venue. Par là, elle diffère complètement des douleurs rétro-sternales *permanentes* de la péricardite, des anévrysmes de l'aorte et des tumeurs du médiastin. Vouloir méconnaître cette distinction, et englober dans un même chapitre toutes ces *algies* symptomatiques, c'est compliquer inutilement l'histoire clinique de l'angine de poitrine, qui est au contraire simple et nette entre toutes; si on tient compte des caractères que nous venons d'énumérer : soudaineté de l'attaque, caractère angoissant de la douleur, trouble de l'action cardiaque, terminaison rapide par la mort ou par le retour à l'état normal, il est impossible de la méconnaître.

La remarquable constance des traits principaux n'empêche pas certaines variétés dans les détails ; parfois (et ces cas sont les plus graves de tous) l'accès débute comme la foudre, par une douleur sourde, étreignant le cœur à la façon d'une main de fer; le malade, pâle et sans force, n'ose même pas crier, il retient son souffle qu'il sent prêt à s'échapper, et en effet une syncope mortelle peut en quelques instants terminer la scène. Plus souvent le mal s'annonce par de vagues prodromes : pesanteur au creux épigastrique, bâillements, éructations gazeuses, tympanisme gastro-intestinal; la douleur se manifeste graduellement, d'abord légère et localisée à la base du cœur, puis plus intense et s'irradiant progressivement dans le cou, dans l'épaule gauche, et tout le long du bras jusqu'à l'extrémité du petit doigt; dans toute cette région, la peau est d'une extrême pâleur, à laquelle bientôt succède une coloration violacée; en même temps, d'autres irradiations se dessinent vers l'épigastre, la région hépatique, les reins, le testicule même, et ces douleurs surajoutées, parfois plus violentes que celle du cœur, arrachent au malade de vives plaintes; elles peuvent persister encore quelque temps, alors que l'angoisse précordiale a cessé. Chez quelques malades, enfin, la terminaison de l'accès est marquée par divers phénomènes nerveux : envie irrésistible d'uriner, émission abondante de gaz, névralgie ilio-scrotale.

Les conditions dans lesquelles apparaît l'angine de poitrine sont assez multiples: d'une manière générale elle est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, dans la seconde que dans la première moitié

Ainsi en fut-il de M. Lasègue. Fils d'un père adonné aux sciences naturelles, surveillant et perfectionnant lui-même avec un soin jaloux, l'éducation de son enfant; son esprit fut ouvert, dès la première jeunesse, aux goûts artistiques, au sentiment du beau, à l'amour des belles-lettres et des sciences. Il ne se contenta pas de faire pour lui-même des études approfondies en philosophie, en littérature; il en fit profiter les autres, et son passage dans l'enseignement secondaire où il professa la rhétorique et les humanités, laissait déjà pressentir les hautes destinées qui lui étaient réservées dans l'enseignement supérieur.

Néanmoins son penchant prononcé pour les sciences d'observation devait bientôt le détourner de ses voies premières qu'il n'abandonna pourtant jamais complètement, qu'il ne perdit jamais de vue, pour l'amener à l'étude de la médecine.

Dès le début de sa carrière, entraîné par la supériorité des séduisantes facultés qui, dès cette époque, signalaient Trousseau à l'attention et aux sympathies de la jeunesse studieuse, il se fit l'auditeur assidu de ce maître illustre. Quelle que fût la distance qui les séparait alors, ces deux hommes, par l'originalité de leur intelligence, par la nature de leur génie, par leurs habitudes littéraires, avaient l'un avec l'autre tant de points de contact, tant d'affinités, que bientôt ils devaient se trouver unis par des liens étroits. Trousseau, avec la perspicacité de son esprit, n'avait pas tardé à deviner dans le jeune étudiant ce que notre collègue M. Jaccoud a appelé avec bonheur une invraisemblable réunion de qualités diverses et de talents disparates; et bientôt de l'élève il avait fait non seulement son ami, mais son collaborateur.

La liste est longue des travaux que M. Lasègue fournit en peu d'années à cette collaboration. Nous y trouvons surtout un ensemble de mémoires relatifs aux maladies de

©BIU Santé

de la vie; mais tantôt elle assaille inopinément un individu qui semblait jouir jusque-là d'une santé parfaite, tantôt elle se montre dans une phase déjà avancée d'une affection cardiaque (ou plutôt cardio-aortique), tantôt enfin elle apparaît, parmi d'autres troubles nerveux, chez des hystériques, chez des hypochondriaques, chez des dyspeptiques, chez des malades intoxiqués par l'abus du tabac.

Quant aux causes occasionnelles des accès, elles varient suivant les cas: d'ordinaire c'est un léger effort, une marche contre le vent qui semble provoquer la crise; ailleurs, c'est l'influence d'une odeur forte, la déglutition d'un aliment, le travail de la digestion; ailleurs encore, c'est une émotion morale, de tristesse ou de colère; enfin, il est des cas où l'*angor* apparaît sans cause appréciable, dans le calme le plus parfait et au milieu même du plus profond sommeil.

La marche de la maladie est des plus capricieuses et défie toute prévision: parfois le malade est emporté dès le premier accès, d'autres fois il ne succombe qu'après une longue série de crises, dont la gravité croissante et le retour de plus en plus rapide ont pu faire pressentir la catastrophe finale; souvent aussi les accidents, après s'être aggravés, s'atténuent, et au bout d'une période plus ou moins longue, variée par des alternatives de mieux et de pire, la maladie finit par disparaître. Cette différence dans la marche et la terminaison a décidé quelques auteurs à créer deux espèces d'angine de poitrine, celle dont on meurt et celle dont on ne meurt pas: nous verrons tout à l'heure si cette distinction est justifiée au point de vue théorique; ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle est fort difficile à maintenir au lit du malade, et qu'il est impossible, en présence d'une première attaque d'*angor pectoris*, de savoir si la maladie ne sera pas mortelle.

Quand on fait l'autopsie d'un malade qui a succombé à un accès bien caractérisé d'angine de poitrine, on trouve souvent une lésion de l'aorte et de l'orifice aortique (endartérite chronique avec athérome plus ou moins prononcé); presque toujours, quand on se donne la peine d'y regarder, on trouve en même temps un rétrécissement, une oblitération incomplète des artères coronaires; parfois enfin, mais exceptionnellement, on ne trouve rien. Laissons de côté, pour le moment, ces faits négatifs, imputables d'ailleurs, pour la plupart, à un défaut d'investigation. La très grande fré-

---

l'enfance, aux fièvres éruptives. Déjà ils dénotent la tournure de son esprit, ses aptitudes cliniques, l'élévation et l'ingéniosité de ses vues.

En 1847, il prenait le titre de docteur en médecine, après avoir, quelques années auparavant, satisfait heureusement aux épreuves de la licence ès-lettres.

En 1848, dès son entrée dans la vie médicale, le jeune docteur recevait du gouvernement de son pays une mission de haute confiance.

Pour la seconde fois, en moins de vingt ans, le choléra venait d'envahir l'Europe. Arrivant par le sud de la Russie, aux bords de la mer Caspienne, le fléau indien traversant d'immenses espaces, avait pénétré jusqu'à Moscou. Comme autrefois l'éminent compagnon de Gueymar, Gérardin, un des nôtres aussi, disparu avant l'heure de la scène médicale où il avait brillé d'un vif éclat, M. Lasègue bravant des périls de plus d'un genre, à travers mille difficultés, mille fatigues, dut suivre l'épidémie pas à pas, observant sa marche et ses allures, prêt à signaler le danger à tout instant menaçant.

Aujourd'hui, Messieurs, par le fait d'observations nombreuses fournies par les atteintes multipliées que le choléra nous a portées depuis 1848, grâce à la persévérance et aux démonstrations irréfutables d'un homme que, dans une discussion récente, un de ses adversaires appelait le plus grand épidémiologiste du siècle, grâce à M. Fauvel et à la conférence de Constantinople, la doctrine de la transmissibilité de cette maladie est acceptée par la généralité des médecins. Elle ne trouve plus guère d'adversaires que dans un pays où des considérations étrangères à la science ont pu momentanément obscurcir le sens médical. Mais tout autrement en était-il à l'époque où M. Lasègue fut chargé de sa mission. Alors les idées contagionistes étaient honnies, la doctrine des pures influences épidémiques régnait sans partage. Il lui fallut toute son indé-

©BIU Santé

quence des altérations des artères coronaires a tout naturellement fait naître l'idée d'attribuer à l'ischémie cardiaque les phénomènes de l'*angor pectoris*, et M. Huchard, après Kreysig, Potain, G. Sée, s'est fait le champion déterminé de cette théorie, à l'appui de laquelle il a su apporter des faits et des arguments nouveaux.

La doctrine de l'ischémie cardiaque peut se résumer ainsi: par suite du rétrécissement de ses artères nourricières, le cœur reçoit moins de sang qu'à l'état normal; cependant, cette irrigation imparfaite suffit à un fonctionnement moyen, et dans les conditions ordinaires, aucun trouble n'apparaît; mais vienne une influence physique ou morale de nature à exagérer l'action du cœur, aussitôt le sang va faire défaut au muscle cardiaque, et celui-ci va être affecté d'une sorte de crampe douloureuse avec parésie, très comparable à la claudication intermittente qu'on observe chez les chevaux atteints de rétrécissement de l'aorte abdominale. En même temps l'irritation des filets sensitifs du pneumo-gastrique va se transmettre par irradiation centrale aux autres rameaux du même nerf, et même à différents nerfs voisins, au spinal, au glosso-pharyngien, au grand sympathique; de là les irradiations douloureuses et les phénomènes moteurs, vaso-moteurs ou sécrétoires qui accompagnent et suivent l'accès d'angine de poitrine.

Cette théorie rend parfaitement compte des faits observés, ou tout au moins d'une partie d'entre eux; elle n'est pas en contradiction avec les données relatives à la névrite cardiaque, telle que l'ont fait connaître les travaux mémorables de M. Lancereaux et du professeur Peter. Comme on le sait, la névrite cardiaque se produit fréquemment dans l'aortite aiguë ou chronique, par suite de la propagation du travail inflammatoire de l'endartère aux tuniques extérieures du vaisseau. Cette inflammation des plexus nerveux se traduit par des douleurs sous-sternales, parfois très vives, susceptibles de s'irradier sur les côtés du cou et dans les membres supérieurs; mais ces douleurs (appelées avec raison pseudo-angineuses) n'ont qu'une lointaine analogie avec l'accès paroxystique de l'*angor* vrai. Si elles coexistent souvent avec ce dernier, il n'y a pas lieu de s'en étonner, puisque l'aortite est la cause la plus habituelle de l'oblitération des artères coronaires, mais on peut voir des cas (et nous en avons observé un récemment) où l'aortite a pu atteindre le plus haut degré, où la névrite du plexus car-

---

pendance d'esprit, toute sa puissance d'observation pour se dégager des préjugés qui tenaient sous leur joug les nosologistes de ce temps, pour saisir la signification du mode de propagation du mal, de ses caractères, pour conclure à ses propriétés contagieuses. Il fut donc un précurseur au point de vue de la doctrine de l'importation et de la transmissibilité.

Et cette doctrine si féconde qui, appuyée par des mesures d'hygiène internationale intelligemment comprises et loyalement exécutées, pourrait peut-être mettre désormais l'Europe à l'abri de contaminations mortelles, comment son auteur l'établit-il; comment raconte-t-il le dangereux voyage où il en a puisé les éléments? Ecoutez à ce sujet l'appréciation d'un de ses panégyristes, notre collègue, le professeur Potain :

« Certes, dit-il, il y avait motif à quelque long et intéressant récit, tout plein de péripéties émouvantes... Eh bien, cette relation, elle occupe un peu plus de quatre pages des *Archives*. Pas un mot de l'auteur, ni des circonstances ni des dangers du voyage. Mais les renseignements les plus précis sur l'épidémie observée, sur son mode de propagation, sur ses caractères. Comme nous voici loin du reportérisme moderne, et combien ce tout jeune homme est déjà digne et grave en cette mémorable circonstance (1). »

Depuis son retour de Russie, la route dans laquelle s'engagea M. Lasègue fut celle de succès qui se suivaient incessamment.

Après avoir rempli pendant deux ans les fonctions de chef de clinique, il fut nommé, en 1852, agrégé de la Faculté dans la section de médecine et, l'année suivante, médecin du bureau central des hôpitaux. Ces nominations lui ouvraient les deux voies dans les-

(1) Potain : Discours prononcé aux obsèques de M. Lasègue.

©BIU Santé

diaque semble incontestable, et où néanmoins, les artères coronaires n'étant pas rétrécies, il ne s'est produit aucun symptôme d'angine de poitrine.

On peut donc admettre que la plupart des cas de mort par angine de poitrine sont dus au rétrécissement des artères coronaires ; on conçoit également que dans les faits de ce genre la marche de la maladie soit rapide et sa durée fort courte. La sténose des artères cardiaques est une lésion fatalement progressive, et si le malade n'a pas succombé dès le premier accès, il est peu probable qu'il résiste au second ou au troisième. Mais nous avons vu que l'angine de poitrine n'avait pas constamment une allure aussi redoutable ni une issue aussi funeste, que même certains malades pouvaient en être affectés pendant de longues années et finir par guérir. Ce fait seul suffit à prouver que le rétrécissement des coronaires n'est pas la seule cause capable d'engendrer le syndrome morbide que nous avons décrit.

Tous les faits bien caractérisés d'*angor pectoris* dans lesquels il est impossible d'admettre un rétrécissement des artères cardiaques, M. Huchard les classe dans un groupe dit des angines de poitrine *fonctionnelles*, opposé à celui des angines de poitrine *organiques*. Mais en dépit des différences étiologiques, il admet que la pathogénie de l'accès est la même dans les deux classes ; avec le professeur G. Sée, il croit que chez les tabagiques, chez les hystériques, chez les goutteux, c'est la contracture spasmodique des vaisseaux du cœur qui détermine l'apparition de l'*angor*, en produisant l'ischémie brusque du muscle cardiaque. Pour justifier cette hypothèse, il se fonde sur la fréquence des troubles vaso-moteurs dans ces divers états morbides, sur la pâleur excessive de la peau du thorax et du bras qui accompagne (et précède parfois) l'accès angineux, enfin sur la tétanisation des petits vaisseaux observée expérimentalement chez les animaux intoxiqués par la nicotine. Bien que très vraisemblable, la théorie de l'ischémie cardiaque fonctionnelle est beaucoup moins démontrée que celle de l'ischémie organique ; en la supposant exacte, on hésite cependant à l'étendre à tous les cas, notamment à ceux où l'angine de poitrine se montre comme manifestation directe du rhumatisme ou de la goutte, et où, par conséquent, le raisonnement indique une fluxion plutôt qu'un spasme vasculaire. En se bornant, avec le professeur Peter, à invoquer une névralgie cardiaque pour

---

quelles il devait trouver une double illustration, celle de l'éloquence professorale et celle du clinicien.

Depuis longtemps déjà il avait fondé, comme écrivain disert, élégant, érudit, sa réputation qui devait grandir encore pendant une longue suite d'années.

Son éloquence, nous en avons tous senti le charme, nous en avons tous compris l'élévation et la puissance en voyant suspendus à ses lèvres des auditoires subjugués d'élèves ou de maîtres, soit dans le grand amphithéâtre de la Faculté, soit autour de la tribune académique.

Qui de nous ne se souvient de ses éclatants débuts dans la chaire de la Faculté lorsqu'il suppléait Andral dans son cours de pathologie et de thérapeutique générales ; soumettant à une étude approfondie, avec cette originalité de vues qui lui était personnelle, l'histoire des maladies nerveuses dont les tendances de l'école anatomo-pathologique avaient, pour un temps, détourné trop souvent les esprits?

Qui de nous surtout ne se rappelle ces leçons fameuses sur les généralités de la médecine mentale, sur l'alcoolisme, auxquelles se pressaient en une foule pour laquelle la vaste enceinte devenait trop étroite, non seulement des élèves, mais des médecins, des hommes appartenant aux hautes régions de la presse, de l'administration et de la politique. Jamais sans doute, jusqu'alors, les désordres psychiques et somatiques produits dans l'organisme par ce poison, qui semble étendre de plus en plus ses ravages sur les générations qui se suivent, n'avaient été saisis et décrits avec cette hauteur et cette précision de langage, avec cette sûreté et cette délicatesse d'analyse, cette puissance de synthèse.

Je vois encore M. Lasègue, extrêmement sobre de gestes, debout dans l'hémicycle, se

©BIU Santé

expliquer les angines fonctionnelles, on reste, il est vrai, dans le vague, mais on a l'avantage de ne pas s'aventurer trop loin dans l'hypothèse.

Quelle que soit la physiologie pathologique des angines de poitrine fonctionnelles, on a raison théoriquement de les distinguer de l'angine de poitrine organique ; mais, cliniquement, cette distinction est fort difficile : quand un individu est pris d'un accès d'*angor*, le médecin est presque toujours hors d'état d'affirmer que cet accès ne sera pas suivi d'un autre à plus ou moins bref délai et que cet autre ne sera pas mortel. On a beau interroger les antécédents du malade, l'état de l'appareil circulatoire, les caractères de l'accès et les phénomènes concomitants, il est impossible d'arriver à une certitude absolue : en effet, les antécédents, pour être absolument négatifs, n'excluraient pas la vraisemblance d'une lésion artérielle sourdement développée, et si l'on y trouvait, ou des phénomènes nerveux de divers ordres, ou des troubles gastriques, ou du tabagisme, on n'en pourrait tirer autre chose qu'une présomption favorable ; l'état de l'appareil circulatoire n'indique non plus rien de précis, car d'une part le rétrécissement des coronaires peut rester latent jusqu'à la catastrophe finale, et d'autre part une aortite même très avancée peut respecter les vaisseaux du cœur, et coïncider en revanche avec une angine fonctionnelle sans gravité ; enfin c'est inutilement qu'on a cherché à opposer les caractères de l'angine de poitrine organique à ceux des autres espèces, car les irradiations douloureuses, les phénomènes vaso-moteurs et nerveux peuvent s'observer également dans tous les cas. N'oublions pas d'ailleurs que l'angine fonctionnelle peut elle-même entraîner la mort, et qu'on a vu des tabagiques ou des goutteux succomber à l'*angor pectoris*, sans que l'autopsie ait fait découvrir la moindre lésion vasculaire.

Il convient donc d'être extrêmement réservé dans le pronostic et d'attendre, pour déclarer la maladie bénigne, qu'on ait vu les accidents s'atténuer et disparaître sous l'influence d'une médication appropriée. La thérapeutique, à laquelle M. Huchard a consacré des développements importants, comprend deux indications distinctes : arrêter les accès et en empêcher le retour. Pour abréger l'accès commencé on a recours d'ordinaire aux révulsifs (sinapismes, pointes de feu, marteau de Mayor), aux stimulants diffusibles (éther en inhalations ou en injections sous-cutanées), aux narcotiques même (injections de morphine). Mais le remède le plus

---

contentant de le parcourir en parlant, comme pour en prendre possession et dispenser également aux diverses parties de son immense auditoire les trésors de sa parole.

Puis, tout à coup, il fixait son regard sur cette table au tapis vert que nous connaissons tous ; son débit se ralentissait. A ceux qui n'avaient pas l'habitude de sa manière, il semblait que l'orateur allait hésiter, s'arrêter peut-être. Il n'en était rien. En ces quelques secondes pendant lesquelles, par une curieuse faculté d'abstraction, il s'était isolé du milieu qui l'enveloppait, il avait modelé, ciselé la période suivante qui, semblable à un joyau aux brillantes facettes, allait jaillir de sa bouche.

Après avoir rendu hommage à l'orateur des discours d'apparat, on est plus disposé encore à admirer le causeur inimitable, le discoureur incomparable, le maître en l'art de raconter qui, dans ses entretiens journaliers, était, dit M. Jaccoud, un sujet d'étonnement toujours renouvelé. Parlant, avec une bonhomie tranquille et familière, du fait le plus insignifiant en apparence, il arrivait peu à peu, avec une ampleur, une vivacité croissantes, et par une ascension ménagée, à des déductions invisibles pour toute autre intelligence et à la discussion saisissante des problèmes les plus graves de la médecine générale (1).

Sa phrase correcte, limpide, élégante, s'ornait parfois de quelque négligence, comme d'une familiarité aimable pour l'interlocuteur (2).

Son entrée presque simultanée à l'Ecole et dans les hôpitaux lui avait ouvert, ai-je dit, une double voie : celle de l'éloquence de la chaire où nous venons de le suivre un

(1) Jaccoud. Leçon d'ouverture du cours de clinique à l'hôpital de la Pitié.
(2) Potain. Discours prononcé aux obsèques de M. Lasègue.

©B Santé

efficace paraît être le *nitrite d'amyle* : employé en inhalations à la dose de deux à cinq gouttes, il calme presque constamment les attaques d'angine de poitrine, même celles qui paraissent être d'origine organique. Quel est le mécanisme de cette action ? On a observé que l'absorption des vapeurs de nitrite d'amyle déterminait rapidement une vive rougeur de la face, et l'on s'est basé là-dessus pour supposer que cette substance combattait directement l'ischémie cardiaque, en dilatant les vaisseaux du cœur comme ceux du visage. Quoi qu'il en soit de ces vues théoriques, l'influence bienfaisante du nitrite d'amyle dans les accès d'*angor pectoris* est trop bien établie cliniquement pour qu'on hésite encore à s'en servir.

Pour prévenir le retour des accès, il est clair qu'il faut non-seulement éloigner les causes occasionnelles, mais encore et surtout combattre la maladie primitive. Il est inutile de rappeler quels sont les moyens à employer dans l'angine des tabagiques, des névropathes, des goutteux ; dans l'angine consécutive à l'aortite, l'iodure de potassium, par son action résolutive et par la stimulation circulatoire qu'il détermine, est le remède le plus utile, mais on ne doit pas se dissimuler qu'il est sans action sur la sténose coronaire quand celle-ci est constituée, et que tout malade chez lequel cette altération s'est une fois manifestée par un accès angineux, demeure sous la permanente menace d'une nouvelle et mortelle atteinte.

Henri BARTH.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 janvier 1884. — Présidence de M. GUÉNIOT.

SOMMAIRE. — Séance annuelle : Discours de M. le Président. — Compte rendu des travaux de l'année 1883 par M. le Secrétaire annuel. — Eloge de M. Broca par M. le Secrétaire général. — Proclamation des noms des lauréats des prix du concours de 1883.

La Société de chirurgie a tenu aujourd'hui sa séance annuelle. Le public, venu en nombre, s'est trouvé trop à l'étroit dans l'espèce de petit corridor, pompeusement décoré du nom d'enceinte réservée, qui le sépare, à l'aide d'une barrière à claire-voie, de la

---

instant et celle de la clinique qu'il parcourut avec plus d'ardeur encore que la première, s'il est possible.

La clinique, en effet, ce couronnement de toutes les sciences médicales, fut la passion de sa vie. Pour cet homme qui avait vécu dans un commerce familier avec les lettres, avec la philosophie ; pour ce penseur, ce psychologiste, rien ne pouvait l'emporter en intérêt constant sur l'observation des faits que la clinique livre incessamment aux méditations du médecin. Ce penchant décidé indiquait comme l'empreinte de son origine et comme les traces laissées dans son esprit par l'éducation première.

M. Lasègue avait poursuivi l'étude des malades dès son entrée dans la pratique nosocomiale, et ses conférences de l'hôpital Necker avaient acquis, depuis longtemps, une grande notoriété ; quand les circonstances le mirent en position de s'adonner plus entièrement encore et sur un plus vaste théâtre à ses propensions pour la clinique.

Ses éclatants succès dans les cours complémentaires dont il avait été chargé, le désignaient naturellement pour remplir la première vacance dans la section de médecine. Il fut nommé en 1866 à la chaire de pathologie générale. Il ne fit guère qu'y passer pour venir s'asseoir dans celle de la clinique médicale de l'hôpital de la Pitié qu'il ne devait plus quitter. Il était arrivé au comble de ses vœux, et, dans cet enseignement nouveau, il se montra de suite un savant de premier ordre et un artiste hors de pair.

Car la médecine, Messieurs, est à la fois une science et un art. Trousseau l'a excellemment démontré dans une de ces conférences entraînantes dont il avait le secret ; et on ne saurait trop le redire, quelle que soit, à ce sujet, l'opinion de quelques esprits à courte vue. Elle est une science lorsqu'elle établit les conditions qui président à la genèse des maladies, à l'enchaînement de leurs manifestations, les lois qui régissent

©BIU Santé

partie de la salle affectée à MM. les sociétaires. Ce que voyant, M. le président Guéniot, dont l'obligeance et la courtoisie ne sauraient être poussées plus loin, a donné l'ordre de mettre à la disposition des personnes qui n'avaient pas de place, les sièges vides par l'absence de leurs titulaires. Tous les ans, bon nombre de membres de la Société de chirurgie s'abstiennent de venir à la séance annuelle, sans doute par galanterie pour le public qui profite avec empressement de cette bonne aubaine. On ne saurait trop les remercier de cette attention délicate et du sacrifice qu'ils s'imposent en se privant ainsi volontairement du plaisir d'assister à cette petite solennité où les membres de la Société de chirurgie n'ont généralement à entendre que des éloges : éloge de la Société par le Président, éloge de ses travaux par le Secrétaire annuel, éloge, enfin, d'un ancien collègue défunt, dont l'illustration ou la gloire rejaillit toujours plus ou moins sur la Compagnie tout entière. Or, l'encens de la louange est toujours doux à respirer, et, bien plus que la vengeance, est un plaisir des dieux. Cette année, plus que les autres encore, les absents, qui ont, dit-on, toujours tort, se seront privés de la douceur de s'entendre louer sur tous les tons et sous les formes les plus délicates et les plus agréables ; car la *trilogie* habituelle (nous dirions la *tri-élogie*, n'était la composition hybride et barbare de ce mot), c'est-à-dire l'allocution de M. le Président, le compte rendu de M. le Secrétaire annuel et l'*éloge* de M. le Secrétaire général ont eu une saveur toute particulière, grâce au talent des orateurs, unanimement goûté de l'assistance qui ne leur a pas ménagé les applaudissements.

M. le président Guéniot, dont le règne (je lui demande pardon de cette expression surannée, n'en trouvant pas d'autre sous ma plume), aura été illustré par une activité et une fécondité extraordinaires de la Société dont il a eu à diriger les travaux, M. le président Guéniot, disons-nous, a déclaré qu'il fallait « marquer d'une pierre blanche » l'année 1883, pour le nombre et l'importance des travaux qui ont été adressés cette année à la Société de chirurgie et des discussions qui se sont élevées dans son sein ; cette activité, toute physiologique jusqu'alors, est allée même jusqu'à l'état pathologique. Oui, la Société de chirurgie est malade, s'est écrié M. Guéniot, mais c'est de pléthore, et finement, non peut-être sans une petite pointe de malice, M. le Président a conseillé à la Société de chirurgie de se mettre au régime de la tempérance dans les discussions, afin de permettre l'écoulement du *stock* considérable de travaux accumulés dans ses cartons et qui n'ont pu être l'objet de rapports ; afin de permettre également à de nombreux chirurgiens inscrits depuis longtemps pour faire des communications, d'avoir enfin leur tour de parole. Il y a lieu d'espérer, d'après les applaudissements qui ont accueilli l'allocution de M. Guéniot, que la Société de chirurgie a goûté ces sages conseils et qu'elle saura en profiter.

Cette allocution s'est terminée par quelques paroles de regrets pour les membres que la Société a perdus et de bienvenue pour ceux qui ont été appelés à les remplacer.

---

leur marche et leur évolution, l'ensemble des moyens qui peuvent en amener la guérison. Elle devient un art entre les mains de celui qui sait adapter ces connaissances diverses à chacune des individualités morbides. (*A suivre.*)

Douches contre la sclérite goutteuse. — Galezowski.

Pour combattre la sclérite goutteuse, des douches de vapeur de 10 à 15 minutes de durée, administrées tous les jours, rendent de réels services, en facilitant la circulation et la résorption. En outre, au début de l'affection, lorsque les malades se plaignent de douleurs péri-orbitaires, il est avantageux de prescrire des instillations alternatives d'ésérine et d'atropine à doses très faibles, afin de ne point troubler la vue. Sur cette même région périorbitaire, on applique un vésicatoire volant tous les 8 ou 10 jours, et 5 ou 6 vésicatoires suffisent ordinairement pour guérir la sclérite. — A l'intérieur, il est indispensable de prescrire le traitement général de la goutte. — N. G.

Glycéré contre l'eczéma de l'oreille. — J. Gruber.

Sulfate de zinc pulv.	0 gr. 25 centigr.
Glycérine pure	50 grammes.

Faites dissoudre. — On imbibe de la charpie avec ce liquide, et on l'introduit dans le conduit auditif externe des enfants, dans le cas d'eczéma. Si on a affaire à de simples démangeaisons, on se contente d'instiller, le matin, dans le conduit auditif, cinq gouttes d'huile de foie de morue. — N. G.

N'oublions pas le souvenir sympathique adressé, au nom de la Société de chirurgie, à deux de ses membres, MM. Le Dentu et Théophile Anger, que la maladie tient momentanément éloignés de la salle des séances, mais que l'on espère voir bientôt revenir parmi leurs collègues pour en partager les travaux.

Le compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1883, par M. Périer, secrétaire annuel, a été la paraphrase éloquente et la démonstration par l'évidence, des paroles de M. le Président, au sujet de l'activité laborieuse et féconde déployée pendant cette année mémorable. Il fallait bien du talent pour mettre de l'ordre et de la lumière dans cet amoncellement, j'allais dire dans ce chaos, de sujets si nombreux et si variés. L'orateur a été constamment à la hauteur de sa tâche. Il a eu le rare mérite d'intéresser et d'attacher jusqu'au bout son auditoire à cette exposition presque toujours difficile et ingrate dans laquelle on a perpétuellement à louvoyer entre deux écueils, la sécheresse et la prolixité. M. Périer a su éviter heureusement ce double écueil; son résumé, concis sans sécheresse et complet sans prolixité, relevé par une pointe de critique spirituelle sans méchanceté, a été écouté avec une attention soutenue et a remporté tous les suffrages manifestés, à la fin, par les applaudissements unanimes de l'assistance.

La partie la plus intéressante de la séance, le *clou*, comme on dit dans l'argot de notre temps, était sans contredit l'*Eloge* de Paul Broca par M. Horteloup, secrétaire général. Trop de notoriété et d'éclat s'attachent à ce grand nom de la science française pour ne pas donner à l'œuvre entreprise par M. Horteloup un grand attrait de curiosité. L'orateur a parfaitement senti lui-même toute la difficulté de sa tâche, et il s'en est expliqué, dès le début de son discours, avec beaucoup de franchise. « Jamais plus qu'aujourd'hui, a-t-il dit, je n'ai compris le périlleux honneur d'être votre secrétaire général, car, pour parler dignement devant vous de M. Broca, il faudrait..... un autre Broca. » Mais, pour réussir, dans cette tâche difficile, il suffisait à M. Horteloup d'être..... M. Horteloup. Il a donné dans d'autres circonstances pareilles la mesure de son talent distingué, et ses précédents *Eloges* sont là pour attester que l'honorable Secrétaire général de la Société de chirurgie n'avait pas trop présumé de ses forces en acceptant de se charger de ce lourd fardeau. Il lui suffisait, pour mener son œuvre à bonne fin, de n'être pas au-dessous de lui-même. Nous pouvons dire, après l'avoir entendu, qu'il s'est surpassé et que son *Eloge* de Broca restera son meilleur ouvrage en ce genre. Peut-être serait-i permis à la critique de regretter, au point de vue de l'art, que l'*Eloge* de Broca par M. Horteloup ait gardé d'un bout à l'autre le caractère du panégyrique. Eh quoi! M. Broca a-t-il été un homme si parfait qu'il n'y ait rien à reprendre dans sa vie? Quoi? pas une seule défaillance dans ce caractère? pas une seule tache dans cette vertu? pas une ombre à ce tableau, ne serait-ce que pour lui donner du lustre, en vertu de cette grande règle d'esthétique fondée sur les contrastes et les oppositions? Eh bien, non! quelque *dilettante* que l'on soit, il faut savoir se résigner; puisque M. Horteloup n'a rien repris dans la vie et les œuvres de Broca, c'est qu'il n'avait rien trouvé à reprendre, et, s'il n'a rien trouvé, c'est qu'il n'y avait absolument rien, sauf quelques légers et insignifiants défauts de caractères, tels qu'une ardeur parfois un peu trop vive à soutenir son opinion, quelque passion à combattre celles des autres, lorsqu'elles étaient opposées aux siennes, et un peu de dédain pour les hommes, tendance qu'il tenait de Gerdy, son maître et son ami.

A côté de ces petits et minuscules défauts, que de grandes qualités ! Quel sentiment touchant de respect et d'amour filial éclate dans sa correspondance avec ses parents, que M. Horteloup a eu sous les yeux et dont il nous a détaché quelques passages vraiment précieux ! Quelle constance et quelle fidélité dans ses amitiés ! Quelle bonté et quelle générosité dans le caractère ! Quelle ardeur pour le travail ! Quelle ténacité ! Quelle puissance ! Quelle œuvre immense, si grande, que M. Horteloup renonce à l'énumérer tout entière !

Outre ses innombrables travaux de chirurgie qui resteront dans la science comme autant de chefs-d'œuvre, quels titres immortels ne s'est pas acquis Broca à l'admiration de la postérité, par la grande découverte de la localisation de la faculté du langage, dans la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale, désignée aujourd'hui dans tout le monde savant sous le nom de circonvolution de Broca ! et par la création d'une science nouvelle, l'anthropologie, dont la première Société, fondée à Paris, en 1859, par notre illustre compatriote, couvre aujourd'hui de ses rejetons les deux hémisphères !

Tel est en substance et considéré seulement dans ses grandes lignes, le cadre de l'exposition entreprise par M. Horteloup, de la vie et des œuvres de Paul Broca. Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer nos lecteurs à cet *Eloge* dont la lecture attachante leur fera bien connaître l'homme éminent qui, par ses rares facultés et son savoir véritablement encyclopédique, a honoré à la fois et sa patrie et la science.

©BIU Santé

La séance s'est terminée par la proclamation des prix du concours de l'année 1883, par M. Périer, secrétaire annuel.

1° Prix Gerdy. — Le question posée était : *Des tuberculisations localisées au point de vue chirurgical.*

La Société a décerné une récompense de 1,000 francs à M. le Dr Charvat (du Val-de-Grâce) pour un mémoire ayant pour épigraphe : *La tuberculose est une.*

2° Prix Demarquay. — La question posée était *Étiologie de l'érysipèle.* Le prix est partagé entre MM. de Soyez, de Vicharez (Vosges), et M. le Dr Bouillet, de Béziers.

3° Prix Laborie. — La Société ne décerne pas de prix. Elle accorde : 1° un encouragement de 800 francs à M. Tuffier, aide d'anatomie, pour son Mémoire *sur les gommes et scléroses syphilitiques des lèvres* ; 2° un encouragement de 600 francs à MM. les docteurs Nimier et Bosiman, pour leur travail sur la cystotomie hypogastrique ; 3° un encouragement de 400 fr. à M. le Dr Beauregard (du Havre) pour son Mémoire intitulé : *Des accidents d'ostéotomie.*

4° Prix Duval. — Ce prix a été décerné à M. Bouley pour sa thèse sur *la Taille hypogastrique.*

La Société décernera en 1884 :

1° Le prix Duval pour l'auteur de le meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année ;

2° Le Prix Laborie à l'auteur du meilleur travail inédit sur un sujet qnelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'anné courante.

Les mémoires devront être envoyés le 1er novembre 1884.

La Société décernera en 1885 :

1° Le Prix Gerdy de la valeur de 2,000 francs. — La question proposée est la suivante : *De la gangrène des membres.* Étiologie, pathogénie et traitement chirurgical;

2° Le Prix Demarquay de la valeur de 300 fr. La question proposée est : *De la pathogénie des luxations pathologiques.* Les Mémoires pour ces deux prix devront être envoyés avant le 1er novembre 1885.

A. T.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 janvier 1884. — Présidence de M. Polaillon.

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

A propos du procès-verbal, M. de Beauvais présente ses félicitations à son successeur dans les fonctions de secrétaire général pour l'activité qu'il a su déployer, notamment en présentant ses deux remarquables comptes rendus des travaux de la Société. Les membres assistant à la séance s'associent unanimement aux sentiments exprimés par M. de Beauvais.

La correspondance imprimée comprend les journaux de la quinzaine : le *Compte rendu général des Académies et Sociétés médicales,* le *Concours médical,* le *Progrès médical,* le *Journal des sages-femmes,* la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale,* le *Journal d'hygiène,* les *Annales des maladies des organes génito-urinaires.*

M. le docteur Rougier, membre correspondant de la Société, lui fait hommage de diverses brochures dont il est l'auteur : *Étude sur les virus. — Traitement curatif de la variole par la vaccine. — De la vaccine et de la supériorité de la vaccination animale. — La médecine des analogues.*

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de remerciements de M. le docteur Jacollot, nommé membre correspondant ;

Une lettre de M. de Ranse, qui déclare accepter la décision de la Société, relativement à ses propositions faites dans la séance précédente ;

Une lettre de M. Lutaud, offrant de publier gratuitement les procès-verbaux dans le *Journal de médecine de Paris* et la *Revue des Sociétés médicales.* La Société accepte la proposition ;

Une lettre de M. le docteur Pasquier (d'Evreux), qui pose sa candidature au titre de membre correspondant, accompagnée d'exemplaires de divers travaux. Ces travaux, ainsi que l'examen de cette candidature, sont renvoyés à une commission composée de MM. Rougon, Christian et Thevenot, rapporteur.

M. de Beauvais, au nom de M. Perrin, empêché, communique à la Société un travail sur la nature de la coqueluche et son traitement par la résorcine, par M. le docteur Moncorvo, de Rio-Janeiro, membre correspondant.

Notre confrère, se plaçant au point de vue de l'opinion qui considère la coqueluche

©B Santé

comme d'origine parasitaire, a pensé que l'intervention thérapeutique directe, immédiate sur le siège primordial du mal, c'est-à-dire sur la muqueuse laryngée, devrait en être une conséquence naturelle.

Il a été ainsi conduit à recourir, pour le traitement de cette maladie, à une solution aqueuse de résorcine, dans la proportion de 1 pour 100, portée au moyen d'un pinceau à poil très doux et à long manche sur l'orifice supérieur de la glotte.

La résorcine, qui est un congénère de l'acide phénique, a sur cet acide les avantages d'être plus soluble, d'être moins irritante, et surtout moins odorante. Comme l'acide phénique, d'autre part, elle exerce une puissante action sur les ferments figurés en arrêtant leur développement.

Chez trente enfants atteints de coqueluche, notre collègue a fait usage de la solution de résorcine en application sur l'orifice de la glotte, toutes les deux heures et, chez tous, la guérison s'est opérée en très peu de temps. Cette application, chaque deux heures, n'est faite que pendant la journée.

M. DE BEAUVAIS donne lecture d'une observation de *pseudo-cancer de l'estomac*, qui lui a été adressée par M. le docteur Godlewski, de Neuilly, membre correspondant :

OBSERVATION. — M. X..., domicilié à Neuilly, rue de Chartres, âgé de 50 ans, d'un tempérament nerveux, ressentait depuis longtemps des troubles digestifs, caractérisés par des douleurs vagues à la région épigastrique et du météorisme après les repas, quand il fut pris, le 20 juin 1880, d'une exacerbation de ces douleurs et de ces phénomènes; l'appétit disparut et la maigreur s'accentua.

L'examen de la région malade faisait découvrir une tumeur dure, de la grosseur d'un œuf de poule, peu sensible au toucher et située au niveau de l'estomac, à droite de la ligne médiane.

Le 1er juillet, il se produisit des vomissements, et un médecin, appelé en consultation, diagnostiqua *un cancer de l'estomac*.

Les jours suivants, les vomissements augmentèrent de fréquence. Vers le 15 juillet, la maigreur était devenue très grande, et la peau avait pris une teinte subictérique.

Cependant, sous l'influence des boissons glacées et alcalines, du 15 au 23, le malade pouvait garder le lait et le bouillon. Un mieux sensible s'était produit; les vomissements étaient moins fréquents, mais on sentait toujours la tumeur bien délimitée et encore peu douloureuse à la pression.

Le 25 juillet, l'estomac devient très sensible, les vomissements redoublent, le malade ne peut plus rien garder, et la palpation de la région épigastrique provoque de grandes douleurs.

Le 1er août, l'estomac est très ballonné, la langue, les gencives, la partie interne des joues, le voile du palais se recouvrent de muguet, et le hoquet se produit.

Cet état persiste jusqu'au 8 août; le pouls est alors à 140, le facies est très altéré, les nausées et le hoquet sont continuels.

Un second médecin est appelé en consultation; il diagnostique *un cancer de l'estomac*, ayant produit une perforation et une péritonite partielle; il déclare le cas désespéré, avec la crainte que le malade ne passe pas la nuit.

J'objecte que la maladie a débuté presque brusquement, et que cette marche de l'affection me fait douter de l'existence du cancer; mais on m'oppose les troubles dyspeptiques antérieurs, et on me cite des exemples de cancers ayant suivi une marche aussi rapide.

Le lendemain matin, je me rends chez le malade avec une grande anxiété, craignant qu'on ne m'annonce, à mon arrivée, la fatale nouvelle.

La femme du malade me reçoit, en me disant qu'il a passé une meilleure nuit, qu'il a eu des garde-robes très abondantes. J'examine la dernière, et je reconnais la présence d'une grande quantité de pus. Le malade a encore du hoquet, mais moins fréquemment. Il n'a pas vomi dans la matinée; l'estomac est moins tuméfié et moins douloureux, le pouls est à 120.

Les jours suivants, l'amélioration continue; le malade rend encore du pus dans les selles, mais il reprend progressivement une nourriture plus substantielle et plus variée, qui est parfaitement supportée.

Le 10 septembre, il est en pleine convalescence.

Depuis cette époque, malgré un travail très actif et un régime peu suivi, il a eu une anté très satisfaisante.

Il ne reste, d'ailleurs, aucune trace de tumeur à la région épigastrique

©BIU Santé

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 25 au 31 janvier 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1093. — Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 2. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 59. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 53. — Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 82. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 65. — Bronchites aiguës, 37. — Pneumonie, 77. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 27; au sein et mixte, 18; — inconnues, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 104; circulatoire, 82; respiratoire, 101; digestif, 44; génito-urinaire, 35; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulat. et muscles, 7. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 7.

Résumé de la 5e semaine. — La saison très douce dont nous jouissons s'accompagne d'une mortalité des plus faibles. Toutes les maladies épidémiques, excepté la Diphtérie, sont en décroissance.

Le service de statisque a reçu notification de 1,093 décès, au lieu de 1,112 que l'on comptait la semaine précédente.

La comparaison des chiffres de cette semaine et de ceux de la semaine précédente fait ressortir les différences suivantes :

La fièvre typhoïde présente une atténuation extraordinaire et vraisemblablement due à un hasard peu durable : cette maladie n'a fait que 16 victimes pendant la semaine actuelle, au lieu de 27 pendant la semaine précédente. Il y a plusieurs années qu'on n'avait observé un chiffre aussi faible.

La Coqueluche ne compte que 6 décès, au lieu de 15. Sur ces 6 décès, 2 ont eu lieu dans le quartier de la *Villette*, où cette maladie fait chaque semaine son apparition.

La Variole (2 décès au lieu de 1) et la Scarlatine (3 décès au lieu de 1) continuent à être très rares.

La Rougeole n'a causé que 14 décès, au lieu de 16 pendant la semaine dernière. Mais les communications de plusieurs médecins font craindre que des épidémies locales de cette maladie n'éclatent dans plusieurs quartiers. On en verra quelque trace en consultant le tableau des cas de maladie signalés par les médecins : dans les quartiers de la Gare et de la Salpêtrière, 12 cas de rougeole ont été signalés en deux semaines. Dans le quartier de la Muette, 9 cas ont été signalés cette semaine, et l'un de nos correspondants de ce quartier craint que l'épidémie ne s'étende. Enfin, nous signalons le quartier des Epinettes, où 6 cas de maladie nous sont déclarés, et où l'on compte presque chaque semaine 2 ou 3 décès par Rougeole. Les 3 décès du quartier Montparnasse sont tous dus à l'hospice des Enfants-Assistés.

La Diphtérie (59 décès au lieu de 58) continue à être très répandue. On remarque notamment sa fréquence dans le XXe arrondissement dont les quatre quartiers sont régulièrement frappés chaque semaine (excepté Saint-Fargeau, qui compte très peu d'habitants).

La Bronchite (37 décès au lieu de 34) et la Pneumonie (77 décès au lieu de 82) n'ont subi que des variations sans importance. L'Athrepsie (47 au lieu de 46) continue à être relativement rare.

Le service de Statistique a reçu notification de 1,263 naissances (672 garçons et 591 filles) dont 934 légitimes et 329 illégitimes ; parmi ces dernières, 72 ont été reconnues immédiatement par l'un des deux parents au moins.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Hôpitaux de Nantes. — M. Beaute, médecin-adjoint à l'asile des aliénés de Blois, vient d'être nommé médecin en chef du quartier des Aliénés de l'hôpital Saint-Jacques, par décision du 14 décembre dernier.

La *liqueur de Laprade à l'albuminate de fer* est aujourd'hui préconisée par les gynécologistes les plus compétents; cette préparation, d'un goût agréable, est acceptée sans répugnance par les malades, ce qui la rend précieuse pour les jeunes filles chez lesquelles la menstruation est pénible.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Séance annuelle de la Société centrale de l'Association générale des médecins de France. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de médecine de Paris. — IV. Analyse du lait d'Arcy. — V. Courrier. — VI. Feuilleton.

BULLETIN

Académie de médecine, 5 février. — Journée décisive pour les porcs américains, mais dont l'issue ne faisait aucun doute.

M. Colin (d'Alfort) est aujourd'hui avec les gros bataillons et plaide la cause agréable à l'Académie, en rappelant combien il est difficile de communiquer la trichinose à des animaux avec les viandes salées d'Amérique ; des expériences très nombreuses en font foi. L'orateur, qui déclarait naguère n'être pas « coloriste de bacilles », irrite encore aujourd'hui M. Bouley en refusant de colorer la trichine pour savoir si elle est morte ou vivante ; mais ce n'est là qu'un épisode.

M. Chatin expose, au contraire, combien ces vilaines bêtes ont la vie dure, car beaucoup d'auteurs les ont vues, dans des morceaux de viande salée, encore vivantes au bout de six mois et même de deux ans. On se demande, en vérité, s'il n'y a pas là quelque erreur d'observation, quand on songe aux millions de kilogrammes impunément avalés par les Anglais, les Français et les Belges.

M. Chatin, comme s'il voulait séduire l'Académie, parle avec modération et couvre de fleurs le rapport de M. Proust. Ce qu'il demande n'est presque rien : ajouter seulement aux conclusions du rapport quelques « vérités de M. de la Palisse ». N'est-il pas vrai que les viandes salées peuvent contenir des trichines ? N'est-il pas vrai que ces trichines pourraient se développer dans le corps de l'homme, si la viande n'était pas cuite ? Enfin, puisque la cuisson de la viande n'est pas en France d'un usage absolu et constant, est-il excessif de demander qu'on soumette les salaisons d'Amérique à « un examen suffisant » au port de départ ou à celui d'arrivée ?

L'essentiel pour M. Chatin, c'est qu'il y ait un examen, et sans doute aussi

FEUILLETON

ÉLOGE DE M. ERNEST-CHARLES LASÈGUE (1)

PRONONCÉ A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, LE 28 DÉCEMBRE 1883,

Par M. le Docteur Desnos,

Médecin de l'hôpital de la Charité, Secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux.

Si, chez M. Lasègue, le savant se révélait à tout instant dans le pathologiste érudit, dans le clinicien pour lequel le diagnostic n'avait pas de secrets, il n'était pas moins saisissant de le considérer en ses déterminations dans le traitement des maladies. S'il savait manier habilement une expectation basée sur la notion précise de la marche naturelle et de la tendance spontanée vers la guérison d'un certain nombre d'affections, notion que doit posséder tout médecin digne de ce nom, il savait admirablement mettre en œuvre, selon leur opportunité, les agents les plus variés de la matière médicale qu'il savait à fond, et il avait parfois, dans ses médications, des audaces singulières capables d'effrayer ceux qui ne connaissaient pas la sûreté de sa pratique.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 5 février 1884.

©BIU Santé

un examinateur. S'il était rassuré sur ce dernier point, peut-être le verrions-nous lutter avec moins d'énergie pour savoir si le filet qui doit arrêter au passage les trichines américaines aura des mailles plus ou moins larges.

M. Proust ne veut pas se laisser prendre aux paroles courtoises de son collègue ; il refuse tout net ses additions d'allure bénigne, et cite de nouveaux faits qui plaident bien haut en faveur de l'entrée libre. M. Gibert, du Havre, a vu des centaines d'ouvriers manger du lard cru pendant 15 années sans jamais en souffrir, sans que jamais un médecin ait rien vu de semblable aux faits d'Emersleben, sans que jamais aucun vide se soit fait dans la population ouvrière des grandes maisons d'importation.

Quant à la surveillance des viandes, M. Proust affirme que son rapport donne satisfaction à M. Chatin, car il demande une entente commune entre l'Amérique et la France pour prévenir tout danger. L'orateur a-t-il mis quelque malice dans cette partie de sa réponse, ou croit-il réellement qu'une « entente commune » ait pour M. Chatin la même valeur qu'un « examen suffisant » ?

M. Chatin se lève une dernière fois, « pour défendre un absent... » Il s'agit, paraît-il, de son fils, M. Johannès Chatin, l'auteur qui trouve le plus facilement des trichines vivantes, et qu'on vient d'accuser d'avoir trichiné beaucoup d'animaux, il est vrai, mais tous avec le même morceau de viande. Puis le scrutin est réclamé, un léger tumulte se produit, les conclusions du rapport sont votées avec un ensemble parfait... Et M. Chatin reste seul, avec l'approbation de sa famille. L.-G. R.

— M. le docteur Pennetier, directeur du Muséum d'histoire naturelle de Rouen, a fait en 1881, sur les viandes de provenance étrangère, une série d'expériences dont il a communiqué le résultat au conseil central d'hygiène et de la salubrité de la Seine-Inférieure. Voici une note qui les résume, et que nous devons à l'obligeance de l'auteur.

Exp. I et II. — Le 14 mars, j'ai fait manger à un lapin 15 grammes d'un jambon trichiné saisi à Rouen ; trois jours après, je lui en ai donné une égale quantité et je l'ai sacrifié le 19, sans avoir vu le plus petit changement dans son appétit ni dans son attitude. Si les trichines qui se trouvaient dans la viande ingérée, au nombre de huit à dix par millimètre cube, étaient vivantes, je devais les retrouver dans l'intestin avec des dimensions plus grandes, avec des sexes distincts, et remplies d'œufs, sinon encore

---

Malgré son esprit ouvert à tous les progrès, mais ne s'inclinant que devant l'autorité des faits, il se montra toujours dans la thérapeutique dont il proclamait l'indépendance, rebelle, à l'excès, dit-on, à l'ingérance de la médecine expérimentale dans le traitement des maladies. Ni sa liaison avec Claude Bernard, avec qui ses relations remontaient au temps où tous deux, au début de leur laborieuse vie, donnaient des leçons dans une modeste institution ; ni ses entretiens avec le représentant autorisé de la clinique physiologique, le professeur Sée, ne purent le convertir aux doctrines nouvelles. C'est M. Sée lui-même qui nous l'apprend (1).

Un trait de sa pratique urbaine nous fait voir en même temps et avec quelle probité consciencieuse il s'acquittait des devoirs de sa profession et avec quelles façons d'artiste il les comprenait.

Un médecin amenait un malade dans son cabinet. Si le cas paraissait à M. Lasègue curieux, digne d'intérêt, il s'y livrait tout entier. Il écoutait d'abord, avec attention, les renseignements que pouvait lui fournir le confrère qui venait invoquer son concours. Puis lui-même examinait le sujet, et alors, oublieux de la foule des clients qui emplissait son salon, oublieux de ses intérêts matériels et de la fatigue qu'allait lui imposer la prolongation d'une consultation qui ne se terminait quelquefois qu'à huit ou neuf heures du soir, il l'interrogeait, scrutant, fouillant jusque dans leurs moindres détails les diverses circonstances de la maladie et menant ainsi, avec une sagacité merveilleuse, un examen qui, après avoir duré une heure et plus, j'en ai été témoin, le conduisait à un diagnostic sûr et aux indications d'un traitement moral, hygiénique ou pharmaceu-

(1) G. Sée. Discours prononcé sur la tombe de M. le professeur Lasègue.

d'embryons. De plus, le tube digestif devait être enflammé ; il devait présenter des ecchymoses, et une fausse membrane devait en tapisser les parois. Or, aucun de ces caractères ne fut constaté et je ne pus même retrouver le moindre vestige des trichines ingérées. La viande avait été entièrement digérée ; les trichines qu'elle contenait étaient mortes dans leurs kystes, et partant inoffensives. Le jambon dont il s'agit avait, paraît-il, séjourné plusieurs mois chez le charcutier, de sorte qu'on serait en droit d'attribuer au temps seul le résultat obtenu.

J'ai fait manger à un second lapin 15 grammes du même jambon le 14 mars et une égale quantité le 21 et le 25. L'animal n'a été sacrifié que le 10 juin, et l'examen des muscles m'a donné également un résultat négatif. Cette expérience vient donc confirmer la précédente.

Exp. III et IV. — Le 31 mars, j'ai nourri un jeune rat blanc avec 15 grammes de viande trichinée, provenant de quatre échantillons saisis à Paris, et le 2 avril je lui en ai donné 10 grammes. L'animal ne présenta d'autre symptôme qu'une soif intense qui le portait à boire constamment, et il mourut d'entérite le 5 avril. Les intestins furent examinés avec le plus grand soin dans toute leur étendue, mais je ne rencontrai aucune trichine dans les trente préparations que je fis.

La quatrième expérience eut aussi pour sujet un jeune rat blanc, auquel je fis manger d'abord 25 grammes de viande provenant des quatre échantillons précédents (15 gr. le 31 mars, — 10 gr. le 2 avril), et ensuite 25 autres grammes (15 gr. le 4 avril, — 10 gr. le 5) provenant de quatre nouveaux échantillons également saisis à Paris; après quoi, je le soumis à un régime exclusivement végétal (blé, carottes, pommes de terre). Il résista parfaitement au traitement qui avait déterminé la mort du rat précédent, provenant de la même portée que lui; mais, comme ce dernier, il but constamment jusqu'au moment où je le mis au régime végétal. Sacrifié le 9 avril, il ne présenta aucun signe d'entérite, ses intestins étaient normaux et ne contenaient aucune trichine.

Exp. V. — Le 1er et le 3 août, je fis absorber à un rat 10 grammes d'un jambon trichiné saisi à Paris à la fin du mois de juillet. Les kystes étaient fort nombreux et leur contenu présentait un piqueté rouge sur lequel les trichines se dessinaient en blanc. Le 10, sept jours après la dernière prise, je fis l'autopsie ; les intestins, parfaitement sains d'ailleurs, ne renfermaient aucun parasite.

Exp. VI et VII — Aux mêmes dates, je donnai à trois rats blancs une égale quantité de deux autres échantillons saisis à Paris le mois précédent, je les sacrifiai le 10 août et le résultat fut le même.

En procédant à l'examen microscopique de l'un de ces jambons, non plus par coupes, mais par simple arrachement des fibres musculaires, je fis 10 préparations avant de ren-

---

tique qui, s'il ne triomphait pas toujours complètement du mal, rendait du moins d'immenses services. « Rien ne m'est plus agréable, me disait-il, que de me trouver aux prises avec les difficultés d'un problème pathologique, que de l'envisager sous toutes ses faces et de le retourner en tous sens, pour en obtenir la solution comme prix de mes efforts. »

La médecine entière constituait son domaine; il en avait approfondi toutes les parties. Je n'en veux comme preuve que son *Traité des angines*, où il a évoqué et résolu de main de maître les questions les plus délicates de la pathologie générale, de la pathologie descriptive et de la thérapeutique.

Toutefois, ses goûts et ses aptitudes spéciales le portaient plus particulièrement vers l'étude de la vie nerveuse dans ses manifestations végétatives et dans son fonctionnement intellectuel.

L'aliénation mentale fut l'objet de prédilection de ses investigations. Son séjour à la Salpêtrière, sa position au dépôt des aliénés de la préfecture de police qu'il tint à honneur de conserver toute sa vie, avaient fourni journellement à ses recherches d'abondants matériaux. La publication de sa thèse d'agrégation sur la paralysie générale restée classique, fut un événement; et, au milieu des courants contraires qui se disputent aujourd'hui la science de l'aliénation mentale, il mit sa gloire à rester toujours clinicien (1).

Ses connaissances le mirent plus d'une fois à même d'éclairer les difficiles enquêtes

(1) Ball. Eloge du professeur Lasègue à la réouverture du cours des maladies mentales.

©BIU Santé

contrer des kystes dans le champ du microscope, et ce fait s'est renouvelé plusieurs fois depuis, sur d'autres échantillons. Je crois devoir signaler cette particularité, afin de mettre en garde contre des observations incomplètes.

Exp. VIII. — Le 1er et le 2 août, je fis manger à un rat 10 grammes de viande trichinée saisie à Paris cinq jours auparavant ; j'ouvris l'animal le 8, et le résultat de l'autopsie fut encore négatif. Comme précédemment, les intestins furent examinés à différentes hauteurs et donnèrent lieu à une douzaine de préparations.

Exp. IX, X, XI et XII. — Le 15 août, je donnai à trois rats blancs 10 grammes de viande provenant de trois jambons trichinés saisis à Paris quelques jours auparavant, et le lendemain 10 autres grammes. Je les sacrifiai le 20 : même résultat. Pour confirmer ces expériences, je fis manger le 16 août, à un rat blanc adulte, 20 grammes de viande pris dans les trois mêmes échantillons. Il termina sa ration le 19 et fut ouvert le 23. L'autopsie et l'examen microscopique du contenu des intestins ne firent rien découvrir.

Exp. XIII, XIV, XV, XVI et XVII. — Le 27 août, je fis absorber à quatre rats 30 grammes de viande trichinée provenant de jambons saisis les 10, 11, 14 et 18 du même mois. L'autopsie fut pratiquée le 3 septembre. Même résultat que précédemment. — Enfin, dans un but de contrôle, je prélevai 50 grammes de viande sur les quatre échantillons dont il vient d'être question, et, après les avoir coupés en petits fragments et mêlés à des carottes râpées, je les donnai le 27 août à un lapin, qui mit trois jours à terminer sa ration; et je le sacrifiai le 5 septembre, sans qu'il eût rien présenté d'anormal. Le contenu de l'intestin, examiné à différentes hauteurs, donna lieu à une vingtaine de préparations microscopiques et fut trouvé exempt de trichines. Il en fut de même des fibres musculaires du diaphragme et des intercostaux.

Conclusion. — En résumé, les expériences que j'ai entreprises sur vingt échantillons de viande trichinée de provenance américaine m'ont toutes donné des résultats négatifs, et m'autorisent à penser que les préparations qu'on fait subir à ces viandes, ou le temps écoulé depuis l'abattage de l'animal, les rendent inoffensives. Je me propose de continuer ces recherches, qui ne sauraient être trop multipliées.

G. Pennetier.

Séance annuelle de la Société centrale de l'Association générale des médecins de France.

La Société centrale a tenu sa séance annuelle le dimanche 3 février, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'avenue Victoria.

de la justice qui réclamait volontiers le secours de ses lumières ; mais elles furent surtout profitables à l'enseignement.

Un jour, il n'y a pas encore grand nombre d'années en ça, un de ces souffles d'erreur qui, comme un signe de temps, passent parfois sur certaines régions administratives, faillit tarir la source féconde à laquelle les jeunes générations médicales venaient puiser des connaissances qui leur sont si nécessaires, alors qu'entrant dans la pratique, elles vont se trouver aux prises avec les responsabilités redoutables que leur crée une loi nécessaire à la sécurité de la société et au traitement des aliénés, mais qui les rend, pour un instant, les arbitres de la liberté de leurs concitoyens.

Un de ces asiles qui recueillent les malheureux dont l'intelligence a sombré au milieu des vicissitudes de la lutte pour la vie, fut momentanément fermé à l'instruction des élèves.

On vit alors M. Lasègue réunir dans ses salles les sujets atteints de troubles psychiques dont l'état restait compatible avec leur séjour dans un hôpital général, et, par ses conférences au lit du malade, par ses cours didactiques, suppléer, dans les limites du possible, aux leçons dont une mesure malheureuse avait privé les élèves.

Depuis longtemps, nous l'avons dit, il s'était fait un nom dans la littérature scientifique.

Sans doute on pourra regretter que tant d'idées lumineuses et élevées, que des enseignements si féconds semés ça et là, prodigués avec tant de générosités, j'allais dire d'insouciance, n'aient pas été utilisés d'une manière plus durable. Ils eussent fourni les éléments d'une œuvre clinique impérissable, véritable monument élevé à la science et digne de la reconnaissance des âges futurs.

M. le président Gosselin, retenu chez lui par une indisposition, a dû céder à M. Le Roy de Méricourt le soin de le remplacer au fauteuil et de lire l'allocution qu'il avait préparée. Dans cette allocution, très courte et très simple, comme M. Gosselin s'est toujours attaché à le faire, le président souhaite la bienvenue aux membres nouveaux, déplore les pertes nombreuses qu'a subies la Société centrale au cours de l'année 1883, et s'applaudit de la situation prospère des finances de la Société. Il adjure, en terminant, « tous les confrères plus ou moins favorisés de la fortune à donner leur concours à cette œuvre tutélaire qui, en même temps qu'elle aide les médecins tombés dans l'infortune, relève, en la grandissant, la dignité médicale. »

M. Piogey, secrétaire, expose ensuite le mouvement de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler. Jamais, depuis la fondation de la Société centrale, les pertes n'ont été aussi nombreuses. Le chiffre des décès, qui oscille habituellement entre 22 et 24 par an, s'est élevé, pour 1883, à 48. Cette mortalité, plus que doublée, ne s'explique par aucune épidémie, par aucune circonstance météorologique appréciable. Elle est vraiment effrayante. Les adhésions nouvelles, bien que nombreuses, ne comblent pas tous les vides; elles ne montent qu'à 39.

M. Piogey ne pouvait pas consacrer une notice nécrologique à chacun des confrères que nous regrettons, mais il a su, en quelques mots rapides et bien frappés, apprécier le caractère de « ceux qui ont concouru particulièrement à la prospérité de l'œuvre, soit par leurs libéralités, soit par leur importance scientifique. Archambault, Bertillon Lasègue, Krishaber, Depaul, Contour, Sédillot et Cloquet ont donc seuls été l'objet d'une mention spéciale. Mais tous, sans exception, méritent l'estime et l'affection sympathique des survivants. »

M. Brun présente le tableau de l'état des finances de la Société, lequel est plus satisfaisant que jamais. La somme des secours distribués pendant le dernier exercice a été presque le double de la somme distribuée pendant l'exercice précédent; et la somme versée à la caisse des pensions viagères dépasse aussi notablement celle qui a été versée l'année dernière. « Ces augmentations sont le résultat du fait que la Société centrale, qui, depuis sa création, a cependant distribué bien au delà de 100,000 francs en secours, a pu néanmoins se constituer une réserve disponible de plus de 50,000 francs, et qu'elle n'a plus de raison de thésauriser. »

Le bilan de la Société, arrêté le 31 décembre 1883, peut se résumer ainsi :

Fonds de réserve à la caisse des dépôts et consignations.....Fr.	53.000
Sommes en caisse du trésorier.....	2.009
Soit, ensemble.....Fr.	55.009
Plus, en rentes 4 1/2 et 3 0/0.....Fr.	1.629

A ceux qui exprimeraient ces regrets, on pourrait cependant faire remarquer qu'à toutes les époques, chaque savant a son rôle déterminé dans le labeur d'un siècle ou d'une période scientifique. Par la tournure originale de son talent, par sa nature primesautière, celui de M. Lasègue devait être surtout le rôle d'un critique de premier ordre, et, si on veut me permettre cette expression, d'un lanceur d'idées, d'un pionnier de l'avenir.

Sa place était ainsi particulièrement inscrite parmi les publicistes. Aussi, par sa situation aux *Archives de médecine*, comme collaborateur, puis comme directeur de ce recueil célèbre, avait-il conquis, dans le journalisme médical, un rang des plus élevés. Un de ses biographes (1) ne relève pas moins de soixante articles ou mémoires insérés dans les *Archives* depuis 1860. Encore cette énumération n'est-elle pas complète; et d'autres journaux eurent aussi l'honneur de reproduire quelques-uns de ses travaux.

Sa série de mémoires publiés dans les *Archives* sur l'Ecole physiologique allemande, sur la thrombose et l'embolie, sur la théorie cellulaire dans ses rapports avec la pathologie générale; ses lettres au professeur Virchow, de même que ses études sur le vitalisme en Amérique, sont d'admirables chapitres de philosophie médicale, dans lesquels, indiquant les voies nouvelles où s'engage la science biologique, il montre, en même temps, les imperfections d'une doctrine qui, comme il l'a dit, conduit à annuler l'individualité de l'être vivant au profit d'un seul des éléments de l'organisme dont l'unité autocratique se trouve brisée par un système qui établit en dogme l'autonomie de chacune de ses parties constituantes.

(1) Corlieu, Notice sur le professeur Lasègue.

©BIU Santé

M. Bourdin, chargé par la commission administrative de contrôler la comptabilité du trésorier, avait, on le conçoit, une tâche facile. Il a fait, comme ses prédécesseurs annuels, l'éloge de la tenue des livres qui lui ont été intégralement soumis, et il a demandé à l'assemblée de joindre ses félicitations et ses remerciements aux siens propres envers M. Brun.

Les applaudissements chaleureux de l'assemblée ne se sont pas fait attendre.

La séance s'est terminée par l'élection de dix membres de la commission administrative, en remplacement des dix membres partants. — M. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 février 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une *Etude sur la fièvre typhoïde à Paris en 1882*. (Rapport au Conseil d'hygiène du XVe arrondissement, par M. le docteur Leboucq.)

2° Un pli cacheté adressé par M. Rogé Delabarre, de Folembray. (Accepté.)

3° Une lettre de M. le docteur Burq, à propos du traitement prophylactique par le cuivre suivi par Thuilier.

4° Le programme d'un prix de vingt-cinq mille francs proposé par la corporation des épiciers de Londres, et qui sera décerné, avant le mois de mai 1887, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Découvrir une méthode au moyen de laquelle le virus vaccinal puisse être cultivé dans un milieu indifférent. »

La méthode doit permettre de multiplier le virus indéfiniment par génération successive, et le produit de chaque génération doit accuser les qualités de la lymphe vaccinale naturelle autant que le délai accordé en permettra les preuves.

Les concurrents doivent envoyer leur travail avant le 31 décembre 1886.

M. Brouardel présente, au nom de M. le docteur Jules Cyr, médecin inspecteur adjoint à Vichy, un volume intitulé : *Traité de l'affection calculeuse du foie*.

M. Luys présente, au nom de M. le docteur Mairet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, un volume intitulé : *De la démence mélancolique*.

En même temps, il mesure l'insuffisance du vitalisme ancien, même rajeuni par des médecins américains éminents, en face des tendances de la science moderne.

Ses études sur Richard Bright, Graves, Bretonneau, sont un autel érigé au culte des faits et de l'observation.

A une époque où les travaux d'une Société dont je m'honore de faire partie n'avaient pas encore amené la science de l'application des eaux minérales au traitement des maladies, au degré de progrès où elle est arrivée aujourd'hui; M. Lasègue fit paraître avec Trousseau, des *Etudes thérapeutiques sur les eaux des bords du Rhin* (Ems, Hambourg, Wiesbaden). Ce livre était le premier en France qui pût guider les médecins sur les propriétés des eaux minérales de l'Allemagne. En hydrologie, comme pour la doctrine de la transmissibilité du choléra, notre collègue était aussi un initiateur.

Parvenu au faîte de la renommée, il ne faisait pas partie de l'Académie de médecine. Il s'y présenta en 1875. Son élection fut une de ces sortes d'acclamations qui, de loin en loin, portent d'emblée au sein de l'illustre compagnie, un homme de valeur hors ligne.

Les autres compétitions s'étaient effacées devant la haute personnalité du candidat et les sympathies qui l'entouraient.

M. Lasègue appartenait à notre Société presque depuis sa fondation. Ses nombreuses occupations nous privaient trop souvent de sa présence et la difficulté qu'il éprouvait à fréquenter plus assidûment nos séances, lui causait des regrets qu'il m'a souvent exprimés.

Cependant chaque fois que dans une de nos réunions à huis-clos où s'agitent parfois des questions qui peuvent importer aux intérêts du corps médical des hôpitaux, il jugeait à propos de venir exposer sa manière de voir, il ne manquait pas au rendez-vous. Tou-

M. Colin (d'Alfort) a la parole sur la question de l'importation des viandes salées américaines suspectes de trichinose. Il dit qu'une erreur dont il importe de faire justice est de croire que la trichinose est une maladie d'importation qui pourrait être évitée, ou à peu près, si on ne consommait pas en France de viande de porc de provenance étrangère.

Cette erreur en implique une autre, à savoir que la trichinose serait un parasite exotique.

En effet, d'une part, le rat et la souris présentent quelquefois des trichines musculaires enkystées tout à fait semblables à celles du porc; d'autre part, le rat et la souris contractent la trichinose avec la plus grande facilité. Or, comme les souris et les rats se mangent entre eux, il y a nécessairement des échanges fréquents entre les sujets porteurs de trichines et ceux qui en sont dépourvus. Si les rats et les souris ne peuvent donner la trichinose directement à l'espèce humaine, ils la lui donnent par l'intermédiaire d'autres espèces. Le porc, le chat, le chien tuent et mangent les rongeurs dont il s'agit. Le porc mené au pâturage, à plus forte raison celui qui est laissé en liberté dans les forêts comme en Amérique, celui même qui est tenu constamment enfermé, trouvent l'occasion de manger des rats ou des souris trichinosés. Un seul rat trichiné peut sufire pour donner la trichinose à plusieurs porcs.

Si le porc peut emprunter partout la trichine au rat pour nous la rendre prodigieusement multipliée, il peut la prendre ailleurs encore, en avalant les matières des vomissements ou des déjections alvines de l'homme atteint de trichinose, etc., etc. Des oiseaux, des poissons, des batraciens, des serpents même peuvent devenir également les intermédiaires de la contamination trichinée. Il en est de même, quoique plus rarement, des individus de l'espèce bovine.

Le développement de la trichinose peut donc être indépendant de l'importation des viandes américaines ou autres. Les épidémies de l'Allemagne sont encore là pour attester ce fait.

Mais la question la plus intéressante pour le moment est celle de savoir si l'importation des porcs étrangers, notamment celle des salaisons, crée pour nous des dangers nouveaux ou aggrave ceux qui nous menaçaient dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire en dehors de toute importation.

En 1866, M. Colin s'est proposé de déterminer exactement le temps que les trichines mettent à périr dans les viandes salées et le degré de salaison qui conduit à ce résultat.

Il a communiqué à l'Institut, il y a quinze ans, le résultat de ses recherches. Elles montrent que les trichines sont tuées par la salaison dans les jambons, les saucisses, le lard, non immédiatement, mais à la longue et dans des délais déterminés; elles le sont d'abord assez vite dans les parties superficielles les premières imprégnées de sel, puis successivement dans les parties profondes. Dès les deux ou trois premières semaines,

---

jours il envisageait les points en discussion dans le sens le plus rigoureux relativement à notre considération et à notre honneur. Il était jaloux de l'intégrité et du lustre d'une corporation à laquelle il était par dessus tout, fier d'appartenir. Il cherchait avec feu, avec passion même à faire prévaloir l'opinion qu'il croyait vraie, et souvent, par la force de ses raisons et de son éloquence, nous convertissait aux idées dont il se constituait le défenseur.

A ces banquets, véritables fêtes de famille où nous avons l'habitude de souhaiter la bienvenue aux nouveaux collègues que le concours vient d'introduire dans nos rangs, il aimait à venir s'asseoir. Il leur communiquait le brio et l'entrain de sa verve étincelante, de sa gaieté inépuisable, de sa bonhomie et de sa bienveillance pour tous. Les jours où il y prenait part étaient considérés par nous comme des jours de bonne fortune. Nous retrouvions l'inimitable causeur, le charmeur que nous avons déjà admiré.

La bonté et l'affection de M. Lasègue pour ses élèves étaient dès longtemps connues. Son cœur et son intelligence supérieure avaient compris qu'au milieu des difficultés de toutes sortes qui assaillent ceux qui ne demandent qu'au travail des succès légitimes, le maître doit au disciple aide et protection, lorsqu'il a reconnu ses aptitudes et son honnêteté. Les adieux que lui ont adressés au bord de la tombe ses élèves éplorés témoignent hautement du sentiment profond qu'ils avaient de son dévouement à leur égard.

Cet homme pour qui la vie publique, avec les enivrements des succès quotidiens, devait avoir tant d'enchantements, préférait à toutes les joies celles que lui procurait une famille qu'il aimait et dont il était adoré. Heureux ceux qu'il admettait à son foyer et qui étaient appelés à goûter les charmes de son intimité.

©BIU Santé

elles le sont en grande partie dans les préparations hachées et dans les pièces peu volumineuses et partout au bout de deux ou trois mois dans les plus fortes.

Depuis ses expériences le fait de la mort des trichines par la salure des viandes a été confirmé de divers côtés pour les salaisons d'origine américaine.

On comprend très bien que parfois les salaisons américaines ou autres puissent conserver au centre des plus grosses pièces et dans des points peu perméables des trichines vivantes. Mais il est douteux que ces viandes soient bien communes, car, d'une part, en Amérique les salaisons se préparent dans des établissements spéciaux par des gens qui s'y connaissent et sont intéressés à ne pas déprécier leurs produits, d'autre part parce que ces viandes mal salées rancissent, prennent un goût désagréable et sont peu propres à être mises en circulation.

Les faits rares et exceptionnels cités par divers observateurs n'infirment pas la règle, à savoir que dans les bonnes salaisons datant d'un certain temps les trichines sont mortes et par conséquent inoffensives.

Il ne faut pas, dit M. Colin, s'effrayer de la présence de quelques trichines demeurées vivantes autour d'un os de jambon ou au centre d'une saucisse. Dans ces préparations, si une armée de trichines est redoutable, quelques soldats encore debout au milieu des cadavres ne peuvent pas être bien dangereux. Le sel a tué tout ou presque tout; il a donné la première sûreté; la cuisson donne la seconde et la plus complète.

M. Colin termine, en exprimant sa conviction que la science peut dès aujourd'hui donner son avis en connaissance de cause.

Il ajoute que les Américains devraient se souvenir que nous les avons aidés, il y a un siècle, à conquérir leur indépendance, premier point de départ de leur prospérité. C'est à eux de faire ce qu'il faut pour nous dispenser d'édicter à l'égard de leurs produits des mesures exceptionnelles d'inspection et de prohibition.

M. Chatin répond quelques mots à la communication si intéressante de M. Colin. Il demande ensuite la permission d'ajouter aux conclusions de l'excellent rapport de la commission, les propositions suivantes :

1° Les viandes salées d'Amérique peuvent contenir des trichines vivantes ;

2° Les trichines se développeraient dans le corps de l'homme, si les viandes n'étaient soumises à une cuisson complète, cuisson qui les tue et supprime tout danger ;

3° Cette cuisson ne se pratiquant en France ni partout ni toujours, il y a lieu de soumettre les salaisons d'Amérique à un examen suffisant, soit aux lieux de départ, soit aux points d'arrivée.

M. Proust, rapporteur, répond, au nom de la commission, que l'Académie n'a pas été consultée sur les points additionnels dont vient de parler M. Chatin. Elle est consultée seulement sur la question de savoir si l'importation des salaisons américaines est dan-

---

L'heure allait sonner où tant d'éléments de bonheur devaient s'évanouir sous le souffle de la mort. Les avertissements donnés, depuis quelque temps, par la maladie qui accomplissait sourdement son œuvre de destruction, ne suffirent pas à arrêter M. Lasègue; soit qu'il ait aimé à se faire illusion, soit plutôt qu'il ait voulu épargner aux siens les angoisses de la séparation, il a lutté, il est resté debout jusqu'à la fin et ne s'est reposé que pour mourir. On pourrait presque dire qu'au prix d'efforts surhumains, il est mort dans sa robe de président du jury d'agrégation; soutenu par la pensée du devoir et aussi par le désir d'assister au triomphe que la valeur de ses épreuves préparait à un de ses élèves.

Mais les traditions de travail et d'honneur lui survivront dans sa maison. Il avait choisi pour le faire entrer dans sa famille, et l'appeler son fils, un de ses internes aimé entre tous qui déjà a su marquer sa place dans la vaillante phalange des jeunes chirurgien de ce temps.

Tel était, Messieurs, le collègue que nous avons perdu. Je m'estimerais heureux s j'avais pu faire revivre à vos yeux quelques-uns des traits de cette figure exceptionnellement remarquable. Mon regret serait profond si je n'étais pas parvenu à louer comme elle mérite de l'être cette mémoire qui restera une des gloires de la Société médicale des hôpitaux.

gereuse. Or, M. Proust pense avoir démontré que la plupart des observateurs sont d'accord pour affirmer que presque toujours, sinon toujours, la salaison tue la trichinose. Les observations contraires sont exceptionnelles. M. Proust communique une lettre qui lui est adressée par M. le docteur Gibert (du Havre) qui s'est livré à une enquête sur la question de savoir si, parmi les ouvriers du Havre, employés dans les maisons d'importation des viandes salées d'Amérique, et qui ont l'habitude de consommer ces viandes sans les faire cuire, il s'était manifesté quelques accidents imputables à ce mode d'alimentation. Les résultats de cette enquête ont été absolument négatifs ; aucun fait n'est venu démontrer la nocuité de la consommation des salaisons américaines à l'état de crudité ; aucun de ces ouvriers n'a eu la trichinose.

M. Colin (d'Alfort), répondant à M. Chatin, rappelle les expériences qu'il a faites en 1870 et desquelles il résulte que des viandus salées trichinées ne contenaient plus, au bout de quelques mois, que des trichines mortes. Il repousse formellement la proposition de M. Chatin relative aux viandes salées d'Amérique et il conclut que ces viandes ne renferment plus que des trichines mortes.

M. Leblanc présente une note sur la trichinose émanant du service d'inspection de la boucherie.

La trichine, dit cette note, a été en 1881, au moment de l'interdiction des salaisons américaines, l'objet d'une surveillance minutieuse. Un laboratoire *ad hoc* fonctionnait à la gare des Batignolles (marchandises), où chaque semaine le service examinait au microscope plus de 3,000 échantillons. Pendant l'espace de six mois, 60,000 kilos environ de viandes de porc furent exclues de la consommation parisienne pour cause de trichinose. Une grande partie de ces salaisons trichinosées furent réexpédiées, sous le couvert de la douane, en Angleterre, où elles furent mangées.

La salaison peut-elle anéantir la trichine? Quelques-uns l'affirment ; d'autres, au contraire, soutiennent qu'ils ont pu faire mourir des souris au bout de trois jours d'ingestion de viande trichinosée ayant plus d'un an de salure.

Pour nous, nous pensons que le danger des viandes trichinées est moindre en France que dans les autres pays, à cause de nos habitudes culinaires, et que c'est à ce fait capital qu'il faut attribuer l'immunité dont nous paraissons jouir depuis plusieurs années.

Néanmoins, les inspecteurs de la boucherie de Paris ont vu à la gare des Batignolles (marchandises), des employés et charretiers de marchands de salaisons, manger en leur présence des viandes salées qu'ils savaient trichinosées, sans jamais présenter dans la suite aucun symptôme de maladie.

L'auteur de la note a nourri pendant quinze jours quatre animaux, un chien et trois chats avec des viandes salées d'Amérique contenant des trichines, et il n'a rien observé qui fût de nature à faire croire que ces bêtes étaient malades.

Après un échange d'observations entre M. Colin et M. Chatin, M. le président met aux voix les conclusions du rapport de la commission. Les quatre premières conclusions dont nous avons donné la formule dans notre dernier compte rendu sont successivement adoptées, après le rejet de trois amendements présentés par M. Chatin, et d'un amendement présenté par M. Colin (d'Alfort).

La cinquième conclusion du rapport de la commission est alors mise aux voix.

M. Léon Le Fort, se fondant sur ce que le ministre interroge l'Académie sur un fait spécial, bien déterminé, et ne demande pas si l'on possède l'histoire naturelle de la trichinose, demande la suppression de la cinquième conclusion. Cet amendement est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

— M. Daniel-Mollière (de Lyon) présente une série de quinze adolescents qu'il a opérés avec succès, à l'hôpital de Lyon, de *genu valgum* par l'ostéoclasie pratiquée à l'aide de l'appareil de M. Robin, et donne d'intéressants détails sur l'opération et sur quelques-uns de ses opérés.

— M. Féréol présente un malade auquel M. Berger a pratiqué avec un succès complet l'opération d'Estlander pour une fistule pleurale ayant succédé à l'opération de l'empyème pulsatile.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

©BIU Santé

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (1)

Séance du 26 janvier 1884. — Présidence de M. Polaillon.

En terminant cette lecture, M. de Beauvais ajoute : Cette curieuse observation me rappelle un fait d'un diagnostic très difficile et très obscur que j'ai vu avec MM. les docteurs Verneuil, Périer et M. Prestat (de Pontoise).

Il s'agit d'une femme de 40 ans, bien portante habituellement, qui se plaignait d'une douleur sourde, persistante et localisée dans la région de l'hypochondre gauche. La palpation et la percussion restèrent longtemps sans rien faire découvrir, puis, au bout d'un an environ, on put sentir au niveau du colon transvers des tumeurs grosses comme des pommes d'api, non mobiles, au-dessus desquelles le péritoine produisait un bruit de frottement sec, crépitant sous les doigts. Pendant plusieurs mois, ces tumeurs conservèrent leur dureté et la même apparence, puis le ventre se développa, des troubles digestifs et intestinaux survinrent, la malade s'affaiblit, maigrit, pâlit ; les jambes s'infiltrèrent, les tumeurs disparurent en même temps que l'ascite augmentait.

L'état de la malade empirant tous les jours, on décida la paracentèse. A l'aide de l'appareil Dieulafoy, M. Périer tira 13 litres d'un liquide trouble, rougeâtre, sanguinolent dans lequel l'examen microscopique ne nous permit de reconnaître ni les éléments du tubercule, ni ceux du cancer. Quand le ventre fut en grande partie évacué, on constata nettement la disparition complète des tumeurs ci-dessus décrites. La malade mourut deux mois après la ponction. Par malheur, l'autopsie n'a pu être faite et le diagnostic est resté aussi obscur qu'au début.

Discussion :

M. Thorens demande si, dans ce cas, on ne peut faire l'hypothèse que la tumeur du ventre était constituée peut-être par des masses fécales.

M. de Beauvais : Il y avait de la diarrhée et le siège de la tumeur paraissait être dans le mésentère.

M. Thorens : J'ai eu occasion de voir un enfant tuberculeux, atteint de coxalgie suppurée, chez lequel, en dehors de toute constipation opiniâtre, s'était développée une tuméfaction abdominale considérable ; à la palpation, on sentait un assez grand nombre de tumeurs irrégulièrement arrondies, ayant débuté au voisinage de la région ombilicale, douloureuses à la pression. Il fut vu par plusieurs médecins qui diagnostiquèrent unanimement une tuberculisation des ganglions mésentériques. Cet état persista plusieurs semaines, les garde-robes restant régulières, lorsqu'un jour, à la suite d'un lavement, survint une débâcle qui amena la disparition des tumeurs.

M. Richelot fils cite un autre exemple non moins singulier d'erreur de diagnostic causée par l'accumulation de masses fécales.

Un confrère américain était malade depuis longtemps d'une affection unanimement diagnostiquée comme cancer de l'estomac ; on s'attendait à sa fin lorsqu'il reçut la visite du docteur Landowsky qui, en palpant avec soin la masse supposée cancéreuse, crut y sentir une mobilité anormale ; il prolongea ses manœuvres, et, à la suite d'une sorte de malaxation, il étala la tumeur et la fit disparaître à la suite d'une débâcle.

M. Duroziez demande à ses collègues si, à propos des tumeurs abdominales d'un diagnostic douteux, ils connaissent des faits analogues au suivant. Un médecin qui n'exerce pas, goutteux depuis longtemps, vit se produire chez lui une tumeur épigastrique située à environ 5 centimètres au-dessus de l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane, et grosse comme la moitié d'une noix ; cette tumeur disparut bientôt de son siège primitif pour se reproduire à gauche avec les mêmes dimensions, tandis que sur le trajet qui joignait ces deux points, on pouvait constater une sorte de cordon dur donnant la sensation d'une plume de corbeau. M. le professeur Gosselin vit ce malade et pensa à une tumeur graisseuse. M. le professeur Hardy crut la tumeur constituée par des varices veineuses ou lymphatiques. Pour M. Duroziez, elle était sans doute formée par des concrétions goutteuses, comme on en voit ailleurs si fréquemment.

M. Delefosse lit deux observations de calculeux traités, l'un par la lithotritie rapide, l'autre par la taille périnéale médio-bilatérale. (Seront publiées.)

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 5 février 1884.

©BIU Santé

DISCUSSION :

M. Rougon insiste sur ce fait que l'un des calculeux opérés par M. Delefosse buvait 6 à 8 litres d'eau séléniteuse par jour et sur les conclusions que l'auteur en tire relativement à la production des calculs.

M. Delefosse répond qu'il a cru devoir signaler cette coïncidence, et ajouter que dans son opinion elle ne pouvait être considérée comme fortuite.

M. Duroziez est surpris que M. Delefosse pense qu'on ne puisse pas trouver un chirurgien qui opère plus de trois heures; s'il en est ainsi, comme le chirurgien pourra être tenté de s'arrêter par manque de forces, on peut se demander s'il n'y a pas lieu de recourir à un aide.

M. Reliquet : J'ai opéré plusieurs diabétiques de la pierre, et toujours par la lithotritie, en raison du danger des opérations sanglantes sur ces malades; deux fois j'ai vu le sucre disparaître complètement aussitôt que la vessie a été débarrassée de la pierre. Chez deux malades, le sucre n'avait pas reparu deux ans après ; chez un troisième, j'ai vu la quantité de sucre diminuer brusquement de 30 grammes à 10 grammes aussitôt après l'opération.

Je crois qu'il est impossible à un opérateur de faire le broiement de la pierre pendant une heure sans arriver à l'incertitude la plus complète des manœuvres faites, et cela en raison de la fatigue inévitable. Après un quart d'heure de broiement, quand je dois prolonger la séance plus longtemps, je me repose, ce qui m'arrive rarement, ayant presque toujours broyé mes fragments tous assez petits pour sortir le calcaire contenu dans la vessie pendant un temps moins long que ce premier quart d'heure de l'opération.

M. Delefosse a tort d'attribuer la méthode dite de la lithotritie rapide à M. Guyon; cette méthode est le résultat des perfectionnements français apportés successivement aux instruments depuis ceux de Civiale, Heurteloup, jusqu'à ceux que j'ai réalisés dans mon brise-pince.

M. Delefosse : La question de la disparition du sucre dans les urines à la suite de l'opération est du plus haut intérêt, et m'avait frappé dans le cas dont je viens de lire l'observation, à tel point que j'en ai dit quelques mots à la Société du IXe arrondissement : le sucre avait disparu après la première séance. Mais le sucre ne paraissant point dans les urines, je pense que l'individu n'en était pas moins diabétique et il me répugne de faire la taille que je considère comme très dangereuse.

Quant à la citation de M. Guyon, mon intention n'était autre que d'opposer un nom français à celui de M. Bigelow. Il est incontestable, toutefois, que M. Guyon a caractérisé la théorie d'une façon très nette par une sorte d'aphorisme.

Enfin, je suis entièrement de l'avis de M. Reliquet en ne faisant jamais de séances très longues, tout au plus une heure, y compris la chloroformisation, ce qui fait pour l'opération proprement dite un maximum de vingt à vingt-cinq minutes, après quoi les sensations perdraient de leur netteté.

M. Reliquet : Non seulement M. Guyon n'est pas l'auteur d'une méthode de lithotritie, mais il n'a jamais créé un perfectionnement quelconque aux instruments. Jusqu'en 1877 (et certainement quelque temps après), année où a paru la thèse de son élève, M. Henriet : *Etude sur le traitement des affections calculeuses chez l'homme par la lithotritie*, travail qui est l'exposé de la pratique de M. Guyon, nous voyons que M. Guyon, suivant l'exemple de Thompson, proscrit l'évacuation des graviers par la sonde et les injections après la séance de lithotritie, et ne vante que le brise-pierre à mors plats.

— Cependant nous avions publié depuis longtemps notre brise-pierre en 1872, et toujours nous avons fait l'évacuation des graviers par la sonde, suivant en cela la tradition française de nos devanciers Civiale, Heurteloup, Mercier. Nous avons décrit dans tous leurs détails les manœuvres de cette évacuation des graviers, dans notre *Traité des opérations des voies urinaires*. Nous insistons dans ce chapitre sur la façon dont doivent être faites les injections évacuatrices sans irriter la vessie.

Ainsi, nous ne croyons pas qu'il soit possible d'attribuer à M. Guyon une part dans les perfectionnements apportés à la lithotritie, et surtout de lui attribuer la priorité de l'évacuation des graviers par la sonde quand, pendant des années, alors que M. Guyon ne la faisait pas, nous la pratiquions après toutes nos lithotrities, et justement avec la sonde que, après bien des tâtonnements, M. Guyon a fini par adopter.

©BIU Santé

M. le Président annonce à la Société que M. Codresko, membre correspondant roumain, lui envoie son souvenir sympathique par un parent qui assiste à la séance.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Marchal.

COURRIER

Le banquet et la médaille de M. Bouley. — L'élection de M. Bouley à la vice-présidence de l'Académie des sciences a été l'occasion d'une sympathique manifestation à l'égard de l'éminent professeur du Muséum et de l'inspecteur général des Ecoles vétérinaires. Un grand nombre de vétérinaires se sont réunis dans un banquet, sous la présidence de M. Pasteur, pour rendre hommage à leur savant confrère et à ses travaux qui ont tant contribués aux progrès de la pathologie comparée, et partant de la pathologie humaine.

C'étaient là des hommages bien légitimes auxquels on ne saurait trop cordialement s'associer à l'égard de la personne de M. Bouley et des services qu'il rend chaque jour à la science. Avant leur séparation, les membres de cette réunion ont résolu d'en perpétuer le souvenir par une médaille qui célébrera l'avènement de M. Bouley à la présidence de l'Académie des sciences. — Ch. E.

Concours. — Un concours public pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert, le lundi 3 mars 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera clos définitivement le samedi 16 février, à trois heures.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Maingault, décédé à Pau dans sa soixante et unième année.

— Les journaux de Barcelone annoncent la mort de la « première et unique » doctoresse en médecine et en chirurgie, Mme Martina Castells de Constanti, bien connue en Espagne.

Ecole de médecine de Marseille. — M. Chaplain, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur de l'Ecole, en remplacement de M. Seux, décédé.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Klein, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de chimie.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Destrem, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de chimie.

Un enfant sans bras ni jambes. — La *Enciclopedia medico-farmaceutica* nous apprend que l'on peut voir actuellement à Madrid un cas tératologique qui fait l'étonnement de tous les professe rs et de tous les élèves de la Faculté de médecine. C'est une petite fille de cinq mois, venue au monde sans bras ni jambes. Les cavités thoraciques et abdominales sont parfaitement conformées, mais l'absence des extrémités supérieures et inférieures en fait une masse de chair surmontée d'une tête. Au moment de la naissance, on doutait que l'enfant pût vivre. Aujourd'hui, il paraît prouvé qu'elle peut se développer telle quelle. Elle tète très bien. Les premières dents sont sorties, elle pleure ou rit selon les impressions particulières à cette époque de la première enfance.

Société de médecine de Paris. — Séance du 9 février. — *Ordre du jour :* 1. M. Apostoli (au nom du Dr Pasquier) : Emploi thérapeutique des courants continus. — 2. M. Fraigniaud (au nom du Dr Reneau) : Névropathie datant de trois ans chez un amputé avec névromes. — 3. M. Reliquet : Fistule uréthro-prostato-périnéale et rectale. Guérison.

QUASSINE FREMINT. — Les médecins qui désirent essayer ou prescrire la quassine amorphe trouveront dans la quassine Frémint (pilules contenant chacune 2 centigrammes) toutes les garanties de dosage et de pureté. Un flacon à titre d'essai est envoyé franco contre toute demande adressée à la Pharmacie, 18, rue d'Assas, Paris.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. C.: Séquestre profond des os du crâne. — Antisepsie dans les cavités nasales. — II. Bibliothèque. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — IV. Thérapeutique. — V. Variétés. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causeries.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Verneuil.

Séquestre profond des os du crâne. — Antisepsie dans les cavités nasales.

Messieurs,

Nous allons pratiquer une opération sans grande importance au point de vue de la technique opératoire, qui emprunte cependant aux conditions particulières qui nous l'imposent, une certaine gravité. Il s'agit d'aller à la recherche d'un corps étranger, d'un séquestre, dans les profondeurs des cavités nasales. Ce séquestre est le résultat d'une nécrose ancienne des os du nez, nécrose de nature probablement syphilitique. Je dis probablement, en raison de l'impuissance du traitement spécifique, mais vous savez qu'à certaines périodes de la syphilis, dans quelques lésions déterminées, les moyens thérapeutiques n'ont plus d'efficacité.

La malade, jeune fille d'apparence robuste, a été opérée à deux reprises différentes. Il y a quatre mois, on a extrait une partie du rebord alvéolaire; à diverses époques, il est sorti par les narines de petits fragments osseux. Depuis longtemps elle est soumise au traitement par l'iodure de potassium et avant de me résoudre à l'intervention chirurgicale, j'ai administré ce médicament à hautes doses, sans autre avantage que de dominer les poussées inflammatoires et de soulager un peu les douleurs aiguës dont la malade se plaint. Nous ne devons pas hésiter à entreprendre une cure radicale, car des accidents sérieux se sont manifestés. Vous avez pu voir que le nez était tuméfié, envahi par une rougeur violacée qui s'étend jusque sur les joues. A première vue, on pourrait croire au début d'un érysipèle. Le diagnostic différentiel n'a rien d'embarrassant; il s'agit d'une rhinite aiguë,

FEUILLETON

CAUSERIES

Est-il absolument indispensable de boire du vin? Singulière question, dira-t-on; pourquoi mettre en doute la nécessité d'une boisson agréable au goût, utile à la santé, fructueuse pour le commerce de notre pays, et profitable aux marchands de vins? Il est évidemment téméraire de discuter un usage qui remonte à une si haute antiquité, et que la poésie a consacré sous les formes les plus variées. Entre autres bouleversements, le coup mortel que la disparition de la vigne porterait à la littérature est à considérer sérieusement: plus d'airs à boire, plus d'hymnes à Bacchus, plus de scènes d'ivresse, plus de *delirium tremens;* ce serait un vrai désastre.

On s'explique facilement l'inspiration qui a poussé Noé à utiliser le jus de la treille, quand on songe au profond dégoût qu'il devait éprouver pour l'eau après le déluge. Il était très naturel qu'à sa sortie de l'arche, la vue d'une carafe lui soulevât le cœur, et qu'il eût un impérieux besoin de boire quelque chose de nouveau. Mais le patriarche, en faisant ses premières vendanges, ne prévoyait ni le phylloxera, ni les impôts sur les boissons, ni le dernier meeting des marchands de vins de Paris. Et comme il est certain que du haut du ciel, sa demeure dernière, il s'intéresse toujours aux progrès de son invention, il a dû être fort troublé par les révélations des orateurs du Cirque d'hiver, sur les destinées du vin dans la capitale du monde civilisé.

©BIU Santé

d'une nouvelle poussée inflammatoire. Mais nous avons eu depuis quelques jours des vomissements : c'est là un symptôme alarmant.

Vous connaissez tous les rapports de la base du crâne et des fosses nasales; c'est un rapport presque immédiat et je suis tenté de rapporter ces vomissements à une irritation de voisinage des méninges ou du cerveau. Nous n'avons pas de signes évidents de méningite, ni contracture, ni strabisme; la fièvre est nulle. Mais il ne faut pas oublier que lorsqu'un foyer inflammatoire siège à la base du crâne, il peut se faire dans l'intérieur du cerveau des foyers secondaires, dont la production et le développement sont des plus insidieux.

La carie du rocher, les otites purulentes chroniques s'accompagnent souvent d'abcès cérébraux qui sont situés à 2 ou 3 centimètres dans l'épaisseur du parenchyme cérébral, sans qu'on puisse reconnaître la moindre déchirure des méninges. Les enveloppes paraissent à peu près saines et néanmoins l'on trouve, dans le cerveau ou le cervelet, des abcès volumineux qui ne se sont révélés pendant la vie par aucun symptôme. Quand, dans des cas semblables, il survient des vomissements, il faut y prêter une grande attention.

La malade est sous le coup d'un accident de ce genre; si nous ne faisons rien, elle peut succomber en un temps très court par suite d'une propagation inflammatoire aux méninges, et c'est une des raisons qui me poussent à intervenir. Mais l'intervention est loin d'être elle-même sans danger. Nous savons qu'il existe un séquestre dans la profondeur des fosses nasales, attenant au squelette de la base du crâne; mais quelle est son étendue, jusqu'où s'étend la partie nécrosée, à quels points précis se trouve la limite? Je ne puis faire à cet égard que des conjectures, et vous savez quelles surprises vous révèlent souvent les opérations de ce genre. Les polypes naso-pharyngiens présentent quelquefois des prolongements intra-crâniens, impossibles à diagnostiquer, en l'absence de tout symptôme. Vous pratiquez l'ablation du polype; en quelques heures, le malade est emporté par des accidents méningitiques. L'ablation du polype, l'extraction du prolongement a laissé une plaie béante intra-crânienne, une perforation que vous ne pouviez soupçonner. Un de mes élèves, M. L.-H. Petit, a réuni un certain nombre de cas de ce genre, et en a fait l'objet d'un mémoire qu'il a présenté au Congrès de l'Association française, en 1879. Une

---

Ces destinées sont tristes, et Rabelais ne s'en consolerait pas.

L'oïdium est venu le premier jeter l'alarme; passe encore pour celui-là; il n'était pas mortel, et la médication sulfureuse en a eu raison.

Voici maintenant le phylloxera, qui est en train de mettre à mal nos belles vignes françaises, et qui s'embusque ironiquement derrière le prix de 300,000 francs réservé à l'heureux inventeur qui nous débarrassera de ce fléau.

Nous sommes donc menacés d'un côté, par le phylloxera, de ne plus récolter de vin; et si nous en récoltons, nous sommes menacés d'un autre côté, par les impôts, de ne plus pouvoir en acheter, les exigences du fisc ayant pour effet de rendre le vin inabordable à ceux-là mêmes qui en ont le plus besoin, et de transformer en objet de luxe ce bienfaisant assaisonnement de notre nourriture. D'où la protestation des marchands de vins de Paris, qui déclarent impossible de concilier l'élévation des droits sur le vin avec un prix de vente acceptable pour les consommateurs, et qui ne trouvent d'autre solution à cette difficulté que d'ajouter de l'eau à leur marchandise et de débiter de l'*abondance* pour du vin naturel. Mon dictionnaire définit l'abondance: mélange d'un peu de vin avec beaucoup d'eau, ce qui est bien le nouveau produit que nous promettent officiellement nos fournisseurs, en l'appelant du vin mouillé, au lieu de dire tout simplement de l'eau rougie.

Remarquons, en passant, que cette opération du baptême du vin est très peu favorisée par les termes qui servent à la désigner dans notre langue. Le mot *mouillage* sonne déjà mal, en évoquant l'idée d'une grande étendue d'eau, comme les rades et les ports où les navires de guerre se mettent eux-mêmes au mouillage; quant à l'adjectif *mouillé*, il est essentiellement dépréciateur, et à lui tout seul contribuera pour une large part à

Santé

extraction de séquestre peut être suivie d'accidents analogues, si ce séquestre provient d'un des os qui forment la barrière. Je vous citerai, comme exemple d'une complication de ce genre, le cas suivant :

Une jeune femme eut, à la suite d'une fièvre typhoïde grave, une ostéite de l'apophyse mastoïde, d'origine probablement auriculaire, avec suppuration, nécrose, etc. Je débridai le trajet fistuleux et fis l'extraction d'un gros séquestre. Le soir même éclatait une méningite qui emportait la malade en deux jours. L'autopsie ne put être faite, mais je n'ai guère de doute sur la cause de cette inflammation méningée. J'ai à craindre ici des accidents analogues, mais l'opération est nécessaire, et, en la conduisant avec prudence, nous éviterons, j'espère, toute complication.

L'opération offre encore un danger d'une autre nature; c'est celui de la septicémie aiguë, doublement à craindre ici du fait de la région et du fait des lésions que présente la malade. A vrai dire, la septicémie est déjà imminente sans opération. Cette suppuration continue, ces détritus putrides sont des sources d'intoxication permanente dans l'état actuel. J'ai insisté souvent devant vous sur le danger qui résulte de ces auto-inoculations traumatiques. Le nez, et celui de cette malade en particulier, constitue un foyer putride par excellence. Je vais faire dans ce foyer des manipulations prolongées; mes instruments vont déchirer, contondre la muqueuse et les bourgeons charnus. Ces plaies seront baignées par le poison putride qui est fourni par ce foyer de nécrose; nous sommes, en un mot, exposés à une poussée de septicémie d'autant plus grave que cette femme est déjà affaiblie, intoxiquée par l'absorption quotidienne d'une certaine quantité de produits infectieux.

Vous le voyez, sous quelque point de vue qu'on l'envisage, le tableau est sombre, le cas est grave. Que faire? comment conjurer l'imminence de ces divers accidents? Pour procéder à la recherche du corps étranger, nous devons tout d'abord nous poser la question de la voie à suivre. Nous contenterons-nous de tentatives faites par les voies naturelles, les orifices des narines? créerons-nous une voie artificielle? ferons-nous, en un mot, une opération préliminaire? Vous n'ignorez pas mon sentiment à l'égard de ce genre d'opérations; je vous l'ai exprimé maintes fois. Je considère que les opérations préliminaires, en rendant les opérations fondamentales plus courtes, plus sûres et plus radicales, en sont un des compléments les plus

---

effaroucher la pratique. La poule mouillée est l'emblème de la paresse et de la peur; un chien mouillé est un être souffrant et malheureux; le tambour mouillé est connu pour sa façon lugubre de résonner, et le vin mouillé participera forcément à la défaveur inhérente à toutes ces locutions. Dans l'intérêt des marchands de vins, je leur conseillerais donc de trouver un mot plus euphémique et moins préjudiciable au succès de leur mélange.

Le mouillage est cependant la plus inoffensive de toutes les manipulations que supporte le vin ; il n'y ajoute rien de nuisible, ne le change pas en poison, et fait seulement que le vin n'est plus réellement du vin. C'est déjà quelque chose ; et, par Bacchus, si c'était tout ! Mais si l'on considère cette longue série de mauvais traitements qui poursuivent le vin dans toutes les phases de son existence : le phylloxera qui tue la vigne ; les impôts qui tuent le viticulteur ; les fraudes qui tuent le consommateur, on se demande s'il n'y aurait pas un souverain et unique remède à toutes ces calamités dans la grève des buveurs de vin. Renonçons à boire du vin, ou buvons-en seulement dans les grandes circonstances, et alors il y en aura du bon pour tout le monde et pour toutes les bourses. Ou bien, que l'Etat renonce à son rôle de gêneur dans la production et le commerce du vin ; qu'au lieu de s'ingénier à l'écraser de taxes et de surtaxes, il s'emploie de son mieux à en faire baisser le prix, et qu'il en donne aux soldats, auxquels il ferait grand bien.

Qu'arriverait-il enfin, si l'on ne buvait pas de vin ? Eh bien, il n'arriverait rien du tout, et voilà justement le difficile, non pas à démontrer, mais à persuader. Il arriverait bien, en réalité, quelques petites choses, comme une grande contrariété chez les propriétaires de vignes et les marchands de vins. La question n'est pas là ; il s'agit seulement de prouver que vous et moi, en supposant que vous ne soyez pas plus propriétaire ni marchand

©BIU Santé

utiles. Dans ce cas particulier, je ne chercherai pas le séquestre par l'orifice des fosses nasales; je ne connais pas son étendue et je veux être à même de le tirer de haut en bas, pour prévenir toute blessure des méninges, de le diviser, de le fragmenter, si besoin est, de faire, si vous me permettez l'expression, une *séquestrothripsie*.

Quand on a résolu en principe une opération préliminaire, il reste à choisir le procédé. Nous avons ici, comme pour les polypes, la voie nasale, la voie buccale et la voie génienne.

Pour pénétrer largement dans le nez, la voie nasale est la meilleure: Chassaignac a le premier décrit ce procédé de résection temporaire du nez qu'Ollier a si heureusement employé pour le traitement des polypes fibreux naso-pharyngiens. Mais nous n'avons pas une tumeur vasculaire à enlever; nous pourrons atteindre notre séquestre sans ouvrir aussi largement la voie; il serait excessif de recourir à ce moyen.

La voie labio-génienne nous suffira et nous suivrons le procédé indiqué par Rougé, de Lausanne, pour la cure de l'ozène. On incise le cul-de-sac labio-gingival, on sectionne la cloison et à la faveur de cette large ouverture on peut fouiller dans la cavité nasale avec grande liberté.

Ce procédé, que je vous indique sommairement, me permettra d'aller à mon aise à la recherche du corps étranger, mais il ne met pas à l'abri de la septicémie. Les partisans de la méthode antiseptique et de ses procédés exclusifs ont oublié de nous fournir des moyens applicables au cas actuel; ils ont oublié qu'il y avait des plaies internes, et tout parfaits qu'ils sont, les pansements de Guérin, de Lister ne sont pas appropriés aux plaies cavitaires. Cet oubli a été réparé dans une certaine mesure par un chirurgien de talent, le docteur Jeannel. Vous trouverez dans la *Revue de chirurgie* un excellent mémoire sur l'application de la méthode antiseptique aux plaies des cavités. Cette œuvre est incomplète, car l'auteur, avec une réserve que j'approuve, ne parle que de ce qu'il a fait ou vu faire. Je vais essayer de la compléter pour ce cas spécial et voici ce que je me propose de faire. Permettez-moi de vous rappeler auparavant qu'il y a une quinzaine d'années, frappés du danger de l'écoulement du sang dans les voies aériennes ou les voies digestives pendant les opérations sur la face, certains chirurgiens proscrivaient l'emploi du chloroforme, je remédie à ce danger par le tamponnement préalable des fosses nasales; vous n'avez de

---

de vins que je ne le suis moi-même, nous nous porterions aussi bien en ne buvant pas de vin. Mais cette idée, simple et pratique, ne fera jamais son chemin, tant sont enracinés les préjugés des hommes sur les bienfaits du vin. C'est encore la littérature qui est coupable de cet entêtement à boire du vin, elle qui nous prêche ses vertus depuis le commencement des siècles, à grand renfort de poëmes, de chansons, de proverbes et même d'opéras. De là ces préjugés indéracinables, que le vin soutient l'homme, qu'il réchauffe, qu'il rafraîchit, qu'il est le lait des vieillards, qu'il donne des forces, qu'il met la bonne humeur au cœur. On néglige d'ajouter à ce tableau flatteur qu'il y a un revers à la médaille, que le bon vin n'est pas aussi bon que le mauvais vin est mauvais, et qu'enfin, s'il est exact que le vin soutient l'homme dans une certaine mesure, c'est lui aussi qui l'empêche de se tenir droit quand la mesure a été trop bonne.

Mais ne pas boire de vin! Quelle proposition saugrenue! Il faut boire du vin, c'est une chose nécessaire, indispensable, et d'ailleurs c'est l'usage. Et si on n'en buvait pas, qu'est-ce qu'on boirait à la place? On boirait autre chose, comme font beaucoup de gens. Mahomet, qui était très malin, semble avoir pressenti les malheurs de la vigne, en interdisant le vin à ses adeptes; et les mahométans, qui doivent à leur prophète plusieurs coutumes assez attrayantes, lui doivent en outre de n'avoir à se préoccuper ni du phylloxera, ni des employés de l'octroi. Qui sait si Mahomet, sans parler des sages préceptes d'hygiène qu'il a introduits dans le Coran, n'était pas aussi un naturaliste distingué, et s'il ne se doutait pas que la vigne, épuisée par la culture et affaiblie par les greffes, mourrait un jour de vieillesse ou succomberait sous les coups de quelque ennemi vorace comme le phylloxera? Il a donc mis son peuple à l'abri de ces tourments, en lui défendant de boire du vin, et les musulmans ne s'en portent pas plus mal; on sait d'ailleurs

la sorte pas le moindre écoulement de sang dans l'arrière-gorge. Ce procédé nous sera ici très utile, car il y a un grand avantage à ce que notre malade n'avale pas la plus petite quantité de sang qui serait ici mélangé de liquides putrides.

Le tamponnement nous servira également à faire, avant et pendant l'opération, l'asepsie de la cavité. Une fois les tampons introduits et fixés, ce que je ne ferai qu'une fois la malade endormie, naus laverons largement toutes les fosses nasales avec une solution phéniquée à 5 p. 100. La cavité étant bien détergée, j'inciserai au thermo-cautère le sillon gingivo-labial, et je tenterai l'extraction du ou des séquestres. Après l'extraction, nous laverons de nouveau la plaie avec le liquide phéniqué et j'introduirai dans chaque narine un cylindre de mousseline iodoformée. Pour compléter les précautions, on fera sur la face une vaporisation continue d'eau phéniquée.

C.

BIBLIOTHÈQUE

LES MALADIES PUERPÉRALES, — Etude clinique, par le docteur F. SIREDEY, médecin de l'hôpital Lariboisière. — Paris, G. Masson, éditeur, 1884.

Si le critique, à moitié submergé sous la marée montante des livres nouveaux, éprouve trop souvent le dépit d'avoir à enregistrer par nécessité professionnelle la naissance de compilations inutiles ou de monographies banales, il s'en voit de temps en temps largement récompensé par la satisfaction de saluer l'apparition d'une œuvre magistrale, longuement mûrie et habilement exécutée.

Il y a dans certains livres une sincérité d'accent qui fait de prime abord comprendre au lecteur que l'auteur a pour ainsi dire vécu son livre, qu'il a toujours vu ce dont il parle et qu'il est toujours prêt à en donner la preuve. Le livre de M. Siredey est assurément de ceux-là: la personnalité de l'auteur y est fortement empreinte, et on sent en le lisant qu'il ne pouvait être conçu et mené à bien que par un praticien consommé. Aussi tout clinicien y trouvera-t-il la saveur que doit faire éprouver aux hommes d'épée une étude militaire écrite par un officier qui a fait campagne.

C'est là une comparaison qui vient naturellement sous la plume : ne sont-ce pas de belles et bonnes campagnes qu'a faites M. Siredey contre le redoutable ennemi dont l'in-

---

qu'ils ont des distractions autrement viriles que de se porter des toasts ou de s'offrir des tournées chez le marchand de vins ; et en fait de boisson, ils n'ont rien à nous envier, puisqu'ils possèdent le café, et que le caféier jusqu'ici est exempt de maladies.

Les Orientaux boivent donc du café, et comme ils ne lisent pas beaucoup les lettres de Mme de Sévigné, ce qui ne doit pas être pour eux une bien grande privation, il ne leur est pas encore venu à l'esprit que le goût du café pourrait leur passer. Nous ne ferions pas si mal de les imiter en cela, et tout en continuant à lire les lettres de Mme de Sévigné, au moins pour les personnes que cela amuse, nous aurions avantage à boire un peu plus de café et un peu moins de vin. Le café aussi soutient l'homme et ne lui fait tourner ni la tête ni les jambes. Il donne peut-être moins de gaieté et fait moins voir la vie en rose; mais il donne du courage à la besogne, il nourrit et il fait digérer, il stimule le cerveau et les muscles, il tonifie le cœur et il n'empoisonne pas. On dit même qu'il fait vivre longtemps, ce qui n'est pas certain; ce ne serait point du reste cette qualité qui le recommanderait le mieux, l'agrément de vivre longtemps étant essentiellement discutable.

On a, de plus, la ressource de faire son café soi-même, garantie précieuse contre les perfectionnements de la chimie, tandis qu'on ne peut pas fabriquer son vin sur le coin de sa cheminée. Mais c'est encore la littérature et la musique qui vont faire de l'opposition à ma propagande en faveur du café, l'infusion d'Arabie étant assurément d'une célébration moins facile que la liqueur vermeille ou enchanteresse.

Les Chinois boivent du thé, ainsi que les Russes et les Anglais. Le thé a du bon, il agit sur les nerfs moins vivement que le café; il n'est pas populaire chez nous comme le café, et sous ce rapport il n'y a aucune raison de changer le courant de nos habi-

©BIU Santé

saisissable influence semblait mystérieusement planer sur toutes les femmes en couches, lorsque M. Siredey a commencé les études dont il nous apporte aujourd'hui le fruit?

Dès 1858, interne de M. Moissenet, dans ce même hôpital Lariboisière et dans ce même service d'accouchement où il devait revenir comme chef en 1872, M. Siredey assistait à une des plus terribles épidémies de fièvre puerpérale. Il suivait avec le plus vif intérêt les retentissants débats que cette affection soulevait à l'Académie, et, dès lors, il se sentait attiré tout spécialement vers un sujet qui n'a pas cessé de le préoccuper, tant que la lumière n'y a pas été faite. Onze années de pratique hospitalière à la tête de ce service où se font 900 accouchements par an, la faculté de pouvoir étudier ces accidents puerpéraux depuis leur début jusqu'à leurs suites prochaines ou éloignées, en conservant les accouchées malades dans des salles d'isolement, ont permis à M. Siredey de se convaincre « qu'il n'existe pas chez les femmes en couches de maladies essentielles, mais constamment des lésions appréciables ayant leur point de départ dans une altération des vaisseaux lymphatiques ou veineux de l'utérus ». Déjà, en 1875, dans un mémoire qui eut un grand retentissement, l'auteur « établissait d'une façon nette la négation de la fièvre puerpérale ». Mais aujourd'hui c'est avec un faisceau d'arguments aussi nombreux que solides que M. Siredey expose dans leur ensemble les résultats de son expérience.

« *La fièvre puerpérale essentielle n'existe pas*: les maladies présentées par les femmes en couches se rattachent constamment à deux types cliniques, distincts ou associés, qui correspondent à la localisation primitive des lésions sur les lymphatiques ou sur les veines de l'utérus.» Les complications de ces deux types répondent à toutes les manifestations si complexes de l'ancienne fièvre puerpérale, et il n'existe pas, en dehors de ces complications, de maladies viscérales isolées qui soient réellement propres à la puerpéralité. Ainsi, les accidents de la puerpéralité ayant leur point départ dans les lésions génitales consécutives à l'accouchement, «désormais la puerpérale n'a plus rien de spécial, c'est une malade atteinte d'une plaie, *une blessée* en un mot, exposée à toutes les complications des plaies chirurgicales.»

Les puerpérales ne trouvent pas plus en elles-mêmes que les blessés et les opérés, les germes de la septicémie. Il est impossible aujourd'hui de méconnaître que ceux-ci sont apportés par les mains de l'accoucheur, par les instruments et objets de pansement ou par l'air ambiant. « Sans juger la valeur théorique de la doctrine parasitaire, » M. Siredey a été un des premiers « à l'accepter en pratique comme étant celle qui donne, en l'état actuel de la science, l'explication la plus satisfaisante des faits observés, en même temps qu'elle conduit à la véritable prophylaxie des affections qui frappent les accouchées». Telles sont les larges et simples vues qui ont dominé la composition du livre dont il nous reste à essayer une analyse, malheureusement trop concise et trop imparfaite.

---

tudes et de nos goûts. Je m'abstiendrai d'autant plus de faire l'éloge du thé, que d'abord je ne l'aime pas, et qu'ensuite, si j'insistais, on ne manquerait pas d'insinuer que c'est moi qui ai fait organiser l'expédition du Tonkin pour réaliser des bénéfices sur le commerce du thé. Dans la crainte de quelque communication du marquis Tseng, il convient de parler avec la plus grande discrétion d'une denrée si chère aux habitants du Céleste-Empire, et qui partage leurs sympathies avec l'opium, d'où sans doute leurs hautes capacités pour la confection des pilules diplomatiques.

Les Normands boivent du cidre, les Flamands boivent de la bière, les Tartares boivent du koumyss, et tout ce monde-là se trouve bien, ou tout au moins ne se trouve pas mal de ne pas boire de vin. Dans les ordres religieux, on n'en boit jamais, et cependant la vie y est dure, et les mortifications n'y sont pas un vain mot.

Il n'y aurait donc rien d'impossible à se passer de vin, et à le remplacer avantageusement par l'une ou l'autre des nombreuses boissons qui abreuvent des peuples entiers. Et il y a encore, par dessus tout cela, un moyen excellent de se tirer d'affaire quand on manque de vin; c'est de boire de l'eau. Mais c'est tellement contraire à toutes les idées reçues, et l'eau jouit d'une si détestable réputation comme boisson, que l'on ne peut sérieusement en proposer l'usage, à moins qu'il ne soit externe. Boire de l'eau! Y pensez-vous? C'est bon pour se noyer l'estomac, pour se délayer le sang, pour se gonfler les intestins, pour s'affaiblir, enfin pour se tourner soi-même en eau.

Pourtant, en essayant, on est tout surpris du résultat. Non seulement l'eau ne produit pas ces effets désastreux, mais encore elle est agréable, très agréable à boire, et elle entretient la santé aussi bien que le vin. C'est une découverte que j'ai faite il y a quelque temps déjà, et dont je voudrais faire profiter l'humanité. Et comme, à la rigueur,

M. Siredey retrace d'abord les caractères de l'état puerpéral physiologique, la sécrétion lactée et l'involution utérine; il établit péremptoirement que la montée du lait doit se faire à l'état normal, sans aucune réaction fébrile, et que, comme l'a toujours enseigné Depaul, la fièvre de lait n'existe pas.

Puis vient une description générale des maladies puerpérales. Sans doute les phénomènes pathologiques, confondus jusqu'à nos jours sous le nom de fièvre puerpérale, comprennent des lésions multiples et des symptômes variés. Mais les *symptômes sont toujours subordonnés aux lésions*. Laissons là ce *quid divinum*, dont la mystérieuse influence devait imprimer telle ou telle physionomie à la maladie! Ce n'est ni dans l'influence saisonnière, ni dans la constitution médicale qu'il faut chercher l'explication des formes cliniques. Chacune des affections auxquelles sont sujettes les femmes en couches présente une corrélation absolue entre la lésion qui lui est propre, ses symptômes, sa marche et sa terminaison. Le moment est venu de décomposer l'ancienne fièvre puerpérale en ses éléments constitutifs, et de décrire séparément la *péritonite*, la *lymphangite* et la *phlébite*.

L'ÉTIOLOGIE générale des accidents puerpéraux se réduit aujourd'hui à l'influence de trois facteurs : l'*accouchée*, qui, par suite de son état de dépression physique et morale, offre un terrain favorable à l'évolution des germes morbides, mais qui surtout (c'est là le fait capital, essentiel) offre une plaie utérine; — les *agents de transmission* des germes morbides (médecins, instruments ou simple contact de l'air); — le *principe infectieux*, qui n'a pu être encore isolé, mais qui ne semble pas devoir être un germe unique et spécifique. Les causes d'infection sont en effet multiples : outre le voisinage d'une puerpérale déjà malade, celui de matières organiques quelconques en décomposition, d'érysipèles, de foyers de suppuration, de fumiers, de matières fécales, la rétention même de débris placentaires putréfiés dans l'utérus sont incriminables dans beaucoup de cas. « La réunion de tant de causes différentes, aboutissant à la production d'accidents à peu près analogues, semble devoir exclure l'idée d'un germe unique et spécifique. » Il faut donc redouter l'action nocive de toutes les causes d'infection, et par conséquent exiger la plus stricte application des lois d'une hygiène sévère.

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE est traitée ensuite dans un chapitre plein d'intérêt, où les plus importantes conquêtes de l'histologie contemporaine ont trouvé leur application.

La LYMPHANGITE UTÉRINE, qui est étudiée dans le livre troisième, comprend trois formes distinctes : la *lymphangite simple*, qui peut être superficielle et limitée aux organes génitaux externes, ou profonde et utérine; la *lympho-péritonite*, qui est partielle (pelvi-péritonite, résolutive ou suppurée) ou généralisée; enfin, l'*adéno-phlegmon*, « expression de date récente, qui semble parfaitement propre à indiquer à la fois la pathogénie et le

---

boire de l'eau au lieu de vin serait bien le remède le plus efficace contre le phylloxera, il n'y aurait rien d'étonnant que l'Académie des sciences songeât à me décerner le prix de trois cent mille francs qui est toujours vacant.

Il y a pas mal de gens qui boivent de l'eau, et rien que de l'eau, et par quelques exemples on peut juger que cela leur réussit. Le vénérable doyen des étudiants de France, M. Chevreul, n'a jamais bu une goutte de vin, et ce n'est pas lui assurément qui donnerait raison au proverbe que tous les méchants sont buveurs d'eau. Cette formule n'a pu être inventée que par un marchand de vins qui voulait faire aller son commerce, ou par un philanthrope désireux de faire croire à l'universelle bonté du genre humain.

L'eau fraîche ne viendrait même qu'au second rang, si l'on en croyait un médecin américain qui vante les mérites de l'eau très chaude comme stimulante, comme stomachique, comme dépurative, etc. D'après lui, l'eau bouillante, ou brûlante, serait le nec plus ultra des boissons agréables et salutaires. Malgré ses affirmations, je crains que ce liquide ne reste longtemps encore exclusivement affecté aux bains de pieds; et malgré mes efforts, je crains plus encore que la belle et bonne eau, bien claire, ne soit pas de si tôt la boisson préférée des hommes, qui persisteront à prouver, en buvant du vin, qu'ils ne sont pas méchants.

***

A l'heure où j'écris ces lignes, de nombreux confrères et anciens camarades de la Faculté de médecine de Strasbourg sont réunis autour du docteur Straus, pour fêter sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur. C'est la juste récompense

©BIU Santé

siège des affections désignées jusqu'ici sous le nom de phlegmons de la fosse iliaque et du ligament large. »

La PHLÉBITE UTÉRINE comprend la *phlébite simple* (*phlegmatia alba dolens*) ou *variqueuse*; — la *phlébite infectieuse*, qui diffère de la précédente, ou phlébite adhésive, par un caractère capital. « Dans la phlébite adhésive, une portion plus ou moins vaste du système veineux se trouvait temporairement ou définitivement soustraite à la circulation, mais tout se bornait à des accidents locaux. — Dans la phlébite infectieuse, un processus ulcéreux, destructif, évolue d'abord au siège des lésions initiales, puis il mélange incessamment au sang des produits septiques qui transportent avec eux leurs propriétés destructives. » L'application à cette affection des admirables recherches de Pasteur et de ses élèves, auxquelles M. Siredey rend pleine justice, semble démontrer que les éléments septiques sont des microbes dont la migration va déterminer dans les viscères la production d'embolies septiques par un processus analogue à celui de l'endocardite ulcéreuse.

Il existe aussi des FORMES MIXTES de la septicémie puerpérale, dans lesquelles *coexistent la phlébite et la lymphangite*. Dans ces cas, c'est la lymphangite qui ouvre la scène morbide; la phlébite vient plus tard. Une fois réunies, elles ne donnent pas lieu toujours à des troubles identiques; aussi faut-il leur décrire deux formes, l'une *précoce*, à marche aiguë et fatale; — l'autre, *tardive*, plus lente et moins grave.

Le livre cinquième est consacré aux COMPLICATIONS *viscérales des maladies puerpérales*, et nous trouvons tour à tour les néphrites, les complications cardio-pulmonaires (endocardites ulcéreuse ou rhumatismale, pleurésies, congestions pulmonaires et pneumonies), les complications nerveuses (névralgies, paralysies, troubles psychiques, tétanos et tétanie), les affections articulaires et les manifestations éruptives.

Enfin le sixième livre est relatif à la PROPHYLAXIE.

Après avoir analysé la pathogénie de l'infection, sa nature, ses causes et son mécanisme, M. Siredey se résume en disant : « Nous ne croyons pas à l'auto-infection de la femme en couches. Toutes les altérations sont dues à l'hétéro-infection. La plaie génitale est le siège exclusif de l'inoculation des germes infectieux. Il ne s'agit pas de combattre un principe vague, un élément insaisissable dont la marche déroute tous les efforts du clinicien : on connaît l'ennemi, on sait la route qu'il doit suivre fatalement, c'est là qu'il faut l'arrêter. » La prophylaxie doit donc comprendre les soins à donner aux femmes en couches, pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement, — l'hygiène des locaux (maternités, accouchement à domicile); — enfin, les soins de méticuleuse antisepsie, relatifs au personnel et aux instruments.

Bien des agents antiseptiques remplissent les conditions voulues; c'est la méthode

---

du service rendu par lui à la science, comme chef de la mission française pour l'étude du choléra en Egypte. Les témoignages d'estime et de sympathie que reçoit à cette heure le docteur Straus, au banquet du café Riche, ne surprendront aucun de ceux qui le connaissent et qui ont apprécié, après les qualités aimables de l'homme, les qualités du savant, que d'importants travaux avaient établies de longue date, et que le rapport sur les recherches de la mission française a si pleinement confirmées.

POUDRE LAXATIVE.

Séné pulv.	4	grammes.
Réglisse pulv.	4	—
Fenouil pulv.	2	—
Soufre sublimé et lavé.	2	—
Sucre pulv.	12	—

Mêlez. — De 1 gr. 80 à 3 gr. 60, le matin à jeun, plusieurs jours de suite, pour obtenir un effet laxatif. — N. G.

©BIU Santé

qu'il faut préconiser et non tel ou tel spécifique. « L'accouchement est une fonction physiologique, mais encore faut-il que cette fonction se fasse proprement..... C'est la propreté absolue des mains, des instruments et des objets affectés aux soins des malades qui nous paraît résumer la formule de la prophylaxie des maladies puerpérales. » Ainsi conclut M. Siredey, et les observations nombreuses et minutieuses qui sont réunies à la fin de son livre entraîneront la conviction des lecteurs.

Nul doute qu'un franc succès ne soit réservé aux *Maladies Puerpérales*, et ce sera justice; c'est bien là ce que Montaigne appelait un livre de bonne foi, où se reflète fidèlement, comme nous le disions en commençant, la personnalité si sympathique et si respectée de l'éminent médecin de Lariboisière.

Paul Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 février 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. le docteur Sandras adresse deux observations d'affections diphthéritiques guéries au moyen d'inspirations anti-microbiotiques, c'est-à-dire térébenthinées. On peut considérer cet envoi comme le complément des mémoires que l'auteur a lus il y a quelques semaines, sur ce sujet.

M. Tissandier a recherché l'historique des lueurs crépusculaires qui depuis bientôt trois mois occupent Paris et le monde savant. Il a trouvé qu'Arago parle, dans son *Astronomie populaire*, d'un phénomène semblable observé en 1831. Il y eut, cette année-là, dans les premiers jours de juillet, une éruption volcanique extraordinaire dans la mer de Sicile, et des lueurs crépusculaires furent vues par tout le continent européen au commencement du mois d'août.

M. Faye présente, de la part de M. Peyrotin, un travail sur les notes prises par Arago, en 1831, à l'occasion de ces mêmes lueurs

Quant à l'opinion personnelle de M. Faye sur les troubles physiques de ces derniers temps, voici comment s'exprime le savant académicien :

« On remarque depuis quelque temps de nombreux phénomènes exceptionnels, tels que l'effroyable explosion volcanique du Krakatoa, des ondes immenses qui parcourent la mer ou l'atmosphère en faisant le tour entier du globe, des lueurs et des colorations étranges dans le ciel, un mois de janvier qui ressemble au mois d'avril ordinaire pour la température, des oscillations étranges dans la fréquence des taches du soleil dont le maximum semble ne pas pouvoir se produire, des dérangements non moins singuliers dans l'allure ordinaire de l'aiguille aimantée. Ce qui me frappe surtout, c'est que tous ces faits ont été prédits ou expliqués par des influences cosmiques; c'est à Jupiter, à Mars, aux essaims d'étoiles filantes qu'on les rapporte, et, comme les mouvements de ces astres sont bien connus et peuvent être calculés longtemps d'avance, il semble facile désormais de prévoir à très longue échéance les phénomènes géologiques, météorologiques, magnétiques et même solaires.

« Je crois néanmoins que cela ne doit pas nous empêcher de les enregistrer et de les étudier comme à l'ordinaire. C'est pourquoi je continuerai à communiquer à l'Académie ce que j'ai recueilli dans ces derniers temps.

« En ce qui touche la température exceptionnelle de cet hiver, je ferai remarquer que, d'après le *Times* du 19 janvier, on jouit dans l'Amérique méridionale d'une température estivale tout à fait extraordinaire. Il est rare, à Buenos-Ayres, qu'en été (décembre-janvier) la température dépasse 92° F. (33°,3) à l'ombre; elle a été, cette année, de 101° F. (38°,3). Le *Buenos-Ayres Standard* suppose que cette température sans précédents tient aux cinq petites comètes que notre célèbre correspondant, M. Gould, est en train, dit-on, d'observer à Cordoba, capitale de la République Argentine. Vous voyez par là que les influences cosmiques n'ont pas moins de vogue sur l'hémisphère austral que sur le boréal. Il est bien vrai que la température de notre mois de janvier ne s'accorde pas très bien avec une prédiction toute récente qui nous avait annoncé un mois de janvier particulièrement rigoureux; mais avec les étoiles filantes il y a toujours moyen de s'arranger. Si donc on constatait une surélévation de température un peu générale à cette époque, ainsi que l'observation précédente semblerait le faire croire, il n'y aurait qu'à supposer que notre atmosphère a été envahie par un essaim de météores venant frapper la Terre avec une vitesse de 60 à

©BIU Santé

70 kilomètres par seconde, et à calculer la quantité de chaleur qui serait engendrée ainsi dans notre atmosphère par le choc de quelques kilogrammes de cette matière-là à l'état de diffusion cométaire.

« Voici, en second lieu une observation de soleil bleu, dans le Venezuela, qui m'a été communiquée par M. Haas. C'est, dit la *Revue de Carupano*, la première fois qu'on a vu pareille chose. Le dimanche 2 septembre, le soleil, à son lever, était d'un très beau bleu; sa lumière était douce ; on aurait dit celle de la lune. Aucun nuage au ciel. A midi, le soleil était plus brillant, mais toujours d'une couleur bleuâtre. Au couchant, on pouvait contempler le soleil ; autour de son disque on apercevait de nombreuses raies horizontales d'un bleu foncé sur fond de même teinte claire. A mesure que l'astre disparaissait, la teinte bleue est devenue grisâtre et, après le coucher complet, on vit une auréole splendide couleur de feu. Celle-ci a duré jusque vers les 8 heures. Les nuages présentaient les diverses teintes de l'iris et produisaient un spectacle grandiose dans cette partie du ciel. Des phénomènes analogues ont été observés à Puerto-Cabello. »

M. de Lesseps dépose sur le bureau le tableau des courbes de marée relevées à l'observatoire de Calais.

M. l'amiral Mouchez expose les raisons qui militent en faveur de la construction d'une succursale de l'Observatoire de Paris. L'éclairage au gaz du quartier qui entoure l'Observatoire; les catacombes sur lesquelles il est construit; la trépidation du sol qui en résulte sous l'influence du roulement continuel des voitures qui sillonnent les avenues et les rues voisines, etc., rendent l'emplacement actuel impropre aux observations délicates.

M. Faye demande le renvoi de la proposition à une commission composée des sections de mathématiques, de géométrie et d'astronomie.

M. le baron Larrey présente un mémoire de M. le docteur Brassac sur les flèches prétendues empoisonnées en usage chez les peuplades sauvages de l'océan Pacifique.

M. Paul Bert, au nom de M. Voznessensky, dépose un travail relatif à l'action de l'oxygène comprimé sur la bactéridie charbonneuse. Sous une pression de 30 atmosphères, la bactéridie est tuée. Mais, à 7 ou 8 atmosphères seulement, la bactéridie est, au contraire, plus active et plus toxique; comme s'il se produisait alors chez elle une période d'excitation.

— La séance est levée à quatre heures et demie. — M. L.

THÉRAPEUTIQUE

Douleurs ostéocopes (valeur pathogénique et thérapeutique de certaines).

Dès les premiers mois de la vie, l'enfant sain et vigoureux agite avec bonheur les bras et les jambes, et manifeste sa joie lorsqu'on le maintient debout sur les genoux de ceux qui sont appelés à lui donner des soins.

Il n'en est plus de même lorsque surviennent certains troubles que nous allons bientôt spécifier. On voit alors ces petits êtres immobiles dans leur berceau, où ils se tiennent recroquevillés, repliés sur eux-mêmes et poussant des cris aigus, dès qu'on fait mine de les prendre, à plus forte raison lorsqu'on cherche à les dresser sur leurs jambes, qu'ils tiennent obstinément repliées. On constate que, non seulement les articulations, mais tous les os, sans exception, sont douloureux. Et cependant, au début de ces phénomènes, les chairs conservent leur fraîcheur et nulle déformation ne se manifeste autour des articulations. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que la cachexie et les gonflements articulaires se manifestent.

Prenons maintenant un adolescent, après une poussée trop rapide de croissance. Nous verrons qu'en peu de semaines, la gaieté, le besoin de mouvement ont fait place chez lui à la tristesse et à une profonde indifférence, aussi bien pour les jeux que pour le travail. Interrogez-le et il vous répondra qu'il souffre, dans les articulations et même la continuité des membres, de douleurs sourdes, facilement exaspérées par le moindre mouvement.

Enfin, si nous observons certaines femmes pendant le cours de leur grossesse, nous les entendons, surtout vers le sixième ou le septième mois, se plaindre de lassitude

© Santé

générale, avec douleurs plus ou moins vives dans toutes les articulations. Le plus souvent, ces jeunes femmes présentent les attributs de la fausse pléthore.

Il ne faut pas chercher bien longtemps, pour trouver à ces trois états une seule et unique origine, une cause commune, l'*inanition minérale*.

En effet, si nous recherchons les antécédents, nous trouvons que quelque temps avant de commencer à se plaindre, puis à dépérir, l'enfant recevait une alimentation pauvre en sels calcaires, ou dans laquelle ces composés se trouvaient dans un état tel, que les organes digestifs ne pouvaient les assimiler. — Et comme les sucs nourriciers ne peuvent prendre l'état solide et passer à l'état de tissus sans l'intervention du phosphate de chaux, l'organisme, pour faire face au déficit causé par la mauvaise alimentation, emprunte au squelette le sel qui lui manque, et pendant quelque temps, les os, appauvris, deviennent le siège de troubles trophiques sérieux, tandis que les tissus mous continuent à se développer. Ce n'est que plus tard, lorsque la réserve de phosphate des os se trouve épuisée, que les phénomènes pathologiques éclatent du côté du tube digestif et des autres systèmes organiques.

Les choses ne se passent pas autrement chez l'adolescent, sauf cette différence, toutefois, que les os, déjà moins cartilagineux, n'ont plus la même tendance à se déformer.

L'origine des douleurs ostéocopes de la femme enceinte n'est pas plus obscure.

Elles se montrent chez la jeune mère qui n'a pas pu constituer de réserves calcaires suffisantes pendant les premiers mois de la grossesse, et qui ne présente ni l'augmentation de poids de tous les os, ni les ostéophytes qui recouvrent souvent la surface des os plats et que l'on prenait autrefois pour les produits d'une erreur de nutrition. Vers la fin de la grossesse, lorsque le développement du fœtus se fait avec une activité toute particulière, la mère, obligée de fournir de grandes quantités de phosphate calcaire, les emprunte à sa propre substance, et s'appauvrit au point de ne plus pouvoir assimiler ses aliments. De là les douleurs osseuses et l'infiltration des chairs par des éléments qui maintiennent à l'état liquide la prédominance des sels alcalins et presque privés du phosphate de chaux, seul capable de les fixer à l'état solide.

Si l'observation des symptômes ne suffisait pas pour démontrer que nous nous trouvons, dans ces trois cas, en présence des conséquences de l'inanition minérale, telle qu'elle a été décrite par Dusart, les résultats produits par le traitement ne permettraient plus aucun doute.

Le même médicament réussit en peu de temps dans l'un comme dans l'autre cas, et ce médicament n'est autre que le *phosphate de chaux*, surtout lorsqu'on l'administre sous la forme physiologique de lacto-phosphate que lui a donnée l'auteur dont nous citions plus haut les travaux.

Qu'on le fasse prendre sous forme de vin ou de sirop, le lacto-phosphate de chaux agit avec rapidité. Dès les premiers jours, les malades voient renaître leur appétit. Le regard, d'abord atone, reprend sa vivacité, et dans un délai qui ne dépasse pas souvent huit ou dix jours, les mouvements, au lieu d'être redoutés et douloureux, deviennent vifs et faciles. Les chairs reprennent leur fermeté et leurs couleurs; en un mot, la situation redevient normale dès que l'on rend aux aliments le complément indispensable dont ils avaient été privés d'abord, et sans lequel ils ne peuvent s'assimiler, c'est-à-dire se fixer dans les tissus.

Dr Arthaud.

VARIÉTÉS

L'ÉPIDÉMIE RÉCENTE DE VARIOLE A SMYRNE.

Il y a beau temps que l'Europe occidentale ne connaît plus que par le témoignage de l'histoire les redoutables épidémies varioliques qui, par leur malignité, désolaient au moyen âge les pays latins. Néanmoins, il en est encore tout autrement, plus d'un siècle après Jenner, sur les côtes de l'Asie-Mineure et aux portes même de l'Europe. Le savant mémoire dans lequel M. le docteur Eustratiade-Siméon a donné la statistique de l'épidémie variolique de Smyrne en 1882, et que publiait dernièrement la *Gazette médicale d'Orient*, en est la preuve nouvelle.

En mars 1882, on constatait les premiers cas sporadiques de variole dans le quartier israélite de cette ville. En juin et juillet, la maladie se propageait de ce premier foyer dans les autres parties de la ville, et atteignait son plus haut degré de malignité en août et en septembre. Notre estimé confrère fut alors appelé à la direction d'un hô-

©BIU Santé

pital d'isolement que l'Éphorie de l'hôpital grec de Smyrne créa au monastère de Saint-Elie, à une heure de distance de la ville. Du 1er octobre 1882 au 24 janvier 1883, cet établissement reçut 236 varioleux (140 hommes et 96 femmes), parmi lesquels VINGT-SEPT seulement avaient été vaccinés. Parmi eux, 22 succombèrent, et des 214 autres, 24 eurent la variole hémorrhagique, 123 la forme confluente; les autres des formes bénignes.

Des 27 varioleux vaccinés dans l'enfance, aucun n'est mort; 12 furent atteints de varioloïde, 3 de variole discrète et 12 de symptômes bénins. Les complications observées pendant cette épidémie étaient des pneumonies et des pleurésies (3 fois); des otites (6 fois); des abcès (32 fois); des catarrhes intestinaux (35 fois); des arthrites (2 fois); de la gangrène du gros orteil (1 fois); des ophthalmies avec cécité consécutive (3 fois).

En réunissant ces chiffres à ceux des autres statistiques enregistrées par les communautés des autres religions, on compte 398 décès; mais comme M. Eustratiade le prouve, ces chiffres sont incomplets, inférieurs à la réalité, et ne peuvent donner l'idée de la mortalité parmi les musulmans.

En 1871, pendant la précédente épidémie, on constatait aussi que les décédés étaient tous des individus non-vaccinés, à l'exception de trois, dont le premier avait été vacciné dans la première enfance, le deuxième avant 13 ans, et le troisième pendant l'incubation variolique. Ces faits témoignent une fois de plus de l'efficacité de la vaccine et de l'erreur coupable de ces individualités tapageuses qui font croisade contre les bienfaits de la vaccination. Notre savant confrère de Smyrne a donc bien mérité de ses concitoyens par son dévouement, et de l'humanité par ce mémoire nourri de faits. C'est faire œuvre de justice de le constater et de science que d'en tenir compte. — C. L. D.

COURRIER

CONCOURS. — Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le jeudi 20 mars 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 18 février 1884 et sera clos définitivement le lundi 3 mars, à trois heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Ogier, docteur ès sciences, est nommé chef du laboratoire de chimie à la Morgue (emploi nouveau).

M. le docteur Vibert est nommé chef du laboratoire d'anatomie pathologique à la Morgue (emploi nouveau).

INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés, pour trois ans, membres du conseil départemental de l'instruction publique des départements ci-après désignés :

MM. les docteurs Thomon (Haute-Savoie), Bourienne (Calvados), Laennec (Loire-Inférieure).

ECOLES D'ALGER. — M. Pomel, docteur ès sciences, est nommé professeur de géologie et minéralogie, à l'Ecole des sciences d'Alger.

Un concours pour la nomination à une place de nouvelle création de médecin-adjoint à l'hôpital civil de Mustapha d'Alger s'ouvrira, le lundi 7 juillet 1884, à une heure, à l'Ecole de médecine de cette ville.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 11 février 1884 à 4 heures très précises au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e chambre du Tribunal civil).

Ordre du jour. — I. Rapport de M. Brouardel, sur l'organisation et l'enseignement de la médecine légale. — II. Communication par M. Rocher, d'un jugement relatif à un fait de transmission de la syphilis de nourrisson à nourrice. — III. Communication de M. Descoust, sur les erreurs de diagnostic auxquelles exposent les éruptions cutanées, chez les enfants. — IV. Discussion sur la question de savoir si les pharmaciens sont autorisés à exécuter plusieurs fois la même prescription sans nouvelle ordonnance d'un médecin. — V. Fractures du crâne chez les nouveau-nés (Discussion). — VI. Les aliénés et la sécurité publique.

Nous croyons être utile à nos lecteurs en rappelant les propriétés si remarquables et l'action rapide de l'**Elixir chlorhydro-pepsique Grez** dans les dyspepsies et l'anémie.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. Rendu : Rétrécissement non congénital de l'artère pulmonaire : endartérite végétante. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — Société de médecine de Paris. — III. Thèses de doctorat. — IV. Courrier.

Rétrécissement non congénital de l'artère pulmonaire : endartérite végétante.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 décembre 1883.

Observations et réflexions, par M. Rendu, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

Au commencement du mois d'août dernier, entrait, salle Gérando, un jeune homme, Eugène Helm, âgé de 19 ans, originaire de l'Alsace, et habitant seulement Paris depuis deux mois. Ce garçon, assez grand et mince, bien constitué en apparence, mais imberbe et pâle, se plaignait d'essoufflement et ne pouvait faire le moindre effort sans être oppressé; il ressentait surtout des battements de cœur violents. Son apparence générale, sa pâleur, son aspect anémique semblaient, *à priori*, indiquer une affection aortique. Cette impression première était confirmée par l'examen des troubles fonctionnels dont se plaignait le malade: il accusait, en effet, une céphalée habituelle, des vertiges fréquents dès qu'il se levait ou se baissait rapidement, une tendance aux nausées, un état de dyspepsie très caractérisé. Il n'avait point d'œdème des jambes et son pouls était parfaitement régulier.

Voici ce qu'il racontait sur ses antécédents morbides:

Ses parents sont morts jeunes, de maladies à lui inconnues. Lui-même s'est toujours assez bien porté; il n'a eu, dans son enfance, ni accidents scrofuleux ni manifestations rhumatismales. Il ne toussait jamais et s'enrhumait rarement; il a toujours été dans d'assez bonnes conditions d'existence, sauf qu'à plusieurs reprises il a logé dans une habitation humide; mais il insiste sur ce fait, qu'à aucune époque il n'a été sujet aux douleurs articulaires.

La seule chose qu'il avait remarquée dès sa plus tendre enfance, c'est qu'il ne pouvait pas courir comme les camarades et qu'il était très vite à bout d'haleine. Néanmoins, quand il n'avait à faire que des efforts modérés, il ne souffrait aucunement et n'était point oppressé; il le devenait, pour peu qu'il forçât ses allures. Il a pu apprendre et exercer le métier de pâtissier, sans trop de fatigue, jusqu'à cette année.

Il y a environ huit ou dix mois qu'il a commencé à se plaindre de palpitations cardiaques survenant au moindre mouvement, et parfois même au repos. Aussitôt il dut cesser son travail, incapable qu'il était de faire des courses et de monter les escaliers; il commença alors à éprouver des éblouissements et des vertiges qui le forçaient à s'arrêter dans la rue, sous peine de perdre l'équilibre. Depuis trois mois, ces symptômes se sont accentués davantage; il a pâli et maigri notablement: il y a six semaines, il a été fortement éprouvé par une diarrhée qui a duré plus de huit jours. Enfin, depuis une quinzaine de jours, il tousse un peu, mais ne se plaint ni de point de côté ni d'accès d'étouffement.

Il paraissait probable, en présence de ces symptômes, que ce malade était atteint d'une affection cardiaque déjà ancienne, et vraisemblablement d'une lésion aortique.

L'examen de la région précordiale fournissait les signes suivants:

Il n'y avait point de voussure notable: on voyait seulement se dessiner une ondulation appréciable, au moment de la contraction du cœur, dans les troisième, quatrième et cinquième espaces intercostaux.

La pointe battait, dans le sixième espace, un peu au-dessous et *en dedans* de la ligne mamelonnaire, circonstance d'autant plus remarquable que le cœur paraisssait manifestement hypertrophié. On se serait attendu à trouver la pointe du ventricule plus déviée du côté de la région axillaire. La percussion donnait une matité assez étendue: le bord droit du cœur mesurait 12 centimètres: c'était également le chiffre de la matité transversale.

L'auscultation révélait des phénomènes très curieux. Il existait, à la base du cœur, un souffle énorme, à timbre rude et râpeux, remplissant toute la partie supérieure de la poitrine, et se propageant dans les deux régions sous-claviculaires, mais avec plus de

©BIU Santé

netteté à gauche qu'à droite. Ce souffle avait tout à fait les caractères physiques de ceux qui accompagnent les rétrécissements; il était grave, prolongé, extrêmement intense, ne s'atténuait que fort lentement, et n'avait nullement le timbre aspiratif; seulement, ce qui était, dans l'espèce, tout à fait insolite, c'est qu'il ne correspondait exactement ni à la systole ventriculaire ni à la diastole. Il était manifestement postérieur au claquement des valvules auriculo-ventriculaires, et d'autre part il précédait notablement le second bruit. Il était donc postsystolique, ou, si l'on veut, prédiastolique, plus rapproché, à coup sûr, du second bruit que du premier.

Ce phénomène d'auscultation étrange, chez un sujet qui avait manifestement une affection organique du cœur, ne laissait pas que de rendre le diagnostic assez délicat.

Plusieurs candidats au Bureau central qui virent le malade pensèrent, les uns à une insuffisance aortique, les autres à un rétrécissement aortique ou pulmonaire. Au bout de quelques jours, je me prononçai en faveur de ce dernier diagnostic pour les raisons suivantes :

Bien des signes manquaient pour accepter l'hypothèse d'une insuffisance aortique. Sans doute, le malade avait l'aspect extérieur, la pâleur, l'anémie profonde que l'on recontre en pareil cas; il était sujet aux vertiges et avait manifestement des troubles d'irrigation cérébrale; mais le souffle que nous entendions avait une rudesse et une intensité incompatibles avec le timbre habituel des murmures d'insuffisance; loin de s'atténuer de suite, il se maintenait en se renforçant pendant quelques instants; enfin, il ne débutait pas au moment du claquement des valvules sigmoïdes, mais précédait notablement le second bruit, ce qui éliminait absolument l'idée d'une inocclusion de ces valvules. J'ajouterai que le pouls n'était nullement bondissant et qu'au contraire il donnait au doigt la sensation d'une pulsation faible, sans tension exagérée de l'artère.

L'idée d'un rétrécissement aortique n'était guère plus admissible. En effet, le souffle en pareil cas est toujours systolique, et commence nettement au moment précis où se fait la contraction ventriculaire. En second lieu, le foyer des bruits aortiques occupe le troisième espace intercostal droit, et ceux-ci se propagent sous la clavicule droite, dans la direction de l'aorte; ici, en précisant le lieu où le bruit anormal s'entendait au maximum, il était facile de reconnaître que c'était au niveau même du sternum, le long de son bord gauche, dans le troisième espace, que le souffle avait toute sa rudesse. Il se propageait de là vers la clavicule gauche, en suivant l'artère pulmonaire.

L'examen sphygmographique du pouls venait encore démontrer indirectement qu'il ne s'agissait pas d'un rétrécissement aortique. La ligne d'ascension ne présentait pas cette obliquité et cette apparence de dôme arrondi qui est si caractéristique de l'obstacle apporté au cours du sang artériel; elle était très courte, mais droite, et à partir du point culminant, la descente se faisait horizontalement, avec un soupçon de dicrotisme entre deux pulsations, le tout suivant un rhythme parfaitement régulier. Ce pouls indiquait deux choses; ou une forte tension sanguine avec faible impulsion ventriculaire, ou une très petite ondée artérielle. En tout cas, il ne ressemblait en aucune façon au tracé de l'insuffisance aortique ni du rétrécissement mitral.

Par exclusion, donc, je diagnostiquai, chez mon malade, un rétrécissement de l'artère pulmonaire; tout en m'expliquant mal comment, dans cette hypothèse, le souffle n'était pas franchement systolique, et pourquoi il retardait notablement sur le moment de la contraction ventriculaire.

Chose remarquable, malgré la grosse lésion organique que révélait l'auscultation, il n'existait aucun symptôme indiquant une insuffisance de la valvule tricuspidienne. Non seulement il n'y avait pas de pouls veineux jugulaire ni de battements du foie, mais nul indice de stase veineuse, de turgescence des veines du cou, de tendance à la cyanose. La circulation périphérique se faisait parfaitement; sauf la pâleur des téguments et des muqueuses, tout était de ce côté parfaitement normal. Aucun œdème des jambes, pas d'ascite, point d'augmentation de volume ni de sensibilité du foie. Les seuls troubles viscéraux consistaient en quelques râles disséminés dans la poitrine, plus nombreux à la base du poumon gauche, et paraissant liés à de la congestion pulmonaire passive. L'auscultation des sommets de la poitrine n'indiquait aucune lésion tuberculeuse. L'expectoration était presque nulle, les crachats muqueux et aérés; il n'y avait pas la moindre dyspnée.

Du côté des reins, quelques indices montraient que la circulation rénale ne se faisait pas très bien; depuis près d'un mois, il existait de la polyurie, et toutes les nuits le malade était obligé de se lever deux et trois fois pour uriner. Les urines étaient assez pâles et présentaient un très léger nuage albumineux.

En résumé, il existait chez ce jeune homme une lésion organique du cœur très prononcée, de date évidemment ancienne, et qui vraisemblablement était un rétrécissement

© Santé

pulmonaire soit congénital, soit acquis. Cette lésion cardiaque jusqu'alors avait été bien tolérée, ce qui s'expliquait par le bon état des artères, et les seules complications viscérales qui commençaient à se manifester tenaient à un léger degré de congestion pulmonaire et rénale.

En raison de l'état d'anémie profonde du malade, et du fonctionnement régulier de son cœur, je ne prescrivis point de digitale; je me bornai à lui faire prendre du fer, du quinquina, un peu d'alcool et du lait, en même temps qu'une alimentation réparatrice.

Pendant quelque temps, le résultat de ce traitement parut assez bon. Le malade se sentait plus fort; il mangeait bien, dormait sans être obligé d'avoir la tête haute, et marchait sans effort. Il restait toujours pâle, mais n'avait plus de vertiges. Il passait ses journées à se promener dans le jardin, et remontait l'escalier de l'hôpital sans trop de difficulté. Vers la fin d'août, il paraissait en voie d'amélioration réelle et parlait de reprendre prochainement du travail.

Dans les premiers jours de septembre, il prit froid et, brusquement, son état général devint mauvais. Il se plaignit de maux de tête persistants; en même temps son appétit disparut, de la diarrhée survint, accompagnée d'une douleur sourde au niveau du bas-ventre; le soir, il avait de la fièvre, de l'abattement; en un mot, un ensemble de symptômes qui firent un instant craindre à M. Barié, mon remplaçant pendant le mois de septembre, un début de fièvre typhoïde.

L'examen des urines fournit l'explication de ces symptômes insolites. On constata, le 6 septembre, qu'elles étaient rares, foncées en couleur, très chargées d'albumine; quelques jours plus tard, elles renfermaient manifestement une certaine quantité de sang. Il était donc probable que le malade avait contracté une néphrite aiguë, avec d'autant plus de facilité qu'il avait déjà une certaine tendance à la congestion rénale. Le froid n'avait servi que de cause occasionnelle, et avait aggravé des lésions préexistantes.

Malgré un traitement rationnel consistant en applications de ventouses scarifiées sur la région lombaire, et en régime lacté exclusif, le malade ne se releva point de cette complication. Pendant plus d'une semaine, il continua à rendre du sang dans ses urines et à souffrir des reins. La céphalée était moindre, mais les autres signes de la dyscrasie albumineuse s'étaient prononcés. Le malade avait maintenant les paupières bouffies, la vue trouble. Du 12 au 20 septembre, l'anasarque avait fait des progrès manifestes.

Dans la seconde moitié de septembre, sous l'influence du régime lacté et d'une médication astringente (fer et ratanhia), l'œdème commença à diminuer et les urines redevinrent limpides; mais le malade, pendant cette période, avait perdu considérablement ses forces; ses vertiges avaient reparu plus fréquents que par le passé, l'anémie était excessive, et, au lieu de se lever, il passait toutes ses journées dans son lit, somnolent et apathique.

L'invasion de cette néphrite intercurrente avait relativement peu modifié l'état du cœur. Les battements étaient toujours réguliers, le souffle, aussi fort, s'entendait constamment après la systole, dans la seconde moitié du petit silence, et avait son maximum dans le troisième espace gauche. Les poumons paraissaient peu œdématiés et l'on n'entendait guère plus de râles que précédemment.

Cet état de choses persista sans grandes modifications dans le mois d'octobre. Le traitement consista surtout en extrait de quinquina, fer et régime lacté associé à une alimentation plus reconstituante. L'état local resta le même, mais les forces allèrent graduellement en diminuant. Vers le 20 octobre, l'anasarque reparut; depuis ce moment, il persista jusqu'à la mort. Le 2 novembre, sans cause connue, les urines, qui étaient peu abondantes, mais limpides et pâles, devinrent brusquement sanguinolentes. Cette fois, la reprise du régime lacté intégral ne modifia plus l'état des reins. A partir de ce moment, les complications pulmonaires devinrent prédominantes. Les râles occupèrent les deux poumons et se mélangèrent à du souffle voilé des deux bases; il devint évident que l'œdème envahissait le poumon; on se demanda même, à ce moment, s'il ne se faisait pas un travail de tuberculisation ultime. Cependant, la répartition à peu près égale des lésions pulmonaires dans les deux côtés, l'absence de râles aux sommets, et la conservation de la sonorité dans les fosses sus-épineuses, firent écarter l'idée de la tuberculose.

Après s'être affaibli ainsi progressivement pendant une quinzaine de jours, le malade succomba à de l'asphyxie pulmonaire le 21 novembre. Jusqu'au dernier moment, les signes sthétoscopiques cardiaques n'avaient pas varié et les urines étaient restées sanguinolentes.

(*A suivre.*)

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 février 1884. – Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire. — Installation du bureau pour l'année 1884. — Présentations de brochures et de malades. — Suite de la discussion sur le pied plat valgus douloureux.

Aujourd'hui ont eu lieu les formalités d'usage pour l'installation du nouveau bureau.

M. le président Guéniot se lève et, après quelques mots de remerciement à ses collègues, invite M. Marc Sée, président pour la session de 1884, et M. Gillette, premier secrétaire annuel pour cette même session, à prendre place au bureau. M. Marc Sée prend la place de M. Guéniot et M. Gillette celle de M. Périer.

Après quoi, M. le président Marc Sée prononce l'allocution d'usage dans laquelle il remercie ses collègues de l'honneur qu'ils ont bien voulu lui faire en l'appelant à diriger leurs travaux. Puis, suivant l'usage encore, il propose à ses collègues de vouloir bien voter des remerciements aux membres sortants du bureau. Cette proposition est adoptée à l'unanimité, et M. le président se rassied au milieu des applaudissements soulevés par son allocution.

M. Berger présente, au nom de MM. Jules et Eugène Bœckel (de Strasbourg), un travail intitulé : *Contribution à la cystotomie sus-pubienne.*

MM. Polaillon et Lannelongue présentent également des brochures dont nous regrettons de n'avoir pu entendre ni le titre ni les noms des auteurs.

M. Robin (de Lyon) présente en son nom et au nom de M. Daniel Mollière, membre correspondant, qui assiste à la séance, quinze adolescents opérés du *genu valgum* par l'ostéoclasie pratiquée à l'aide d'un appareil spécial imaginé par lui, M. Robin, et dont il réclame d'une manière absolue l'entière propriété, l'appareil analogue de M. Collin ayant été construit sur les indications du sien.

Ces quinze opérés sont les mêmes qui ont été présentés à la dernière séance de l'Académie de médecine par M. Daniel Mollière.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le pied plat valgus douloureux.

M. Chauvel communique les résultats d'une statistique relative au nombre des jeunes gens exemptés du service militaire pour cause de pied plat. Il ressort, entre autres points, de cette statistique, que le vice de conformation est avant tout une affaire de race ; en effet, c'est en Bretagne qu'il est le plus fréquent, tandis qu'il est très rare en Flandre, en Normandie et surtout dans les pays basques.

M. Desprès vient défendre la théorie de Duchenne de (Boulogne) attaquée dans la dernière séance par M. Léon Le Fort. Suivant lui, Duchenne (de Boulogne) est le seul qui ait su voir la vérité sur cette question du pied plat valgus douloureux ; il a vu la vérité en artiste, mais en artiste qui ignore l'art d'enseigner aux autres les découvertes qu'il a faites lui-même.

C'est en 1872, dans un mémoire très remarquable publié dans les *Archives de médecine et de chirurgie*, que Duchenne (de Boulogne) a exposé sa théorie de l'impotence du long péronier latéral comme cause du pied plat valgus douloureux.

Selon M. Desprès, les théoriciens du pied plat valgus, qui n'ont pas adopté la théorie de Duchenne (de Boulogne), n'ont vu le pied plat valgus accidentel que dans les dernières phases de la maladie ; la première période leur a échappé. Ainsi ont fait MM. Léon Le Fort, Tillaux, de Saint-Germain, qui l'attribuent à la fatigue et à l'irritation des ligaments plantaires ; ainsi ont fait MM. Gosselin et Terrillon qui lui donnent pour cause une arthrite de telle ou telle articulation du tarse, d'où le nom de *tarsalgie* par lequel on a désigné la maladie.

M. Desprès analyse les observations contenues dans les thèses présentées à la Faculté par MM. Foustey en 1873 et Descos en 1874, et déclare que de ces observations un très petit nombre méritent d'être rangées dans la catégorie des pieds plats valgus accidentels ou tarsalgies.

M. Desprès a publié cinq observations de pied plat valgus dans sa *Chirurgie journalière* ;

il y renvoie ses contradicteurs qui les y trouveront. Il présente aujourd'hui quatre jeunes filles atteintes de cette maladie à divers degrés de développement et qui sont actuellement en traitement dans son service de l'hôpital de la Charité.

Peut-être lui objectera-t-on que ce ne sont pas là des cas de pied plat valgus, comme dans le fait du jeune homme qu'il a présenté dernièrement à la Société de chirurgie comme étant affecté de *genu valgum* et chez lequel ses collègues ont refusé de reconnaître un cas de *genu valgum*. Mais il faut savoir que le pied plat valgus douloureux accidentel, ou valgus acquis, ou tarsalgie, n'est pas douloureux au début. C'est pour cela qu'il a échappé à la sagacité des chirurgiens.

Il n'y a, au début, que de l'hésitation dans la marche ; les jeunes sujets usent leurs souliers en dedans ; les marches longues les fatiguent ; plus tard le pied tourne, la pointe du pied se dévie en dehors, puis le pied s'aplatit pendant la marche et la station debout seulement.

Jamais, chez les enfants appartenant aux classes aisées de la Société, on ne laisse arriver la maladie jusqu'à l'aplatissement du pied et à la douleur ; on les soigne dès le début ; ce sont seulement les enfants pauvres qui présentent toutes les phases de la maladie.

C'est une erreur, suivant M. Desprès, d'appeler seulement pied plat valgus douloureux la maladie arrivée à la phase d'aplatissement du pied ; il y a antérieurement à cette période une série de phases par lesquelles passe le malade avant d'en venir au pied plat. Chez une des malades de M. Desprès, il existe une déviation de la taille, une scoliose coïncidente pour laquelle la malade est traitée par la gymnastique et l'électricité en même temps que pour son pied plat valgus.

Dans le traitement de la maladie, le petit appareil ou semelle en dos d'âne que MM. Léon Le Fort et de Saint-Germain appliquent dans la chaussure sous la plante du pied donne, au dire de M. Desprès, des résultats absolument insuffisants. Ce n'est pas un traitement rationnel ; le véritable traitement est celui de Duchenne (de Boulogne), par l'électrisation du muscle long péronier latéral, électrisation délicate et difficile dont Duchenne (de Boulogne) se tirait avec une extrême habileté.

Mais pour que ce traitement soit efficace, il faut qu'il soit appliqué pendant la première période ; plus tard lorsque le muscle a subi la dégénérescence graisseuse, le traitement devient illusoire ou impossible.

Dans la deuxième période, l'électrisation se combine avec l'usage de l'appareil silicaté.

Dans la troisième période, c'est à l'immobilisation à l'aide de l'appareil silicaté qu'il faut avoir recours.

Dans la quatrième période enfin, lorsque les malades ne souffrent plus et que l'aplatissement du pied est un fait accompli, il n'y a plus rien à faire ; l'évolution de la maladie est terminée, et les malades peuvent être livrés à eux-mêmes sans inconvénient. M. Desprès a vu des pieds plats évoluer d'une façon complète dans l'espace de trois mois.

M. Desprès résume son discours dans les propositions suivantes : les pieds plats valgus, au début, ne sont pas des pieds plats; — ils ne sont pas douloureux et ne le deviennent que par la contracture musculaire succédant à la paralysie; — dans la deuxième période, la douleur n'existe que pendant la marche et disparaît instantanément lorsque le malade garde le repos; — dans la troisième période, la douleur devient permanente et il se produit un aplatissement de la voûte du pied; — dans la quatrième période, enfin, s'effectue la luxation du scaphoïde sur l'astragale et de l'astragale sur le calcanéum; dès lors l'évolution de la maladie est terminée, il n'y a plus de douleur et il n'y a plus lieu de faire aucune espèce de traitement.

C'est à Duchenne (de Boulogne) que la science est redevable de la vraie théorie et du vrai traitement de cette maladie.

M. Trélat pense, comme M. Desprès, que le pied plat valgus douloureux est une maladie à étapes diverses, à phases successives dont l'enchaînement n'a d'ailleurs rien de fatal. Suivant la gravité plus ou moins grande des causes déterminantes, suivant le traitement, l'évolution peut être plus ou moins lente ou rapide, arrêtée même à l'une de ces phases. Celles-ci peuvent être séparées par des espaces de temps plus ou moins longs, l'évolution peut se faire en quelques années ou en quelques mois.

Cette lenteur d'évolution, cette succession de phases séparées les unes des autres par des intervalles parfois très longs constituent, avec l'obscurité étiologique qui enveloppe encore les origines de la maladie, une des causes principales des divergences des chirurgiens sur cette question. L'explication qui consiste à donner d'emblée, comme cause

©BIU Santé

du pied plat valgus douloureux, l'impotence du long péronier latéral est peu compréhensible et difficilement acceptable pour des chirurgiens. Sans doute Duchenne (de Boulogne) a fait là une véritable découverte, mais ce qu'il n'a pas vu, ce qu'il a négligé de rechercher, c'est la cause de cette impotence elle-même.

La fatigue, l'endolorissement qui résultent d'une marche prolongée sont des phénomènes communs à tous les enfants, mais ils n'ont pas pour tous les mêmes conséquences; les enfants vigoureux et robustes résistent, et, après une nuit de repos, ces phénomènes ont disparu. Ils persistent chez les enfants faibles, chétifs, mal disposés à subir la fatigue. Lorsque celle-ci est incessamment renouvelée, ces enfants prennent l'habitude de marcher comme marchent accidentellement les personnes fatiguées d'une longue course et qui d'instinct prennent en marchant l'attitude la plus propre à empêcher la plante des pieds de se fatiguer. Bientôt apparaît une douleur que les chirurgiens ont cherché à localiser les uns dans l'aponévrose, les autres dans les muscles, d'autres dans les ligaments plantaires; d'autres, enfin, dans les articulations. Quel est le siège précis de cette douleur? Nous n'en savons rien, quoi qu'on en dise; elle est partout et elle n'est nulle part.

Lorsque l'enfant souffre, il se défend instinctivement contre cette douleur par des contractions musculaires à l'aide desquelles il adapte de son mieux la forme de son pied à l'attitude qui lui rendra la marche et la station le moins douloureuses possible. L'un se sert de son extenseur, l'autre de son fléchisseur, etc.

Quels sont les agents les plus généralement employés? Ce sont, d'une part, les deux péroniers et, d'autre part, le jambier antérieur, à l'aide desquels l'enfant s'efforce de creuser la voûte plantaire pour résister à son aplatissement. Mais contraction fait bientôt contracture et contracture mène plus ou moins rapidement à impotence.

Duchenne (de Boulogne) a méconnu le rôle déambulatoire du jambier antérieur.

Quoi qu'il en soit, l'impotence venue, si l'enfant continue à marcher, l'impotence s'accentue de plus en plus et les phases se succèdent. Il existe un moment où la déformation et la douleur sont synchroniques. Plus tard survient l'arthrite si bien observée par M. Gosselin, puis, enfin, la période terminale caractérisée par la luxation.

Si l'on ne tient pas compte de cette évolution très lente, très variable suivant la précocité ou la tardivité du traitement, si l'on ne se livre pas à ces analyses minutieuses qui portent sur toutes les articulations, sur tous les muscles du pied, sur tous les mouvements, on ne peut avoir la clé du processus successif qui préside aux diverses phases de cet état pathologique.

Sous le bénéfice de ces observations, M. Trélat déclare qu'il partage complètement la doctrine exposée par M. Desprès, avec cette réserve de ne pas invoquer comme cause initiale, l'impotence du muscle long péronier latéral, et de faire une large part aux phénomènes physiologiques sur lesquels M. Trélat vient d'insister, qui précèdent et amènent l'usure de la fonction musculaire; une fois cette usure accomplie, une fois les muscles rendus faibles et impuissants, on a la clé des phénomènes ultérieurs.

M. Terrillon rappelle que sa communication a eu seulement pour but de montrer que dans un certain nombre de cas de pied plat valgus douloureux acquis, le siège de la douleur se trouvait dans un point particulier différent de celui qui est admis généralement depuis M. Gosselin. En même temps que l'arthrite M. Terrillon reconnaît l'existence de l'impotence non seulement des muscles long et court péroniers, mais encore du jambier antérieur.

M. Terrillon croit avoir démontré le premier l'existence d'un siège spécial de la douleur au niveau de la malléole externe et M. Desprès commet une flagrante inexactitude lorsqu'il prétend trouver dans la thèse soutenue par M. Descos en 1874, un fait semblable à ceux communiqués par M. Terrillon.

M. Daniel Mollière, à propos d'une remarque faite par M. Desprès au sujet de plusieurs des malades opérés du *genu valgum* qui ont été présentés à la Société de chirurgie et qui ont les pieds plats, dit avoir observé que le pied plat constitue une prédisposition au *genu valgum* ou cagnosité.

M. Tillaux est d'avis que M. Desprès n'a donné aucune preuve de la vérité des opinions qu'il a longuement exposées devant la Société de chirurgie; il s'est borné à de simples affirmations. M. Desprès *croit* que le pied plat valgus est uniquement dû à l'impotence du muscle long péronier latéral; M. Tillaux *croit* que non; il est convaincu que l'impotence est un fait secondaire. En effet, le long péronier latéral est un des agents qui maintiennent la voûte du pied tant que cette voûte existe, mais du moment que cette voûte s'est aplatie, le long péronier latéral ne peut plus rien, il est devenu impuissant. Quand la fatigue a produit l'affaissement de la voûte du pied, par suite du

défaut de résistance de cette voûte à soutenir le poids du corps, le long péronier latéral est rendu impuissant. Quand la voûte s'affaisse les ligaments sont distendus et deviennent douloureux. M. Tillaux pense que la douleur des adolescents atteints de pied plat valgus dépend de la distension des ligaments, car aussitôt que les malades sont mis au repos, c'est-à-dire que la distension des ligaments cesse, à l'instant même la douleur disparaît. Encore une fois l'impotence du long péronier latéral est secondaire.

Lorsque le pied plat est définitivement acquis, après luxation, les ligaments ne sont plus distendus, et la douleur cesse par cela même.

M. Tillaux estime que la théorie de la fatigue des ligaments est plus rationnelle que la théorie de l'impotence musculaire. A défaut des données anatomo-pathologiques, il y a les résultats de la thérapeutique. M. Tillaux a guéri beaucoup d'enfants atteints de pied plat valgus douloureux par le simple repos, sans électrisation des muscles. Donc, sans nier l'impotence du long péronier latéral, il y a lieu d'accorder la priorité à la théorie ligamenteuse.

M. Desprès répond que les malades, au début, ne souffrent pas, ce qui ne se comprend pas avec la doctrine de la distension des ligaments. Si la voûte du pied s'aplatit, ce n'est point parce que les ligaments plantaires sont relâchés, mais bien parce que les muscles qui maintiennent cette voûte sont devenus impotents.

— M. le docteur Fauvel (du Havre), membre correspondant, présente un malade atteint d'une tumeur de nature indéterminée faisant issue à travers une plaie de la paroi abdominale; il demande l'avis de la Société sur le traitement à suivre dans ce cas.

M. Desprès, pensant qu'il s'agit d'une hernie épiploïque, dit que le seul traitement consiste à ne rien faire et à attendre; dans des cas semblables, il a vu, dans l'espace de quarante-cinq jours environ, la tumeur épiploïque se détacher spontanément, et la plaie se cicatriser ensuite. On a parfois pratiqué la ligature de la tumeur, mais elle a ses inconvénients, et l'expectation simple est de tous points préférable. Dans une quinzaine de jours, M. Fauvel aura la satisfaction de voir cette tumeur tomber d'elle-même.

— M. Fauvel dit qu'il avait appliqué une ligature, mais qu'il est survenu des vomissements qui l'ont forcé de l'enlever. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 février 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

La correspondance manuscrite contient une note de M. le docteur Chauvet (de Royat), relative à un cas d'*œdème éphémère de nature arthritique*. — Un sujet de 55 ans, qui n'avait pas eu d'arthropathies, et chez lequel on n'a relevé d'autres manifestations imputables à l'arthritisme qu'une sciatique, de la dyspepsie et une cystite qualifiée de rhumatismale, présenta à diverses reprises, et sur un grand nombre de points du corps, des œdèmes localisés, mobiles et fugaces que l'auteur de la note rattache aux cas de nodosités rhumatismales éphémères cités récemment par MM. Féréol et Troisier, bien qu'il leur reconnaisse lui-même de grandes analogies avec certaines formes d'urticaire.

M. Constantin Paul offre à la Société, au nom de M. Marc Sée, la deuxième édition de ses *Recherches sur l'anatomie et la physiologie du cœur*, qui parurent, il y a dix ans, dans les *Archives de physiologie*. Les vues si originales et alors si nouvelles que M. Sée défendait sont devenues classiques aujourd'hui; on ne saurait en faire un meilleur éloge. Cette réédition renferme une étude plus étendue sur le côté historique de la question.

M. le Président annonce à la Société la mort de M. Maingaut, le dernier survivant des trois membres associés titulaires qui faisaient partie de la Société lors de la réorganisation de ses statuts. M. Maingaut, dont le père était un physiologiste distingué, est surtout connu par sa thèse sur les *paralysies du voile du palais*, demeurée classique; c'était un praticien des plus estimés.

M. Gouguenheim présente les pièces anatomiques d'un homme qui a succombé dans son service à un *cancer pharyngo-laryngien*. Cette tumeur n'avait pas déterminé d'œdème de la glotte, ni de dyspnée constante; pourtant le malade présentait de temps en temps

©BIU Santé

des accès d'oppression surtout nocturnes, à l'un desquels il a succombé. Malgré l'opinion généralement reçue, qui attribue à l'œdème glottique les accès de suffocation dans les tumeurs du larynx, l'examen laryngoscopique montre qu'il n'en est souvent rien. M. Gouguenheim a déjà fait connaître que ces faits de dyspnée excessive sans œdème doivent être expliqués par une compression du nerf récurrent. Les agents de cette compression sont les ganglions intertrachéo-œsophagiens, qui, si petits à l'état normal qu'ils ont échappé à la plupart des anatomistes, peuvent prendre à l'état pathologique un développement considérable. — La tumeur dont était atteint le malade de M. Gouguenheim était un épithélioma très ulcéré. Il existait en même temps une adénopathie cervicale énorme, d'une dureté squirrheuse, que l'examen histologique a démontré être de même nature que le néoplasme du larynx; on y trouvait de nombreux globules épidermiques.

M. Féréol présente une pièce anatomique. — C'est une *tuberculose des voies urinaires qui pourrait bien être primitive*. C'est en tout cas un exemple rare des lésions considérables que la tuberculose peut causer dans cette région. Une cystite d'une intensité exceptionnelle, la muqueuse vésicale presque disparue, le long des uretères dilatés de nombreux abcès tuberculeux aboutissaient à une néphrite avec cavernes tuberculeuses du rein. La prostate en présentait également. Mais, fait assez singulier, on n'observe pas de lésions bien nettes du côté des testicules, qui paraissent sains à l'œil nu. Il y a dans le poumon quelques tubercules peu nombreux, un peu ramollis, mais pas de cavernes.

La filiation du processus tuberculeux, dans ce cas, n'est pas assez nette pour entraîner la conviction. Le malade était un homme de 30 ans; il habitait Paris depuis dix ans, où il menait la difficile et rude existence d'homme de peine, comme le mot l'indique assez. Il n'avait pas d'antécédents tuberculeux héréditaires. Il y a quatre ans, il eut une bronchite, dont il guérit sans avoir craché de sang. Il y a un an, il fut atteint très brusquement d'une cystite pour laquelle on lui fit, dans le service de M. Guyon, des injections de nitrate d'argent sans amener la guérison. Il entra ensuite chez M. Féréol, où aucun traitement ne réussit mieux, et où il succomba, on peut le dire, à ses accidents vésicaux; les douleurs étaient extrêmement violentes, la moindre injection, même émolliente ou narcotique, déterminait des spasmes de la vessie.

La localisation, presque exclusive et si prédominante en tout cas, de la tuberculose sur les voies urinaires permet d'agiter l'hypothèse d'une infection bacillaire par la muqueuse vésicale. Mais on ne saurait en donner la preuve. Le malade avait bien eu dix ans auparavant une blennorrhagie, ou du moins un écoulement uréthral peu douloureux pendant quelques semaines; mais ce fait ne saurait permettre d'affirmer que la tuberculose a envahi l'organisme par la voie uréthrale.

M. Fernet lit un mémoire sur la *tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë*. La péritonite tuberculeuse comprend, d'après les auteurs, deux formes distinctes. Elle peut être chronique ou aiguë. Cette seconde forme a été surtout décrite par M. Empis dans son livre sur la granulie. M. Fernet veut insister sur des faits qui s'écartent des deux formes précédentes, et qui paraissent constituer une variété de ces tuberculoses locales étudiées depuis quelques années.

M. Fernet relève les caractères suivants dans les faits qu'il a observés. Le siège est dans les séreuses péritonéale et pleurale simultanément ou successivement; la marche est subaiguë. Les phénomènes locaux évoluent parallèlement aux phénomènes généraux réactionnels; la durée est de six à sept semaines. Le pronostic est relativement bénin et les moyens thérapeutiques jouissent d'une réelle efficacité.

Parmi les malades de M. Fernet, trois étaient des sujets de 17 à 30 ans; ils présentèrent, dans le cours d'une pleurésie occupant une ou les deux plèvres, des phénomènes de péritonite subaiguë. On relevait chez eux les phénomènes généraux des maladies tuberculeuses, fièvre, perte des forces, amaigrissement, sueurs nocturnes, quelquefois même un état vraiment typhoïde, et cependant la guérison s'est produite en six ou sept semaines. — La quatrième observation est celle d'une femme de 57 ans qui avait guéri en quatre semaines d'une pleurésie à épanchement considérable; six mois après, elle revenait avec les signes d'une péritonite qui guérit, ne laissant comme traces de son passage que quelques bosselures abdominales néo-membraneuses. Dans tous ces cas, le diagnostic des affections locales n'a pas été plus contestable que leur nature tuberculeuse.

En règle générale la péritonite est initiale, cependant la pleurésie peut la précéder. — L'interprétation du mode d'envahissement successif des deux séreuses était puisée autrefois dans la notion d'une diathèse à localisations multiples. Aujourd'hui il paraît plus vraisemblable que la propagation du germe, du parasite tuberculeux, se fait d'une séreuse à l'autre par les lymphatiques à travers le diaphragme, suivant un mécanisme indiqué

©B Santé

déjà par M. Charcot pour le cancer. La fréquence et presque la constance d'un épanchement pleural uni ou bilatéral en cas de péritonite chronique ou subaiguë paraît avoir été signalée d'abord par Godelier, qui l'érigeait en loi. Pour expliquer la pénétration de l'agent morbide dans la première des séreuses atteintes, on est souvent embarrassé; pourtant M. Fernet est porté à incriminer parfois une tuberculose antérieure des organes génitaux ou des ganglions demeurés caséeux, comme reliquats de quelque affection du jeune âge.

Quoi qu'il en soit, le début se fait d'ordinaire lentement et sourdement par des troubles généraux (amaigrissement, perte des forces, sueurs nocturnes), et par des troubles locaux (soit douleurs sourdes ou vives dans le ventre, — soit points de côté à sièges divers et toux sans expectoration). Le ventre augmente de volume soit par tympanite, soit aussi par production de liquide ascitique; la palpation en est douloureuse; on perçoit une résistance très inégale en divers points, suivant qu'on rencontre des anses intestinales ou des exsudats néo-membraneux. Dans la poitrine on constate soit les signes d'un épanchement d'abondance variable, soit des frottements qui indiquent un simple exsudat fibrineux. On ne trouve souvent aux sommets des poumons aucun signe de tubercules. Mais l'existence des troubles généraux conduit à diagnostiquer la nature tuberculeuse de la péritonite et de la pleurésie.

Le diagnostic différentiel sera facile avec la cirrhose, les ascites de causes diverses, les obstructions intestinales. C'est avec la fièvre typhoïde qu'il sera, dans certains cas, malaisé de l'établir. On trouve dans le livre de M. Empis des exemples très remarquables de ces tuberculoses à forme typhoïde. Dans ces cas douteux, la plus grande valeur doit être attribuée à la coexistence de la pleurésie et des signes abdominaux. On sait, en effet, combien la pleurésie est exceptionnelle comme complication de la fièvre typhoïde, elle est très fréquente au contraire dans la tuberculose péritonéale. La pleurésie doit être toujours alors recherchée, car elle demeure souvent latente.

La marche des accidents est la suivante. Le liquide ascitique augmente progressivement, sans que les veines sous-cutanées deviennent très apparentes; il n'arrive pas à une abondance qui doive nécessiter la ponction, mais on peut parfois l'évaluer approximativement à 4 ou 6 litres. Dans les plèvres, l'épanchement peut être assez abondant pour refouler le médiastin et rendre la thoracentèse nécessaire. On recueille alors un liquide séro-fibrineux, mais moins riche en fibrine et en sels minéraux que celui des pleurésies simples; il est quelquefois légèrement sanguinolent. On voit parfois l'épanchement se former assez rapidement pour emplir une plèvre en quelques jours. Enfin le liquide disparaît; on constate rarement une longue persistance des frottements, vu la nature plutôt séreuse que fibrineuse de l'épanchement. — Les phénomènes généraux consistent en une fièvre médiocre, la température ne s'élevant guère au-dessus de 38°5 à 39°, le pouls battant 90 le matin et 100 le soir; des fonctions digestives languissantes, parfois une alternative de constipation et de diarrhée avec matières en purée.

Après un ou deux mois, l'amendement est manifeste. A la diarrhée succède définitivement la constipation; les épanchements se résorbent. Dans l'abdomen, on constate ces froissements qu'on a comparés à la crépitation de l'amidon, ou un gâteau uniforme avec quelques bosselures constitué par les anses intestinales agglomérées et comme figées dans l'exsudat néo-membraneux, ou un grand nombre de saillies qui font ressembler le ventre à un sac plein de noix. — Du côté du thorax, le retrait de la paroi, et l'amoindrissement dans l'amplitude des mouvements respiratoires attestent la disparition du liquide et l'organisation des adhérences pleurales. Les phénomènes généraux disparaissent progressivement; le retour de l'appétit, des forces et de l'embonpoint se fait quelquefois très rapidement.

Le pronostic de la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë est-il donc en somme favorable? Il convient de faire quelques restrictions; car on peut voir survenir tels accidents, perforation intestinale, phthisie pulmonaire granuleuse, méningite tuberculeuse rapidement mortelle. On peut aussi voir réapparaître dans l'avenir une tuberculose du tube digestif, comme en un cas cité dans la thèse de Spillmann. En tout cas, les auteurs classiques ont trop assombri le pronostic, et, pour rester dans la vérité, il faut se contenter de dire que la tuberculose péritonéo-pleurale peut quelquefois guérir dans sa forme subaiguë.

Le traitement est fort important, puisqu'il peut donner de très bons résultats. Les moyens locaux consisteront en révulsifs propres à combattre l'inflammation et ses résultats: badigeonnages de teinture d'iode, vésicatoires, pointes de feu. La paracentèse de l'abdomen ne sera indiquée que si le diaphragme est refoulé et la dyspnée très intense, ou si les membres inférieurs sont œdématiés par suite de la compression de la veine cave inférieure, ce qui est très rare. L'épanchement pleural sera évacué par la thora-

©BIU Santé

centèse, s'il est menaçant par son abondance ou s'il reste stationnaire après plusieurs semaines. La nature tuberculeuse ne contre-indique point la ponction. Comme traitement général, jusqu'à ce qu'on ait trouvé un médicament parasiticide assez énergique pour détruire les bacilles sans nuire au malade, le meilleur moyen sera toujours de mettre l'organisme dans les meilleures conditions de résistance. On stimulera les forces digestives par les amers, on donnera les toniques, surtout l'arsenic; on aura par dessus tout recours à la suralimentation qui, M. Debove l'a démontré, est le plus efficace traitement des affections tuberculeuses.

M. Treille, médecin de la marine, lit un mémoire *Sur le réflexe douloureux du nerf cubital dans les affections gastro-intestinales*. Chez un certain nombre de sujets atteints d'affections chroniques anciennes du tube digestif, notamment de diarrhée de Cochinchine ou de dysentérie, si l'on froisse par une palpation et une pression assez fortes la peau de la fosse iliaque gauche, on peut déterminer dans la sphère du nerf cubital du même côté, surtout au niveau de la face dorsale de la main, de l'annulaire et de l'auriculaire, des sensations douloureuses ou des troubles d'innervation d'une intensité et d'un caractère variables.

Le mode opératoire consiste à appuyer l'extrémité des doigts de la main droite sur la paroi abdominale vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, pour les ramener ensuite vers l'ombilic, en déprimant les téguments; aussitôt, le malade accuse une sensation pénible dans la sphère du cubital. L'application de courants induits même faibles, les rhéophores étant appliqués à trois travers de doigt en dedans de l'épine iliaque, sur la ligne qui va de celle-ci à l'ombilic, fait éprouver instantanément une série de décharges dans le cubital gauche, et si on insiste, même dans celui du côté droit, quoique avec une moindre intensité.

C'est un fait que l'observateur a noté sur tant de dysentériques et de diarrhéiques qu'il le croit presque constant; M. Treille, qui a contracté pendant son séjour en Cochinchine la terrible entérite de ce pays, et en ressent encore les effets, peut faire naître sur lui-même la sensation douloureuse en question dans l'avant-bras gauche, la main et les deux derniers doigts, rien qu'en pressant sous ses vêtements la fosse iliaque gauche. Il a constaté ce réflexe du cubital chez un peintre gastralgique et probablement saturnin dans le service de M. Laboulbène.

Ce réflexe est-il un symptôme propre à la diarrhée de Cochinchine et à la dysentérie? Est-ce seulement un phénomène normal exagéré par divers états pathologiques chroniques du tube digestif et surtout de l'intestin? M. Treille en appelle, pour trancher la seconde question, à l'expérience et aux recherches des membres de la Société.

Ce phénomène, que, jusqu'à nouvel ordre, M. Treille appelle le «réflexe cubital», faute de notion plus précise sur sa nature, peut consister en hyperalgésie, en hyperesthésie, à laquelle quelquefois succède de l'anesthésie d'une portion variable des téguments innervés par le cubital.

L'aggravation ou l'amélioration et la guérison des phénomènes douloureux dans la sphère du cubital suivent parallèlement l'état des fonctions digestives, et le meilleur moyen de faire disparaître la douleur souvent pénible éprouvée par certains malades dans l'avant-bras, la main ou les doigts, c'est de soigner leur affection intestinale.

De nombreux applaudissements accueillent la communication de M. Treille, sur laquelle un rapport sera présenté par une commission composée de MM. Hallopeau, Debove et Lereboullet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Rapport sur un nouveau procédé de faradisation utérine,

Par M. Apostoli,

Au nom d'une Commission composée de MM. Thorens, Gilbert d'Hercourt et Thevénot, rapporteur.

Messieurs,

Dans votre séance du 23 avril 1883, M. Apostoli faisait, à l'appui de sa candidature, une communication *sur un nouveau procédé de faradisation utérine*. Cette lecture causa quelque étonnement, autant sans doute à cause de l'affirmation exclusive et sans réserve

©BIU Santé

d'une méthode encore peu connue, qu'à cause de quelques assertions hasardées ou fort contestables. Aussi votre commission a-t-elle pensé qu'il est indispensable, avant d'apprécier le procédé de M. Apostoli, de jeter un rapide coup d'œil sur la méthode de faradisation utérine de M. Tripier. Elle a pensé aussi qu'il est de son devoir de ne pas laisser sans réponse quelques-unes des affirmations de M. Apostoli.

Il n'est pas de médecin qui n'ait eu à donner ses soins à quelque malade souffrant d'un utérus volumineux et lourd, donnant à la patiente la sensation de pesanteur. Cette augmentation de poids et de volume s'accompagne presque toujours de troubles menstruels, d'écoulement leucorrhéique, de phénomènes de voisinage, de retentissements du côté de l'innervation, de la circulation et de la nutrition. La période d'acuité, de douleur vive au contact est passée ; la période d'induration est éloignée encore. Si vous soumettez cet utérus, à l'exclusion de tout autre traitement, aux courants induits pendant quelques minutes en plaçant un des pôles dans la cavité du col, l'autre sur le pubis, au bout d'un nombre de séances variable, tandis que la malade accusera un soulagement marqué, puis la disparition successive de symptômes locaux et généraux, le médecin pourra constater une diminution notable du volume et du poids de l'utérus et une sorte d'assouplissement du tissu utérin.

Voilà, en élaguant tout ce qui peut compliquer le problème, en laissant de côté toute question de doctrine, voilà le fait affirmé par M. Tripier. La faradisation est, en thérapeutique utérine, un des modificateurs les plus puissants que nous ayons, celui qui s'applique peut-être au plus grand nombre de cas, celui qu'on peut employer, alors qu'on ne peut recourir à aucun autre. Le fait annoncé par M. Tripier est exact, et la faradisation utérine par son procédé est une des belles découvertes thérapeutiques de notre époque.

Si l'on accepte ces prémisses, on admettra donc que la faradisation peut être appliquée au redressement de l'utérus inversé et que dans quelques cas, alors que l'utérus ne sera pas retenu par des adhérences, il pourra, allégé de poids et de volume, se redresser. Quant à la question des flexions, elle est des plus complexes. Le fond de l'utérus, en diminuant de volume, peut faire croire à un redressement. Je dois avouer que je n'ai jamais vu l'axe utérin se redresser et reprendre sa direction normale. Ce qu'on pourra obtenir, c'est la diminution et parfois la disparition des accidents. Alors que les redresseurs n'ont rien donné, et les redresseurs donnent rarement ce qu'on en attend, la faradisation est, en dehors de l'hydrothérapie, moyen général de premier ordre, le modificateur local par excellence des flexions utérines, j'entends des flexions acquises, et avec augmentation de volume du fond de l'utérus.

C'est, qu'en effet, l'augmentation de volume et la douleur siègent au-dessus de l'angle de flexion, au-dessus de la brisure qui cause et entretient la gène de circulation veineuse et lymphatique, la compression des extrémités nerveuses, l'hyperplasie, parfois même l'œdème. Tandis que le corps et surtout le fond de l'utérus sont le siège de cette nutrition si profondément troublée, le col reste indemne, et les modificateurs locaux que vous pouvez appliquer sur lui restent presque sans effet, à cause sans doute de cette brisure qui sépare en quelque sorte et isole la circulation et l'innervation du corps de celle du col de l'utérus. Or, avec les courants induits, on peut agir sur cette masse hyperplasiée, on peut modifier directement cette circulation et cette innervation, on peut obtenir de faire disparaître la douleur, de faire diminuer le volume de cette masse. L'axe utérin n'a pas été redressé, mais les désordres et les troubles qu'avait amenés la flexion se sont amendés ou ont disparu. Il va de soi que ce résultat ne pourra être obtenu qu'autant que le canal cervico-utérin sera facilement franchi par les mucosités et le sang des règles. Dans le cas contraire, la dilatation de ce canal serait tout d'abord indiquée. Si les résultats obtenus par la méthode de M. Tripier sont tels, comment se fait-il que cette méthode n'ait pas encore fait fortune? M. Apostoli pense qu'il faut, à toute découverte, une *consécration officielle*, une *sanction d'en haut*, ce sont ses expressions, que nous sommes et que nous restons trop *administratifs pour qu'en dehors des sphères officielles, une idée juste puisse faire fortune*, qu'en un mot, le mandarinisme sous lequel nous vivons est tellement organisé et hiérarchisé, que rien ne peut se faire en dehors de lui. M. Apostoli a sans doute voulu dire que si son maître était professeur à la Faculté de médecine de Paris, sa méthode serait depuis longtemps classique. Cela est de toute évidence, et nul n'y contredira. Mais ce que votre commission n'a pas cru devoir accepter sans réserves, c'est que, parce que M. Tripier ne fait pas partie du monde officiel, ses recherches aient été par là même frappées d'ostracisme. Elle n'a pu croire à un exclusivisme aussi étroit; elle a cherché d'autres causes de cet éloignement et les motifs qu'elle a cru en trouver vous paraîtront peut-être plus plausibles que les allégations un peu gratuites de M. Apostoli.

©BIU Santé

Lorsqu'on lit attendivement l'œuvre de M. Tripier, on comprend pourquoi sa méthode ne s'est pas vulgarisée.

M. Tripier est un esprit original; ce n'est pas un vulgarisateur. Il n'a pas ces qualités qui font que le novateur fait accepter ses idées, qu'il les impose. M. Tripier s'aliène à chaque instant l'esprit de son lecteur; il le heurte maladroitement, et je voudrais ne pas être obligé de dire ce qu'il y a dans ce livre de côtés obscurs, de questions capitales insuffisamment étudiées ou complètement laissées dans l'ombre...

Toute la génération médicale à laquelle nous appartenons accepte comme démontrée la très grande fréquence des processus inflammatoires utérins; elle accepte comme démontré que, dans le plus grand nombre de cas du moins, l'augmentation de poids et de volume de l'utérus est le résultat de ce processus inflammatoire.

Ce processus a été démontré par les anatomo-pathologistes de toutes les écoles et de tous les pays. M. Tripier ne tient aucun compte de ces travaux, il les efface d'un trait de plume. Il leur substitue la doctrine vieillotte de l'engorgement utérin. Sans aucune précaution oratoire, il nous exhume, en 1883, comme un chapitre de Lisfranc. Ce n'est pas seulement une question de doctrine, c'est avant tout une question de clinique d'une haute importance. L'engorgement est quelque chose de si peu précis, de si mal défini, de si obscur dans son étiologie, sa marche, ses terminaisons, qu'en l'admettant on ne voit surgir aucune contre-indication à la faradisation. Mais en serait-il de même si nous avions affaire à une inflammation aiguë, ou même subaiguë, ou bien à la terminaison habituelle de la métrite parenchymateuse, à l'induration? Pendant cette période parfois assez longue de l'inflammation, je ne dirai pas aiguë, mais subaiguë, avec augmentation de la température locale, avec points très douloureux, appliquerez-vous la faradisation? Emploierez-vous les courants induits alors que le tissu utérin est arrivé à la période d'induration? M. Tripier ne nous en dit pas un mot dans ce volume de 290 pages. Mais ce qu'il nous laisse entrevoir, c'est qu'il craint de faire traverser par des courants faradisés des tissus touchés par un processus inflammatoire. C'est ainsi qu'à la page 110, nous lisons : « Quoique le diagnostic métrite m'ait rarement arrêté, je n'ai jamais observé de douleurs consécutives qui pussent être attribuées à la faradisation, ni jamais rien qui ressemblât à un processus inflammatoire. Je vous rappellerai cependant à cette occasion que, si je croyais davantage à la métrite, j'y trouverais des raisons de m'abstenir. » Et plus loin, à propos de l'accident arrivé dans le service de M. Tarnier (il s'agit d'une femme qui mourut après une quatrième séance de faradisation faite par M. Apostoli), M. Tripier ne croit pas que la faradisation puisse être mise en cause. Il attribue l'accident au spéculum Cusco, malencontreusement placé pour introduire l'excitateur utérin. Puis il ajoute : *Mais si la péritonite existait déjà, oh! alors, la question devient tout autre.* Qu'est-ce à dire? Nous ne pouvons cependant admettre que MM. Tarnier et Apostoli aient faradisé une femme atteinte de péritonite généralisée. Il s'agissait donc, dans l'esprit de M. Tripier, d'une péritonite partielle et ancienne du petit bassin, et M. Tripier semble admettre que, dans ces cas, la faradisation lui paraît dangereuse, et M. Tripier donnerait volontiers ce conseil, si souvent et si sagement donné pour les cautérisations du col, de n'user de ces moyens qu'en l'absence de toute inflammation péri-utérine. Mais d'abord, il est souvent difficile, impossible même de reconnaître ces inflammations péri-utérines; et puis, point beaucoup plus important, ces vestiges inflammatoires péri-cervicaux et péri-utérins, paramétrites et périmétrites, se laissent très heureusement modifier par la faradisation, et cela est surtout vrai pour la para-métrite, pour les poussées inflammatoires du tissu cellulaire péricervical, et sur lesquelles M. de Sinety appelait dernièrement l'attention du monde médical. Ainsi, la faradisation agit aussi bien sur les inflammations péri-utérines que sur ce que M. Tripier appelle l'engorgement utérin, et qui n'est en réalité que de la métrite chronique. Mais il est évident qu'on ne peut appliquer la faradisation aux dépôts inflammatoires utérins ou péri-utérins qu'à une époque déjà éloignée de la poussée inflammatoire, et que pendant cette poussée c'est à d'autres moyens qu'il faut recourir. Cette question n'est même pas abordée dans les écrits de M. Tripier.

M. Tripier se borne à rejeter d'une façon absolue et les saignées locales, et les cautérisations. La saignée locale, les scarifications, qui, avec les bains, constituent le traitement par excellence des états subaigus, M. Tripier ne les accepte pas. Quant aux cautérisations du museau de tanche, qui constituent la meilleure méthode de traitement de métrite parenchymateuse du col et du corps, M. Tripier (page 6) la juge comme absolument condamnable, et il y a renoncé depuis une vingtaine d'années. Pour lui, la cautérisation n'a jamais fait que congestionner l'utérus. Ce sont là des questions de thérapeutique générale bien connues de tous les médecins; ils savent tous les rapides effets qu'on peut en obtenir. N'est-il pas à craindre qu'une affirmation aussi absolue et

aussi erronée ne doive les mal disposer en faveur de la méthode préconisée par M. Tripier? Et puis cela conduit logiquement à cette conclusion : c'est qu'on n'a pas guéri de malades et qu'on ne pouvait pas en guérir avant l'application de la faradisation aux maladies de l'utérus. Et le bon sens proteste contre cette conclusion qui découle cependant logiquement et rigoureusement des prémisses.

Comment agit la faradisation sur les inflammations chroniques utérines et péri-utérines? Cette action étant admise, il est évident qu'elle s'exerce sur l'organe tout entier et sur tous ses éléments. Ce n'est plus une action à distance sur la masse des éléments, comme dans les applications de la saignée locale ou de la cautérisation. Dans la métrite parenchymateuse du corps, dans la métrite avec hyperplasie parfois énorme qui accompagnent les flexions, tous les tissus, et c'est le seul modificateur qui offre cet avantage, tous les tissus sont parcourus, sont traversés par les courants de faradisation. Et il est évident que la gynécologie ne peut pas manquer à l'avenir d'en tirer grand parti. Mais comment agit sur les tissus et sur les éléments anatomiques cette faradisation? M. Tripier émet une hypothèse très ingénieuse et qui a grande chance d'être acceptée.

M. Tripier pense que l'action de la faradisation est assez comparable à celle de l'hydrothérapie, que l'hydrothérapie agit par une succession d'actions suivies de réactions, et qu'elle devient ainsi un agent général de résorption. Il pense qu'avec la faradisation, il se produit de même des hyperémies passagères et que c'est cette hyperémie qui fait cesser plus sûrement et plus rapidement les congestions et les stases. Cette hyperémie passagère qui accompagne peut-être, en effet, l'action de toutes les modifications que nous possédons est l'excitant du système nerveux qui active, favorise la circulation, la nutrition, la résorption des produits inflammatoires par les capillaires sanguins et lymphatiques.

Mais la faradisation agit encore d'une autre façon, puisqu'elle agit en provoquant des contractions utérines. Ces contractions ne sont pas niables et il n'est guère douteux qu'elles n'aient une part dans la guérison. On a mis en doute que ce soit en faisant contracter l'utérus que l'électricité agit, et M. Onimus (*Étude physiologique et pathologique sur l'électrisation et la contractilité de la matrice. Arch. de méd.*, juin 1883), qui soutient cette opinion n'a pas craint de l'émettre sous cette forme paradoxale : *les courants électriques ont une action favorable en empêchant et en arrêtant* la contraction des fibres musculaires utérines. C'est là un point de clinique bien difficile à apprécier. C'est en s'appuyant sur des faits de cet ordre qu'on pourrait admettre que l'action utile de la faradisation s'exerce plutôt sur les éléments nerveux et vasculaires. Quoi qu'il en soit, la contraction du muscle utérin n'étant pas niable, M. Tripier a pensé qu'on pouvait utiliser ces contractions pour redresser les déviations utérines.

Je répète que je n'ai jamais observé ces redressements, mais admettons qu'ils peuvent s'opérer sous l'influence de la faradisation, il me semble que les observations publiées par M. Tripier et ses procédés de faradisation sont très critiquables.

En premier lieu M. Tripier ne nous indique pas si les flexions qui ont été redressées étaient réductibles. Il y a une différence grande entre une flexion qu'on peut redresser par le toucher et un utérus en quelque sorte ankylosé au niveau de l'angle de flexion. En second lieu M. Tripier ne paraît pas avoir fait le diagnostic au moyen de la sonde, avant et après la guérison. Du moins, il n'en est pas question. Le diagnostic sans la sonde est fort difficile. Fréquemment des tumeurs inflammatoires rétro-utérines ont été prises pour des rétroflexions. Il m'est arrivé deux fois de croire à une diminution de la flexion; alors qu'en introduisant la sonde, le canal avait la même direction qu'auparavant. La diminution notable du fond de l'utérus peut facilement donner lieu à cette illusion.

J'arrive au procédé conseillé par M. Tripier pour essayer d'obtenir le redressement de l'axe utérin.

Dans les antéversions et antéflexions, les courants doivent être, autant que possible, localisés dans la face postérieure de l'utérus pour en opérer le raccourcissement. Admettons que le courant raccourcisse la face postérieure, comment ce raccourcissement, dans un cas d'antéversion, redressera-t-il l'axe utérin ?

Dans la *rétroversion* et la *rétroflexion*, c'est sur la face antérieure qu'il faut agir. Dans la rétroversion, on peut et on doit agir sur les ligaments ronds, qui sont contractiles, eh bien, c'est exceptionnellement que M. Tripier conseille la faradisation inguino-utérine, il paraît employer toujours la faradisation vésico-utérine dont on ne comprend nullement le mode d'action.

Mais lorsqu'il s'agit des flexions, le procédé paraît encore plus étrange. S'il s'agit d'une rétroflexion, par exemple, M. Tripier se propose de raccourcir la face antérieure de l'utérus. Je suppose qu'il se propose de raccourcir toute l'épaisseur des tissus de la paroi antérieure de l'utérus. Raccourcir, mais comment ? Presque toute cette masse muscu-

©BIU Santé

laire est un feutrage de fibres affectant surtout les directions horizontales et obliques. Les fibres musculaires longitudinales, qui constituent la coiffe utérine, sont en quelque sorte négligeables. Cette disposition des fibres musculaires rend donc déjà ce raccourcissement et cette localisation difficile à comprendre et à admettre. Mais admettons qu'il en soit ainsi. Ce qu'on se propose de faradiser localement, c'est toute la paroi utérine antérieure depuis le col jusqu'au fond. Et c'est en mettant un excitateur dans le col, et l'autre excitateur, par le rectum, sur la face antérieure qui regarde en arrière et en bas qu'il faudrait procéder. Pas du tout. M. Tripier conseille la faradisation utéro-vésicale, électrisant quelques centimètres à peine de la face antérieure, si tant est que la faradisation se localise ainsi à notre gré dans l'utérus. Je pourrais multiplier ces exemples, mais j'en ai dit assez pour montrer le fort et le faible de la méthode, et essayer de faire comprendre que si elle n'est pas mieux connue, c'est peut-être par la faute de M. Tripier. Votre commission est convaincue que cette absence de rigueur scientifique a plus fait pour éloigner de la méthode nombre de médecins que le manque de titres officiels de son inventeur.

J'arrive maintenant à l'examen de la question qui fait l'objet de ce rapport, à l'examen de la communication de M. Apostoli. M. Apostoli a cherché à localiser la faradisation dans l'utérus. Ce n'est pas la première tentative de ce genre. Duchenne (de Boulogne) avait fait construire un rhéophore utérin se composant de deux tiges métalliques flexibles introduites dans une sonde à double courant qui les isole l'une de l'autre. M. Onimus pense que ce rhéophore est fondé sur un mauvais principe, *celui d'avoir les deux pôles appliqués directement sur la matrice.*

M. Tripier s'est servi quelquefois d'un excitateur double en forme de sonde, ou d'un excitateur annulaire qui embrasse le museau de tanche, et dans la tige creuse duquel glisse un excitateur utérin. M. Tripier a renoncé à cette manière d'opérer, parce que ce procédé offre l'inconvénient de donner à la malade des sensations fort inégales; parce que les courants étant facilement et inégalement dérivés, il est toujours nécessaire d'employer des courants énergiques.

La sonde imaginée par M. Apostoli se compose de deux cylindres métalliques séparés l'un de l'autre par un tissu non conducteur. Ils aboutissent ainsi à l'extrémité utérine de la sonde et se continuent aux deux pôles qui sont séparés par une matière isolante.

M. Apostoli pense que cet excitateur utérin double présente les avantages suivants :

1° Suppression du pôle cutané;

2° Concentration dans l'utérus de toute l'action électrique;

3° Opération plus facile qui n'exige plus ni le concours d'un aide ni celui de la malade pour tenir les tampons;

4° Diminution de la douleur, par suite de la soustraction de toute application du courant à la peau;

5° Généralisation plus facile de la méthode en raison de sa facilité et de son exécution plus complète;

6° Efficacité plus grande par suite de l'accroissement possible de la contractilité utérine, étant donné la facilité, tout en faisant moins mal, d'employer un courant plus fort, plus intense et plus actif par conséquent.

Ce sont ces conclusions qu'il nous reste à examiner. Depuis trois mois je me suis fréquemment servi du procédé de faradisation de M. Apostoli. Bien que je n'accepte pas complètement ses conclusions, je crois qu'il y a là un progrès, que les critiques de M. Tripier et de M. Onimus ne sont pas fondées, que si, cliniquement, on peut critiquer ce procédé, ces critiques sont d'un autre ordre.

Ce qui a conduit M. Apostoli à se servir d'un excitateur utérin bipolaire, c'est la douleur cutanée parfois intolérable qu'éprouve la malade par la méthode Tripier. Deux malades soumises successivement au procédé Tripier et au procédé Apostoli affirment que ce dernier est plus supportable; deux autres le supportent bien plus difficilement. Ce sont des sensations différentes, disent les malades, mais tout aussi désagréables. Trois malades peu impressionnables supportent également bien les deux procédés. Je n'ai pas un nombre de faits suffisants, je doute cependant que la diminution de la douleur dans le procédé Apostoli soit un motif suffisant pour faire abandonner le procédé Tripier. Dans le procédé Tripier l'excitateur utérin est introduit seulement dans la cavité cervicale, et cette introduction est toujours bien supportée. Dans le procédé Apostoli, la sonde est introduite dans la cavité utérine et comme la muqueuse utérine est le plus souvent malade, cette introduction est parfois douloureuse et les chances d'accidents se multiplient; une de mes malades éprouva une douleur très vive par la seule introduction de la sonde; chez deux autres cette introduction a provoqué de petites hémorrhagies. Il y a là des chances d'acci-

dents plus fréquentes que par le procédé Tripier. M. Apostoli pense que par son procédé on concentre dans l'utérus toute l'action électrique. C'est là une proposition que je ne puis accepter. Presque toutes les femmes soumises à la faradisation par ce procédé accusent des mouvements des anses intestinales; la sphère d'action de l'électricité dépasse donc les limites de l'utérus et s'étend à l'atmosphère péri-utérine. J'ajoute que s'il en était autrement, je considérerais le procédé de M. Apostoli comme fort défectueux. Car j'ai la conviction que la faradisation agit tout aussi favorablement sur les vestiges inflammatoires péri-utérins que sur l'inflammation chronique de l'utérus. MM. Tripier et Apostoli ne s'en expliquent pas, ils paraissent même redouter l'action de la faradisation sur ces tissus qui ont été autrefois le siège de poussées inflammatoires; je crois qu'en cela l'avenir leur donnera tort.

Si je préfère le procédé Apostoli, malgré l'inconvénient d'introduire la sonde dans la cavité utérine, c'est pour une raison purement clinique. C'est parce que les malades soumises successivement aux deux procédés donnent bien vite la préférence au procédé Apostoli. Elles affirment, et il m'a bien paru qu'il en est réellement ainsi, que l'amélioration est beaucoup plus rapide. L'excitateur utérin bipolaire de M. Apostoli peut donc être considéré comme marquant un progrès.

M. Apostoli a fait, en outre, des recherches nombreuses et patientes sur les applications de l'électricité à la pathologie utérine. Il a publié, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, un mémoire intitulé: « Sur un nouveau traitement électrique de la douleur épigastrique et des troubles gastriques de l'hystérie (nov. 1882). »

Une communication à l'Académie de médecine de Paris (1882): « Sur une nouvelle application de l'électricité après les accouchements. »

Un second mémoire intitulé: « De l'application de l'électricité aux accouchements. »

Enfin, un rapport sur l' « Exposition d'électricité de 1882. »

M. Apostoli est laborieux, chercheur, enthousiaste. Il a des qualités rares et que vous aurez, je l'espère, l'occasion d'apprécier. Je vous propose donc d'accepter M. Apostoli dans votre compagnie.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 4 AU 16 FÉVRIER 1884.

Mercredi 6. — M. Lacour : De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants. (Président, M. Damaschino.) — M. Maurandy : De la difficulté du diagnostic dans certains cas de kystes hydatiques du foie. (Président, M. Damaschino.)

Jeudi 7. — M. Barbaste : Des déchirures du périnée dans les accouchements. (Président, M. Pajot.) — M. Reverchon : Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive. (Président, M. Cornil.)

Vendredi 8. — M. David : De l'aphasie hystérique. (Président, M. Charcot.) — M. Gros : Etude sur le goître exophthalmique. (Président, M. Charcot.) — M. Berne : Des manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire. (Président, M. Fournier.)

Samedi 9. — M. Borély : Quelques considérations sur le coup de chaleur. (Président, M. Laboulbène.) — M. Raffegeau : Du rôle des anomalies congénitales des organes génitaux dans le développement de la folie de l'homme. (Président, M. Ball.)

Mardi 12. — M. Dubois : De la névralgie sciatique dans la syphilis. (Président, M. Peter.) — M. Hainaut : Sur quelques cas de tuberculose pneumonique à marche rapide. (Président, M. G. Sée.)

Mercredi 13. — M. Jaillet : De l'alcool; sa combustion, son action physiologique, son antidote. (Président, M. Hayem.) — M. Henrionnet : De l'engagement de l'extrémité pelvienne pendant la grossesse. (Président, M. Guyon.)

Jeudi 14. — M. Cauvet : Contribution à l'étude de la montée du lait. (Président, M. Pajot.) — M. Voukchewitch : Etude sur le traitement de l'ophthalmie granuleuse par l'excision du cul-de-sac conjonctival. (Président, M. Richet.) — M. Antelmy : Contribution à l'étude des troubles nerveux dans les entorses et en particulier des atrophies et des paralysies musculaires. (Président, M. Le Fort.) — M. Fournier : Etudes sur les perforations de la cloison interventriculaire dans l'endocardite ulcéreuse. (Président, M. Laboulbène.) — M. Chantemesse : Etude sur la méningite tuberculeuse. (Président, M. Cornil.) — M. Schmitt : De la phlébite rhumatismale. (Président, M. Jaccoud.)

Vendredi 15. — M. de Gennes : Etude clinique sur l'acétonémie. (Président, M. Potain.) — M. Gouttière-Cachera : Des pleurésies cloisonnées. (Président, M. Damaschino.) —

©BIU Santé

M. Thuvien : Contribution à l'étude clinique des adhérences pleurales. (Président, M. Damaschino.)

Samedi 16. — M. de Brun : Contribution à l'étude de la *phlegmatia alba dolens*. (Président, M. Jaccoud.) — M. Petitot : De l'intervention chirurgicale dans le cas de tuberculoses externes. (Président : M. Panas.)

COURRIER

HÔPITAL BICHAT. — *Conférences de clinique et de thérapeutique médicales.* — M. le docteur Henri HUCHARD commencera ces conférences à l'hôpital Bichat le dimanche 17 février à 10 heures et demie et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

COURS SUR LES EAUX MINÉRALES. — Le docteur Durand-Fardel commencera ce cours le lundi 18 février, à cinq heures, dans l'amphithéâtre numéro 3 de l'École pratique (rue de l'École-de-Médecine), et le continuera à la même heure les lundi et vendredi de chaque semaine.

Ce cours sera fait en 12 leçons.

TRAITÉ DES NÉVROSES, par A. AXENFELD et Henri HUCHARD. Vol. grand in-8° de 1200 pages. Chez Alcan éditeur (successeur de Germer Baillière). Paris, 1883. Prix : 20 francs.

DES ANGINES DE POITRINE, par Henri HUCHARD, médecin de l'hôpital Bichat. Chez Alcan éditeur (successeur de Germer Baillière). Paris, 1884. Prix : 3 francs.

DANGERS DE LA FABRICATION DES CHINOIS. — A propos d'une discussion sur la vanillisme, M. Méran a signalé les accidents observés chez les femmes chargées de la préparation des petites oranges désignées sous le nom de chinois. C'est en râpant ces fruits, pour en séparer la plus grande partie de l'huile essentielle, que les ouvrières, au nombre de plusieurs centaines, sont condamnées à vivre pendant des journées entières dans une atmosphère saturée d'essence. Des accidents nerveux, céphalalgie, vertige, une sorte d'ivresse se manifestent d'abord ; puis, surviennent des troubles du côté des organes digestifs, et plus tard des manifestations exanthématiques à la peau. Il y a la plus grande analogie entre ces faits et ceux observés chez les ouvriers qui manipulent la vanille, en dehors des accidents produits par les poussières et les impuretés de la vanille, venant agir directement sur la peau ou vers les orifices des muqueuses. (*Revue scientifique.*)

DON A L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le directeur de l'Assistance publique a reçu de M. le docteur Lordereau la somme de 100 francs pour les pauvres du XXe arrondissement de Paris.

ACADÉMIE DES SCIENCES, ARTS ET BELLES-LETTRES DE CAEN. — Cette Académie met au concours (1885-1886) les prix suivants :

I. *Prix Dan de la Vauterie.* — De la conservation des sujets et pièces anatomiques. — Le prix est de 1,000 francs. — Les mémoires devront être envoyés au plus tard le 31 décembre 1884.

II. *Prix Le Sauvage.* — Anatomie, histologie et homologies des différentes parties du système nerveux des poissons. — Le prix est de 2,000 francs. — Les mémoires devront être envoyés au plus tard le 31 décembre 1885.

Les manuscrits envoyés à ces différents concours devront parvenir franco de port à M. Armand Gasté, secrétaire de l'Académie, rue Élie-de-Beaumont, 5, avant le 1er janvier de l'année où le prix doit être décerné. — Ils porteront une épigraphe ou devise, répétée dans un billet cacheté qui contiendra le nom de l'auteur. — L'Académie ne rend aucun des manuscrits qui ont été soumis à son examen ; mais les auteurs ont la liberté d'en faire prendre des copies.

La *liqueur de Laprade à l'albuminate de fer* est aujourd'hui préconisée par les gynécologistes les plus compétents ; cette préparation, d'un goût agréable, est acceptée sans répugnance par les malades, ce qui la rend précieuse pour les jeunes filles chez lesquelles la menstruation est pénible.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Revue d'obstétrique. — III. Bibliothèque. — IV. Sociétés médicales de l'étranger : La Société impériale de médecine de Constantinople. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Bulletin des décès de la ville de Paris. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du lait d'Arcy.

BULLETIN

Une question de déontologie nous est posée par un collaborateur et un ami que nos lecteurs connaissent de longue date. Elle est fort délicate, et il nous paraît malaisé d'y répondre en termes absolus.

Monsieur le rédacteur en chef,

Sur la proposition de M. Félix Faure, député, le Parlement vient de rendre une loi aux termes de laquelle tous les établissements thermaux appartenant à l'Etat doivent être affermés à partir du 1er janvier 1885.

La désignation d'une date fixe ne se comprend guère. Se figure-t-on un propriétaire à qui l'on dirait : « Il faut que votre immeuble soit loué à telle époque. — Pardon, répondrait-il, il sera loué si je trouve preneur à ma convenance, et il est à peu près certain que je n'en trouverai pas si vous proclamez ainsi que je suis forcé d'avoir loué à une époque déterminée. Pourquoi voulez-vous que, dans de telles circonstances, on ne m'impose pas les pires conditions, et pourquoi voulez-vous que je les accepte? »

Mais, si incompréhensible que cela soit, la loi est ainsi promulguée. Il faut donc s'y soumettre.

Certaines stations s'y soumettront avec bonheur. On cite, entre autres, Néris, Bourbon-l'Archambault, Luxeuil, qui, en instances depuis longtemps à ce sujet, comptent sur la future Compagnie fermière pour faire la publicité que leur refusait l'Etat, et dont elles ont besoin, ainsi que pour ouvrir des casinos et des cercles, et doter les stations des distractions qui leur manquent. D'autres, comme Aix, par exemple, ne partagent pas cette allégresse, et cela se conçoit. Aix possède un établissement dont l'installation, depuis ces dernières années, est complète et parfaite, ou peu s'en faut. Elle voit deux casinos rivaliser de luxe, de fêtes, de spectacles, de musique, de distractions de toutes sortes pour attirer et retenir les étrangers. On se demande ce qu'elle aura maintenant à gagner en tombant aux mains d'une Compagnie fermière, et il semble à plusieurs qu'elle aura beaucoup à perdre.

L'avenir en décidera.

En attendant, les habitants d'Aix, très patriotes, comme on l'est en Savoie, se sont émus à l'idée que l'établissement thermal, dont ils sont fiers avec raison, pourrait appartenir, pour un temps, à d'autres qu'à eux, et ils se sont réunis en une Société qui se propose de poursuivre l'adjudication de la ferme. Les médecins de la station, disséminés à cette époque de l'année, ont reçu individuellement l'invitation de devenir actionnaires de cette Société.

Doivent-ils accepter de faire partie d'une entreprise industrielle? — Doivent-ils, au contraire, se tenir à l'écart et renoncer à exercer toute influence sur les décisions qui seront prises, et dont la plupart les intéresseront au premier chef?

Telle est, Monsieur le rédacteur en chef, la question que j'ai l'honneur de vous adresser. L'*Union médicale* est le journal des intérêts professionnels du corps médical et l'organe autorisé de l'Association générale. On ne l'a jamais consultée en vain; ses décisions en ce qui touche la dignité de la profession ne sauraient être contestées. La réponse que je sollicite aura cet avantage de faire cesser un état d'incertitude fâcheux, de couper court à beaucoup d'obsessions pénibles, de dégager les responsabilités; en un mot, de rendre service non seulement aux nombreux médecins d'Aix, mais à tous les confrères qui peuvent se trouver placés dans la même situation.

Votre bien dévoué,

Dr Max. Legrand.

Ainsi, quand une Société fermière exploite un établissement thermal, les

©BIU Santé

médecins de la station peuvent-ils en devenir actionnaires, et par là consentir à faire partie d'une « entreprise industrielle »?

A cette question, nous sommes tenté de faire la réponse la plus libérale. Un médecin d'eau est toujours et légitimement intéressé à augmenter, par son activité scientifique, la bonne renommée de sa station; qu'il ait à recevoir des honoraires seulement, ou des honoraires et des dividendes, son intérêt ne change pas, et les moyens qu'il emploie, bons ou mauvais, sont toujours les mêmes. Nous ne sommes pas étonné qu'un médecin transporte sa maison, acquière un domaine, place une part de sa fortune dans le pays où il exerce. Avoir des actions nous paraît innocent pour celui qui attend les malades; c'est bien autrement scabreux pour celui qui les envoie.

Mais, encore une fois, nous ne voulons rien trancher, et si quelques-uns de nos lecteurs voulaient nous donner leur avis, nous serions heureux de le recevoir.

— M. le docteur Descroizilles a commencé, à l'hôpital des Enfants, une série de conférences cliniques. Nous reproduisons avec plaisir l'allocution qui leur a servi de préambule :

Messieurs,

Au moment de prendre la parole dans cet amphithéâtre, laissez-moi vous rappeler que naguère encore, à cette même place, ceux que le désir d'étudier les maladies du jeune âge amenait à l'hôpital des Enfants, pouvaient entendre les leçons d'un homme qu'une maladie cruelle nous a prématurément enlevé, et que tous nous regrettons amèrement. Archambault était un de ces médecins qui, par leurs travaux soutenus et leur mérite incontestable, se font de leur vivant une grande situation, et laissent un nom destiné à leur survivre. C'était un clinicien de la plus haute valeur; dans sa manière d'enseigner, il y avait la netteté et la précision, il y avait aussi la simplicité et la bonhomie. Mais à la simplicité, à la vérité dans les descriptions, il savait joindre une grande finesse, une remarquable sûreté d'appréciation. A l'entendre parler, on comprenait bien vite que, dans son esprit comme dans sa personne, il n'y avait rien de banal. Nul ne s'était formé à meilleure école, nul ne connaissait mieux toutes les difficultés et tous les secrets de la médecine infantile. Sa mort est une grande perte pour le corps médical et pour le public laborieux; elle laisse dans l'enseignement libre un de ces vides qu'il est difficile de combler. En lui succédant, le vendredi, dans cette salle où on aimait à écouter sa parole autorisée, à recueillir le fruit de sa longue expérience, je n'ai pas hérité de ses hautes et solides qualités. A leur place, je ne puis vous offrir qu'un vif désir de progresser avec vous, Messieurs, dans l'art difficile de soigner les enfants, un zèle et une bonne volonté qui, dans la mesure de mes forces, ne vous feront pas défaut.

Après avoir rendu cet hommage légitime à la mémoire d'un ami sincèrement regretté, d'un collègue éminent, d'un aîné dans la carrière, M. Descroizilles a dit en peu de mots quelle méthode il compte suivre dans ses conférences. Il associera constamment la pathologie à la clinique : une moitié de chaque leçon sera consacrée à l'histoire théorique des divers états morbides auxquels le jeune âge est spécialement exposé, et qui méritent d'être connus dans tous leurs détails; dans l'autre moitié, il parlera de quelques-uns des petits malades couchés dans ses salles et mettra en relief les cas intéressants que le hasard de la clinique aura mis sous les yeux de ses auditeurs.

L. G. R.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

DES RÉCENTS TRAVAUX ALLEMANDS EN OBSTÉTRIQUE

I. — L'antisepsie en obstétrique est un sujet très étudié en Allemagne comme dans la plupart des pays. Les Allemands, suivant en cela l'exemple donné par les Français et particulièrement par M. Tarnier, adoptent presque tous actuellement le sublimé corrosif

en solution. Telle est l'opinion dominante qui ressort des publications de Brœse (Berlin), de Topolski (Breslau), de Wiedow (Fribourg) et de Kehrer (Heidelberg). Pour ces différents auteurs, les propriétés antiseptiques du bichlorure de mercure sont des plus énergiques. Les solutions varient comme degré de 1/1000 à 1/5000.

Au dernier congrès des Naturforscher tenu à Fribourg, Hegar déclara employer comme liquide antiseptique dans les laparotomies une solution de bichlorure de mercure au 1/10000.

II. — Un autre point du problème antiseptique a été aussi chaudement discuté dans ces derniers temps en Allemagne, il s'agit des mesures de désinfection auxquelles l'accoucheur doit se soumettre alors qu'il a pratiqué une autopsie.

La discussion a été soulevée par une publication du docteur Swiecicki, rapportant un cas où un étudiant, après avoir ouvert un cadavre, avait manifestement communiqué à une accouchée une infection mortelle.

Faut-il, en pareille circonstance, s'assujettir à une quarantaine pendant laquelle on ne fera aucun accouchement? Ou suffit-il de se désinfecter soigneusement avec des liquides antiseptiques? Les deux opinions comptent leurs partisans :

Dans le premier camp, Swiecicki et quelques rares accoucheurss. Dans le second, Schroeder, Martin, Ruge, Fritsch, Wiener, qui prétendent qu'en observant rigoureusement les mesures antiseptiques, on peut de suite, après une autopsie, faire un accouchement sans danger aucun.

C'est à cette dernière opinion que semblent se ranger la plupart des accoucheurs allemands.

III. — Encore l'antisepsie ! non pour les adultes, mais pour l'ophthalmie des nouveaunés. La méthode de Crédé, qui consiste à instiller tout de suite après la naissance quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent au 2/100, est la plus répandue en Allemagne. A Vienne et dans la plus grande partie de l'Autriche, cette méthode règne en maîtresse.

Furst attribue une grande importance à l'instillation du liquide immédiatement après la naissance; Crédé n'établit pas grande différence entre l'instillation immédiate ou un peu retardée.

IV. — La méthode de délivrance par expression ou méthode de Crédé a été tenue un peu en échec dans ces derniers temps par différents accoucheurs allemands.

C'est ainsi d'abord que Schultze, Dohrn, Runge se sont prononcés contre l'expression trop hâtive du placenta.

Ahlfeld, dans une récente publication, a insisté sur les désavantages de la méthode de Crédé, montrant particulièrement ses dangers au point de vue de l'infection puerpérale.

Au dernier congrès des Naturforscher, à Fribourg, Hegar et Freund se sont aussi prononcés pour l'expectation absolue, la préférant à l'expression ; néanmoins l'expression judicieusement employée reste la méthode généralement usitée en Allemagne.

V. — Le traitement du placenta prævia a fait l'objet de deux travaux importants de la part d'Hofmeier et de Behm.

Hofmeier dans son mémoire, paru il y a environ un an, préconise, alors que la dilatation est suffisante, la version prématurée suivie de l'extraction lente. Sur 37 cas opérés par l'auteur d'après cette méthode, il ne se produisit qu'une mort trois semaines après l'accouchement.

Le docteur Behm dans un article récemment paru dans le *Zeitschrift für Gynækologie*, conseille de même la version prématurée, mais il abandonne l'extraction complètement à la nature. Sur 45 cas traités de la sorte, il n'y a pas eu un seul décès.

Quant à la mortalité des enfants, elle a été de 63 p. 100 dans la statistique d'Hofmeier, et de 77,5 p. 100 dans celle de Behm. Quelle que soit la méthode suivie, cette mortalité est toujours très élevée ; elle est en moyenne de 60 p. 100.

Malgré ces résultats heureux, un accoucheur d'Aix-la-Chapelle, Jungbluth, au dernier congrès de Fribourg, a proposé le traitement par l'éponge préparée et désinfectée. Il n'a apporté que six cas à l'appui de cette méthode qui ne trouvera probablement qu'un accueil peu favorable parmi les accoucheurs allemands.

VI. — Dans le domaine de la pelviologie, deux mémoires surtout sont dignes d'attention, ceux de Veit et de Neugebauer.

J. Veit, se basant sur l'examen de nombreux bassins de nouveau-nés, combat l'opi-

©BIU Santé

nion émise par Fehling et Kehrer, à savoir que les viciations pelviennes sont souvent congénitales.

Neugebauer, à la suite de recherches très assidues sur le spondylolysthésis, arrive à cette conclusion, que la déformation de la colonne vertébrale dans cette maladie n'est pas causée par le glissement de toute la cinquième vertèbre lombaire. Il se produit une séparation entre le corps et l'arc vertébral; l'arc reste en place, tandis que le corps abandonné et laissé libre par son appendice postérieur glisse en avant et cause la déformation connue sous le nom de spondylolysthésis.

VII. — Terminons par quelques mots sur les intéressantes recherches d'Ahlfeld à propos du pouvoir absorbant de la face interne de l'utérus dans les jours qui suivent l'accouchement, recherches appelées à jeter quelque lumière sur l'infection tardive des suites de couches.

L'auteur a expérimenté avec une solution d'acide salicylique, dont la présence était recherchée dans l'urine.

Ahlfeld est arrivé à cette conclusion, que c'est du troisième au sixième jour, après l'accouchement, que le pouvoir absorbant de l'utérus est le plus considérable, et que l'absorption est d'autant plus active que l'utérus est moins contracté.

AUVARD.

BIBLIOTHÈQUE

DE LA DÉLIVRANCE PAR TRACTIONS ET PAR EXPRESSION. — Thèse présentée au concours d'agrégation par le docteur Alban RIBEMONT-DESSAIGNES. — Paris, O. Doin, libraire-éditeur.

« L'expulsion ou l'extraction des annexes du fœtus, de ce que quelques accoucheurs du XVIe et du XVIIe siècle, appelaient le *lit* de l'enfant, et que depuis on désigne du nom de *délivre* ou *d'arrière-faix*, constitue la délivrance.

« Des diverses périodes de l'accouchement, ce n'est certes pas la moins importante à connaître, car la femme y est exposée à des dangers de plus d'une sorte. Les anomalies, les accidents dans le mécanisme naturel de la délivrance, les fautes parfois irréparables trop souvent commises par les sages-femmes et les médecins à ce moment, peuvent compromettre, en quelques instants, la santé et la vie même de l'accouchée. Et cependant, je ne crains pas de le dire, nulle période de l'accouchement n'est en général plus insuffisamment connue. Aucune ne demande plus de prudence. Il n'en est pas à propos de laquelle, chaque jour, plus de fautes ne soient commises. »

Ainsi parle, avec une sagesse que nul accoucheur ne démentira, notre distingué confrère, au début de son intéressant travail.

Après avoir rappelé que la délivrance a été divisée en trois temps, l'un de décollement, l'autre de pénétration dans le vagin, le troisième d'expulsion au dehors, et qu'elle a été dite: 1° *spontanée*, quand les trois temps s'accomplissent sans le secours de l'art; 2° *naturelle*, quand on intervient dans le deuxième et le troisième temps; 3° *artificielle*, quand on décolle le placenta, l'auteur fait remarquer avec raison qu'en réalité et pour se servir du mot propre, il y a deux délivrances, l'une *spontanée* ou *naturelle*, l'autre *artificielle*, cette dernière se subdivisant en *artificielle simple* et *artificielle compliquée*. Laissant de côté les difficultés de la délivrance, ses complications, les dangers nombreux et de gravité variable qu'elles entraînent, l'auteur consacre son travail à l'étude des moyens simples qui constituent les méthodes dites par traction et par expression, et divise sa thèse en trois parties; dans la première, il étudie l'historique de ces méthodes et le mécanisme naturel de la délivrance. Dans la seconde, il décrit et critique les deux méthodes. L'étude de la délivrance dans les grossesses multiples, l'accouchement prématuré, l'avortement, fait l'objet de la troisième.

HISTORIQUE. — 1re PÉRIODE (d'*Hippocrate au* XVIe *siècle*). — C'est la période des moyens violents, brutaux même, analogues à ceux que les peuplades sauvages ou d'une civilisation retardée emploient encore, et que décrit M. Ribemont dans un chapitre ethnographique fort bien fait.

2e PÉRIODE (XVIe et XVIIe *siècles*). — Mauriceau, à l'exemple de Guillemeau et d'Ambroise Paré, recommande la délivrance *immédiate*, principe dangereux, auquel plusieurs

accoucheurs étaient malheureusement revenus, il y a quelques années, et que beaucoup de médecins mettent encore en pratique.

3e PÉRIODE (XVIIIe *siècle*). — Période de réaction. Après l'intervention hâtive, l'expectation. Ruysch laisse faire la nature. Rœderer, Levret, Smellée, Deleurye, etc., etc., montrent le danger de la conduite des siècles précédents. Puzos en indiquant le mécanisme du décollement du placenta, fait la critique raisonnée de cette conduite, et décrit avec minutie celle qu'il conseille de suivre. « Il faut, dit-il, que les tranchées naturelles achèvent cette seconde opération, comme elles ont terminé la première. » Levret prouve qu'il n'y a point de règle applicable à tous les cas. L'intervention prompte est parfois nécessaire.

4e PÉRIODE (XIXe *siècle*). — Les partisans de l'expectation sont les plus nombreux, mais la délivrance hâtive a encore ses défenseurs. Le tort des premiers a été de ne pas mettre en relief les conditions qui permettent d'attendre sans danger.

Jusqu'alors, dans les quatre périodes, il n'a été question que de délivrance par la *vis a fronte*. On tire sur le placenta, en temps plus ou moins opportun et en le saisissant soit par le cordon, soit par son disque même, mais enfin on tire.

L'idée de la *vis a tergo*, c'est-à-dire de l'expression utérine faite par des pressions manuellesqui augmentent la force expulsive des contractions musculaires, a été vulgarisée parl'Allemand Credé et la méthode porte son nom. La priorité peut être contestée par les Anglais, mais la dispute est de peu d'importance. C'est en 1846 environ, que Credé a commencé ses expériences, et l'expression placentaire est connue de tous les accoucheurs depuis 1860.

MÉCANISME DE LA DÉLIVRANCE. — C'est Baudelocque qui en a donné la meilleure description clinique. Schultze n'a fait que la reprendre et en donner de bonnes figures. L'idée de Mattews Duncan de l'enroulement du placenta suivant sa longueur et de sa présentation *habituelle* par l'un de ses bords, est plus *une idée* qu'un fait. C'est l'exception et non la règle, comme le voudrait l'écrivain anglais, dont la plus grande qualité ne parait pas être l'observation clinique.

La rétractilité et les contractions de l'utérus déterminent le premier temps de la délivrance ou décollement. M. Ribemont, qui avait fait à la Maternité d'intéressantes expériences sur la tension du sang dans les vaisseaux du fœtus et du nouveau-né, en a tiré parti pour l'étude de l'influence de ces deux forces sur l'expulsion des annexes. La meilleure part revient à la rétractilité. Sans un retrait puissant des parois musculaires, les contractions sont impuissantes à décoller le délivre. Moins le placenta est volumineux, plus il se décolle facilement. D'où le précepte de ne faire deux ligatures au cordon, et entre elles la section, que dans le cas de grossesse multiple.

DE LA DÉLIVRANCE PAR TRACTION. — ON NE DOIT JAMAIS FAIRE DE TRACTIONS SUR LE CORDON SANS S'ÊTRE ASSURÉ AU PRÉALABLE DU DÉCOLLEMENT DE L'ARRIÈRE-FAIX. — Ce décollement est facile à constater par le toucher et, comme, neuf fois sur dix, ce décollement se fait suivant la règle de Baudelocque et non sur celle de M. Duncan, on peut du même coup affirmer que le décollement *du placenta* est complet. Le délivre s'est retourné et l'insertion du cordon au centre du gâteau occupe le centre de l'orifice utérin. Mais si le placenta se présente par un de ses bords, enroulé, ou par sa face utérine, comment affirmer que le décollement est complet et quand il se retourne suivant la règle de Baudelocque, peut-on affirmer que les membranes sont aussi complètement décollées que lui ? Ici une bonne règle clinique fait défaut ; mais que d'accidents seraient évités, si en tous cas, on n'intervenait qu'après le décollement du disque placentaire.

Dans la délivrance par tractions, le placenta peut se trouver soit dans le vagin, soit sur l'orifice utérin. Le premier cas n'offre aucune difficulté. Pour le second, il y a deux difficultés à vaincre. Il faut que les tractions soient dirigées suivant l'axe. Tout le monde connaît la manœuvre de Mauriceau, dite poulie de renvoi. Il faut, en outre, vaincre la résistance des bords de l'orifice. M. Ribemont rappelle l'excellent précepte du professeur Pajot: *les conditions nécessaires pour tirer sur le cordon, existant, je tire. Si j'éprouve de la résistance*, JE LE TENDS ET J'ATTENDS.

ACCIDENTS CAUSÉS PAR LES TRACTIONS. — *Rupture du cordon.* — Elle est le plus souvent causée par l'accoucheur, qui perd ainsi un guide utile. Une seule chose est à faire: introduire la main et saisir le disque placentaire; ne jamais donner d'ergot de seigle, car si le placenta est encore au-dessus de l'orifice, celui-ci peut se fermer et l'emprisonner.

Hémorrhagies. — Si l'on intervient, suivant la bonne règle, quand le décollement est produit, les tractions ne causeront pas d'hémorrhagies. La faute n'est excusable que

©BIU Santé

lorsque le décollement est incomplet, diagnostic difficile, sinon impossible. Dans ce cas, même conduite que précédemment. Introduisez la main et videz l'utérus de l'arrière-faix et des caillots.

Quelquefois, le placenta sorti, les membranes résistent. Cette résistance est due soit à l'adhérence anormale, soit à l'entortillement des membranes autour d'un caillot, soit à l'existence d'un placenta accessoire. Dans ce dernier cas, reconnaissable à l'existence de ramifications des vaisseaux ombilicaux dans les membranes (Tarnier), gardez-vous de tirer. Laissez-vous guider par le toucher. Placez un fil autour des membranes, sectionnez celles-ci pour débarrasser le lit du placenta, surveillez et attendez. La conduite est la même dans les deux autres cas. C'est l'indicateur qui renseigne l'accoucheur sur ce qu'il ne peut voir.

Inversion utérine. — Est-elle admissible, puisqu'on ne doit intervenir qu'après le décollement? Ce serait une inversion spontanée, accident fort rare, et sur le mécanisme de laquelle on est réduit à des hypothèses. Nous posons simplement la question. M. Ribemont l'a sans doute trouvée trop conjecturale.

DE LA DÉLIVRANCE PAR EXPRESSION PLACENTAIRE. — « *Quand on sent l'utérus se contracter*, dit Credé, on saisit avec une main ou avec les deux, s'il le faut, le fond de l'utérus, et quand la contraction est arrivée à son summum d'intensité, on presse sur le fond et sur les parois de l'utérus en le poussant vers le petit bassin. Tout l'arrière-faix et le sang coagulé sont expulsés hors des organes génitaux, puis l'utérus revient de lui-même à une hauteur normale. Presser sur l'utérus non en contraction est une faute, et cela ne conduit pas au but. »

En 1860, Credé était d'avis d'opérer *aussitôt que possible après la naissance*. En 1853, il *attendait un quart d'heure ou une demi-heure*. En 1880, par la voix de son ancien assistant Fehling, il proclama de nouveau l'importance de la délivrance hâtive, pour éviter les hémorrhagies (seul accident à craindre, les autres, grâce à sa méthode, n'étant que chimères, voire même les adhérences), en réveillant les contractions et augmentant leur intensité.

Vivement critiquée en Allemagne par Hecker, Schrœder, Breisky, Max Runge qui se borne à blâmer l'intervention immédiate, l'expression placentaire ne met pas à l'abri de tout accident, comme le pense Credé. Elle dure souvent une demi-heure, elle peut durer une heure, au prix de souffrances difficiles à accepter, à un moment où la femme aspire au repos. Chez certaines d'entre elles, la matrice reste endolorie pendant quelque temps (Tarnier).

Dans la délivrance par expression, la douleur est la règle, tantôt supportable, tantôt très vive. Cela suffit pour qu'elle ne soit pas acceptée, en France, quoique un petit nombre d'accoucheurs ait essayé de la préconiser. Aussi presque toutes les observations d'accidents consécutifs citées par le docteur Ribemont sont-elles empruntées à ces critiques étrangers dont nous avons parlé. Suivant M. Ribemont, il faut reconnaître que la délivrance par expression diminue considérablement les hémorrhagies *post partum* immédiates, ce qui n'est pas un petit mérite, et qu'elle permet de faire franchir le col utérin à un délivre dont le cordon est rompu. Par contre les hémorrhagies secondaires seraient plus fréquentes d'après les statistiques de Fehling, le champion de la méthode de Credé et de l'expression immédiate, ce qui tiendrait à ce que le décollement de la caduque est souvent incomplet.

En somme, nous dirons, à l'exemple de M. Ribemont, que la délivrance par tractions doit rester la règle. Les accidents qu'elle amène tiennent beaucoup plus à l'inexpérience de l'opérateur qu'à l'imperfection de la méthode. Conduite soigneusement, elle est excellente. Par exception, on pourra avoir recours à l'expression. La supériorité de celle-ci nous semble consister surtout dans la diminution des hémorrhagies primitives; mais, ne peut-on, dans ce cas, après extraction du placenta, maintenir, avec le bord cubital et la paume de la main, l'utérus sans le refouler avec brutalité.

La délivrance par tractions, voilà la règle.

La délivrance par expression, voilà l'exception.

C'est par ces mots que M. Ribemont clôt la discussion. Il termine par quelques considérations sur la délivrance dans la grossesse multiple et par d'intéressantes observations.

Dr H. STAPFER.

DES DIVERSES ESPÈCES DE FORCEPS, LEURS AVANTAGES ET LEURS INCONVÉNIENTS, par le docteur POULLET. — Thèse d'agrégation. — J.-B. Baillière et fils, libraire éditeurs.

Traité par notre distingué confrère le docteur Poullet, toujours préoccupé de perfec-

tionner l'arsenal des accoucheurs, ce sujet ne pouvait manquer de présenter un vif intérêt.

Voici dans quels termes il s'exprime au début de son travail :

« Notre thèse doit avoir pour objectif de présenter aussi clairement que possible l'état actuel de la science en faisant un choix judicieux de ce qui a été écrit, et de séparer les points sur lesquels on est fixé de ceux qui sont encore discutables. Ce travail de compilation et d'appréciation sera le sujet de notre première partie. Dans une seconde partie, nous reprendrons les problèmes que soulève le forceps et qui n'ont pas encore été résolus d'une façon satisfaisante; nous y exposerons quelques recherches personnelles, encore presque entièrement théoriques, mais dont la pratique pourra déjà bénéficier dans une certaine mesure. Notre confrère nous excusera si nous ne le suivons pas dans sa description des divers forceps. La faute n'en est pas à lui. Elle est au nombre prodigieux d'instruments de ce genre qui ont été fabriqués. « Pour nous, il n'y a que deux sortes de forceps, disait au docteur Poullet, un maître peu de jours avant la soutenance, ceux qui tirent dans l'axe, c'est-à-dire qui tirent bien, et ceux qui ne tirent pas dans l'axe, et par conséquent qui tirent mal. » Le forceps souple que rêve le docteur Poulet serait une admirable découverte, et nous lui souhaitons de la faire. Jusqu'à cette invention l'instrument de M. Tarnier sera probablement le meilleur. En tous cas les beaux résultats obtenus grâce à lui, prouvent que le progrès réalisé est grand.

Le livre de notre distingué confrère est un utile document dont plus d'une page fait honneur à l'ingéniosité de son esprit et à sa fertilité d'invention toute lyonnaise.

Dr H. Stapfer.

Sociétés médicales de l'étranger.

LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE.

Les corps savants sont peu nombreux sur les rives du Bosphore; l'atmosphère de torpide indifférence qui, en Orient, immobilise les hommes, et les institutions n'est guère favorable à leur développement. Aussi la Société impériale de médecine de Constantinople a l'honorable privilège d'être, en Turquie, la seule des Associations savantes possédant une constitution régulière.

Depuis vingt-sept années, malgré des obstacles nombreux, par l'infatigable persévérance et l'énergie de ses membres, elle demeure un foyer d'instruction mutuelle et un centre d'activité laborieuse pour les nombreux praticiens de la contrée. Ce rendez-vous scientifique est un milieu confraternel dans lequel ils peuvent périodiquement retremper leur force et leur énergie, comme le faisait remarquer avec sagesse notre distingué compatriote, le docteur Mahé, avant-dernier président de cette Association.

Cette assistance scientifique et morale n'est pas la seule dont elle possède le privilège; bien souvent aussi, la lecture des procès-verbaux de ses séances le prouve, la Société impériale de médecine vient généreusement en aide aux grandes infortunes de la famille médicale, infortunes qui ne sont pas moins fréquentes en Orient qu'en Occident.

Enfin, auxiliaire dévouée, sinon toute-puissante du Conseil international de santé de l'Empire ottoman, elle étudie avec vigilance l'épidémiologie de la Turquie, et suit attentivement la marche des maladies qui menacent Constantinople, cette porte de l'Europe toujours entr'ouverte aux épidémies asiatiques. La connaissance de ses travaux présente donc un intérêt direct pour les médecins d'Occident et pour la prophylaxie sanitaire internationale.

Cette année, pendant l'épidémie cholérique d'Egypte, elle multipliait ses séances, signalait, par la voix autorisée de ses membres, les dangers auxquels l'égoïsme anglais en Egypte exposait l'Europe; faisait entendre le cri d'alarme, et opportunément, avec le Conseil sanitaire international de Constantinople, inspirait au gouvernement du sultan les mesures qui étouffèrent la maladie sur les côtes de Syrie.

Au point de vue sanitaire local, la Société impériale de médecine sait à l'occasion faire acte d'indépendance. Maintes fois, elle a sollicité des améliorations hygiéniques dont elle a droit de revendiquer l'initiative. En septembre dernier, elle réclamait avec raison l'assainissement de Constantinople, car si le foyer primitif du choléra était et est encore en Asie, cette maladie trouverait à l'occasion un terrain favorable à sa propagation dans les conditions antihygiéniques de certains quartiers de la cité des sultans.

©BIU Santé

Malgré l'insouciance du fonctionnarisme oriental et l'apathie fataliste des populations indigènes, elle ne s'est jamais fatiguée de réclamer au nom de la science et en faveur de l'humanité. Ces titres de noblesse sont de ceux qui s'imposent.

D'ailleurs, ils ne sont pas les seuls, car cette savante Compagnie poursuit un but scientifique en contribuant à l'instruction mutuelle de ses membres par des discussions pratiques, et à l'avancement de la médecine par la lecture de faits, d'observations cliniques et de mémoires originaux qu'elle discute dans des séances dont un courageux journal périodique, la *Gazette médicale d'Orient*, donne mensuellement des comptes rendus.

Pendant l'année 1883, la question du choléra d'Egypte devait tenir et a tenu légitimement une grande place dans ses discussions. L'*Union médicale* a suivi quotidiennement la marche de cette épidémie, comme elle le fera toujours en semblable circonstance. Insister ici sur ce point serait faire double emploi pour le lecteur; je passe donc outre.

Une autre discussion : *la trachéotomie dans le croup*, a été soulevée par une communication de M. Mordtmann qui, pour la première fois à Constantinople, avait employé l'anesthésie chloroformique dans cette opération. A ce propos MM. Stékoulis, Mahé, Sevastopoulo, Vuccino et Pollyack ont exposé les résultats de leur pratique et leurs préférences pour les divers procédés opératoires : bistouri, thermo-cautère, crochet de Langenbeck, etc., etc.

Une autre observation intéressante a été lue par M. Stékoulis, notre si estimé confrère et collaborateur de Constantinople. Elle avait pour objet de faire connaître les difficultés du diagnostic et la gravité du pronostic dans les cas de *corps étranger de la vessie*. Chez la malade dont il exposait l'histoire, on crut pendant la vie à un calcul rénal et on se préparait à l'opérer. A ce moment elle succombe avec tous les symptômes d'une perforation de la vessie dont on constate les lésions à l'autopsie. Celles-ci étaient dues au corps étranger qui n'était autre que la pointe d'un poinçon en ivoire dont la surface était recouverte d'incrustations de phosphates ammoniaco-magnésiens.

M. Elias a présenté un cas, intéressant par sa rareté, de *perversion de la sensibilité olfactive*, dont l'origine est obscure, mais dont les symptômes différaient nettement de ceux de l'ozène. Il s'agissait bien, comme la discussion l'a établi, d'une aberration de l'olfaction et non pas d'une punaisie. Enfin une note de M. Gabuzzi sur un *cas de paralysie du bras droit par compression* prolongée du plexus brachial, mérite encore d'être signalée parmi les nombreux travaux présentés à la Société.

Naguère, à cette même place, nous signalions l'importance du Congrès médical d'Athènes pour le développement de l'enseignement supérieur et la rénovation de la médecine en Orient; cette œuvre est de celles auxquelles travaillent quotidiennement les membres de la Société de médecine de Constantinople. Rendez-vous scientifique des médecins dans cette ville où les intérêts politiques et religieux divisent profondément les diverses nationalités, elle les réunit, comme confrères, quel que soit le drapeau de leur patrie, contribue à leur donner l'esprit de corps et, à côté de l'aide scientifique et professionnelle, leur assure l'existence morale.

Cette Société est donc de celles qui méritent l'estime et la sympathie et dont il est toujours profitable de connaître les savants travaux. Aussi en fermant la collection de ses bulletins, on est tenté de dire à nos estimés confrères, au revoir et non pas adieu.

C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 février 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Correspondance officielle.

M. le Ministre du commerce transmet le compte rendu des épidémies observées en 1882 dans l'arrondissement d'Aurillac (Cantal).

M. Hipp. Blot présente une brochure en italien intitulée : *Rapports généraux adressés à Son Excellence M. le Ministre de l'Intérieur sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées pendant les années 1881 et 1882 dans les provinces de l'Emilie, des Marches et de l'Ombrie rassemblées*, par M. le professeur chevalier Fernando Verardini, premier médecin de l'hôpital Majeur, de Bologne.

M. Dechambre présente, au nom de M. le docteur Mahé, l'article *Sol* extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

MM. Larrey et Fauvel présentent des brochures dont les titres et les noms des auteurs n'arrivent pas jusqu'à nous.

M. Saint-Martin présente un appareil qui est une réduction du gazomètre double qu'il a présenté en octobre 1882, servant notamment à la préparation de l'air titré en chloroforme pour l'anesthésie. Cette réduction rend l'appareil transportable. Il croit son appareil destiné à rendre de très grands services dans les opérations de longue durée, notamment dans l'ovariotomie.

M. Constantin Paul met sous les yeux de l'Académie les modèles de trois thermomètres qu'il a fait construire par M. Galante pour obtenir la constatation des températures locales superficielles.

Pour arriver à un pareil résultat, il fallait que le thermomètre présentât deux qualités: l'adhérence à la peau et l'isolement de l'atmosphère. Ces deux conditions sont réalisées par une masse de caoutchouc disposée en forme de ventouse.

L'application de ces thermomètres est des plus simples, elle est aussi facile que celle du stéthoscope présenté à l'Académie, il y a trois ans, par M. Constantin Paul. Une fois l'instrument en place, on le laisse tant que la colonne de mercure continue à monter; l'observation en est facile soit à l'œil soit à la loupe. L'un des modèles est à *maxima* et peut être par conséquent transporté en un lieu très éclairé pour en faciliter la lecture, ou même être conservé pour l'observation directe du médecin.

Ce thermomètre s'applique à toutes les régions du corps, sauf celles qui sont garnies de poils. Cependant l'un de ces modèles (l'horizontal) peut servir à déterminer la température axillaire avec beaucoup plus de sécurité que les thermomètres habituels.

On remarque en effet que la cuvette spirale du thermomètre exerce une légère pression sur les tissus et y marque son empreinte, preuve de son application immédiate.

On voit tout d'abord toutes les applications que l'on peut faire de ces instruments à la physiologie, à la clinique et à la thérapeutique.

M. Féréol présente un malade qui a été atteint, il y a dix-huit mois, d'une pleurésie grave. Ce jeune homme a été guéri par une succession d'opérations, dont la dernière, connue sous le nom d'*opération d'Estlander*, consiste à enlever, sur toute la hauteur de la paroi thoracique, une plus ou moins grande quantité de côtes réséquées, de manière à permettre à la cavité pleurale de se rétrécir et de se cicatriser. L'opération, pratiquée avec beaucoup d'habileté par M. le docteur Berger, a parfaitement réussi dans ce cas.

Le malade, absolument guéri, va quitter demain l'hôpital de la Charité. M. Féréol donne ensuite quelques détails de l'observation, qui présente également un grand intérêt au point de vue purement médical, parce que le malade a présenté un phénomène rare et curieux décrit sous le nom d'*empyème pulsatile total*. Il insiste sur ce fait pratique que le pronostic n'est pas aussi fatal qu'on l'a dit; ce fait de guérison en est la preuve.

Il s'appuie ensuite sur les circonstances particulières de son observation et sur l'analyse des faits de ce genre déjà connus, pour conclure que l'une des conditions essentielles du phénomène est la présence d'un pneumothorax fermé.

M. le docteur Bouchard, candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie interne, lit un travail intitulé : *Etude expérimentale sur la mort qui succède à l'injection sous-cutanée du chloroforme et sur l'albuminurie chloroformique*.

M. Bouchard rappelle que, dès 1876, il a observé, chez des lapins auxquels il avait injecté hypodermiquement un centimètre cube de chloroforme, une albuminurie souvent accompagnée d'hématurie et se terminant, au bout de vingt-quatre heures ou environ de santé apparente, par la mort survenant brusquement.

Il s'est demandé depuis lors par quel mécanisme se produisaient cette albuminurie et cette mort. Tout d'abord, en se servant de doses décroissantes, il a constaté que les lapins auxquels on injectait, en une fois, seulement trois quarts de centimètre cube, ou même un demi-centimètre cube, mouraient encore pour la plupart (dans les trois quarts des cas) après avoir présenté de l'albuminurie; un quart de centimètre cube produit encore l'albuminurie et la mort dans la moitié des cas.

A doses moindres, ou à la même dose, chez les animaux qui avaient échappé à une première injection, et qu'on injectait de nouveau les jours suivants, le chloroforme a toujours fini par amener la mort des lapins, même quand on ne dépassait pas les doses journalières d'un demi-centimètre cube.

Chez le chien, l'albuminurie et la mort ne résultent de l'injection de chloroforme que

©BIU Santé

quand les doses employées en une seule fois atteignent deux centimètres cubes par kilogramme du poids du corps.

L'examen histologique des reins ne révèle qu'une congestion intense; celui du sang ne montre pas une accumulation extraordinaire d'urée. On ne peut donc pas attribuer la mort à une urémie résultant d'une albuminurie aiguë. On ne peut pas l'attribuer non plus à un empoisonnement direct par le chloroforme, car les animaux que l'on soumet aux inhalations de chloroforme ne meurent pas ainsi, bien qu'ils présentent quelquefois une albuminurie passagère. D'un autre côté, quand au lieu d'injecter le chloroforme sous la peau on l'introduit dans une veine à la dose de vingt centimètres cubes, après l'avoir dissous dans de l'eau alcoolisée, on produit de l'anesthésie, de l'albuminurie avec hématurie, mais l'animal survit toujours.

La mort tardive par le chloroforme reste donc encore inexplicable; elle ne résulte pas d'actions réflexes nerveuses dont le point de départ serait local, car elle survient chez les animaux auxquels les nerfs sciatique et crural ont été réséqués avant qu'on pratique l'injection sous la peau de la cuisse; cela doit rendre très circonspect pour l'emploi des injections sous-cutanés de cet agent. Il faut surtout y regarder à deux fois avant de la pratiquer plusieurs jours de suite, car si l'impressionnabilité de l'homme était la même que celle du lapin, il suffirait, chez lui, de répéter pendant trois jours l'injection d'une dose de 35 cent. cubes pour être exposé à produire la mort.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Blanche sur le projet de réformes de la loi de 1838 sur les aliénés.

M. Billod lit un discours qui se termine par les conclusions suivantes :

« En résumé, Messieurs, ma conviction à l'endroit des mérites de la loi du 30 juin 1838 et de sa supériorité sur tout autre texte de loi *est entière*, *profonde*, et je ne pourrais, je le répète, que conclure à son maintien, sauf l'adoption d'un certain nombre de mesures complémentaires d'ordre administratif, si je ne savais avec quelle difficulté on remonte parfois certains courants de l'opinion; aussi, dans la prévision d'une telle difficulté pour la loi dont il s'agit, je ne puis d'une manière générale que me rallier aux conclusions de M. Blanche et que me confier dans la sagesse de la commission du Sénat. »

M. Luys prononce un discours dont voici les conclusions :

« En résumé, Messieurs, tout en approuvant d'une façon complète les termes de l'excellent et consciencieux rapport qui a été soumis à votre appréciation, permettez-moi de vous présenter, en tant que membre de l'Académie, quelques réflexions à ce sujet.

« J'ai tenu à vous dire que si cette loi nouvelle sur le régime des aliénés présentait d'excellentes réformes douées d'un caractère pratique, et véritablement humanitaires, donnant satisfaction à des besoins nouveaux que la première loi n'avait pas prévus, tels que la création d'asiles d'Etat analogues à celui qui fonctionne en Angleterre, pour les aliénés dits criminels, tels que l'organisation administrative du service médical des aliénés; néanmoins, il y avait à faire certaines restrictions sur certains articles qui ne nous paraissent pas en accord avec le rôle et la dignité du médecin d'asile.

« J'ai essayé, en effet, de vous montrer les conditions psychologiques qui ont présidé à sa genèse, les mouvements de l'opinion publique qui l'ont suscitée, et la part prépondérante qu'a prise dans sa confection l'élément judiciaire et administratif, aux dépens de l'élément médical.

« Ce sont là des points délicats sur lesquels j'ai tenu tout particulièrement à diriger vos méditations, avant d'engager dans une fausse direction l'opinion et la responsabilité d'un corps savant aussi haut placé dans l'opinion publique que l'Académie de médecine.

« J'ai eu surtout en vue le rôle du médecin auquel je voudrais voir donner toute l'autorité dont il est digne dans l'application des questions techniques, là où s'exerce surtout sa compétence, surtout celles qui touchent à l'admission et au maintien des malades dans les asiles — et en cela j'ai pensé avec beaucoup de bons esprits que j'étais dans mon rôle de médecin.

« Maintenant, l'état des esprits en dehors de cette enceinte, dans le parlement et ailleurs, ne me laisse pas de grandes illusions sur le succès de nos revendications légitimes. Mais, je pense qu'en ces matières, et en présence des responsabilités qui nous incombent ici, il n'y a pas à transiger avec ce que le devoir professionnel et nos convictions nous imposent.

« On nous a consultés en tant que médecins, et c'est en tant que médecins que nous devons répondre et donner notre avis. Notre voix libre et indépendante suscitera peut-

être des sympathies et des convictions inattendues — et nous ne savons pas au juste ce qu'un temps d'arrêt et de réflexion pourra produire dans les esprits froids et réfléchis.

« Mais quoi qu'il arrive, nous nous retirerons avec la conviction d'avoir accompli un devoir professionnel, et exprimé loyalement notre pensée — et c'est le cas de répéter plus que jamais :

Fais ce que dois
Advienne que pourra!

« En conséquence, Messieurs, j'ai l'honneur de soumettre à vos appréciations les conclusions suivantes :

« 1° Accentuer d'une façon plus nette le rôle du médecin dans les mesures à prendre pour l'admission et le placement des malades dans les asiles.

« 2° Supprimer la demande exigée par la nouvelle loi de deux certificats pour justifier l'entrée des malades, ou d'un seul certificat muni de deux signatures médicales.

« 3° Ne pas donner suite aux propositions de l'article 15 de la nouvelle loi relative à la création d'asiles provisoires inclus dans les grands asiles, et destinés à maintenir en observation pendant un mois les malades entrants.

« Nous considérons cette mesure comme illusoire, impraticable, et onéreuse pour le budget des asiles. »

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Leblanc sur les listes des candidats à la place de membre correspondant national.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 1er au 7 février 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,028 habitants.

Décès : 1038. — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 1. — Rougeole, 21. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 43. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 37. — Phthisie pulmonaire, 183. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 69. — Bronchites aiguës, 40. — Pneumonie, 66. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 39; au sein et mixte, 24; — inconnues, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 108; circulatoire, 71; respiratoire, 63; digestif, 47; génito-urinaire, 26; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulat. et muscles, 8. — Morts violentes, 39. — Causes non classées, 3.

Résumé de la 6e semaine. — Le service de statistique à reçu notification de 1,038 décès pendant la semaine actuelle, au lieu de 1,093 qui avait été comptés pendant la semaine précédente.

La Fièvre typhoïde n'a causé cette semaine que 10 décès; le chiffre de la semaine dernière (16) était déjà extrêmement faible, car, même pendant l'automne dernier, dont la bénignité a été remarquée, nous comptions chaque semaine de 30 à 40 décès par Fièvre typhoïde.

La Variole (1 décès au lieu de 2) et la Coqueluche (7 décès au lieu de 6) continuent à être rares.

La Rougeole a causé 21 décès (au lieu de 14 pendant la semaine dernière). Cette aggravation est due exclusivement à l'hospice des Enfants-Assistés, où la Rougeole a causé cette semaine 8 décès. Dans le reste de la ville, la situation ne paraît pas avoir changé. Une petite épidémie locale, qu'on nous avait signalée dans le quartier de la *Muette*, paraît être en voie d'extinction.

La Scarlatine, toujours rare à Paris, a fait pourtant 6 victimes pendant la semaine passée.

La Diphthérie, qui attire notre attention depuis plusieurs semaines, n'a causé que 43 décès (au lieu de 39). Le XVIIIe arrondissement, le quartier du *Combat*, et surtout le XXe continuent à être de beaucoup les plus frappés. A elle seule, cette partie de Paris a fourni 19 décès par Diphthérie.

La Bronchite aiguë, qui n'a guère de gravité que pour les jeunes enfants, n'a pas subi de variation digne d'attention (40 décès au lieu de 37).

La Pneumonie, au contraire, a subi une atténuation sensible (66 décès au lieu de 77), qui a profité surtout aux âges adultes.

Le nombre des décès par Athrepsie s'est élevé, au contraire, à 68 (au lieu de 47).

Le service de statistique a reçu notification de 400 mariages et de 1208 naissances

©BIU Santé

(608 garçons et 600 filles), dont 884 légitimes et 324 illégitimes. Parmi ces dernières, 51 ont été reconnues immédiatement par l'un des deux parents.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gondouin, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé le 2 février 1884, à l'âge de soixante et un ans. Ses obsèques ont eu lieu à l'église Saint-Laurent le lundi 4 février, et à l'issue de la cérémonie religieuse, le corps a été transporté au Gault (Loir-et-Cher), pour être inhumé dans un caveau de famille.

— Nous avons le très vif chagrin d'apprendre la mort d'un de nos jeunes confrères, Ernest Legendre. Etabli depuis cinq semaines auprès de son père, praticien très-distingué à Bléneau (Yonne), il vient d'être emporté par une fièvre typhoïde. Nous prions M. le docteur Legendre de recevoir l'expression de nos regrets et de notre sympathie, à l'occasion du malheur qui vient de le frapper.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST. — La première séance de cette Société a eu lieu le samedi 19 janvier. La plupart des membres fondateurs, dont le chiffre s'élève déjà à 130, étaient présents à cette réunion. La séance a été ouverte par une allocution dans laquelle le président souhaite la bienvenue à ses collègues, et montre comme la ville de Bordeaux et sa région étaient naturellement désignées pour être le siège d'une Société d'anthropologie, par la station des Eyzies, les cavernes et les abris sous roches des bords de la Vézère, les grottes d'Excideuil, d'Aurensan, du Placard, de Marcamps, le plateau de l'Agenais, la vallée de la Tardoire, etc., enfin par les travaux des savants tels que Broca, Lartet, Reverdit, Pottier, Testut, Berchon, Lalanne et tant d'autres.

Les élections complémentaires étant faites, le bureau se trouve ainsi composé :

Président, M. le docteur Azam; vice-présidents, MM. Bayssellance, Daleau (de Bourg); secrétaire général, M. le docteur Testut; secrétaires des séances, MM. Lasserre, Nicolaï; trésorier, M. Baillou; archiviste, M. Emile Lalanne; conservateur de collection, M. Tissier; membres du conseil, MM. Espinas, de Mensignac, Faure, Cabanes, docteur Guillaud.

Le bureau nommé, la Société commence la discussion de ses statuts et entend une partie d'une communication de M. Espinas, professeur de philosophie à la Faculté des lettres de Bordeaux et ayant pour titre : *Hypothèses psycho-physiologiques sur la nature et les effets du sommeil provoqué chez les hystériques*. Cette communication sera suivie d'un travail de M. le professeur Guillaud, sur un *Gisement de mammifères quaternaires à Eymet*, et de M. Claverie, sur *l'Ethnographie des îles Marquises*.

Nous rappelons aux amis des sciences anthropologiques qui désirent faire partie de la Société qu'ils doivent adresser leurs demandes à M. le docteur Testut, 33, rue Bouffard, à Bordeaux, secrétaire général, et que la Société étant constituée, leur demande doit être appuyée par deux membres.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PHYSIQUE DE FLORENCE. — Cette Société, dans sa séance publique du 27 janvier, a accordé le prix triennal Galligo aux docteurs A. Bianchi et C. Balocchi, pour leur mémoire *sur la paralysie spinale régressive de l'enfance*.

QUASSINE FREMINT. — Les médecins qui désirent essayer ou prescrire la quassine amorphe trouveront dans la quassine Frémint (pilules contenant chacune 2 centigrammes) toutes les garanties de dosage et de pureté. Un flacon à titre d'essai est envoyé franco contre toute demande adressée à la Pharmacie, 18, rue d'Assas, Paris.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. R. Longuet : Du rôle des parquets dans la production et la propagation des maladies épidémiques. — II. Bibliothèque. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — IV. Variétés. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causeries.

Du rôle des parquets dans la production et la propagation des maladies épidémiques.

I

Bien qu'il y ait longtemps qu'on semble préoccupé de l'influence que peut exercer sur la santé des occupants le parquet d'un appartement, d'une école, d'une caserne, d'un hôpital, si l'on veut sortir de l'énoncé banal des conditions qu'on doit en exiger en bonne hygiène, et des conséquences qui peuvent résulter du défaut de soin et d'entretien, ou du vice inhérent à tel ou tel système, on est frappé de la pénurie de données sérieuses à cet égard.

On parcourra maints volumes spéciaux avant de rencontrer un fait positif, une idée pratique, une notion utilisable. C'est un chapitre omis dans la plupart de nos traités d'hygiène.

Vallin et Morache sont les hygiénistes qui ont dénoncé le plus explicitement les planchers comme cause de mauvaise odeur et d'insalubrité : « Salis dans une caserne, par les liquides et les débris alimentaires, les produits de l'expectoration, les boues et les fumiers que les chaussures apportent des écuries ou des cours en temps de pluie, toutes ces matières, délayées dans les eaux de lavage, en pénètrent profondément les pores et y déposent des matières organiques qui se putréfient lentement. Enfin les interstices entre les feuilles du plancher laissent pénétrer dans l'espace laissé libre au-dessous d'elles des amas d'ordures de toutes sortes, dont la corruption est parfois extrême (1). »

(1) *Traité des désinfectants et de la désinfection*, par E. Vallin, 1883, p. 608.

FEUILLETON

CAUSERIES

Un de nos confrères de la presse extra-médicale, M. Gabriel Guillemot, a cru devoir protester contre l'intrusion de la médecine dans le roman, ou plutôt, car il me semble que je m'exprime mal, des emprunts que font les romanciers à la médecine pour donner à leurs œuvres une teinture scientifique qui les fasse sortir de la banalité du roman pur et simple. Mais le roman scientifique, dans le sens absolu du mot, n'est pas plus à approuver que ne le serait la science romanesque. On a un peu abusé, dans ces derniers temps, de l'hystérie et de la morphiomanie; M. Emile Zola a ajouté une autre corde à sa guitare : l'accouchement. Dans *Pot-Bouille*, il nous a décrit l'accouchement simple, naturel, d'une pauvre bonne à tout faire dans un galetas, sans secours médical. Dans *la Joie de vivre*, il nous a fait assister à une présentation de l'épaule, à toutes les angoisses d'un médecin de marine qui ne s'est jamais trouvé à pareille fête, et qui néanmoins, à force d'intelligence et de sang-froid, sauve la mère et l'enfant à l'aide d'une version savante. Le tableau, des plus naturalistes, est peint avec le plus grand talent; on voit, on sent même toutes sortes de choses, on est parfois tenté de se boucher les yeux et le nez; ce n'est plus du roman, c'est une leçon clinique du professeur Pajot.

©BIU Santé

Ces lignes de Vallin signalent nettement les deux sources principales de l'insalubrité de nos parquets : l'imprégnation du bois par les matières organiques et l'infection du *hourdage*, ce véritable sous-sol de nos appartements ; des travaux récents en ont fourni, pour ainsi dire, la glose, en donnant un corps précis aux imputations vagues dans lesquelles on s'était tenu jusqu'ici. Des faits authentiques d'observation, des résultats d'analyse chimique, des expériences de contrôle, ont contribué à doter l'étiologie des maladies infecto-contagieuses d'un chapitre inédit.

On sait quels éléments entrent dans la construction d'un parquet, conçu dans les errements classiques. Sur la charpente de premier soutien, poutrelles et solives, repose un lattis ou un plancher brut (faux plancher) à la surface duquel on répand une couche de matériaux destinés soit à amortir le son, soit à empêcher les filtrations d'eau d'un étage à l'autre, soit enfin à conserver la chaleur des pièces. C'est là l'aire du plancher, le hourdage, au sein duquel on place les lambourdes sur lesquelles seront clouées ou ajustées les feuilles du parquet proprement dit.

Or le choix de ces matériaux isolants, s'étendant sous une épaisseur qui peut atteindre 10, 15 et 20 centimètres (quand il s'agit, par exemple, d'étouffer le bruit des machines) et dont les poussières et les émanations doivent se mêler, à travers les interstices du plancher, à l'air de nos chambres à coucher et de nos salles à manger, ce choix, on a lieu de s'en étonner, est guidé par des considérations auxquelles l'hygiène reste absolument étrangère.

C'est, suivant les localités et les rencontres, du gros plâtre, du sable, de la terre meuble, des gravats, des débris de maçonnerie ou de pisé, des décombres d'anciens bâtiments, de la cendre de foyers à charbon, des résidus de coke, etc.

En examinant ce remplissage de maisons en démolition, à Munich (1), R. Emmerich y a constaté la présence de substances tellement hétéroclites, qu'il ne doute pas qu'on l'emprunte souvent aux dépôts d'ordure. Il a rencontré la preuve matérielle que les ouvriers peu délicats ne se font pas défaut d'ajouter de leurs propres œuvres à cet étrange amoncèlement de

(1) *Die Verunreinigung des Zwischendecken unserer Wohnraüme, etc. — Zeitschrift f. Biolog.*, Munich, 1882, p. 253-382, et *Répert. d'anal. chim.*, Leipzig, 1883, p. 210-214 ; *an.* dans *Iahresbericht*, 1883. — *St-Petersb. Med. W.*, 1882, n° 50, et *Vratsch*, 1882, n° 46.

Aussi, comment ne pas être de l'avis de notre confrère, lorsqu'il dit :

« Eh bien, non, mille fois non, si réelle sympathie que je puisse avoir pour toutes les tentatives, tous les essais, toutes les audaces artistiques ou littéraires, je ne saurais me faire à cette mode nouvelle, dont se montrent si fort entichés les romanciers de nos jours, d'encombrer leur action de malades et d'infirmes, de bourrer leurs récits de dissertations médicales. C'est comme une rage qui semble posséder à cette heure jusqu'aux meilleurs écrivains de notre temps. Ils s'y complaisent, ils s'y vautrent. Ils vous prennent une maladie à ses débuts, en surveillent, en suivent jour par jour le progrès, les ravages successifs, ne vous font grâce ni de la plus petite tumeur ni du moindre frisson et, poussant jusqu'au bout leur diagnostic impitoyable, vous décrivent par le menu l'agonie finale, dans quelles circonstances, sous quels symptômes elle se présente. Et tout cela, s'il vous plaît, très exactement, très scientifiquement déduit, très étudié, très fouillé, d'une main sûre de praticien consommé. Hippocrate ne dirait pas mieux, et Galien non plus. »

* * *

Et que dirait M. Guillemot s'il était au courant de nos faits et gestes, et en particulier de l'intrusion, puisque intrusion il y a, du sexe dit faible, dans nos affaires médicales? Que dirait-il, s'il voyait les représentants de ce sexe charmant, que nous aimons à rencontrer partout ailleurs, et dont nous apprécions si bien les services au chevet de nos malades, s'il les voyait, dans les amphithéâtres d'anatomie et dans les salles d'hôpital, disputer le pas aux prosaïques carabins du sexe laid? Je suis sûr qu'il les supplierait, avec tous les égards qui leur sont dus, de renoncer à une promiscuité qui n'est pas de

matières putrescibles. Les produits de décomposition organique qui s'y adjoignent, du fait d'une longue habitation, contribuent à la création dans le sous-sol de nos appartements d'un véritable foyer de corruption et de miasmes, qu'on ne peut, dans aucun cas, juger indifférent à la santé des occupants.

Qu'on y ajoute les dépouilles de rongeurs qui se décèlent parfois par une odeur si incommode qu'on doit soulever le parquet pour les enlever, mais qui, par une putréfaction lente, peuvent, sans affecter l'odorat, donner lieu à des émanations non moins offensantes ; les débris de paille, de grains ou de victuailles apportés par eux ; les cadavres de vers et d'insectes, et on jugera si la souillure qui règne sous nos pieds et sur nos têtes et que la porosité démontrée (Pettenkofer) de nos parois d'appartements diffuse sans cesse dans l'atmosphère que nous respirons, ne mérite pas d'attirer enfin l'attention des hygiénistes.

Emmerich trouve dans ce gâchis des quantités considérables de matières organiques, des nitrates, du chlorure de sodium, de l'ammoniaque, et déclare que sa composition ne diffère pas essentiellement du sol qui avoisine les fosses d'aisances, d'après les analyses de Wolfhügel. La boue de nos rues, la fange qui s'accumule sous les pavés des chaussées, ne sont pas plus infectes.

Un mètre carré lui a fourni 328 cent. cubes d'eau, et dans une autre analyse, 414 cent. cubes.

Notez que cet espace clos, d'une température moyenne assez élevée, constitue une sorte de serre chaude éminemment favorable à la pullulation des germes. Emmerich a particulièrement observé la température de 32° C., qui est celle qui se montre la plus favorable, dans les expériences de Koch, à la culture du bacille tuberculeux.

Dans certaines circonstances, il se produit des alternatives de sécheresse et d'humidité dont l'influence pythogénique ne saurait être plus indifférente ici qu'à la surface des marais ou au sein de la couche souterraine de Pettenkofer. L'eau des lavages trop copieux pénètre dans le sous-sol à travers les interstices d'un parquet disjoint. Dans les casernes, dans les logements des pauvres, la même pièce sert à la fois de chambre à coucher, de salle à manger, de lieu de repos dans les intervalles du travail. Les crachats projetés sur le sol, les débris des repas tombés des tables, le tabac

---

nature à leur assurer le respect qu'elles méritent pourtant pour la plupart, ou d'attendre qu'il soit créé des services où il n'y aura que des femmes comme malades et, comme hommes, que leurs professeurs. En attendant, la discorde se met dans leur camp et nous venons d'assister à une polémique à plumes courtoises et à mots aigre-doux, échangée entre deux charmantes jeunes femmes à propos de la vivisection. La *Tribune médicale* a enregistré les pièces de cette lutte, qui heureusement n'a eu rien de commun avec celle des Amazones, et qui, nous l'espérons, se terminera par une amicale poignée de main.

***

L'association des idées me permet de réparer un oubli. En parlant de *Tribune médicale* et de vivisection, je me rappelle avoir vu dans cet estimable journal la reproduction d'un feuilleton sur les adorateurs du bœuf Apis qu'un de nos lecteurs a bien voulu m'envoyer ; ce qui m'a rappelé par suite que je n'avais pas remercié cet aimable correspondant de son obligeance, et que je n'avais pu le faire parce que son article n'était pas signé. S'il lit ces lignes, je veux du moins qu'il sache combien son spirituel article a été goûté, et par nous et par ceux de nos confrères qui ont bien voulu le reproduire.

Je dois lui annoncer que la vivisection, suivant son vœu, tend à passer de l'espèce animale à l'espèce humaine. Autrefois on a fait l'*Homme qui rit*, à l'aide d'opérations autoplastiques complexes dont M. Victor Hugo nous a montré un beau (ou laid) spécimen. Maintenant on fait des hommes qui chantent, et on leur donne à volonté la voix que l'on désire. C'est du moins le *Voltaire* qui le raconte.

« Un médecin, dit-il, et je ne sais qui cela peut-être, vient de faire une découverte

©BIU Santé

des fumeurs, la boue du dehors, les produits d'excrétion respiratoire ou cutanée déposés avec la vapeur d'eau au contact des murs et des planchers, et, dans les hôpitaux, les liquides pathologiques, sont refoulés dans les joints par le balai, ou ramollis en dessous par l'eau, forment un solutum sans nom qui va croupir dans les matériaux du hourdage. Le plancher lui-même, de bois blanc, par raison d'économie, est, par le piétinement, tout engravé de substances organiques dans ses couches superficielles.

C'est surtout là qu'il faut chercher le point de départ de cette odeur spéciale si repoussante qui se dégage de pareils locaux, odeur trahissant tout un travail de décomposition et de fermentation qui s'accomplit sourdement dans l'épaisseur et au-dessous des parquets, où s'élabore en réalité plus d'un foyer épidémique.

Ce ne sont pas là de simples vues de l'esprit, ni des inductions théoriques d'un chimiste, ou d'un pathologiste de cabinet.

En soulevant des parquets tenus secs, ou mouillés avec précaution et séchés avec soin, on ne trouve sur le hourdage qu'un dépôt pulvérulent, amassé par traînées correspondant aux interstices. Sous un plancher humide ou fréquemment arrosé, c'est une sorte de coagulum boueux, ce sont des croûtes, des pelotes d'argile concrétée et vermiculée sur toute la surface découverte. Sous de très vieux planchers, mal entretenus, il règne une couche presque uniforme d'une basse végétation de champignons ou de moisissures répandant, mise au jour, une odeur insupportable. A. Michaelis (1), médecin en chef à Insprück, qui constatait dans les premiers dépôts la présence de quelques rares bactéries, en trouvait en très grand nombre et bien mises en évidence par les réactifs d'aniline, dans les dernières concrétions, et il parvenait à les cultiver, en fortes colonies, dans le liquide de Pasteur (Penicillus. Cocco-bactéries). Ce coagulum, si riche en germes, est toujours alcalin; la distillation d'un extrait aqueux de ces produits dégageait l'odeur caractéristique et révélait des traces d'acides gras et d'acide formique. C'est là d'ailleurs une étude à peine ébauchée, mais pleine de promesses, et que Michaelis et Hœbisch poursuivent à cette heure.

(1) *Der Feldarzt*, 1882, n° 8, et *Internationale Revue*, 1882. *Der Fussboden der Kaserne.*

---

destinée à faire sensation dans le monde entier. Il ne s'agit de rien moins que de traiter le gosier humain de telle façon qu'il soit toujours facile d'obtenir des voix de basse, de soprano, de ténor ou de baryton au gré de l'opérateur! Il suffirait, paraît-il, de pratiquer une opération assez simple dans le larynx (?) pour obtenir ces résultats. Cette opération serait sans douleur et sans danger. »

La méthode pour faire des *soprani* masculins deviendrait ainsi moins périlleuse. Mais si le fait est vrai, ce que je ne puis affirmer ni nier, quelle baisse sur les ténors!

***

Le Congrès médical international de Copenhague, qui doit avoir lieu au mois d'août prochain, paraît devoir être aussi brillant que ses prédécesseurs. Quatre cents médecins étrangers ont répondu à l'appel qui leur a été fait par le comité, et ont annoncé des communications sur différents sujets. En France, les noms les plus marquants sont ceux de MM. Pasteur, Paul Bert, Ranvier, Charcot, Verneuil, Cornil, Hayem, Malassez, Chauveau, Ollier, Tripier, Lépine; en Italie, Bizzozero, Mosso, Golgi, Peromonto, Novaro, Reymond, Giacomo, Baccelli, Tomasi Crudeli; en Hollande, Donders, Guye, Engelmann, Heinsius; en Allemagne, Virchow, Ludwig, Esmarch, Volkmann, His, Braune, Kronecker, Munk, Kühne, Heiden, Hain, Vogt, Bernstein, Grohe. Les médecins les plus éminents de Suède et de Norwège sont devenus membres des divers comités d'organisation; de sorte que le Congrès, à la demande du président lui-même, aura un caractère tout à fait scandinave, et que les médecins de Suède et de Norwège viendront en aussi grand nombre que si le Congrès était le leur. Sans doute, au point de vue de l'éclat extra-

Voilà donc, pour ces auteurs, le corps du délit; voici maintenant les faits positifs d'observation justifiant cette manière de voir.

Dans l'hôpital n° 16 de Buda-Pesth régnait depuis longtemps une épidémie d'érysipèle chirurgicale qu'aucune précaution antiseptique ne parvenait à enrayer. On ne pouvait prendre le bistouri pour pratiquer la moindre opération sans provoquer un accident. C'est en désespoir de cause qu'on finit par penser à l'infection par les parquets, qui laissaient en effet fort à désirer. Remplacés, l'érysipèle disparaissait à tout jamais.

A Arad, même envahissement des salles par l'érysipèle; même efficacité de la réfection des planchers.

Ailleurs, des troupes, dont l'hygiène était irréprochable, sont envoyées une partie à Rocca, l'autre à Torboli. Un autre corps vient se joindre aux premières, et là, en huit jours, sur 450 hommes, 137 hommes sont atteints de scorbut, tandis qu'à Torboli la santé reste parfaite. La caserne de Rocca n'avait pas eu de scorbutiques depuis vingt ans; l'aération était bonne; jamais on n'y avait vu régner d'ophthalmie épidémique, etc. On ne trouva absolument à incriminer que le délabrement notoire, il est vrai, du plancher de deux chambres. On se hâta de pourvoir au remplacement de ces ais disjoints qui recouvraient l'amas caractéristique de moisissures et de concrétions d'une odeur repoussante. Cette opération mit fin à l'épidémie qui, fait remarquable, avait respecté les habitants d'un rez-de-chaussée sans parquet.

A Insprück, on se trouvait encore en présence, dans une vaste et salubre caserne d'artillerie, d'une épidémie de scorbut de cause inconnue. Les parquets semblaient en bon état. Néanmoins, en les ouvrant, c'était la même pollution.

Remarquons, en passant, combien ces faits donnent de poids à la doctrine soutenue avec tant de verve, mais sans grande faveur de l'opinion, par M. Villemin, il y a quelques années (1), de la nature infecto-contagieuse du scorbut, et aux vues étiologiques de Seeland, que nous mentionnions naguère ici (2). Seeland rapporte le scorbut qui sévit sur les garnisons russes de la Sibérie aux micro-organismes nés de l'humidité et de la vétusté

(1) Académie de médecine, séances des 11 et 18 août 1874.
(2) *St-Petersb. Med. Woch.* 1882, et *Union médicale*, 1884, n° 4.

---

scientifique (j'allais dire métallique), le Congrès de Copenhague ne pourra lutter avec celui de Londres, mais le Parlement danois et la ville de Copenhague prennent un grand intérêt à la réussite du Congrès, et le point de vue scientifique, le seul digne de ceux qui s'y rendront, ne laissera rien à désirer.

***

Un journal français publié à Londres, le *Courrier de l'Europe*, vient de publier le rapport du comité de l'Hôpital français pour l'année 1884, lu à l'Assemblée générale du 24 janvier par M. Eugène Rimmel, secrétaire honoraire. Il résulte de ce rapport que la diminution des recettes, qui avait été de 7,500 francs l'année dernière, a été comblée cette année; l'appel fait à la charité privée a été entendu, et les recettes de 1882 ont augmenté de près de 4,000 francs en 1883. Dans la liste des donateurs, nous trouvons au premier rang l'ambassade de France à Londres et le gouvernement italien. Les sujets de l'Italie sont très nombreux à Londres et trouvent des secours empressés auprès de nos compatriotes. Aussi le bal italien, organisé il y a quelques années par M. Manfredo Negro, partage-t-il ses bénéfices entre la Société italienne de bienfaisance et l'Hôpital français. Ce bal obtient un succès croissant tous les ans. La somme déjà fort belle de 2,875 francs réalisée pour chaque part en 1882 a été dépassée par celle de 1883, qui s'est élevée à 3,275 francs. Citons encore le Comptoir d'escompte et la famille Rothschild, qui donnent chacun 1,200 francs et sir Richard Wallace, la providence du pauvre, qui s'inscrit chaque année pour 1,000 francs.

Outre les dons en argent, le rapporteur mentionne de nombreux dons en nature, qui

©BIU Santé

de planchers pourris, et dont l'atmosphère de ces misérables habitations porte presque toujours les traces odorantes.

Des épidémies de fièvre typhoïde même ne reconnaissent pas d'autre cause. Dans la petite garnison de Larino, plus du tiers des troupes, 24 hommes, étaient atteints d'une forme grave de dothiénentérie qui avait causé 3 décès presque subits par hémorrhagie. L'attention fut attirée, à la fin, sur le parquet d'une chambrée dont les planches de sapin avaient joué par places. Pendant qu'on les enlevait, une forte odeur de moisi se répandit dans l'atmosphère: les planches et les lambourdes étaient à demi pourries, et tout le sol sous-jacent était tapissé d'une couche épaisse de végétation cryptogamique. Le commandant du fort, qui persista, malgré les avis, à se tenir au contact des ouvriers, était pris, le lendemain même, des premiers symptômes d'une fièvre typhoïde heureusement légère. L'évacuation, immédiatement décidée, coupa court à l'épidémie; l'emplacement fut désinfecté, le plancher refait à neuf. Depuis deux ans, il n'y a pas eu, à Larino, un seul cas nouveau de fièvre typhoïde.

II

J.-K. Köcher a observé des faits analogues (1). Un misérable ménage de domestiques, composé de 7 adultes et de 2 enfants, habitait une pièce dont le plancher de sapin, déjà ancien et posé directement sur le sol, était disjoint, au point qu'on pouvait soulever complètement une planche en pesant à son extrémité. Une odeur de moisi infectait le local. Le propriétaire se refusait à une réparation qui eût coûté 15 roubles. En quelques jours, deux de ces malheureux furent atteints de fièvre typhoïde, et l'un mourut. Köcher exigea la désinfection et la réfection du parquet, et, depuis un an et demi, aucun autre cas n'y a été observé.

Dans un autre quartier de Saint-Pétersbourg, Köcher eut encore à soigner, de la fièvre typhoïde, 7 personnes faisant partie d'une communauté d'ouvriers habitant dans trois chambres, au nombre de 22. Même disparition de la maladie, quand le plancher, dégradé, eut été enlevé et le hourdage désinfecté.

(1) *St-Petersb. Med. Woch.* 1883, n° 34.

---

ont servi à alléger les dépenses, en même temps qu'ils ont apporté un certain confort et un agréable changement à l'ordinaire des malades. Volailles, fruits, pâtisseries, vins et provisions de toute espèce sont arrivés principalement vers Noël et le Jour de l'an, de manière que les pauvres pensionnaires ont pu participé, dans leur retraite provisoire, aux fêtes qui avaient lieu au dehors. En tête des donateurs figurent M. et Mme Vintras, dont l'éloge est dans la bouche de tous les pensionnaires de l'Hôpital français.

Cette année, 346 malades ont séjourné dans ses petites salles; ils sont restés en tout 10,554 jours à l'hôpital; et 6,966 sont venus à la consultation. Ces chiffres disent assez quelle est l'importance de ce petit centre de secours. Aussi, le rapport de l'administrateur est-il des plus élogieux pour le corps médical: MM. Vintras, Mac Cormac, Mac Kellar, de Méric, Higgens et Hockley.

Nous nous faisons un devoir d'y joindre nos sincères félicitations.

***

Puisqu'aujourd'hui je tiens un mot de la fin, emprunté d'ailleurs au *Courrier de l'Europe*, permettez-moi de le placer:

— Baptiste, c'est insupportable! je viens de trouver encore un cheveu dans mon sirop!

— Monsieur a bien tort de s'étonner, puisque c'est du sirop capillaire.

SIMPLISSIME.

Port avait déjà eu l'occasion d'observer, à Wurzbourg et à Tubingue, qu'une épidémie de choléra avait affecté dans ces deux villes, au milieu de conditions identiques au point de vue de l'alimentation, de l'eau de boisson, de l'aération, de l'installation des latrines, les casernes seules dont les planchers étaient défectueux. C'est la reproduction du fait bien connu de Dantzig. Le choléra sévissait depuis longtemps sur un groupe d'habitations composant une sorte de cité ouvrière de 150 personnes, formée de 9 maisonnettes, dont 7 neuves, avec caves, rez-de-chaussée planchéié, et 2 au milieu du groupe, de construction plus ancienne, sans cave ni sous-sol, avec un sol de terre battue. Or, de ces deux dernières habitations, pas un seul occupant ne tomba malade, tandis que les autres payèrent un tribut énorme à la maladie et éprouvèrent 17 décès. On admit ici que l'argile desséchée, compacte, rendue imperméable par le tassement, avait empêché l'accès des gaz du sol, ce que n'avait pu faire un plancher poreux, agent efficace, bien plutôt, de propagation. Pirogoff, notons-le incidemment, avait beaucoup loué, dans l'hygiène des Wolhyniens, ce sol d'argile battue qu'on s'est peut-être trop hâté de condamner dans nos campagnes.

C'est un de nos compatriotes, M. le docteur Dumesnil, qui prouvait récemment la nocuité des matières organiques enlisées, par un long usage, dans les couches superficielles de nos parquets, et complétait ainsi la démonstration commencée en Allemagne (1).

Frappé de la mauvaise odeur exhalée par certains dortoirs de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, odeur que le lessivage des plafonds, le grattage des murs et le lavage des parquets de bois de chêne non ciré ni vernissé, ne parvenaient pas à chasser, M. Dumesnil l'attribua à l'imprégnation des planchers par les matières organiques. Une lame en fut portée au laboratoire municipal ; elle fut d'abord raclée pour obtenir l'enduit de poussière, puis rabotée pour l'examen des couches superficielles du bois.

La poussière fut ensemencée dans le liquide de Raulin et dans du bouillon de poulet, par les soins de M. Pabst. Dans le premier liquide, il se développait quelques bactéries vulgaires, une variété de bactéridie immobile au moment de l'observation, et des torules (*torula sacchari*). Dans le bouillon, production luxuriante de bactéries (*bacterium termo et lineola*), de spirillaires, de vibrions et de bacilles. Deux cent. cubes de ce bouillon injectés par M. Nocard, sous la peau des cuisses d'un lapin, déterminaient, dès le lendemain, une fièvre intense, et l'animal mourait quelques jours après, avec les lésions de la septicémie lente.

Les copeaux soumis à l'ébullition avec la potasse dégageaient une petite quantité d'ammoniaque; le bois était très profondément imprégné et altéré.

M. Dumesnil est donc fondé à réclamer que les planchers, même de bois dur (et on ne devrait pas en employer d'autre), soient cirés ou revêtus d'un de ces enduits siccatifs qui obturent les pores du bois. Mais il ne nous est pas démontré qu'on obtienne autre chose, par l'emploi des procédés domestiques les plus en faveur (encaustiçage, badigeon à l'huile de lin, etc.), qu'un trompe-l'œil capable d'inspirer une fausse sécurité. On a conseillé l'usage de bois injectés, mais encore faut-il que la substance chimique introduite ne puisse être dangereuse pour les habitants, devant être mise en liberté par l'usure incessante du bois et mêlée à l'atmosphère sous forme d'une poussière très ténue. Michaelis conseille le badigeonnage de toutes les pièces du parquet au sublimé et au goudron. La carbonisation superficielle ou le flambage compromettrait sans doute la solidité des matériaux. Le procédé employé en Amérique pour les travaux de chemin de fer (bain de sel marin concentré) pourrait-il trouver ici, comme le pense Köcher, son

(1) *Revue d'hygiène* de Vallin, 1883, n° 4 et suivants (séances de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle).

©BIU Santé

application? De toutes façons, on peut déjà recommander que l'assemblage des lames de parquet n'ait pas lieu par simple juxtaposition, mais bien par l'emboîtement plus hermétique, au moyen de rainures et de languettes, renforcé au besoin de tenons métalliques. Par les mêmes considérations, ces élégants parquets à *bâtons* rompus, à *fougère*, à *mosaïques* qui multiplient les articulations, nids à poussières et à ferments, sont hygiéniquement inférieurs aux simples planchers à lames droites. Enfin, un enduit imperméable mastiquera les interstices. On comprend toute la portée de ces menus détails.

Un autre problème incomplètement résolu est celui de l'entretien de ces parquets. Les lavages à grande eau sont absolument à bannir pour les planchers à nu. Le briquage et le ponçage comme sur les ponts de navires, usent le bois et en affinent la porosité. On a la preuve de la difficulté d'une solution pratique dans la multiplicité contradictoire des procédés proposés pour les casernes et restés d'ailleurs le plus souvent à l'état de lettre morte : calfatage, emploi de la sciure de bois, du sablon humide additionné de soude, de potasse, d'acide phénique, etc.

Vallin conseille entre autres le lavage à la brosse avec une très petite quantité d'eau contenant 1 p. 100 de chlorure de zinc. Köcher et Michaelis recommandent, au lieu de sablon, le liquide de Suverne (chaux éteinte 100, goudron 15, chlorure de magnésium 15), bon antiseptique, peu coûteux, sans odeur.

Quant aux matériaux du hourdage, indépendamment d'un choix judicieux, Emmerich a insisté sur la nécessité d'une désinfection chimique préventive. On s'est préoccupé aussi d'assurer la circulation de l'air confiné sous les parquets en déterminant un appel au moyen des poêles de chauffage existants. Ce procédé a été appliqué avec des résultats satisfaisants, dit-on, dans tous les établissements publics de la ville de Francfort (1). Nous n'avons pas, malgré d'assez longues recherches, rencontré d'autre trace des préoccupations que l'hygiène de cette partie du bâtiment aurait pu légitimement faire naître dans l'esprit des constructeurs.

La véritable solution se trouvera dans la généralisation des planchers pleins, de matériaux en partie imperméables, dont l'adoption est retardée, pour la majorité des maisons privées, par quelques difficultés qui n'ont rien d'insoluble (surcharge des charpentes, froid, prix de revient). L'emploi du béton sur charpente de fer, comme dans les systèmes déjà anciens Fox et Barrett, Bleuze, etc., était un acheminement. Dans le procédé dit Gourgochon, plus ou moins modifié, qui a été employé dans les casernes des nouveaux forts autour de Metz, et qui a prévalu dans quelques-unes de nos plus récentes constructions militaires, à la surface d'un béton ou d'une couche de sable, on étale une nappe de goudron de gaz ou de bitume sur laquelle on applique directement les lames du parquet. De tels planchers en bois de chêne scellé au bitume font depuis vingt-cinq ans un excellent usage aux rez-de-chaussée de l'hôpital de Vincennes.

Sans prétendre que l'idéal hygiénique, confortable et économique du parquet soit ainsi atteint, assertion qui, comme au professeur Trélat, nous paraîtrait prématurée, on doit convenir que, dans les conditions actuelles de notre architecture domestique, il y a là un progrès sérieux réalisé.

La sous-commission des hôpitaux s'est ralliée récemment aux carreaux rouges, polis, faciles à nettoyer, joignant bien. Tous les carrelages sont froids et humides, et l'assemblage, forcément imparfait, donne-t-il des garanties suffisantes contre les infiltrations dans le sous-sol, ou inversement contre l'accès de ses émanations?

En viendra-t-on enfin au simple revêtement de béton, de ciment (Tollet)

(1) *Revue de l'architecture et des travaux publics*, 1860, p. 94. Voir aussi *Gazette des architectes et du bâtiment*.

©BIU Santé

ou d'asphalte? Une très intéressante communication de M. Kœchlin-Schwartz à la Société d'hygiène professionnelle (1) est venue révéler l'influence pernicieuse et bien inattendue des parquets d'asphalte sur la santé des ouvriers des filatures. On a bien tenu compte des indications de l'hygiène, en remplaçant les immenses fabriques où s'entassaient, sur quatre ou cinq étages, des légions d'ouvriers, par de vastes rez-de-chaussée baignant dans l'air et la lumière. Dès lors, aux planchers ont succédé l'asphalte, le ciment, les carreaux ou les briques. Or M. Kœchlin-Schwartz observe qu'un grand nombre d'ouvriers ont aujourd'hui les jambes enflées, accident qui ne se présentait jamais autrefois, alors même que les journées, ramenées maintenant à dix heures de travail, étaient de douze, treize, quinze heures. Les ouvriers redoutent surtout l'asphalte, puis le ciment, enfin les carreaux et les briques. Les planches sont les moins incriminées. Ce n'est pas une simple question de froid au pied : c'est bien l'asphalte ou le ciment même qu'accusent les patients, et les observations de Kœchlin-Schwartz confirment leur dire : les carreaux et les briques ne sont pas moins froids ; ils n'ont pas le même inconvénient.

Rappelons encore que les surfaces asphaltées, ne présentant pas une résistance suffisante, peuvent s'affaisser par places et se creuser de godets où l'humidité s'accumule. Bœhm (2) a rapporté l'exemple d'une église dont l'asphalte ainsi dégradée avait été le point de départ d'émanations ayant déterminé chez plusieurs personnes de véritables fièvres d'accès.

R. LONGUET.

(1) *Revue d'hygiène*, 1883. *Loc. cit.*
(2) Bœhm. *Gesundheitspfl. f. das D. Leer*, 1873, p. 124.

BIBLIOTHÈQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES TUMEURS SOLIDES DU SCAPULUM, par le docteur R. DE LANGENHAGEN, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Delahaye et Lecrosnier, 1883.

L'étude des tumeurs solides de l'omoplate est relativement peu connue, et le travail consciencieux et plein d'érudition que vient de publier notre distingué collègue M. R. de Langenhagen mérite d'être accueilli avec faveur par le public médical. Il consiste en une série de considérations cliniques et opératoires, dont la valeur et l'intérêt sont en rapport avec les recherches bibliographiques auxquelles a dû se livrer l'auteur, pour traiter d'une façon complète un sujet aussi vaste, quoiqu'en apparence assez limité. C'est une sorte de revue critique, faite surtout au point de vue clinique, et par là même d'une grande utilité pratique. Cet intéressant travail comprend deux parties : la première est consacrée à l'étude clinique des tumeurs solides du scapulum ; la seconde, à leur traitement et à la description des divers procédés opératoires.

Dans une sorte de préambule, nous trouvons exposées quelques généralités sur le siège, le point de départ, et le début des tumeurs de l'omoplate, et sur les rapports qu'elles peuvent affecter avec les organes voisins, articulations ou muscles. Les différentes formes du sarcome osseux paraissent être les altérations les plus fréquentes, et ont dû être souvent confondues avec le carcinome vrai dans beaucoup d'observations anciennes. L'auteur pose ensuite les données du problème à résoudre pour arriver au diagnostic : 1° il faut déterminer le siège exact de la tumeur ; 2° reconnaître la nature du néoplasme, sa bénignité ou sa malignité. Dans le premier chapitre, les tumeurs du scapulum sont différenciées des affections qui pourraient les simuler, et distinguées ensuite les unes des autres. La scapulalgie, un cal vicieux, une luxation ancienne non réduite de la tête humérale, des abcès ossifluents volumineux, certains kystes hématiques, les lipomes, les tumeurs superficielles, les tumeurs intra-musculaires, les indurations ganglionnaires, enfin les tumeurs nées des os voisins, côtes, humérus, clavicules, sont successivement passées en revue et éliminées. Le deuxième chapitre a pour objet de déterminer la nature de la tumeur, une fois son siège et son identité bien établis. Au début, le diagnostic précis est presque impossible, et pourtant « le temps est précieux, et chaque

©BIU Santé

« jour de retard peut être préjudiciable aux malades et aux chances de l'opération ! » Les tumeurs superficielles sont faciles à reconnaître : les exostoses tant ostéogéniques que syphilitiques, les gommes de la région ne peuvent guère être confondues avec les tumeurs malignes. A côté de ces dernières, il faut placer les enchondromes, tumeurs volumineuses, à marche lente et indolente, mais pouvant récidiver et se généraliser, et tenant le milieu entre les productions locales et les néoplasmes malins. Nous arrivons à l'étude clinique des ostéosarcomes, et c'est là le point capital, le clou de la première partie. Par ostéosarcomes, il faut entendre toutes les tumeurs malignes, et sous cette dénomination prise dans son sens le plus général, dans son acception clinique, il faut comprendre les tumeurs à myéloplaxes, les tumeurs fibro-plastiques, et les cancers, qui se manifestent le plus souvent sous la forme encéphaloïde. L'absence de douleurs spontanées, la marche plus lente de l'affection, l'existence du bruit de parchemin, une fermeté moins grande, une tendance moins marquée à envahir et à ulcérer la peau : tels sont les principaux signes, qui permettent de différencier une tumeur myéloplaxique d'une tumeur fibro-plastique. La distinction est cliniquement beaucoup plus difficile à faire entre ces dernières et les encéphaloïdes, et l'on ne peut guère se fonder que sur la rapidité de la marche de l'affection, et de l'apparition de la cachexie cancéreuse pour reconnaître l'encéphaloïde. Quoi qu'il en soit, tous ces néoplasmes à marche progressive et fatale ne sont passibles que d'un seul traitement, l'intervention chirurgicale, dont l'auteur ne se dissimule pas l'impuissance, hélas ! trop fréqente. Aussi termine-t-il la première partie de son travail par cet aveu, dont la simplicité, empreinte d'une réelle tristesse, est marquée au coin de la plus grande honnêteté scientifique : « L'opération est la seule ressource, à condition qu'elle soit pratiquée à temps; encore ne fait-elle bien souvent que retarder la récidive sur place, ou la généralisation ! »

Dans la deuxième partie de sa thèse, M. de Langenhagen, après avoir donné quelques excellents conseils sur la manière d'apprécier la valeur réelle d'une opération, se place surtout sur le terrain chirurgical, et divise les faits par catégories suivant la nature de l'opération pratiquée. Comme la résection partielle ou totale de l'omoplate accompagne le plus souvent l'ablation de la tumeur, la description des procédés opératoires est précédée d'un intéressant historique. Velpeau, Lisfranc, Malgaigne, n'ont dit que fort peu de chose sur les amputations de l'omoplate; Pétrequin (1860) et Michaux (1866) ont laissé deux mémoires assez complets sur ce sujet; depuis les thèses de Levrey (1869), de Demandre (1873), et des observations isolées telles que l'observation de Michel, de Nancy (1874), les travaux de Beckel (1875) et de Heyfelder ont permis de comparer les différentes méthodes, et d'arriver à des conclusions éminemment pratiques. Les résections totales ou extirpations comprenant l'extirpation du scapulum seul, l'extirpation de cet os après l'ablation du bras (amputation inter-scapulo-thoracique); les résections partielles, subdivisées en amputations de l'omoplate, résections de la fosse sous-épineuse, de l'angle inférieur, de l'angle supérieur et interne, de l'angle externe, de l'épine, d'un des bords, de l'acromion, sont successivement examinées, et à propos de chacune de ces opérations sont décrits les différents procédés opératoires (incisions de Syme, de Langenbeck, de Chassaignac, de Michel, etc.). Le mode opératoire, employé avec tant de succès par M. Desprès, pour pratiquer l'ablation simultanée de l'omoplate et du bras, est exposé dans tous ses détails, de manière à pouvoir apprécier ses avantages et sa simplicité. Chacun de ces articles est accompagné d'un petit tableau statistique réunissant les principaux cas observés. Enfin l'auteur termine son travail par cinq observations inédites, auxquelles les habiles dessins de notre collègue M. Malibran ajoutent un intérêt direct, permettant de juger d'un simple coup d'œil la forme, le volume et l'aspect général de la tumeur, et de contrôler, s'il en était besoin, l'exactitude de la description clinique. En résumé, et telles sont les conclusions de M. de Langenhagen, autant les résections partielles de l'omoplate sont d'un pronostic favorable, autant les extirpations et les amputations sont dangereuses à cause du voisinage de l'articulation scapulo-humérale, et de la production possible de fusées purulentes dans l'aisselle, le long du thorax, et jusque dans le bras. La méthode sous-périostée doit être préférée à la méthode ancienne ; mais la conservation du périoste n'est possible que dans les cas de tumeurs bénignes; et il est de toute nécessité de le sacrifier dans les cas de tumeurs malignes, là où le principal danger consiste dans une récidive rapide.

Maurice Notta.

Considérations sur quelques points de la paralysie générale, par le docteur Th. Grégoire. Paris 1883. Delahaye et Lecrosnier.

Dans cette thèse, M. Grégoire s'efforce d'étudier cliniquement quatre points principaux de la paralysie générale; c'est-à-dire son mode de début, ses relations avec la syphilis,

sa forme congestive ou paralytique, les diverses rémissions qu'elle présente et enfin ses caractères anatomo-pathologiques. Ce mémoire est un exposé de l'état actuel de chacune de ces questions pathologiques, et possède par conséquent la valeur d'un document bibliographique pour les futurs historiens de cette affection. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 février 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. le ministre du commerce informe l'Académie que, conformément à la liste présentée par la savante compagnie, il a nommé M. Boucher à la chaire de géométrie laissée vacante au Conservatoire des arts et métiers par le décès de M. de la Gournerie.

M. Tacchini adresse le résumé des taches du soleil pour l'année 1883.

L'Université d'Edimbourg, à la veille de célébrer le 300e anniversaire de sa fondation, invite l'Académie des sciences à déléguer un ou plusieurs de ses membres pour assister à cette solennité.

M. Edm. Becquerel met sous les yeux de ses confrères un nouveau bec à gaz, inventé par M. Clamond, et dont le pouvoir éclairant est aux autres becs, toutes choses égales, d'ailleurs, comme 3 est à 1.

L'intensité lumineuse est obtenue par l'interposition, dans la flamme, d'une sorte de mèche en magnésie filée.

M. Faye décrit au tableau un appareil destiné à mesurer la force de la radiation solaire, appareil qui est installé et qui fonctionne à l'observatoire de M. Hirn, à Colmar.

M. Pasteur dépose sur le bureau un mémoire de M. Johannès Chatin sur l'anguillule des oignons; et un autre mémoire de M. Duclos, qui ramène à la seule caséine une vingtaine de matières albuminoïdes, successivement signalées dans la composition du lait.

M. Daubrée montre un fragment de météorite tombée à Odessa, le 19 novembre 1881. La météorite entière pesait environ 8 kil.

M. Alph. Milne-Edwards fait hommage, au nom de M. Salvatori, de 2 vol. in-4° *Sur l'ornithologie de la Nouvelle-Guinée.*

M. Hébert présente: une thèse de M. A. Pomel portant pour titre: *Classification méthodique et générale des Echinides vivants et fossiles;* et les livraisons 30 à 36 de la *Paléontologie française:* terrain crétacé, zoophytes, par M. de Fromentel; terrain jurassique, échinodermes réguliers, par M. G. Cotteau.

M. F. Tourneux prie l'Académie de comprendre parmi les pièces destinées au concours pour le prix Godart, en 1884, deux mémoires qu'il a adressés en mai 1883, et qui ont pour titres : *Des cellules interstitielles du testicule*, et *Des restes du corps de Wolff chez l'adulte.*

M. Chevreul fait une communication sur un phénomène de vision produit par la lumière d'un incendie et d'une flamme propre à l'éclairage de la voie publique : « L'incendie qui a eu lieu, dit-il, le 31 janvier 1884, à la cité Joly, n° 11, rue du Chemin-Vert, et dont j'ai observé les progrès durant environ une heure d'une des fenêtres de la maison que j'habite au Muséum d'histoire naturelle, m'a permis d'examiner l'influence de la lumière, partant du violet-rouge jusqu'au rouge-orangé, sur la flamme d'un bec de gaz éclairant la voie publique; flamme que je ne voyais que lorsque le vent courbait les branches d'arbres interposées entre la cité Joly et le Muséum.

« Eh bien, la lumière du gaz d'éclairage m'a présenté, pendant trois quarts d'heure, les couleurs complémentaires des lumières de l'incendie, à savoir du jaune-vert au vert et au bleuâtre, et je ne me trompe pas en disant que les sensations se rapportaient à la fois au contraste simultané et au contraste successif, suivant que je voyais les deux lumières à la fois, ou que je n'en voyais qu'une seule. »

— La séance est levée à quatre heures vingt minutes. — M. L.

©BIU Santé

VARIÉTÉS

LE DOCTEUR MENDEZ ALVARO.

C'était une des figures les plus sympathiques du corps médical espagnol que le docteur Mendez Alvaro. Le 9 décembre dernier, un grand nombre de médecins de Madrid et des provinces célébrait dans un banquet le cinquantenaire scientifique de cet éminent et savant confrère. Dix jours plus tard il succombait, et une foule non moins nombreuse et non moins triste se pressait derrière son cercueil.

Doyen et fondateur de la Société espagnole d'hygiène, président de l'Académie royale de médecine, directeur du journal *El Siglo medico*, le docteur Mendez Alvaro était l'infatigable auteur de nombreuses publications. En 1835, il avait fait paraître un *Manuel d'auscultation*; en 1837, une *Etude* sur la grippe, et, depuis, un mémoire sur la *lèpre en Espagne*; ouvrages d'ailleurs estimés. Il était aussi un vulgarisateur et ses compatriotes lui doivent de bonnes traductions d'ouvrages empruntés à notre littérature médicale : la *Pathologie* de Chomel, la *Clinique* d'Andral, la *Pathologie externe* de Vidal, le *Traité des accouchements* de Chailly-Honoré, etc.

Sur la brèche du journalisme médical, notre courageux confrère a toujours plaidé énergiquement en faveur des intérêts professionnels et scientifiques du corps médical espagnol. D'ailleurs, dans ses hautes fonctions publiques, comme alcade de Madrid et comme député aux Cortès, il mettait son influence au service de la science et de ses confrères. Savant distingué, écrivain éminent, enfin homme de bien, le docteur Mendez Alvaro occupait une grande place parmi ses compatriotes. Sa mort est un deuil national pour l'Espagne. Aussi nous associons nos regrets sincères à ceux de la rédaction du vaillant journal *El Siglo medico* dont il fut le créateur, et dont les savants rédacteurs rendent si équitablement hommage à sa mémoire et s'inspirent de son noble exemple.

C. Eloy.

COURRIER

Nécrologie. — M. le docteur Houzelot, médecin en chef honoraire de l'hôpital général de Meaux, chevalier de la Légion d'honneur, est mort à Meaux le 10 février, dans sa 82e année.

Fils d'un médecin qui avait eu une très grande réputation à Meaux et dans tout l'arrondissement, Houzelot soutint le 6 juin 1827 sa thèse « Sur la fracture du maxillaire inférieur », et y exposa l'appareil dont il est l'inventeur et qui porte son nom.

De retour à Meaux, il devint chirurgien de l'hôpital général, médecin en chef des épidémies, vice-président du Comité d'hygiène, etc. Il était membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris. Il fut le premier médecin en France qui appliqua le chloroforme dans les accouchements, et il a publié, en 1854, un volumineux mémoire sur cette question.

Décorations universitaires. — M. Herbet, professeur de l'Ecole d'Amiens, et directeur honoraire de cet établissement, vient d'être nommé officier de l'instruction publique.

École de médecine de Tours. — M. Grandin, professeur de chimie et de toxicologie, est chargé, en outre, d'un cours de physique à ladite École.

Instruction publique. — MM. les docteurs Ollivier et Rebory sont nommés, pour trois ans, membres du Conseil départemental de l'instruction publique des Basses-Alpes.

Cours sur les eaux minérales. — Le docteur Durand-Fardel commencera ce cours le lundi 18 février, à cinq heures, dans l'amphithéâtre numéro 3 de l'École pratique (rue de l'Ecole-de-Médecine), et le continuera à la même heure les lundi et vendredi de chaque semaine.

Ce cours sera fait en 12 leçons.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. Rendu : Rétrécissement non congénital de l'artère pulmonaire : endartérite végétante. — II. Polaillon : Kyste hydatique de la paroi abdominale. — Ponction. — Suppuration de la poche. — Guérison. — III. Bibliothèque — IV. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — Société de médecine de Paris. — V. Courrier.

Rétrécissement non congénital de l'artère pulmonaire : endartérite végétante (1).

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 décembre 1883.

Observations et réflexions, par M. Rendu, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

L'*autopsie*, pratiquée le lendemain, fit voir les lésions suivantes.

Le *cœur* est volumineux. Dépouillé de ses caillots, il pèse 537 grammes ; à la surface du ventricule droit et surtout sur l'oreillette droite se voient de nombreuses plaques laiteuses qui se prolongent en s'épaississant sur l'artère pulmonaire.

La forme est très spéciale. Le cœur droit est d'un tiers plus volumineux environ que le cœur gauche. Le ventricule droit déborde complètement son congénère, qui a l'air de lui être accolé : à lui seul il constitue toute la pointe du cœur qui se trouve ainsi reportée en dedans (circonstance qui avait été notée pendant la vie du malade). Il s'ensuit que la forme générale de l'organe est modifiée, et que son diamètre transversal est à peu près égal à son diamètre longitudinal. (Dimensions : bord droit, depuis le sillon auriculo-ventriculaire jusqu'à la pointe, 12 cent. 1/2 ; bord gauche, 10 centimètres ; diamètre transversal à la base des ventricules, 12 centimètres.)

La paroi du ventricule droit est énormément hypertrophiée : elle atteint près de 3 centimètres (28 millimètres). Le tissu musculaire est ferme, d'un rouge un peu pâle, mais sans apparence de dégénérescence graisseuse. La cavité ventriculaire est pour ainsi dire vide de caillots. Cette cavité, notablement agrandie, semble divisée en deux loges, l'une située au-dessous de l'insertion des muscles papillaires ; elle a les dimensions du cœur droit normal ; l'autre formée par l'infundibulum considérablement dilaté, et doublé d'épaisses parois musculaires.

L'*oreillette droite*, notablement agrandie, a ses parois épaisses et hypertrophiées, mais beaucoup moins, proportionnellement, que le ventricule. Elle renferme un énorme caillot fibrineux, décoloré, peu adhérent, évidemment récent. La valvule tricuspidienne est absolument normale et il n'y a aucune trace d'insuffisance valvulaire, ce qu'avait déjà fait pressentir l'examen clinique du malade.

La cause de cette excessive hypertrophie du cœur droit réside dans l'état de l'artère pulmonaire. Celle-ci présente en effet des lésions considérables. En l'ouvrant en aval de l'insertion des valvules sigmoïdes, on aperçoit une sorte de diaphragme convexe, presque complètement imperméable, recouvert d'une grosse végétation fibrineuse, du volume d'une petite noisette qui masque le pertuis par lequel passait le sang lancé par le ventricule. Ce diaphragme est formé par la soudure intime des trois valvules sigmoïdes, qui sont accolées par leurs bords et laissent entre elles un petit orifice déchiqueté de *2 millimètres et demi de diamètre*, moins gros que le calibre d'une plume d'oie. C'est sur le bord libre de ce pertuis que s'insère par un pédicule assez étroit, mais résistant, la végétation fibrineuse précédemment décrite. Un très mince caillot cruorique oblitère, au moment de l'autopsie, la lumière de l'orifice valvulaire. Ces valvules ainsi cohérentes sont encore relativement souples, quoique épaissies ; elles n'ont nullement subi la dégénérescence calcaire, et, à leur point de soudure, elles affectent la forme et l'aspect de tractus fibreux cicatriciels.

Vues par leur partie profonde, du côté de l'infundibulum, elles forment une sorte de dôme concave, inséré sur un véritable anneau fibreux : l'insertion semi-lunaire des lames valvulaires a complètement changé d'aspect. Comme l'infundibulum est très dilaté en amont, et qu'en aval le calibre de l'artère pulmonaire est également agrandi, il s'ensuit que le point d'implantation des valvules se fait au niveau d'un véritable étranglement.

L'artère pulmonaire, en aval du rétrécissement, n'est point diminuée de calibre comme on pourrait le croire. Loin de là, elle semble manifestement dilatée. Immédiatement au-dessous de la lésion valvulaire, la circonférence du vaisseau mesure 7 centimètres,

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 12 février 1884.

©BIU Santé

alors que celle de l'aorte, au point similaire, n'est que de 53 millimètres. Le calibre de l'aorte va diminuant rapidement, et au-dessous de l'émergence de l'artère sous-clavière gauche, il n'atteint que 23 millimètres. Il semble donc y avoir une véritable atrophie de l'aorte, tandis que l'artère pulmonaire est manifestement dilatée.

Cette dilatation n'est pas seulement un résultat de la distension mécanique de l'artère par le sang: elle indique également un certain degré d'inflammation. Ce qui le prouve, c'est la présence d'une plaque d'endartérite végétante sur la paroi artérielle, à 3 centimètres en aval de la lésion valvulaire. Cette plaque se présente sous la forme d'un amas de végétations fibrineuses plus ou moins organisées, disposées en choufleur.

Le reste du cœur est absolument normal. Le ventricule gauche n'est point hypertrophié: l'oreillette correspondante est manifestement plus petite que l'oreillette droite; il n'existe aucune lésion, ni sur la valvule mitrale ni sur les valvules sigmoïdes aortiques.

Un point qu'il importe de mettre en relief, c'est l'absence de toute communication anormale entre les cavités auriculaires ou ventriculaires. Le trou de Botal est complètement fermé, ainsi que la cloison interventriculaire qui n'offre aucun défaut de continuité. Ceci démontre d'une façon péremptoire que le rétrécissement de l'artère pulmonaire s'est fait postérieurement à l'occlusion du trou de Botal et du septum ventriculaire, par conséquent, que la lésion n'est pas congénitale.

Les lésions *du poumon* sont celles qu'on avait prévues. Les deux poumons sont congestionnés, atélectasiés et splénisés, surtout en arrière et aux bases: il y a même une véritable hépatisation chronique dans le lobe inférieur. La charpente fibreuse du parenchyme semble augmentée d'épaisseur; il y a un commencement de sclérose sur quelques points: mais nulle part n'existent de foyers d'apoplexie, fait d'autant plus remarquable, que la présence de végétations fibrineuses au niveau du rétrécissement et au-dessous de lui, rendaient très possible la supposition d'embolies pulmonaires. Il n'existe non plus aucune trace de tubercules: au sommet droit, se voit un noyau de pneumonie fibreuse d'ancienne date, entourant une bronche dilatée pleine d'une sorte de mastic.

Les *reins* sont profondément altérés. Ils sont volumineux et pèsent, l'un 242 gr., et l'autre 250 gr. Leur capsule se décortique facilement, mais enlève en même temps des débris de parenchyme cortical. L'apparence extérieure n'est pas complètement celle du gros rein blanc; elle est plutôt celle du rein amyloïde, avec son aspect cireux et son éclat gras. Cependant, la réaction classique avec de la teinture d'iode ne confirme pas la dégénérescence amyloïde.

Le tissu des pyramides et les tubes droits paraissent peu malades; mais il y a une congestion vasculaire excessive à la périphérie des pyramides, et même quelques points ecchymotiques. La région corticale est également congestionnée, pâle dans les régions sous-jacentes à la capsule de Glisson, plus colorée au voisinage des pyramides. Les parties les plus malades correspondent aux colonnes de Bertin, qui sont graisseuses et manifestement dégénérées. Les glomérules de Malpighi sont peu saillants. Quelques ecchymoses se voient également dans la substance corticale, au-dessous de la capsule d'enveloppe.

Le bassinet est congestionné, épaissi, rempli d'urine légèrement sanguinolente.

Le *foie* est volumineux et pèse 2,500 gr. Il offre l'apparence bien connue du foie muscade, avec un degré de pigmentation plus accentué qu'à l'ordinaire.

Nous croyons devoir attirer l'attention sur quelques points spéciaux de cette présentation.

En premier lieu, l'*excessive étroitesse du rétrécissement* de l'artère pulmonaire est un fait bien extraordinaire. Lorsque l'on songe qu'à chaque systole cardiaque une égale quantité de sang devait pénétrer le poumon et dans la grande circulation, et que l'issue de cette masse de sang devait se faire par un orifice de 2 millimètres 1/2, on a de la peine à comprendre comment la vie a pu se maintenir si longtemps, avec si peu de désordres circulatoires. Il est incontestable, en effet, que la lésion datait sinon des premiers jours de la vie, au moins de l'enfance; le malade, du plus loin qu'il remontait dans ses souvenirs, affirmait n'avoir jamais pu courir sans s'essouffler vite. Le rétrécissement existait donc depuis une quinzaine d'années au moins. On peut se demander si la lésion a toujours été aussi considérable, et si la soudure valvulaire était d'emblée aussi intime. Il

©B... Santé

est difficile de répondre à cette question; cependant l'examen de la pièce semble montrer que depuis bien longtemps déjà toute trace d'inflammation avait disparu au niveau des valvules, et qu'il restait exclusivement un tissu fibreux cicatriciel.

Forcément donc, du fait du rétrécissement, la tension sanguine devait être considérable en amont de l'obstacle, et ainsi s'expliquent probablement les lésions congestives du foie et sa pigmentation, indice de troubles circulatoires anciens. Mais, de plus, il est très probable que la tension en aval du rétrécissement était également assez élevée, car l'artère pulmonaire est uniformément dilatée au-dessous des valvules sigmoïdes; la présence d'une plaque d'endartérite végétante est également une preuve qu'à ce niveau existait une sorte de stase sanguine, un peu analogue ce qui se passe dans les poches anévrysmales.

Par contre, il est certain que pour équilibrer la tension sanguine dans la grande et la petite circulation, l'aorte recevait et envoyait peu de sang dans les organes à chaque systole ventriculaire. Ce qui le prouve, c'est la diminution de calibre du vaisseau, très manifeste dès son origine, et surtout évidente au delà des sous-clavières. On pouvait le présumer cliniquement en voyant la petitesse du pouls et le tracé sphygmographique de l'artère radiale. Il faut sans doute attribuer à cette disposition la pâleur habituelle du malade, ses vertiges, et tous les signes d'anémie cérébrale qu'il présentait d'une façon si caractérisée.

L'excessif degré du rétrécissement pulmonaire rend parfaitement compte, également, des singuliers phénomènes sthétoscopiques constatés du vivant du malade. Lorsque le ventricule droit se contractait, la valvule tricuspidienne se fermait régulièrement et le premier bruit était unique, bien frappé, ce qui prouve que les deux valvules auriculo-ventriculaires fonctionnaient d'une manière synchrône. Mais, en raison de la coarctation excessive de l'artère pulmonaire, le sang ne commençait à franchir l'obstacle des sigmoïdes que tardivement, alors que pour l'oreille le petit silence était déjà en partie terminé. Par contre, le souffle durait longtemps, empiétant sur le second bruit et même parfois dans le grand silence, parce que l'ondée sanguine mettait du temps à traverser un pertuis aussi étroit. De là ce bruit singulier, qui était rude et râpeux comme un souffle de rétrécissement, mais qui succédait assez tardivement à la systole ventriculaire pour faire croire, au premier abord, à un bruit diastolique.

Je ferai remarquer, à ce propos, comme signes diagnostics du rétrécissement de l'orifice pulmonaire : 1° l'importance de la localisation du souffle sous la clavicule gauche, dans le troisième espace intercostal, localisation signalée par MM. Salmon et Constantin Paul comme presque pathognomonique ; 2° la valeur du battement de la pointe du cœur *en dedans* de la ligne mamelonnaire, alors que la percussion indiquait une hypertrophie de l'organe ; enfin, comme signe accessoire moins important, mais confirmatif des précédents, l'étendue de la matité transversale du cœur qui équivalait dans le cas présent, à peu de chose près à la longueur du bord droit de l'organe.

Il n'est pas sans intérêt non plus de faire observer que, contrairement à la loi pathologique établie par M. Constantin Paul, et si souvent vérifiée depuis, ce malade n'est pas devenu tuberculeux. Il a succombé aux progrès d'une néphrite à marche rapide, qui parut se développer à l'occasion d'un refroidissement, mais qui, en réalité, préexistait à cette circonstance occasionnelle, car, dès l'entrée du malade, j'avais constaté des traces d'albumine dans l'urine. Le fait n'en est pas moins intéressant, car du moment où se déclara la complication rénale, l'état général devint immédiatement grave, et la congestion pulmonaire fit sentir ses fâcheux effets sur le cœur. Jusqu'alors, l'énorme lésion dont cet organe était atteint avait été régulièrement compensée, grâce à l'énergie du ventricule, à l'intégrité des fibres

©BIU Santé

musculaires et au bon état du poumon : à partir de ce moment, tous les phénomènes de l'asystolie se développèrent rapidement et amenèrent en six semaines la mort du malade.

Kyste hydatique de la paroi abdominale. — Ponction. — Suppuration de la poche. — Guérison.

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 décembre 1883,

Par M. POLAILLON.

Le nommé R..., âgé de 16 ans, imprimeur, est né à Paris, qu'il n'a jamais quitté.

Aucun antécédent morbide, si ce n'est une chute d'un troisième étage, il y a un an, chute qui n'a pas laissé de trace.

Un mois après cette chute, il aurait constaté une tumeur, ou plutôt une tuméfaction de la fosse iliaque droite.

Il n'y a jamais eu de douleurs. Ce n'est que depuis quelques jours qu'il éprouve un peu de gêne.

En juillet 1883, il fait un premier séjour dans mon service de la Pitié. La fosse iliaque droite est le siège d'une tumeur ovoïde, à grand axe parallèle au pli inguinal, non réductible, fluctuante, grosse comme une noix de coco. La peau est absolument saine et mobile ; mais il est impossible de déplacer toute l'épaisseur de la paroi abdominale sur la tumeur. Celle-ci semble située dans l'épaisseur même de la paroi. Le bon état de santé du sujet, l'absence de tout signe morbide du côté du squelette me fait écarter l'idée d'un abcès par congestion. Notons, enfin, qu'il existe une zone de sonorité très marquée entre la tumeur et le foie, et qu'il n'y a aucun frémissement particulier quand on percute la tumeur.

Je m'arrête donc à l'idée d'un kyste, sur la nature duquel je ne peux me prononcer.

Une ponction capillaire avec aspiration est pratiquée. Elle donne issue à un liquide séreux, transparent, un peu jaunâtre, comme de l'urine claire. Au microscope, M. Sapelier, interne du service, y constate quelques globules rouges, quelques globules blancs, pas de crochets, mais un petit lambeau d'une membrane ressemblant à celle des kystes hydatiques.

Quelques jours après la ponction, le malade sort de l'hôpital.

Mais le liquide ne tarde pas à se reproduire, et, le 13 août, il revient avec une tumeur aussi volumineuse que précédemment et présentant les mêmes caractères.

Le 22 août, une seconde ponction donne issue à un liquide rosé, dans lequel on parvient à découvrir quelques rares crochets. Il s'agissait donc, évidemment, d'un kyste hydatique développé dans les muscles de la paroi abdominale. La poche kystique est évacuée complètement et lavée avec la solution phéniquée au 20e.

Le 24 août, soir. Céphalalgie ; inappétence. T. 38°6. Pas de douleur au niveau de la fosse iliaque droite.

Les jours suivants, la fièvre continue ; le kyste suppure, et la suppuration s'accumule dans la poche, qui prend le volume d'une tête de fœtus.

Le 28 août. Incision avec le bistouri dans l'étendue de 3 centimètres environ. Issue d'un flot de pus. Lavages phéniqués. Drain. Pansement de Lister.

Les lavages phéniqués et les pansements sont renouvelés tous les deux jours. De temps en temps, les lavages ramènent quelques lambeaux de membrane hydatique. Suppuration modérée. Etat général excellent.

Pendant le mois de septembre et la première moitié d'octobre, nous nous étonnons de voir que la cavité ne se ferme pas. Le malade va très bien et se lève toute la journée.

Le 18 octobre, le petit malade est pris subitement de douleurs dans la fosse iliaque et au niveau de l'orifice fistuleux.

Le lendemain, nous trouvons, engagée dans l'orifice fistuleux, une grosse membrane hydatique blanche, épaisse. Si on essaie de la tirer avec des pinces, on la déchire. Mais, en comprimant les parois abdominales, je parviens à la faire sortir en totalité. Elle est suivie d'un flot de pus épais, verdâtre et fétide. Lavage phéniqué.

La membrane expulsée est blanche, épaisse de 2 à 3 millimètres. Elle forme une poche ovoïde, dont les dimensions égalent celles d'une tête de fœtus. Elle est constituée par des couches superposées d'une substance transparente, sans structure, lamelliforme,

©BIU Santé

fournissant des membranes minces analogues à celles que nous avions plusieurs fois constatées dans le liquide des ponctions et des lavages. Sur la face interne de la poche, il n'y a aucune trace d'autres kystes hydatiques.

Cette expulsion fut suivie d'un retrait rapide du foyer purulent.

Le 19 novembre, la cavité est complètement comblée. L'orifice fistuleux est cicatrisé. Il n'y a point de rétraction de la paroi abdominale.

BIBLIOTHÈQUE

HISTOIRE DE LA MÉDECINE, D'HIPPOCRATE A BROUSSAIS ET SES SUCCESSEURS, par M. J. M. GUARDIA. — Paris, O. Doin, 1884.

On dit que la critique est aisée ; c'est bien à tort, ainsi que je viens de m'en apercevoir en voulant rendre compte de l'ouvrage de M. Guardia. Sachant combien tout ce qui touche à l'histoire de la médecine est difficile, j'étais disposé d'avance à louer le présent travail, à glisser sur ses défauts, à appuyer sur ses qualités... Après l'avoir lu et relu, je l'ai trouvé tellement en opposition avec la manière dont il me semble qu'on devrait écrire notre histoire que mes résolutions premières ont changé, et, tout en reconnaissant que son auteur avait dû lui consacrer beaucoup de temps et de peine, je ne puis m'empêcher de dire, plus longuement que je ne l'aurais voulu, en quoi mes opinions diffèrent des siennes.

D'abord, M. Guardia part d'une idée erronée. D'après lui, on n'a rien fait pour l'histoire de la médecine en France depuis Dezeimeris, et il voudrait que les jeunes gens se préparassent à nous relever de cette infériorité. Il prêche d'exemple en écrivant son livre. Mais M. Guardia fait un peu trop facilement table rase des travaux publiés depuis quarante ans. « Les études historiques, dit-il, sont pleinement déchues en Angleterre, en Hollande, en France, en Italie, en Allemagne, bref dans tous les pays où elles florissaient il n'y a pas un demi-siècle. »

En Angleterre et en Hollande, je le veux bien, mais non en France, en Italie, en Allemagne.

Pour ne rappeler que ce qui a été fait d'important dans ces dix dernières années, nous trouvons, en France : l'*Histoire de la chirurgie française au* XIXe *siècle*, de M. J. Rochard (1875) ; l'*Histoire de l'ancienne Faculté de médecine de Paris*, par M. Corlieu (1877) ; les patientes et consciencieuses recherches de M. Turner ; les études de M. Védrènes *Sur la médecine et la chirurgie de Celse* (1876 et 1881) ; le *Précis d'histoire de la médecine*, de M. Bouillet (1883) ; quelques bonnes thèses de doctorat sur la matière : de M. Ecoiffier, *Sur l'histoire de la Faculté de médecine d'Avignon* (Montpellier, 1877) ; de M. Geoffroy, *Sur l'anatomie et la physiologie d'Aristote* (1878) ; de M. Guillier, *Sur l'histoire de Notre-Dame-de-Pitié de Paris* (de 1662 à 1882) ; de M. Boucher, *Sur la Salpêtrière, son histoire de 1656 à 1790, ses origines et son fonctionnement au* XVIIIe *siècle* (1883). A la Société de chirurgie, le prix Gerdy (biennal, 2,000 fr.) a été accordé plusieurs fois à d'excellents travaux sur divers points d'histoire de la chirurgie : en 1876, à M. le docteur Puel, pour son mémoire *Sur l'action de l'air sur les plaies, au point de vue historique et doctrinal*, avec mention honorable à M. le docteur Cauvy ; en 1878-1879, à M. le docteur M. Jeannel, pour son *Histoire des doctrines relatives à la pyohémie ou infection purulente*, et, en 1881, à M. le docteur Bousquet, pour son *Histoire des doctrines relatives à la réunion immédiate*. Sans vouloir parler des articles et monographies publiés par mes collègues de la bibliothèque de la Faculté de médecine et moi-même, sur divers points d'histoire, il faut dire cependant encore, pour montrer que le vent est un peu chez nous du côté de ces études, que plusieurs thèses des concours d'agrégation de l'année 1882-1883 ont eu pour sujet des questions historiques.

En Italie, outre de nombreux articles dans les recueils périodiques, l'histoire de la médecine possède à son avoir quatre remarquables volumes publiés par M. A. Corradi (de Bologne) : *Della chirurgia in Italia dagli ultimi anni del secolo scorso fino al presente*, 1871, 1 vol. in-4° ; *Dell' ostetricia in Italia della meta dello scorso secolo fino al presente*, 1874-1877, 3 vol. in-4°.

En Allemagne, la déchéance signalée par M. Guardia existait encore il y a quelques années, d'après Virchow, dont l'aveu à ce point de vue est très précieux, si l'on se rappelle toutes les accusations d'ignorance que les Allemands ont lancées contre nous. Il

©BIU Santé

disait, en effet, en avril 1870: « C'est un des mauvais côtés de nos tendances médicales actuelles que l'abandon progressif des connaissances historiques. Ceux-là même de nos étudiants qui méritent le nom de jeunes savants ne connaissent guère que les publications les plus récentes (de trois à cinq ans); quant à celles qui remontent à plus de cinq ans, elles sont pour eux lettre morte (*Archives*, vol. 50, p. 10). » Ces lignes font partie d'un article qui a eu un assez grand retentissement : c'est le programme d'une nouvelle voie qu'allaient suivre les *Archives* de Virchow, et dans laquelle les travaux d'histoire avaient une large place. Depuis, plusieurs mémoires intéressants ont paru dans ce recueil, entre autres ceux de M. H. Tollin, et l'appel de Virchow n'a pas été sans influence sur la publication des ouvrages de Ludwig : *Zur Geschichte der Heilkunde*, 1875; de J.-H. Baas: *Grundriss der Geschichte der Medicin*, 1876; de G. Fischer: *Chirurgie vor 100 Jahren, historische Studie*, 1876, et sur la fondation, en 1878, d'une publication périodique spéciale : *Deutsches Archiv für die Geschichte der Medicin und medizinische Geographie*, sous la direction d'Heinrich et de Gerhardt Rohlfs.

Si on n'a fait que peu de chose en Angleterre, il n'en a pas été de même en Amérique. On trouve, en effet, dans *The american journal of the medical sciences* de 1876, l'histoire de la médecine américaine pendant un siècle, depuis la fin de la guerre de l'Indépendance (1776-1876), par MM. Edward H. Clarke (médecine pratique), Henry H. Bigelow (anesthésie), Samuel D. Gross (chirurgie), Gaillard Thomas (obstétrique et gynécologie), John S. Billings (littérature et institutions médicales). Je ne rappelle que pour mémoire les colossales publications du bureau du chirurgien général de l'armée des Etats-Unis sur l'histoire médicale et chirurgicale de la guerre de Sécession, qu'on ne peut méconnaître, et l'*Index-Catalogue* de la bibliothèque du même bureau, qui, lorsqu'il sera terminé, comprendra environ 12 gros volumes grand in-8°, contenant plus de deux millions d'indications bibliographiques. La tâche sera facile alors à ceux qui voudront écrire l'histoire complète de la médecine, depuis ses origines jusqu'à nous.

Je m'arrête, ne voulant pas accabler davantage M. Guardia sous le poids de tant de volumes. Ce que je viens de dire suffit d'ailleurs à prouver que son opinion sur la négligence des études historiques pouvait être exacte en 1870, alors que Virchow la constatait en Allemagne, mais que les choses ont bien changé depuis treize ans. Le mérite de cette renaissance de notre littérature me paraît devoir êtreattribué, du moins en France, aux maîtres qui ont institué les conférences remarquables faites à la Faculté en 1865, dans le même but de ranimer parmi la jeune génération l'amour des études historiques; et si les efforts tentés à cette époque et depuis lors étaient restés impuissants à secouer l'engourdissement qui plane sur cette branche de l'*encyclopédie médicale*, je n'oserais affirmer que le livre de M. Guardia puisse avoir un meilleur résultat.

Ce livre est divisé en deux parties. Dans la première, intitulée : *la Tradition et ses représentants*, l'auteur trace l'histoire des grands hommes qui ont illustré la médecine, et donne un aperçu de leurs œuvres, de leurs idées, de la part qu'ils ont prise aux progrès de notre science ; dans la seconde, intitulée : *Évolution de la théorie médicale*, l'auteur montre les transformations successives des idées sous l'influence des découvertes, des progrès généraux de la science, et énumère les grands hommes qui ont joué un rôle important dans cette évolution. Ces deux parties sont donc en quelque sorte la répétition l'une de l'autre, avec cette différence seule que dans la première le côté biographique l'emporte sur le côté philosophique et que c'est le contraire dans la seconde. Il y a là une sorte de double emploi, source de confusion qu'il eût été facile d'éviter, en réunissant les deux parties ensemble sur le modèle de la seconde, dans laquelle on eût donné une plus grande extension à la biographie. Ceci eût encore permis à l'auteur d'accorder une plus grande place à l'histoire de la littérature médicale, moyen employé par la tradition pour se transmettre d'Hippocrate jusqu'à nous.

M. Guardia dédiant son livre aux étudiants et voulant leur donner le goût des études historiques, a dans ce but, dit-il, omis à dessein les citations et les références, qui ne pourraient que distraire la curiosité et fatiguer l'attention. « Le moyen infaillible de rebuter les commençants, dit-il encore, c'est d'étaler au bas des pages une érudition intempestive et suspecte. » Nous ne sommes pas de cet avis. Ce qui rebute les commençants, ce n'est pas la bonne érudition, dont M. Guardia aurait pu nous donner un modèle dans son livre, mais la mauvaise, beaucoup plus fréquente au bas des pages ; je crois même que l'absence de toute indication est un peu comme cette dernière, car ceux dont la curiosité est éveillée par une assertion qui leur paraît douteuse ne seraient pas fâchés de pouvoir la vérifier dans l'original. Je sais par expérience que l'érudition est tout aussi suspecte quand elle n'est appuyée sur aucune référence que lorsqu'elle l'est sur des citations « inexactes ou intempestives ». Velpeau, dans la première édition de son *Traité de médecine opératoire*, avait déclaré qu'il n'avait mis aucune indication bibliographique pour des motifs à peu près

©BIU Santé

analogues à ceux de M. Guardia; dans la seconde édition, il en a mis tellement, qu'elles occupent le quart inférieur de presque toutes les pages ; eh bien, je ne sais pas si la seconde édition vaut mieux que la première, ni celle-ci que la seconde, au point de vue de l'érudition.

L'auteur se contredit d'ailleurs lui-même sur ce point, car à la fin de son livre (p. 498), il commence le chapitre consacré à la chaire d'histoire de la Faculté de médecine, par ces mots : « L'histoire ne va pas sans l'érudition. »

Le sens critique de M. Guardia ne me paraît pas toujours très juste. Tant qu'il se tient à l'antiquité et au moyen âge, dans ces époques où l'esprit scientifique médical était réduit aux théories obscures, et dont l'histoire a été tracée de main de maître par bon nombre d'évrivains, l'exposé de M. Guardia reste assez égal ; cette partie du livre est même très remarquable ; le récit devient moins exact à mesure qu'on avance vers l'époque actuelle. Parfois l'auteur se méprend un peu sur la valeur des personnages et de leurs idées scientifiques ; c'est ainsi qu'il insiste sur quelques grandes figures dont le rôle dans notre histoire est bien défini : Amb. Paré, Barthez, Stahl, Hoffmann, etc., et qu'il en néglige d'autres dont la valeur n'est pas moindre, Guy de Chauliac et J.-L. Petit, par exemple, dont le rôle comme chirurgiens et comme écrivains a été immense sur les progrès de leur art. Oubliant qu'il s'adresse à des élèves qui ne connaissent pas grand'chose, il se borne à dire « que la mémoire impérissable de J.-L. Petit se passe de toute recommandation ». Une ligne seulement pour un tel homme ! C'est un peu trop court, à mon avis.

Tout ce que M. Guardia dit des Ecoles de Montpellier et de Strasbourg est, d'une manière générale, beaucoup plus net, plus élogieux surtout, que ce qui a trait à la Faculté de Paris ; il en est de même de la médecine militaire comparée à la médecine civile. Peut-être est-ce à ce titre qu'il place Broussais au-dessus de tout ce qui a vécu jusqu'à nos jours. Après en avoir tracé en plus de 10 pages un éloge pompeux, il termine ainsi (p. 248) : « Le XIXe siècle, qui touche à son terme, compte beaucoup de noms célèbres dans l'art de guérir ; mais aucun de ces noms, même parmi les illustres, ne l'emporte en retentissement et en éclat sur le nom impérissable de Broussais. Ne craignons donc pas de dire que ce nom est le plus glorieux de la médecine moderne depuis la Révolution française. La réaction folle qui a suivi la dictature de Broussais ne doit pas empêcher la critique équitable de rendre pleine et entière justice au dictateur. » Tout à l'heure c'était J.-L. Petit dont la mémoire était impérissable, ce qui au moins nous semble juste, car on n'oubliera pas facilement ses œuvres, qui sont restées des modèles de style et d'observation clinique ; mais qui songe encore à mettre en pratique, à discuter même, les doctrines de Broussais ? Quant à sa suprématie sur tous les médecins du XIXe siècle, il me suffira pour la mettre à néant, de citer un contemporain de Broussais, Laënnec. Parmi ses successeurs, l'embarras du choix serait trop grand.

Il est au moins déplacé, en s'adressant à des élèves, de s'exprimer sur le compte de leurs maîtres en ces termes: « L'ignorance de l'histoire, qui est à peu près générale parmi les médecins contemporains, a le double avantage de supprimer du même coup la tradition et la reconnaissance. C'est elle qui permet aux novateurs de passer facilement pour des grands hommes. En effet, l'ignorance du passé favorise le renom des plus vulgaires esprits, en écartant toute comparaison. L'infatuation la plus ridicule, comme on devait s'y attendre, remplace la modestie, compagne du vrai savoir. La confiance aveugle des chefs n'a d'égale que la crédulité du troupeau qu'ils conduisent. »

M. Guardia espère-t-il donc être un meilleur pasteur *de ce troupeau* que ceux qui ont le devoir officiel de le conduire?

Les adeptes de la méthode expérimentale ne sont pas traités avec plus de respect : « La physique, la mécanique et la chimie, tenues à distance par les praticiens d'autrefois, rentrent dans la médecine par la physiologie, entièrement réduite à des expériences; et la clinique elle-même est envahie par des pratiques du laboratoire; si bien que l'expérimentation, pompeusement revêtue du titre de méthode expérimentale, et se donnant des allures philosophiques, traite de très haut l'observation et l'expérience, sans lesquelles il n'y a point de médecine... (p. 334). »

Voilà pour le côté général; voyons maintenant un côté particulier.

« Aujourd'hui, c'est l'expérimentation qui est à la mode. Seulement, nos expérimentateurs oublient ou ignorent que les expériences et les vivisections florissaient dans l'Ecole d'Alexandrie, il y a plus de deux mille ans. Bien des choses sont très vieilles, que l'on croit nouvelles, et la pratique aussi bien que la théorie abondent en vieilles nouveautés. Les mouvements et actions réflexes, qui sont le fond de la physiologie nerveuse, n'étaient pas tout à fait ignorés au XVIIe siècle. Le mot et la chose se trouvent dans le *Traité de l'homme*, de Descartes, et dans le singulier livre de Willis : *Sur l'âme des*

©BIU Santé

bêtes. L'anatomie et la physiologie de Galien étonneraient beaucoup de savants modernes qui s'imaginent que les anciens ne pensaient point, ou du moins qu'ils pensaient et raisonnaient toujours de travers.

« Entre les anciens et les modernes, il n'y a que la distance des siècles (p. 436). »

Cette dernière phrase se passe de commentaires, et m'explique mieux que tout raisonnement pourquoi, après avoir tracé l'histoire de l'expérimentation jusqu'à Vicq-d'Azyr, M. Guardia a cru bon de passer complètement sous silence Magendie et Claude Bernard (il ne parle que des morts), qu'il considère probablement comme de simples plagiaires de l'école d'Alexandrie et de Descartes. N'avais-je pas raison de penser que M. Guardia n'était pas très au courant de l'état actuel de la médecine?

En voici d'ailleurs une autre preuve : « Supposons, dit-il, que la doctrine de l'inoculation prophylactique du pire des virus, après celui de la rage, triomphe un jour, et le nom du pauvre Auzias-Turenne deviendra glorieux (p. 510). » M. Guardia devrait savoir cependant que, si l'on fait dans l'avenir des inoculations prophylactiques à l'homme, ce ne sera pas avec des *virus*, mais avec des *virus atténués*, ce qui n'est pas du tout la même chose. Les microbes ne sont pas mieux jugés.

Je pourrais faire encore d'autres citations, par exemple son appréciation des travaux de Portal, de Dezeimeris, de Daremberg, de Tardieu, et sur ceux de l'Académie de médecine (p. 198), pour montrer comment on passe facilement de la critique peu juste à la partialité souvent malveillante, défauts dont M. Guardia croit avoir mis les qualités contraires dans son livre. Mais il faut m'arrêter. L'auteur le prend d'ailleurs d'un peu haut avec les reproches qu'on pourra lui faire, et qu'il prévoit et prévient : ses oublis, il les a commis à dessein; ses critiques sont preuves d'indépendance, et puis « il est difficile de contenter tout le monde ». Soit, mais je crains que M. Guardia ne fasse beaucoup de mécontents. Pour ma part, j'avoue que j'aurais préféré à la trop grande indépendance du critique l'impartialité et l'exactitude, qui doivent être les bases de tout travail historique. Celui de M. Guardia me semble tenir beaucoup plus du pamphlet que de l'histoire vraie.

En résumé, bien que ce livre, comme nous l'avons déjà dit, soit dédié aux étudiants, il ne me paraît guère écrit pour eux, mais pour les personnes déjà au courant de l'histoire de la médecine, et capables d'apprécier la manière dont M. Guardia la conçoit. Son titre n'est d'ailleurs pas conforme au contenu; il ne devrait pas s'appeler *Histoire de la médecine*, mais : *Opinions de M. Guardia sur l'histoire de la médecine*. En tout cas, si les élèves apprennent cette partie de la science dans le livre de M. Guardia, je ne leur conseillerai pas d'adopter ses idées sur le corps enseignant de la Faculté, en particulier sur la chaire d'histoire, et de répondre à leurs examens que depuis la mort de Lorain « l'incurie coupable de la Faculté a laissé tomber en quenouille » l'enseignement qu'on aurait dû confier à d'autres..... que ceux qui lui ont succédé.

M. Guardia, qui prise si fort l'indépendance de la critique, ne me saura pas mauvais gré, je pense, de celle que j'ai faite de son livre, à qui du reste je me plais à reconnaître une grande qualité, c'est d'être extrêmement bien écrit. Si la forme ne sauve pas toujours le fond, elle suffira peut-être à lui faire obtenir grâce auprès de ceux qui le jugeraient avec sévérité.

L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX (1)

Séance du 28 décembre 1883. — Présidence de M. Millard.

Sommaire. — Correspondance. — M. Beaumetz : *Présentation d'une pièce d'ulcérations tuberculeuses de la voûte palatine et des arcades dentaires*. Discussion : MM. Rendu, Gérin-Roze, Debove, Du Castel. — Lecture des éloges de : Lasègue, par M. Desnos; Parrot, par M. Troisier; G. Homolle, par M. Rendu. — Elections pour le renouvellement annuel du bureau et des commissions.

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

Correspondance imprimée. — *Marseille médical*. — La *Loire médicale*. — Le *Journal de*

(1) Nous donnons aujourd'hui seulement le dernier procès-verbal *officiel* de la Société médicale des hôpitaux pour 1883. Nous ne l'avons pas eu plus tôt entre les mains.

© BIU Santé

médecine de Paris. — La *Tribune médicale.* — *Union médicale du Nord Est.* — *Revue médicale de Toulouse.* — *Union médicale de la Seine-Inférieure.* — *Annales de gynécologie.* — Le *Progrès médical.* — La *France médicale.* — *Lyon médical.* — *Journal d'hygiène.* — *Archives de médecine militaires.* — Les *pleurésies pulsatiles (empyème pulsatile)*, par Comby. — *Annual report of the Board of Regents of the Smithsonian institution*, etc., 1881. — Leçons de clinique thérapeutique professées à l'hôpital Saint-Antoine, par M. Beaumetz.

M. Beaumetz présente une pièce intéressante, relative à un cas d'*ulcérations tuberculeuses* de la *voûte palatine* et des *arcades dentaires*, chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire avec laryngite, dont voici l'histoire :

Le nommé Mathieu (Nicolas), âgé de 39 ans, ébéniste, est entré le 24 octobre 1883, salle Marjolin, lit n° 31.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 66 ans, mais il ne sait de quelle maladie. Il était rhumatisant; sa mère est morte hydropique à 54 ans. Il a deux frères bien portants, deux enfants vigoureux qui n'ont jamais été malades; les premiers enfants qu'il a eus de son mariage sont venus avant terme; pas de syphilis, du moins il semble qu'il n'en a eu aucun des accidents. En 1871, il a eu un chancre qui s'est cicatrisé rapidement. Pas d'angine; pas d'éruptions consécutives.

Depuis trois mois environ, il tousse un peu, mais surtout la nuit; depuis cette époque, il a maigri, a perdu l'appétit, enfin la voix est enrouée et il parle difficilement depuis deux mois et demi.

A l'examen, nous constatons une diminution d'élasticité sur le sommet du poumon gauche, une légère submatité; rien dans le poumon droit. L'auscultation nous révèle également, après les efforts de toux, des râles fins sous-crépitants sous la clavicule gauche. Rien du côté des organes génitaux. Les replis aryténo-épiglottiques, vus au laryngoscope, sont tuméfiés, rouges, mais ne présentent rien de particulier comme travail d'érosion ou d'ulcération. Perte de l'appétit; amaigrissement considérable; pas de diarrhée.

Le malade se plaint, en outre, d'éprouver parfois quelques douleurs dans la bouche, et, lorsque nous l'examinons, nous trouvons en effet une large ulcération située sur la voûte palatine, immédiatement en arrière de l'arcade dentaire, s'étendant jusqu'au milieu de la voûte palatine; cette ulcération est irrégulière, ses bords sont sinueux et constitués par la muqueuse décollée qui recouvre en partie la région ulcérée; il semble que cette ulcération ait été formée par la réunion d'ulcérations plus petites, car on trouvait encore, au moment où nous l'avons vu, c'est-à-dire au début de son entrée à l'hôpital, quelques îlots de muqueuse presque saine, un peu épaissie, au milieu des parties ulcérées; le fond de l'ulcération est un peu mamelonné, de couleur rougeâtre, recouvert par un détritus grisâtre s'enlevant facilement avec le manche d'un scalpel; lorsqu'on cherche à détacher ce dépôt, on fait facilement saigner la surface ulcérée; cette ulcération s'étend jusqu'à l'arcade dentaire, détruit en partie la gencive au point que les deux incisives médianes sont mobiles dans leurs alvéoles; la gencive antérieure semble être saine. Ce qui enlève toute espèce de doute sur la nature de ces ulcérations, c'est la présence à leur voisinage, sur la voûte et le voile du palais, de quelques petites granulations jaunâtres, du volume d'une tête d'épingle, entourées d'une zone rougeâtre, véritables petits tubercules jaunes, tels que les a décrits Julliard dans la tuberculose de la langue.

Le voile du palais, la face interne des joues sont sains. La salivation est normale. Pas de douleurs, si ce n'est une légère cuisson dans la mastication et au passage des aliments. Pendant les mois de novembre et de décembre, l'ulcération a augmenté légèrement de volume; quelques petites granulations tuberculeuses jaunâtres ont apparu sur la voûte palatine, mais les changements ont été peu considérables. Le malade a perdu deux de ses incisives; les deux latérales semblent être réservées au même sort.

Enfin pour que le diagnostic ne semblât plus laisser aucune hésitation, nous avons recherché et constaté à plusieurs reprises différentes la présence de bacilles dans le détritus recouvrant l'ulcération et le liquide obtenu par le grattage.

Au mois de décembre, le malade se trouvait au point de vue local dans le même état, mais au point de vue général, il avait beaucoup maigri; les lésions pulmonaires étaient plus accusées qu'au début et tout semblait faire prévoir une issue fatale dans un délai relativement assez court.

M. Rendu rappelle qu'en 1878, M. Quenu a présenté à la Société clinique une observation analogue.

M. Gérin-Roze a rencontré des ulcérations de même nature sur la conjonctive.

©BIU Santé

M. Debove a examiné des pièces, recueillies il y a sept à huit ans par M. Du Castel, où l'on voyait les ulcérations siéger sur les piliers, sur la luettte, à la partie antérieure du voile du palais et sur la partie postérieure du pharynx. Elles peuvent, dit-il, siéger partout.

M. Du Castel cite trois observations analogues à celle de M. Beaumetz.

M. Desnos, secrétaire général, lit l'éloge de M. Lasègue. (Voir l'*Union médicale* des 5 et 7 février 1884.)

M. Troisier donne lecture de l'éloge de M. Parrot. (Sera publié.)

M. Rendu fait l'éloge de M. G. Homolle. (Sera publié.)

Il est ensuite procédé aux élections pour le renouvellement du bureau et des commissions (année 1884). Sont nommés :

Vice-président, M. Vidal; secrétaire général, M. Desnos; secrétaires des séances, MM. Rathery et Legroux; trésorier, M. R. Moutard-Martin.

Membres du conseil de famille : MM. Millard, Lailler, Grancher, Guyot.

Membres du conseil d'administration : MM. D'Heilly, Du Castel, Laveran, Lacombe, Quinquaud.

Membres du comité de publication : MM. Rathery, Legroux, Desnos, Rendu, Zuber.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Duguet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 février 1884. — Présidence de M. Polaillon.

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

La correspondance imprimée comprend les journaux de la quinzaine : le *Compte général des Académies et Sociétés médicales,* le *Progrès médical,* la *Revue d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes,* le *Concours médical,* la *Revue de thérapeutique médico-chirurgica* le *Journal des sages-femmes,* le *Journal d'hygiène,* la *Revue des travaux scientifiques,* et un volume des *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg.*

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le docteur Pineau, qui pose sa candidature au titre de membre correspondant de la Société; cette lettre est accompagnée d'un exemplaire de la thèse de doctorat du candidat et d'une brochure : *Notes sur l'épidémie de suette miliaire de l'île d'Oléron.* Ces travaux, ainsi que l'examen de cette candidature, sont renvoyés à une commission composée de MM. de Ranse, Rougon et Fraigniaud, rapporteur.

M. Thorens, au nom de M. Apostoli empêché, donne lecture à la Société d'un travail de M. le docteur Pasquier (d'Evreux) sur l'emplo thérapeutique des courants continus.

Ce mémoire est renvoyé à la commission déjà nommée pour l'examen de la candidature du docteur Pasquier.

M. Fraigniaud donne lecture au nom de M. Pineau d'un travail intitulé : *Névropathie datant de trois ans chez un amputé avec névromes.*

M. Christian fait remarquer que l'observation ne para pas complète, mais qu'elle offre néanmoins les éléments suffisants pour faire supposer qu'il s'agit ici d'accès épileptiques incomplets; il n'est d'ailleurs pas étonnan dans le cas dont il s'agit de voir su venir de l'épilepsie chez le malade.

M. Reliquet donne lecture d'un travail intitulé : *Fistule uréthro-prostato-pér rectale. Guérison.* (Sera publié.

DISCUSSION

M. Duroziez demande à M. Reliquet s'il aurait changé son mode opératoire, au cas o il aurait trouvé chez son malade des symptômes de tuberculose ou des bacilles dans crachats. Le diagnostic de la tuberculose au début par l'auscultation et peut-être mêm par les bacilles, est bien difficile à trancher, et eût-il pu être établi positivement, Ipens que M. Reliquet n'aurait pas été amené à modifier le traitement chirurgical.

©BIU Santé

M. DE RANSE pense qu'en cas pareil il faut opérer, mais il rappelle qu'on accuse l'opération de la fistule à l'anus chez les tuberculeux de donner un coup de fouet à la tuberculose.

M. DE BEAUVAIS : Il me semble que la question a été étudiée souvent, et que le danger d'opérer est illusoire; qu'aujourd'hui on ne recule pas plus devant une opération de fistule que devant une thoracentèse chez un tuberculeux. Dans le cas de M. Reliquet il y avait d'ailleurs une condition d'urgence.

M. POLAILLON confirme ce que vient de dire M. de Beauvais. On a exagéré le danger qu'il peut y avoir à opérer le tuberculeux, mais l'expérience montre qu'il y a bénéfice chez un grand nombre de tuberculeux à opérer la fistule. Si l'on prend des précautions suffisantes, l'opération est bonne.

M. RELIQUET : Il est évidént que dans le cas donné, l'opération était urgente qu'il fallait supprimer une poche suppurante et empêcher l'état local d'amener un état général grave. La recherche de la tuberculose était importante au point de vue du pronostic. Dans les cas de tubercules de la prostate avec indurations et cavernes, les fistules urinaires prostatiques ne guérissent pas; l'urine stagne dans des excavations qui communiquent avec le trajet fistuleux et celui-ci ne se ferme pas. Si j'ai pu obtenir une guérison, c'est que le tissu prostatique était jeune, sain, sans induration, sans excitation vésico-uréthrale.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr A. MARCHAL.

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Séance du 1er février 1884.

M. le baron Larrey rend compte de la visite qu'il a faite dans un immeuble situé rue Cler où l'on avait signalé une épidémie diphtéritique. Il a constaté que le rez-de-chaussée, occupé par une famille d'ouvriers qui a été frappée par la maladie, était particulièrement insalubre.

M. le Rapporteur est d'avis qu'il est indispensable d'évacuer cette habitation et d'en interdire la location jusqu'à l'assainissement complet du local.

M. le docteur Dujardin-Beaumetz donne lecture de la première partie de son rapport général sur les cas de rage humaine observés dans le département de la Seine, pendant les années 1881, 1882 et 1883.

Ce rapport, dont la seconde partie sera lue à la prochaine séance, sera imprimé, avant sa discussion, selon le vœu du Conseil de salubrité.

Dans son rapport annuel sur les maladies contagieuses qui ont régné en 1883 sur les animaux, M. Leblanc constate que la situation continue à s'améliorer d'une façon sensible en ce qui concerne la rage; le tableau ci-après en fournit la preuve.

En 1881, le nombre des cas de rage constatés s'est élevé à 615; il était de 276 en 1882, et en 1883 il tombe à 182.

Il en est de même pour le nombre d'animaux mordus, qui a été : en 1881, 729; en 1882, 294; en 1883, 198.

Pour les personnes mordues la proportion a été aussi en décroissant : en 1881, 156; en 1882, 67; en 1883, 45.

Enfin le résultat le plus heureux a été la diminution des cas de rage chez l'homme. Le nombre des cas a été : en 1881, 17; en 1882, 11; en 1883, 6.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les jurys d'examens et de thèses pourront, s'ils le jugent convenable, d'après le résultat de l'examen, imposer aux candidats un ajournement dont la durée ne pourra être moindre de trois mois ou excéder un an.

Cette disposition est applicable à tous les examens, sauf aux examens de fin d'année,

©BIU Santé

au premier examen de doctorat (nouveau régime) et à l'épreuve pratique de médecine opératoire.

1° *Examens de fin d'année.* — Les candidats aux examens de fin d'année doivent se présenter au mois de juillet, à moins d'obtenir l'autorisation de se présenter à la session d'octobre-novembre; s'ils subissent un échec en juillet, ils ont le droit de renouveler leur examen en octobre-novembre; s'ils sont refusés en octobre-novembre ou s'ils ne se sont pas présentés à cette dernière session, ils sont renvoyés au mois de juillet prochain et le cours de leurs inscriptions est suspendu pendant l'année scolaire.

2° *Premier examen de doctorat (nouveau régime).* — Les candidats au premier examen de doctorat doivent se présenter au mois de juillet ou au mois d'octobre, à leur choix. Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès le premier examen en octobre-novembre, au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

3° Il est imposé aux candidats refusés à l'*épreuve pratique de médecine opératoire* (deuxième examen de doctorat, ancien régime, et première partie du troisième examen, nouveau régime) un ajournement dont la durée ne peut être moindre de six semaines.

Société géologique de Londres. — Cette Société a décerné, le vendredi 15 février 1884, la médaille Wollaston à M. le professeur Albert Gaudry.

Le seul Français, actuellement vivant, qui ait reçu cette haute récompense, est M. le professeur Daubrée.

Nominations. — Par décret, en date du 5 février 1884, M. Tarnier, agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à la Faculté de médecine de Paris.

M. Thoulet, docteur ès sciences, est nommé professeur de géologie et de minéralogie à la Faculté des sciences de Nancy.

M. Imbert, docteur ès sciences, pharmacien de première classe, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physique à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

Faculté de médecine de Paris. — Les consignations pour les thèses de doctorat seront reçues comme les consignations pour les examens, au secrétariat, le lundi et le mardi de chaque semaine de midi à trois heures du soir.

Faculté de médecine de Paris. — Le prix Corvisart pour l'année 1883 est décerné à M. Jules Para, externe des hôpitaux de Paris. La question était : De l'ascite.

— La question donnée par la Faculté dans la dernière assemblée des professeurs pour le prix de l'annee 1884, est : De l'ictère. Les candidats devront déposer leur mémoire au secrétariat de la Faculté avant le 1er décembre 1884.

— Le prix Châteauvillard, sur l'avis de la commission, ne sera pas décerné pour l'année 1883.

Concours. — Un concours spécial pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central d'admission sera ouvert le lundi 31 mars 1884, à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 28 février 1884, à midi, et sera clos le samedi 15 mars 1884, à trois heures.

Asiles publics d'aliénés. — Par arrêté préfectoral, en date du 30 décembre 1884, sont nommés membres de la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, pour une durée de cinq années, à dater du 1er janvier 1884 : MM. Puteaux et le docteur Du Mesnil.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 8 février 1884, M. le docteur Vidal, médecin en chef de l'hospice d'Hyères, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Société de médecine légale. — Séance supplémentaire du lundi 18 février 1884, à 3 heures précises, au Palais de justice, (salle d'audiences de la 5e chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : Discussion du rapport de M. Brouardel sur l'enseignement et la p tique de la médecine légale.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

©BIU Santé

Sommaire

I. L.-H. Petit : Sur quelques points de l'histoire de la gastro-stomie. — II. Revue des Journaux. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — IV. Hydrologie médicale : Les eaux minérales d'Heucheloup. — V. Variétés. — VI. Bulletin des décès de la ville de Paris. — VII. Thèses de doctorat. — VIII. Courrier.

HISTOIRE ET CRITIQUE

Sur quelques points de l'histoire de la gastro-stomie.

Par le docteur L.-H. Petit, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

La récente discussion soulevée devant la Société de chirurgie à propos de la gastro-stomie m'a obligé, pour des raisons personnelles que je n'ai pas à rappeler, à revoir certains points de l'histoire de cette opération. J'ai relevé, chemin faisant, quelques erreurs d'interprétation ou de citation, que je crois utile de signaler à ceux qui, à l'avenir, s'occuperont encore de cette question, pour leur éviter la peine de les reproduire.

I. — Je dois m'accuser d'abord d'avoir employé le mot *procédé* au lieu du mot *méthode*. J'ai dit, en effet, dans une des conclusions de mon travail sur la gastro-stomie (1) que le succès de cette opération était dû au procédé de M. Verneuil. Ceci a donné naissance à une confusion que M. L. Labbé a signalée, et qui eût peut-être été évitée si j'avais dit au lieu de procédé de M. Verneuil, — procédé employé ou adopté par M. Verneuil (2). — Mais l'inexactitude du terme n'en eût pas moins existé.

En effet, le mot *procédé* s'entend le plus souvent dans le sens exclusif de manuel opératoire, et s'applique à l'acte chirurgical lui-même, sans tenir compte ni de ses indications, ni du traitement consécutif, ni de ses suites.

Le mot *méthode* a une acception plus large. Appliqué à la cure d'une affection chirurgicale, il comprend tous les moyens mis en œuvre pour obtenir la guérison, c'est-à-dire : 1° le choix du mode d'intervention ; 2° l'opération pratiquée ; 3° le traitement consécutif à l'opération.

Le procédé opératoire n'est donc qu'une partie de la méthode, l'élément qui vient après le choix de ce procédé et avant le traitement consécutif, et on peut dire que chacune des trois parties de la méthode a une importance à peu près égale au point de vue de la réussite de l'opération. — Aussi, en parlant des succès de la gastro-stomie, je n'ai jamais pensé que ces succès fussent dus à la manière dont les chirurgiens avaient pratiqué l'opération ; je savais et je voulais dire que ces succès avaient eu pour cause la mise en œuvre des conditions multiples recommandées par M. Verneuil, savoir : intervention lorsque le sujet est encore en bon état ; opération pratiquée suivant certaines règles, indiquées déjà par divers chirurgiens et que M. Verneuil avait réunies dans la conception de son procédé ; traitement consécutif, comprenant également divers éléments connus, dont l'alimentation immédiate par l'estomac était un des plus importants.

La taille stomacale de M. Labbé et la gastro-stomie de M. Verneuil n'ont qu'un point commun, le procédé opératoire ; elles diffèrent essentiellement par les indications, c'est-à-dire l'affection à laquelle elles doivent remédier, et le moment de l'intervention — et par le traitement consécutif,

(1) *Traité de la gastro-stomie*, p. 112.
(2) L. Labbé, *Bull. Soc. de chirurgie*, 1883, fasc. 10, p. 748 et L.-H. Petit, *ibid.*, p. 775.

©BIU Santé

puisque, dans le premier cas, on laisse la fistule stomacale se fermer, et que, dans le second, on veut au contraire la maintenir indéfiniment.

Donc, dans mes conclusions, parlant des succès de la gastro-stomie, je devais dire qu'ils étaient dus à l'adoption de la méthode — et non du procédé — de M. Verneuil, méthode dont les éléments appartenaient à divers chirurgiens, comme je l'ai rappelé ailleurs.

II. — Plusieurs chirurgiens attribuent à Sédillot un procédé qui n'est pas le sien, en disant qu'il a fait son incision à la paroi abdominale sur la ligne médiane.

M. Blum, dans sa récente *Revue sur la gastro-stomie,* dans les *Archives gén. de médecine* (nov. 1883, p. 574), et M. Tillaux à la Société de chirurgie (séance du 10 octobre), ont adopté cette opinion. M. Tillaux a même été plus loin, en disant que c'était M. Labbé qui, en conseillant l'incision latérale, avait assuré et facilité la gastro-stomie (1). Or, avant la publication du fait de M. Labbé en 1876, la gastro-stomie avait été pratiquée 29 fois, dont 28 par l'incision latérale, et 1 fois seulement par l'incision médiane (Küster).

M. Tillaux a certainement été trompé par ses souvenirs en faisant cette citation, car il avait dit avec raison dans son *Traité d'anatomie topographique* (1877, p. 792) :

« Pour arriver à l'estomac, M. Sédillot conseille de diviser transversalement le muscle grand droit à deux travers de doigt des fausses côtes et d'arriver dans la cavité à l'aide d'une incision cruciale. »

Sédillot a, du reste, varié d'opinion sur le siège de l'incision tégumentaire, mais il a toujours été partisan de l'incision latérale. En effet, dans la relation de son premier cas, il dit : « Nous pratiquâmes une incision cruciale de 4 centimètres de diamètre au-devant du muscle droit, à 6 centimètres au-dessous et en dehors de l'extrémité de l'appendice xyphoïde » (*Contr. à la chirurgie*, t. II, p. 485), et dans celle de son second cas :

« Je fais une incision longitudinale à deux travers de doigt de la ligne médiane, à 2 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes du côté gauche, sur la peau pliée en travers, et une seconde plus petite perpendiculaire à la première. » (*Ibid.*, p. 496.)

Dans son *Traité de médecine opératoire*, il paraît avoir adopté le premier procédé, celui qui a été indiqué par M. Tillaux :

« Le chirurgien pratique à gauche, à deux travers de doigt du rebord des fausses côtes, et à 6 centimètres au-dessous et au dehors de l'appendice xyphoïde et au-dessus de l'ombilic, une incision cruciale de 4 centimètres d'étendue. » (*Méd. opér.*, 3e édit., t. II, p. 305, 1866.)

L'incision cruciale de M. Sédillot n'a d'ailleurs été pratiquée que dans deux autres cas, une fois par John Lowe, de Londres, et l'autre par M. Möller, de Copenhague.

III. — Les recherches faites pour déterminer la ligne d'incision de la paroi abdominale, indiquée par M. Léon Labbé, sont attribuées par M. Tillaux à l'un de ses préparateurs, M. Charles Labbé. (Tillaux, *Traité d'anat. topog.*, p. 792.)

Dans la communication de son observation de gastro-stomie à la Société de chirurgie, M. Tillaux revient encore sur cette déclaration, qu'il précise davantage :

« Lorsque notre collègue, M. Labbé, dit-il, dut songer à extraire un corps étranger de l'estomac, son neveu, M. Ch. Labbé, alors mon préparateur, fit dans mon laboratoire des recherches à l'effet de déterminer les rapports de

(1) *Bull. Soc. de chir.*, séance du 10 octobre 1883, p. 747

l'estomac avec la paroi abdominale antérieure. Il arriva à cette conclusion : que le bord convexe de l'estomac ne remonte jamais plus haut que la ligne fictive qui unit les extrémités des cartilages des neuvièmes côtes, que toujours on rencontrera l'estomac derrière la paroi abdominale dans un triangle formé par la ligne en question, le rebord gauche des fausses côtes et le bord antérieur du foie..... »

Et il ajoute quelques lignes plus loin : « La meilleure ligne d'incision a été indiquée également par M. Ch. Labbé. (Suit la description de cette ligne, qui est celle de M. L. Labbé.) C'est ce procédé que j'ai suivi chez mon malade. » (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, séance du 14 mars 1883, p. 215.)

M. Léon Labbé, dans la relation de son opération communiquée à l'Académie des sciences (1) dit avoir fait lui-même ces recherches et ne mentionne point la part qui peut revenir à M. Charles Labbé. Il y a donc entre le texte de M. L. Labbé et celui de M. Tillaux un désaccord qui deviendra certainement par la suite une cause d'erreurs bibliographiques, et que, sans vouloir diminuer le mérite de M. Labbé, dans l'application qu'il a faite du procédé en question à la taille stomacale, j'ai cru devoir signaler.

IV. — Certains chirurgiens croient que la ligne d'incision indiquée par M. L. Labbé a été adoptée un grand nombre de fois par ceux qui ont pratiqué la gastro-stomie. Ceci n'est pas exact.

En Angleterre, où cette opération se fait pour ainsi dire couramment (2), les chirurgiens ont presque toujours pratiqué leur incision à la peau suivant une *ligne verticale* partant de l'extrémité antérieure de la septième, de la huitième ou de la neuvième côte, et correspondant au bord externe du muscle droit.

En Allemagne (3), quelques chirurgiens ont opéré comme M. Verneuil, mais ils ont donné au procédé employé le nom de celui d'entre eux qui l'avait mis le premier en pratique, Trendelenburg. Ce procédé n'est donc guère connu actuellement en Allemagne que sous le nom de procédé de Trendelenburg, et son origine française est passée sous silence.

La majorité des chirurgiens allemands préfèrent d'ailleurs à ce procédé celui de Schönborn. Ce chirurgien, adoptant et poussant même à l'excès le précepte émis par M. Verneuil, et qui consiste à pratiquer de bonne heure la gastro-stomie dans les rétrécissements de l'œsophage, intervient même avant que le rétrécissement soit infranchissable. Il porte alors dans l'estomac une sonde terminée par un ballon de caoutchouc, comme le ballon de Petersen pour la taille hypogastrique, l'insuffle, dilate ainsi le viscère qui soulève la peau, et il fait son incision sur le point culminant de la saillie. De cette façon tout point de repère devient superflu.

A Vienne, le professeur Albert, qui, en 1882, avait pratiqué 12 fois la gastro-stomie (sur 15 publiés en Autriche), prend comme point de repère la matité donnée par le foie à la percussion, et fait son incision entre la limite de la matité à gauche, et le rebord des fausses côtes de ce côté. Cette pratique, qui nous paraît très rationnelle, car c'est presque toujours par le foie qu'on est gêné pour trouver l'estomac après avoir incisé la paroi abdominale, lui a parfaitement réussi. (*Wiener med. Blatter*, 1882, nos 15-19 et 21-23 et tirage à part, p. 33.)

Restent les cas publiés en France. Mais en France même, la ligne d'incision indiquée par M. Labbé a trouvé de nombreux adversaires dans son application à la gastro-stomie. En effet, le lieu d'élection préconisé par

(1) *Comptes rendus*, 1876, t. LXXXII, p. 965.

(2) La statistique de M. Blum, la plus complète jusqu'alors, contient 36 cas publiés de gastro-stomie pratiquée à Londres depuis 1876. Mais je sais de bonne source que tous les cas sont loin d'être publiés.

(3) La statistique de M. Blum contient 24 cas d'opérations pratiquées dans diverses localités allemandes depuis 1876.

©BIU Santé

M. Labbé, dont je n'ai point à discuter la valeur pour la taille stomacale, ne convient guère pour la gastro-stomie, parce que dans ce dernier cas l'estomac, rétracté par l'inanition prolongée ou les cicatrices anciennes, se trouve plus haut que le point indiqué pour la taille stomacale, et que l'incision de M. Labbé descend trop bas. M. Lanelongue (de Bordeaux), M. Courvoisier et M. Le Dentu avaient déjà signalé ce fait, mentionné dans mon livre (p. 95), d'après leurs observations; M. Faucon (de Lille), qui, dans un cas, sur le cadavre heureusement, a ouvert le colon transverse au lieu de l'estomac (1), après avoir pratiqué l'incision de M. Labbé, insiste également sur le changement des rapports de l'estomac chez les sujets atteints de cancer de l'œsophage. Enfin, tout récemment, à la Société de chirurgie, M. Lucas-Championnière a recommandé encore de tenir compte de la rétraction de l'estomac en pareil cas, et de ne faire descendre l'incision que jusqu'à la huitième côte; M. Larger la ferait même encore plus haut. (*Bull. Soc. de chir.*, 1883, p. 747, 779.)

On ne peut d'ailleurs s'appuyer sur les résultats de la gastro-stomie en France où elle a donné 7 morts dans 9 cas, pour dire que les succès de cette opération sont nombreux et dus à tel ou tel procédé, en admettant que dans tous les cas le succès de l'opération soit dû au procédé opératoire seul, ce que j'ai contesté plus haut. Voici, en effet, le tableau succinct des cas de gastro-stomie publiés en France depuis 1876.

Verneuil, 1876.	Guérison.
Lanelongue, 1876.	Survie vingt-six jours.
Le Dentu, 1878.	Mort le troisième jour.
Anger (Th.), 1880.	Mort le premier jour.
Faucon, 1882.	Mort le premier jour.
Tillaux, 1883.	Mort le dix-septième jour.
Berger, 1883.	Mort après dix-neuf heures.
Le Fort, 1883.	Mort après vingt-quatre heures.
Lucas-Championnière, 1883.	Mort le quatrième jour.

Les insuccès, comme les succès de la gastro-stomie, sont dus à des causes multiples, indépendantes le plus souvent du manuel opératoire; elles ont été indiquées ailleurs et je n'ai pas à y revenir ici.

(1) *Bull. Acad. de méd. de Belgique*, 1882, t. XVI, p. 1204.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux italiens.

Quelques inoculations de nodules lépreux, par M. le professeur Campana. (*Archiv. per le scienze mediche*, vol. VII. n° 3.)—Il s'agissait de démontrer la contagiosité de la lèpre, au moyen d'inoculations de la substance du tubercule lépreux. Huit animaux ont été soumis à cette expérimentation. L'inoculation pratiquée dans la cornée a reproduit dans un temps variable le même produit pathologique. Au point même de l'inoculation, on constatait tout d'abord une inflammation avec boursouflement de la parcelle inoculée, et plusieurs fois même, du quatrième au septième jour, la nécrose de la lame cornéenne qui la recouvrait; un ulcère superficiel succédait ensuite, et enfin apparaissait la néoformation d'un cône et de petits vaisseaux. Au bout de huit à dix jours, tout rentrait dans l'ordre sans laisser plus tard aucune manifestation de cette singulière dermite. Un examen très long des mêmes animaux, et plus tard des recherches nécroscopiques, n'aboutirent pas à trouver de nouvelles traces de la maladie. Pourtant, dans les lames de la cornée de deux cobayes, on retrouva sous le champ du microscope le même bacille qui existait dans la partie inoculée, et cela 60 jours après l'inoculation.

Le même auteur a publié (in *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.*

Fasc. 5, anno VIII) quelques notes sur une forme originale de la lèpre linguale, dont voici le résumé : Un jeune homme de 15 ans, né de parents lépreux, souffrait depuis cinq ans d'éruptions maculo-nodulaires lépreuses de la peau, de la face et des articulations. La langue devint le siège de la même éruption; mais, sur cet organe, elle était caractérisée par un groupe de petites tumeurs papilliformes formant dans leur ensemble une plaque ovale de la dimension d'un sou à surface irrégulière et villeuse, d'un volume variant d'un grain de chanvre à celui d'une lentille. Ces petites tumeurs étaient dures, indolentes, non saignantes. L'examen microscopique d'après la méthode de Ehrlich permit de voir un grand nombre de bacilles de la lèpre. M. le professeur Campana conclut de ce fait que cette affection peut donner lieu à des néoplasies assez semblables à celles de la syphilis et de la tuberculose.

Etudions encore un chapitre du même sujet dans le journal qui nous a donné l'observation précédente. (Fasc. 4, anno 8e, 1882.)

M. le docteur Ferrari (P.) y examine tout spécialement le bacille dans la pathologie de la lèpre. Reprenant les travaux de Hansen, Pellizzari et Majocchi, qui ont trouvé ce germe lépreux dans toutes les parties du corps où la maladie se manifeste, M. le docteur Ferrari a même pu retrouver cet élément figuré dans du sang extrait d'un tubercule lépreux six heures après son extraction. L'auteur se croit en droit d'affirmer que la lèpre est bien de nature parasitaire. Elle serait bien due au bacille de Hansen, et se transmettrait par hérédité comme la syphilis, mais ne serait pas contagieuse. Nous avons vu plus haut que les inoculations n'avaient pas encore entièrement réussi, comme on aurait pu l'espérer.

M. le docteur Barduzzi (D.), dans le *Journal italien des maladies vénériennes* (anno VIII, fasc. 3), a reconnu également l'étiologie parasitaire de la lèpre.

M. le docteur Moretti (O.) a publié, dans la *Rivista clinica di Bologna*, 1883, le premier cas du terrible mal observé jusqu'à ce jour dans les Marches. Une femme de 45 ans portait un grand nombre de tubercules (117) sur les différentes parties de son corps; la nature de ces petites tumeurs ne fut connue que par l'examen microscopique de plusieurs coupes de leur substance, où l'on trouva le *bacillus lepræ* dans les cellules des granulations tuberculeuses.

Il Morgagni (octobre 1882) donne les recherches expérimentales sur l'action biologique du bromure de zinc de M. le professeur B. Testa. C'est une véritable monographie qui montre l'influence que possède d'abord ce sel sur les extrémités périphériques des nerfs de la sensibilité, et plus tard sur le centre spinal, sans exclusion toutefois des troncs nerveux qui s'en détachent.

Le même auteur a encore publié des considérations critiques sur l'ipéca donné à hautes doses dans la pneumonie et sur ses bons effets (in *Giornale internazionale delle scienze mediche;* anno V); enfin, il nous donne un mémoire intéressant sur l'action thérapeutique de l'iodoforme dans les lésions organiques du cœur. Cinq observations probantes, accompagnées de hautes considérations cliniques et thérapeutiques, viennent prouver l'heureuse influence de ce médicament dans les troubles valvulaires du centre circulatoire. (*Giorn. di clinica e terapia.* Messine, anno II, fasc. 89; 1883.)

Plaie d'arme à feu à la région deltoïdienne droite, avec fracture comminutive de l'humérus et ouverture de l'articulation scapulo-humérale, suivie de guérison, par M. le docteur Pasini (D.), chirurgien en chef de l'hôpital civil de Fermo. (In *Raccoglitore*, novembre 1883.) — Une fillette de 7 ans reçoit dans l'épaule droite un coup de fusil de chasse presque à bout portant qui lui enlève la plus grande partie de l'épaule, détruit la tête humérale, ouvre l'articulation et produit une véritable désorganisation de cette région. Il n'y aurait eu, pour le plus grand nombre des chirurgiens, qu'à régulariser le moignon et finir au plus vite la désarticulation. M. le docteur Pasini, trouvant les mouvements de la main et de l'avant-bras encore intacts, essaya de conserver le membre à cette malheureuse pour que plus tard, le bras étant maintenu par un appareil, elle pût encore se livrer à quelques travaux. Un tube à drainage fut introduit dans la plaie et servit à faire des lavages phéniqués fréquemment répétés. Après six mois de soins attentifs et bien des péripéties, l'enfant sortait guérie de l'hôpital de Saint-Marin avec son bras un peu raccourci, mais apte encore à lui rendre les plus grands services.

Millot-Carpentier.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 février 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire. — Présentations. — Ostéoclasie. — Rapports. — Discussion sur l'opportunité de l'extirpation des ganglions cervicaux hypertrophiés. — Nomination d'une commission de trois membres pour l'examen des titres des candidats à une place vacante de membre titulaire.

M. Léon Labbé présente, au nom de M. le docteur Hermet, la traduction de l'étude de Jonathan Hutchinson *sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire*, avec préface de M. Alfred Fournier.

— A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la présentation de 15 malades opérés du *genu valgum* dans le service de M. Daniel Mollière (de Lyon), à l'aide de l'ostéoclaste de M. Robin, M. Reclus dit que M. Collin a parfaitement reconnu que son appareil avait été perfectionné d'après le principe de celui de M. Robin. D'ailleurs, l'ostéoclaste fabriqué par M. Collin est aujourd'hui supérieur à celui de M. Robin (de Lyon) et réalise de meilleures conditions pour l'opération de l'ostéoclasie.

— M. Chauvel lit un rapport sur une observation de M. le docteur Vieusse (d'Oran) relative à un cas de kyste hydatique de la parotide pris pour une tumeur maligne.

M. Chauvel donne ensuite lecture d'un second rapport sur une observation de M. le docteur Poulet, d'extirpation d'une tumeur ganglionnaire du cou ayant amené la mort par hémorrhagie secondaire résultant d'une érosion de l'artère carotide.

L'auteur de l'observation attribue l'hémorrhagie à une septico-pyohémie ayant déterminé le ramollissement et l'ulcération de la paroi artérielle. M. le Rapporteur pense que l'artère carotide a pu être tiraillée pendant l'opération et que l'irritation produite par ce tiraillement a pu donner naissance à une inflammation ulcérative dont l'hémorrhagie a été la conséquence.

Sans rejeter d'une manière absolue les opérations sanglantes pratiquées pour les engorgements ganglionnaires du cou, de nature scrofuleuse, M. Chauvel pense qu'il est de beaucoup préférable, dans la majorité des cas, de s'en tenir à un traitement hygiénique et pharmaceutique comprenant les bains de mer, le séjour à la campagne dans un climat chaud et sec, l'emploi des préparations iodées, des purgatifs, des révulsifs, etc. Il ne faut pas perdre de vue que la guérison de la plaie de l'opération n'est pas la guérison de la maladie, que celle-ci persiste après l'extirpation de ganglions hypertrophiés et peut donner lieu à de nouvelles manifestations locales, de telle sorte que l'opération aura été souvent inutile au malade tout en lui faisant courir des dangers très sérieux.

M. Desprès rappelle que la Société de chirurgie a déjà dans une précédente discussion prononcé son jugement au sujet des opérations pratiquées pour des hypertrophies ganglionnaires de nature scrofuleuse. Tous les membres qui ont pris part à la discussion se sont unanimement prononcés contre les opérations au moins inutiles sinon nuisibles que l'on pratique à ces malades. Il y a lieu d'ailleurs de faire remarquer que les ganglions engorgés ne sont pas tous des ganglions scrofuleux. Il y a des engorgements de diverse nature. On a signalé depuis longtemps les engorgements ganglionnaires qui surviennent chez les jeunes soldats, engorgement de ganglions isolés ou multiples qui seraient le résultat d'une irritation locale. De même, il existe chez les scrofuleux des engorgements qui sont dus à de simples irritations de voisinage. Enfin il y a des engorgements permanents qui accompagnent une espèce particulière d'anémie, la *leucémie* ou *leucocythémie*, et que l'on désigne sous le nom de *lymphadénomes*. Est-il possible de faire des opérations chirurgicales pour ces divers genres d'engorgements ganglionnaires ? La plupart des chirurgiens répondent par la négative et sont d'avis qu'il n'y a pas lieu d'y toucher.

Les ganglions strumeux, décrits depuis Hippocrate et vulgairement connus sous le nom d'écrouelles, réclament pour tout traitement les bains de mer, le séjour à la campagne, un bon régime, les toniques sous toutes les formes, les préparations iodées, etc.

En résumé, les engorgements ganglionnaires n'étant pas tous de même nature, étant d'ailleurs susceptibles de guérir soit spontanément, soit par un traitement interne, il n'y a pas lieu de recourir contre eux à des opérations chirurgicales.

En terminant, M. Desprès fait remarquer que, dans le cas de M. Poulet, le pansement de Lister n'a pas empêché l'infection purulente et l'hémorrhagie secondaire, conséquence de cette infection, qui a causé la mort du malade.

M. Verneuil a fait deux ou trois fois en trente ans l'extirpation des ganglions strumeux du cou. C'est dire qu'il partage entièrement, au point de vue de la rareté des indications opératoires dans ces cas, l'opinion de M. Chauvel. A l'exception des cas où le développement plus ou moins considérable de masses ganglionnaires occasionnent des accidents menaçants, M. Verneuil ne pense pas qu'il faille intervenir chirurgicalement.

A côté des grandes opérations radicales contre lesquelles se manifestent aujourd'hui d'heureux symptômes de revirement en thérapeutique chirurgicale, à côté de ces grandes opérations, il en est de petites telles que le curage, le raclage, la cautérisation, la trépanation et autres tortures infligées aux individus atteints d'affections strumeuses. M. Verneuil n'a pas beaucoup de confiance dans toutes ces opérations, petites ou grandes. Il a cautérisé, curé, raclé beaucoup d'engorgements ganglionnaires du cou sans grand succès. Il a fait un peu plus souvent l'extirpation des ganglions de l'aisselle, une demi-douzaine de fois environ, et il a obtenu quelques bons résultats. Il a essayé le fer rouge, les injections interstitielles, les applications de l'électricité sous forme de courants continus, et il a complètement échoué. Comme pour les somnambules, si l'on n'y croit pas, ça ne réussit pas.

M. Verneuil a vu le raclage provoquer souvent l'engorgement hypertrophique des ganglions placés au voisinage de la partie opérée. Il serait bien aise qu'avant d'annoncer leurs guérisons, les chirurgiens qui prétendent en avoir obtenu par le raclage, voulussent bien attendre, pour montrer leurs malades, qu'une année au moins se fût écoulée.

M. Richelot partage, dans une certaine mesure, l'opinion exprimée par MM. Chauvel, Desprès et Verneuil à l'égard de l'intervention chirurgicale dans les engorgements ganglionnaires. Cependant, nous voyons beaucoup de malades ayant subi pendant un temps plus ou moins long un traitement général hygiénique conserver leurs ganglions indurés. Dans les formes d'adénite chronique simple, chez des individus de tempérament lymphatique, lorsque les engorgements ganglionnaires sont durs et n'offrent aucune trace de ramollissement, on obtient souvent des résultats favorables par les injections interstitielles de teinture d'iode. Ces injections déterminent dans la masse ganglionnaire un travail d'irritation atrophique qui la fait disparaître plus ou moins rapidement.

M. Richelot a obtenu plusieurs succès par cette méthode que MM. Luton (de Reims) et Bertin (de Gray) ont mise en pratique depuis bon nombre d'années. Chez des jeunes filles qui avaient le cou déformé par des masses ganglionnaires indurées, il a provoqué non la disparition absolue des ganglions que l'on sentait encore au doigt après la guérison, mais l'effacement de la tumeur déformante et le rétablissement de la forme normale de la région.

Lorsque les ganglions présentent une tendance au ramollissement et à la suppuration, les injections interstitielles ont un tout autre effet ; elles favorisent et hâtent le travail suppuratif.

M. Trélat croit devoir protester contre la confusion commise par M. Desprès et par M. Verneuil, relativement aux opérations pratiquées pour les engorgements ganglionnaires du cou. Suivant lui, il est impossible de porter un jugement général sur ces opérations qui s'attaquent à des tumeurs de nature et d'origine extrêmement variables : tumeurs ganglionnaires scrofuleuses, syphilitiques, néoplasmes d'espèces diverses où se rangent, avec les tumeurs de l'adénie commune, les lymphadénomes, les lymphosarcomes, etc. Il paraît absolument impossible à M. Trélat que l'on englobe dans la même mesure de proscription toutes les opérations pratiquées pour ces divers genres de tumeurs. Il y en a qui, par la gêne qu'elles produisent et les accidents qu'elles provoquent, nécessitent l'opération. Sans doute, il convient d'y recourir le plus rarement possible; mais, dans certains cas, par leur volume, par les accidents qu'elles causent, par leurs connexions vasculaires ou autres, les tumeurs ganglionnaires fournissent des indications opératoires formelles. M. Trélat déclare avoir rempli ces indications avec succès dans bon nombre de néoplasmes ganglionnaires limités exactement aux ganglions.

Quant aux tumeurs strumeuses, M. Trélat est d'avis, comme la plupart des chirurgiens, qu'il faut mettre à l'écart du champ opératoire toute la vaste catégorie des adénies dites strumeuses qui sont le point de départ de lésions locales, d'accidents

©BIU Santé

inflammatoires plus ou moins aigus, qui ne nécessitent aucune opération chirurgicale autre que les incisions et les ouvertures d'abcès, et dont la guérison est obtenue par ces simples moyens.

Dans la grande catégorie des adénies chroniques, il est un grand nombre de tumeurs qui relèvent du traitement général; on obtient des cures remarquables grâce à la réunion et au concours des conditions suivantes : patience et longueur de temps, changement de lieu et de climat, voyages, médications salines, etc. Néanmoins, on rencontre souvent, à la suite de ces traitements, des individus chez lesquels les tumeurs persistent avec une opiniâtreté que nulle médication générale ou locale ne peut parvenir à vaincre.

Deux indications se présentent : s'il s'agit d'une tumeur limitée, dure, persistante, mais ne causant aux malades d'autres inconvénients que celui qui résulte, au point de vue de l'esthétique, de la présence d'une tumeur désagréable et choquante, on pourra, comme le conseille M. Richelot, employer les injections interstitielles; s'il s'agit, au contraire, d'une tumeur ulcérée, anfractueuse, avec fistule persistante qui subit perpétuellement les alternatives de cicatrisation, d'inflammation et de réouverture, qui peut donner lieu à des accidents plus ou moins sérieux, à des érysipèles, à des inflammations des vaisseaux et des ganglions lymphatiques voisins, etc.; dans ces circonstances, on est parfaitement autorisé à pratiquer l'ablation des tumeurs de ce genre, après que l'on aura épuisé toutes les ressources du traitement général et local, hygiénique et pharmaceutique.

Dans ces cas le grattage, si conspué, fait méthodiquement comme une variante de l'exérèse, de manière à extirper complètement, totalement, les diverses parties de la tumeur, ce grattage exerce l'influence la plus favorable, en transformant le siège de la tumeur en une surface vivante et vivace, pourvue de vaisseaux et d'organes susceptibles d'adhésion et de réparation, et capables de conduire la plaie à une cicatrisation parfaite et totale. Sera-ce une guérison radicale? De l'opération, oui; de la scrofule, non. Le malade restera nécessairement exposé à de nouvelles atteintes de son affection générale; mais du moins on l'aura délivré d'une manifestation locale fâcheuse, d'une cause de fatigue et d'épuisement dont la santé générale ne pouvait que souffrir et on lui aura procuré une guérison temporaire plus ou moins durable.

La conduite du chirurgien doit varier suivant les cas

M. Trélat possède actuellement dans son service un individu atteint de tumeurs ganglionnaires de la région sus et sous-hyoïdiennes, sans tendance à la suppuration et sans retentissement fâcheux sur la santé générale; il n'a pas voulu l'opérer malgré les instances du malade qui va quitter l'hôpital. D'autre part, l'été dernier, il a reçu dans son service un malade atteint d'abcès du creux de l'aisselle persistant depuis longtemps et ayant provoqué autour de lui la formation d'une masse de tissus épaissis et indurés. L'abcès a été ouvert; les ganglions de l'aisselle ayant été trouvés malades, M. Trélat les a enlevés les uns après les autres et a converti ainsi la surface anfractueuse de l'abcès en une plaie simple qui était définitivement guérie un mois après.

Il importe donc de tenir compte de toutes les conditions des faits qui se présentent à l'observation du chirurgien, et savoir reconnaître que parmi les lésions diathésiques, il en est qui, après avoir résisté à la thérapeutique générale, cèdent à la thérapeutique chirurgicale.

M. Verneuil ne veut répondre qu'un mot à M. Trélat : il demande que les malades traités par le grattage, pour des engorgements ganglionnaires scrofuleux, et réputés guéris, soient présentés un an au moins après l'opération.

— Dans le cours de la séance, il a été procédé à l'élection d'une commission chargée de l'examen des titres des candidats à une place vacante de membre titulaire. Ont été élus MM. Reclus, Polaillon et Berger. — A. T.

HYDROLOGIE MÉDICALE

Les eaux minérales d'Heucheloup.

Les sources d'*Heucheloup* font partie du groupe particulier de cette région hydrologique des Vosges comprenant les sources analogues ou à peu près identiques de Saint-Vallier, Vittel, Outrancourt, Contrexéville, Martigny, etc., qui sourdent de terrains d'une constitution géologique uniforme.

Signalées par Bagard en 1763, étudiées par le docteur Poirot en 1834, dans sa thèse inaugurale, approuvées par l'Académie de médecine, en 1875, sur le rapport du regretté professeur Chevallier, fait au nom de la commission des eaux minérales composée de MM. Pidoux, Bouchardat, Moutard-Martin, Empis et J. Lefort, si les eaux d'Heucheloup ne sont pas entrées plus vite dans la thérapeutique hydro-minérale, c'est seulement à cause de la situation géographique des sources.

En effet, celles-ci sont situées dans le département des Vosges à 10 kilomètres de Mattaincourt sur le territoire de la petite commune d'Hagécourt, dans un étroit vallon qu'arrose la jolie rivière du Madon. Les eaux sourdent à 20 mètres environ de la rive gauche de la rivière par une triple émergence. Il était très difficile, dans un pareil lieu, loin de tout pays de quelque importance, de mettre ces sources en exploitation et seuls les environs pouvaient bénéficier de leur action bienfaisante.

Aujourd'hui la difficulté n'existe plus. Les sources soigneusement captées ont été amenées d'Heucheloup à Hymont-Mattaincourt, situé à 9 kilomètres, avec une pente de 14 mètres, dans des tuyaux de porcelaine émaillée de 15 centimètres de diamètre, et M. Jules Lefort, le savant hydrologue de l'Académie de médecine, a constaté que, vu leur température constante et leur composition chimique, les eaux n'ont subi aucune altération ni aucun changement pendant le trajet.

Hymont-Mattaincourt est une station de chemin de fer entre Mirecourt et Epinal à 2 kilomètres de la première de ces villes. Les eaux arrivent à moins de 200 mètres de la gare dans un parc bordé par la rivière le Madon, en face d'une colline où s'élève le tombeau du bienheureux père Fourrier (1).

Nous avons dit au commencement que les eaux d'Heucheloup appartenaient à la même classe que celles de Contrexéville et Vittel. L'analyse suivante faite en 1883 par M. Jules Lefort en est la preuve.

Eau : 1 litre	grammes
Acide carbonique libre	0,0413
Sulfate de chaux	1,3387
— de magnésie	0,1540
— de soude	0,5356
— de potasse	0,0267
— de strontiane	0,0044
— de lithine	Indices.
— d'ammoniaque	
Bicarbonate de chaux	0,3030
— de protoxyde de fer	0,0020
Chlorure de sodium	0,0068
Phosphate de chaux	Indices.
Silicate d'alumine	0,0220
Total	2,4345

Les eaux d'Heucheloup sont donc sulfatées calciques légèrement bicarbonatées. Elles présentent une minéralisation supérieure à celles de Contrexéville et Vittel. Elles contiennent deux fois plus de sulfate de chaux que Vittel et 17 centigrammes de plus que Contrexéville ; elles sont deux fois plus riches en sulfates de soude et de magnésie que Contrexéville et Vittel ; enfin elles ont un peu plus d'acide carbonique que cette dernière et un peu moins que la première. On peut s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur le tableau suivant :

	HEUCHELOUP	Contrexéville (*Pavillon*)	Vittel (*Grande source*)
Sulfate de chaux	1,338	1,165	0,680
Sulfates de magnésie et de soude	0,689	0,266	0,328
Acide carbonique	0,041 (Lefort)	0,080 (Debray)	très peu (Jacquemin)

Claires, limpides (d'une température de 12°), se conservant indéfiniment en bouteilles sans la moindre altération, ce qui les rend particulièrement précieuses pour la cure à domicile, les eaux d'Heucheloup, dont le débit est de 200 litres par minute, ont une saveur fraîche, acidule légèrement atramentaire et laissent un arrière-goût un peu styptique. Elles ne fatiguent nullement l'estomac qui peut les supporter à hautes doses et les digère facilement. Leur absorption est très rapide et se manifeste par une accélération dans les sécrétions, particulièrement des urines et des selles. Ces dernières sont

(1) Ce tombeau du bienheureux père Fourrier, fondateur du célèbre couvent des Oiseaux, attire chaque année, au mois de juillet, d'innombrables pèlerins.

©BIU Santé

aqueuses, quelquefois bilieuses, multipliées pendant les heures consacrées à la boisson minérale et ne se reproduisent plus pendant le reste de la journée. Quant à la sécrétion des reins, elle est fortement activée, la quantité des urines rendues est très sensiblement augmentée et dépasse celle de l'eau ingérée.

Comme les eaux sulfatées calciques, les eaux d'Heucheloup possèdent une spécialisation particulière: d'un côté, contre les affections des voies urinaires; d'un autre, contre les affections du foie.

L'action des eaux sulfatées calciques sur la gravelle est tellement remarquable, qu'on a pu dire qu'elles sont à cette affection ce que la quinine est à la fièvre.

Dans la gravelle urique, lorsqu'il y a des douleurs rénales particulières, des dispositions au retour des coliques néphrétiques, ou lorsque les douleurs persistantes et les urines troubles annoncent un certain degré d'inflammation ou de catarrhe vers le rein, les eaux d'Heucheloup sont tout à fait indiquées, et ainsi que l'a fort bien décrit Durand Fardel dans son *Traité des maladies chroniques*, « les eaux bicarbonatées et notablement minéralisées, Vichy en particulier, sont au contraire contre-indiquées alors. Il faut insister sur ce sujet, qui n'est pas assez connu de la généralité des médecins », ajoute le maître en hydrologie.

Dans la gravelle phosphatique, les eaux d'Heucheloup font merveille et sont aussi de beaucoup préférables aux eaux bicarbonatées sodiques. Elles agissent, non pas en désagrégeant les calculs, mais par une sorte de lixiviation, en entraînant les graviers, en déblayant et en lavant les reins, les uretères et la vessie.

Les catarrhes vésicaux sont encore tributaires des eaux d'Heucheloup; ils sont aussi heureusement influencés par elles que le sont les catarrhes de l'appareil respiratoire par les eaux sulfureuses. Après quelques jours de l'usage d'Heucheloup, ainsi que j'ai pu le constater personnellement sur plusieurs de mes malades, les urines deviennent claires et limpides, de troubles et bourbeuses qu'elles étaient; les envies d'uriner la nuit sont moins fréquentes; les malades urinent facilement et avec force.

Fortement laxatives, ainsi que nous l'avons dit plus haut, les eaux d'Heucheloup donnent des résultats très remarquables dans les engorgements du foie, l'ictère, la lithiase biliaire avec ou sans coliques hépatiques. On pourra aussi les employer dans les constipations symptomatiques d'entérite sèche ou d'atonie intestinale.

J'allais oublier la goutte, « *cette sœur de la gravelle* », comme l'appelait fort justement Erasme. Les médecins qui exercent dans les diverses stations d'eaux minérales sulfatées calciques ont tous les ans à traiter un certain nombre de goutteux, et la cure thermale amène, dans la majorité des cas, des résultats vraiment surprenants.

L'illustre professeur Charcot n'a-t-il pas dit, d'ailleurs, que les eaux sulfatées calciques « sont très utiles dans la goutte chronique, et qu'administrées dans les cas de goutte ancienne avec dépôts tophacés, elles donnent des résultats favorables »? Quant à Garrod, dont les écrits sur la goutte font loi, il a écrit, au sujet de la goutte chronique : « Il convient surtout d'activer les fonctions des organes sécréteurs, celles des reins en particulier. » Les eaux sulfatées calciques d'Heucheloup rendront donc de très grands services aux goutteux, surtout dans l'intervalle des accès. Pour mon compte, je les conseille de préférence aux eaux de Vals ou de Vichy, parce qu'elles ne présentent pas pour le malade les dangers de la cachexie alcaline qu'entraîne l'usage prolongé des eaux bicarbonatées sodiques fortes, sur laquelle a beaucoup insisté le professeur Trousseau.

Par leur composition chimique et par leur action bienfaisante dans les diverses affections précitées, les eaux d'Heucheloup sont appelées à prendre une des premières places parmi les sources similaires.

Dr Paul Labarthe.

VARIÉTÉS

LE PROJET DE LOI RELATIF A L'NSPECTION DES PHARMACIES.

Le gouvernement vient de saisir les Chambres d'un projet de loi qui conserve les dispositions de la réglementation actuelle sur l'inspection des pharmacies, des dépôts et des fabriques d'eaux minérales, mais qui en confie l'exécution à un corps d'inspecteurs nommés par le ministre du commerce et vraisemblablement hiérarchisés.

Ce projet a pour but de compléter la loi sur l'organisation de la pharmacie dont l'*Union médicale* a fait connaître les principales dispositions dans l'analyse critique du

rapport de M. Naquet. La création d'un corps d'inspecteurs paraît devoir soulever de vives réclamations parmi les pharmaciens. De son côté, le ministre la motive par les considérations suivantes : « Par suite de l'absence d'un corps hiérarchisé et relevant « directement de l'administration centrale, l'inspection se fait sans unité et sans mé- « thode. Ici toutes les officines sont visitées; ailleurs, l'inspection ne porte que sur « quelques-uns. »

C'est, en effet, dans la nomination des inspecteurs, que réside toute l'économie du projet. Comme aucune de ses dispositions ne spécifie les catégories dans lesquelles on les recrutera, nous ne désespérons pas de voir encore de beaux jours pour le fonctionnarisme et peut être aussi pour l'accroissement des charges budgétaires. Les inspecteurs de trichines en disponibilité y trouveront là sans doute un refuge assuré?

Enfin il est probable que l'examen de ce projet sera confié aux membres de la commission dont M. Naquet était le rapporteur. Puissent nos députés lui faire subir des modifications, et en corriger les imperfections. D'ailleurs on peut se demander si ces commissaires n'en demanderont pas le rejet, puisque naguère ils n'acceptèrent qu'avec regret le maintien du principe de cette inspection. Elle a cependant sa raison d'être, l'obligation du diplôme. Seulement, au lieu de confier la nomination des inspecteurs à l'arbitraire administratif, il eût été plus raisonnable d'assurer, dans ce choix, une équitable influence aux Associations médicales et aux Sociétés pharmaceutiques de chaque département. C'eût été justice; il est donc bien à craindre qu'il n'en soit fait tout autrement.

C.-L. D.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 8 au 14 février 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1114. — Fièvre typhoïde, 26. — Variole, 2. — Rougeole, 30. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 60. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 204. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 77. — Bronchites aiguës, 33. — Pneumonie, 80. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 39; au sein et mixte, 26; — inconnues, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 101; circulatoire, 81; respiratoire, 79; digestif, 54; génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulat. et muscles, 9. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 4.

Résumé de la 7e semaine. — Le service de statistique municipale a reçu notification de 1,114 décès pendant la semaine actuelle, au lieu de 1,038 qui avaient été comptés pendant la semaine précédente.

La comparaison des chiffres des dernières semaines fait ressortir un accroissement notable pour la Fièvre typhoïde, la Rougeole et la Diphthérie ; les autres maladies sont à l'état stationnaire.

La Fièvre typhoïde (26 décès au lieu de 10), présentait pendant les deux dernières semaines des chiffres exceptionnellement faibles dont on ne pouvait guère espérer la constance. Le chiffre même de cette semaine doit être considéré comme faible, car, s'il se reproduisait pendant le reste de l'année, il représenterait une mortalité annuelle de 60 décès pour 100,000 habitants, qui serait beaucoup plus faible que celle qui est ordinaire à Paris depuis 1880.

La Rougeole (30 décès au lieu de 21 et 14 pendant la semaine précédente) a subi un accroissement considérable. On remarquera que les quartiers limitrophes de la Gare (2 décès), de la Salpêtrière (1 décès) et du Jardin des Plantes (3 décès) présentent une petite épidémie locale; les avis des médecins nous avaient permis de la prévoir et d'indiquer sa cause à l'autorité compétente.

Enfin la Diphthérie (60 décès au lieu de 43) présente un accroissement considérable qui se fait sentir exclusivement dans les quartiers excentriques. Les quartiers des Épinettes, des Grandes-Carrières, de Clignancourt continuent à être surtout frappés. On remarquera aussi de nombreux cas de Diphtérie dans les quartiers limitrophes de Picpus (4 décès), de Sainte-Marguerite (2 décès) et du Père-Lachaise (4 décès).

La Variole (2 décès au lieu de 1), la Scarlatine (3 décès au lieu de 6), la Coqueluche (10 décès au lieu de 7), l'Erysipèle (2 décès au lieu de 4) n'ont subi que des variations sans importance; elles continuent à se montrer très rares.

La Bronchite (33 décès au lieu de 40) doit sa rareté à la douceur de la saison. La Pneumonie a causé cette semaine 80 décès au lieu de 66 qui était un chiffre exception-

©BIU Santé

nellement faible, l'Athrepsie (70 décès au lieu de 68 et de 47 pendant la semaine précédente) a une tendance à augmenter de fréquence.

Le service de la Statistique a reçu notification de 407 mariages et de 1,344 naissances (695 garçons et 649 filles), dont 947 légitimes et 397 illégitimes. Parmi ces dernières, 63 ont été reconnues immédiatement par un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris

Faculté de médecine de Paris

Thèses de doctorat du 18 au 23 février 1884.

Lundi 18 et mardi 19. — Pas de thèses.

Mercredi 20. — M. Lhuillier : De l'adénite strumeuse inguinale, bubons strumeux (Président, M. Verneuil.) — M. Verdier : Des abcès lymphangitiques chancreux. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 21. — M. Betschine : Etude sur les symptômes de la pleurésie infantile. (Président, M. Peter.) — M. Pujol : De l'influence des maladies du nez et du pharynx sur la production des maladies de l'oreille moyenne. (Président, M. Brouardel.)

Vendredi 22. — M. Letarouilly : Contribution à l'étude clinique du cancer de la prostate. (Président, M. Guyon.) — M. Boyer : De la suture du pelletier avec du fil de catgut et de son usage dans le traitement des plaies opératoires. (Président, M. Guyon.) — M. Bourguelle : Contribution à l'étude des suites éloignées de l'ovariotomie. Dégénérescence cancéreuse consécutive à l'ovariotomie. (Président, M. Verneuil.) — M. Ozenne : Du cancer chez les syphilitiques. De l'hybridité cancéro-syphilitique de la cavité buccale en particulier. (Président, M. Verneuil.)

Samedi 23. — Pas de thèses.

COURRIER

Concours — L'Administration des Hospices civils de Saint-Etienne (Loire), prévient que le lundi 30 juin 1884, un concours public pour deux places de médecin sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le concours aura lieu devant le conseil d'administration assisté d'un jury médical; il durera cinq jours et se composera de cinq épreuves.

Les médecins nommés à la suite de ce concours entreront en exercice le 1er août 1884. Leur traitement sera de 1,500 fr. par an. La durée des fonctions est fixée à 20 ans.

S'adresser pour les conditions particulières au Secrétariat des Hospices de Saint-Etienne, rue Valbenoîte, n° 40.

Vichy. — Nous apprenons qu'une Société d'hygiène vient de se fonder à Vichy.

Allemagne. — Les antivivisectionnistes ont adressé à la Chambre des députés une pétition dans laquelle ils demandent au gouvernement la suppression des vivisections. Le gouvernement, prenant cette requête en considération, a répondu qu'il se proposait de demander conseil, à ce sujet, aux diverses Facultés de médecine.

— D'après la nouvelle loi d'empire sur l'industrie, les commis-voyageurs sont tenus de se soumettre à une visite corporelle ayant pour but de constater s'ils ne sont pas atteints de maladies contagieuses. — Quelque prophylactique que soit cette mesure et quelque amoureux de l'hygiène qu'on soit, il est impossible de ne pas reconnaître tout ce qu'elle comporte d'abusif et de tyrannique. Il va sans dire que les voyageurs de commerce protestent énergiquement contre cette sorte de « mise à l'index ». (*Gaz. méd.*)

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Kystes ovariques multiloculaires. — Double ovariotomie. — Guérison. — III. Bibliothèque. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Thérapeutique. — VI. Correspondance. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton. — IX. Analyse du lait d'Arcy.

BULLETIN

La consultation demandée sur la question de déontologie que nous avait posée M. le docteur Maximin Legrand, ne nous a pas fait défaut. Les deux avis très autorisés que nous avons reçus sont d'autant plus intéressants qu'ils sont diamétralement opposés l'un à l'autre. M. le docteur Janicot s'exprime ainsi :

Un confrère très estimé, qui a donné une preuve éclatante de l'indépendance de son caractère et du désintéressement de ses opinions en refusant l'inspectorat d'Aix, le docteur Maximin Legrand, soulève la question suivante : « Quand une société fermière exploite un établissement thermal, les médecins de la station peuvent-ils en devenir actionnaires, et par là consentir à faire partie d'une entreprise industrielle ? » Telles sont les expressions très justes dont vous vous servez pour généraliser la question.

J'estime que les médecins qui exercent dans les stations thermales affermées par l'Etat ou appartenant à des Sociétés, auraient tort d'en devenir actionnaires. Mon opinion s'appuie sur une considération d'ordre général, et sur des motifs tirés des conditions dans lesquelles se pratique presque toujours la médecine hydrologique.

Par suite de certaines circonstances, encombrement de la carrière, délaissement des campagnes pour les grands centres, difficultés du *struggle for life*, etc., la profession médicale risque, dit-on, de tourner au commerce, de descendre un peu des sommets.

Est-ce le moment de la pousser sur cette voie glissante, qui mène presque toujours à la déconsidération, sur laquelle on ne comptait pas, et presque jamais à l'argent, sur lequel on comptait ? Je n'insiste pas, et j'arrive à des raisons plus terre à terre.

Je ne vois pas bien ce que gagneront les médecins à devenir actionnaires. Imposer leurs avis en matière d'administration, d'aménagements, de constructions ? Il faudrait pour cela qu'ils représentassent la majorité ou tout au moins une grosse part des actions, ce qui n'arrivera pas une fois sur dix ou sur vingt. Et s'ils ne représentent qu'une fraction insignifiante du capital social, on ne les écoutera ni plus ni moins

FEUILLETON

HISTOIRE DES MÉDECINS ARABES ET DE L'ÉCOLE DE SALERNE (1).

III

Comme transition entre les médecins arabes des khalifats d'Orient et ceux de l'Occident, on trouve, en Egypte et dans le Magreb, des personnalités qui ne doivent pas être négligées. C'est ainsi qu'Omar ben Ali est un des spécialistes de l'oculistique ; l'Egypte a été de tous temps le pays favorable aux ophthalmies.

Les souverains arabes traitaient généralement avec déférence et générosité leurs médecins, aussi la fin lamentable d'Ishaq ben Amran, au IXe siècle, est-elle une exception. Originaire de Bagdad, Ishaq ben Amran vint à Caïrouan, appelé par le sanguinaire Zyadet Allah, qui s'était engagé à le laisser repartir quand il lui conviendrait. Ishaq était chargé de vérifier les aliments du despote, et, dégoûté de cet office, il voulait s'en retourner en Orient. Zyadet décida la mort de son médecin Ishaq ; il lui fit ouvrir les veines des bras et le laissa mourir d'hémorrhagie, puis il fit mettre le cadavre en croix, le laissant en pâture aux oiseaux.

Maimonide, un des plus beaux noms du judaïsme, mais plus philosophe que médecin

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 et 31 janvier 1884.

©BIU Santé

qu'aujourd'hui, où les Compagnies intelligentes — il y en a — provoquent leurs avis et s'y conforment assez souvent.

Actionnaire, le médecin sera-t-il plus excité à faire prospérer la station ? Je ne le pense pas. Il a d'autres raisons personnelles de travailler, de mettre en jeu toute son activité, s'il veut se faire une place, une notoriété scientifique.

Si je ne vois aucun avantage pour nous à entrer dans une Compagnie fermière, j'y vois, en revanche, bien des inconvénients. Et d'abord, le médecin actionnaire ne sera jamais parfaitement à l'aise, ni avec ses clients, ni avec ses confrères. Avec ses clients ? Eh, mon Dieu, dans les stations thermales, nous faisons, pour un bon tiers, le sujet des conversations. Qu'un médecin soit actionnaire, il ne manquera pas d'âmes charitables pour insinuer qu'il pousse aux bains, aux douches, à boire de l'eau en dehors de la saison, toutes choses qui rapportent à la Société et par conséquent à lui-même. Tout cela est absurde, mais a des chances de se réaliser et mérite qu'on y réfléchisse.

Et les rapports entre confrères? Tous ne seront pas actionnaires, assurément. Les uns pourront l'être et le seront en effet; d'autres le pourront et ne le voudront pas; d'autres le voudraient bien, mais ne le pourront pas. Et voilà des catégories créées; voilà des confrères placés dans des conditions d'indépendance très différentes. Voilà les Compagnies et les Sociétés fermières entraînées à des préférences pour les médecins actionnaires au détriment des autres. Voilà le public se demandant pourquoi certains médecins ont des actions « dans l'affaire », et pourquoi d'autres n'en ont pas.

Conclusion : le conseil général de l'Association des médecins de France me semble avoir seul qualité pour trancher la question fort délicate posée par M. le docteur Maximin Legrand. Chacun s'inclinerait.

Dr J. Janicot,
médecin consultant à Pougues.

Voici maintenant l'opinion de M. le docteur Garrigou (de Luchon) :

Vous avez, selon moi, incomplètement résolu le problème en répondant : avoir des actions nous paraît innocent pour celui qui attend les malades...

Je répondrais sans hésiter à notre ami Max. Legrand : avoir des actions est pour les médecins, vis-à-vis du public, une garantie de la confiance qu'ils ont dans leurs eaux; c'est aussi une garantie pour l'avenir de la station.

Nous voyons tous les ans de jeunes confrères aller de station en station, pour chercher à prendre place. Quand ils sont installés, ils peuvent croire à la vertu des eaux qu'ils ont appris à étudier; au début, cette croyance n'existe pas, et le public le sait bien.

Un médecin qui place une partie de sa fortune dans la Compagnie fermière de ses

---

venu d'Espagne en Egypte, nous offre une des grandes figures du XIIe siècle. Maimonide vécut jusqu'en l'année 1204. Il écrivit généralement en arabe.

Constantin l'Africain ne doit point actuellement nous occuper ; il en sera question avec l'école de Salerne.

Le khalifat d'Espagne a été un des pays les plus heureux soumis au joug arabe. El Hakem avait établi à Cordoue une académie qui a fourni des savants distingués ; elle attirait de toutes parts les étudiants comme l'avait fait Bagdad. Au Xe siècle, la bibliothèque de Cordoue était la plus riche de l'Occident et renfermait au moins 284,000 volumes ; on a dit jusqu'à 600,000, avec 44 volumes pour le catalogue. Séville, Tolède et Murcie avaient aussi des écoles médicales.

Les premiers médecins arabes de l'Espagne arrivèrent de l'Orient comme Iounes de Harran, et d'autres, nés sur le sol ibérique, allèrent à Bagdad pour étudier, puis ils retournèrent dans leur pays, à l'exemple de Mohammed ben Abdoun.

Au XIIe siècle, vivait Abulcasis ou Albucasis (Aboul Kasem Khalef ben Abbas Ezzahraouy), qui n'est autre que Alzaharavius et qui mourut vers l'an 1013. C'est le premier médecin arabe dont les écrits ont été publiés à Venise, traduits en latin. Il était né à Zahara, près de Cordoue, d'où l'origine du surnom Ezzahraouy. Nous avons d'Abulcasis l'ensemble de ses œuvres en trente livres, et qui porte le nom de *Tesrif*. Le premier traité publié sur la préparation des médicaments n'est pas une simple compilation, il a mérité les éloges de Haller. Puis vient le livre de la théorie et de la pratique. Sa chirurgie, attribuée à Alzaharavius et qui est sûrement abulcasienne, comprend trois parties : la cautérisation, la médecine opératoire, les luxations et les fractures. Elle nous offre un des monuments scientifiques les plus précieux, ayant comme double mérite l'intro-

eaux, prouve qu'il a foi dans leur efficacité, dans leur avenir, et par là même il inspire confiance au public.

D'autre part, supposons une localité thermale dont la direction est soumise à l'influence de querelles de clocher, d'intérêts politiques ou personnels, qui vont la conduire dans une mauvaise voie. Le médecin, simple spectateur d'un pareil état de choses, le regrettera sans doute, mais il restera inactif et ne pourra rien pour empêcher la station de courir à sa perte. Au contraire, s'il a des intérêts dans la Compagnie d'exploitation, il pourra défendre avec vigueur sa fortune et par suite l'avenir de ses eaux. Sa voix autorisée sera mieux écoutée et deviendra prépondérante.

Ainsi, chers confrères et amis d'Aix-les-Bains, vous qui avez toujours donné au monde hydrologique l'exemple des vertus médicales, prenez sans hésiter des actions de votre Société première; vous affirmerez une fois de plus le succès de votre belle station.

Dr F. Garrigou.

— Dimanche dernier, M. le docteur Huchard inaugurait à l'hôpital Bichat les conférences hebdomadaires de clinique et de thérapeutique médicales dont nous avons dernièrement annoncé l'ouverture, et exposait comme il suit l'objet de son enseignement :

Messieurs,

Le titre même de ces leçons renferme tout un programme et peut servir à lui seul de profession de foi. Ce sont des *conférences de clinique et de thérapeutique médicales;* ce qui veut dire que je n'ai pas l'intention d'entreprendre un enseignement didactique, mais que je désire rendre ces causeries aussi familières que possible dans leur forme et dans leur objet; familières encore, si vous le voulez bien, par un mutuel échange de sympathie entre celui qui parle et ses auditeurs, ainsi que par notre commun désir de nous instruire; ce qui veut dire enfin que je ne séparerai jamais la thérapeutique de la clinique, parce qu'il est impossible de comprendre l'une sans l'autre.

En dehors de l'histoire classique des maladies, on rencontre des difficultés journalières, des obstacles imprévus, des surprises contre lesquelles il faut être prémuni. Ces difficultés existent dans la pratique hospitalière, mais elles sont plus nombreuses peut-être en ville, où on rencontre des affections, des formes morbides qu'on a rarement l'occasion de bien étudier à l'hôpital. Aussi tiendrai-je compte à la fois des malades du service et des cas observés au dehors.

Vous avez, nous avons tous un penchant naturel à prêter plus d'attention qu'il n'est juste aux faits un peu extraordinaires. Vous me permettrez de ne pas obéir à cette tendance, de vous entretenir au contraire d'affections très communes et qui, par cette raison

---

duction des figures à côté du texte. Abulcasis attribue l'abandon de la chirurgie à l'état d'ignorance des médecins pour l'anatomie; il se montre enthousiaste de l'emploi du feu, il indique quarante maladies où il ne voit pas de meilleur remède. Abulcasis cautérisait les tumeurs de la lèpre noueuse et de même les ulcères cancéreux, non sur le milieu, mais à la circonférence. Dans les luxations spontanées, il employait le feu autour des cavités articulaires, il plaçait le cautère actuel sur les gibbosités commençantes, nous dirions aujourd'hui sur le mal de Pott. Le chirurgien arabe donne quatre méthodes pour arrêter une hémorrhagie artérielle: la cautérisation, la section entière du vaisseau qui alors se rétracte, la ligature et la compression. Abulcasis s'est montré très circonspect à l'égard des amputations des membres.

Le *Tesrif* restera comme la première expression de la chirurgie scientifique, fondée sur la connaissance de l'anatomie. Les figures dont il est pourvu sont une innovation heureuse, lui assurant toujours un succès mérité.

Eben Guefith ou Ebn Ouafed (Aboul Motharref Abderrahmann ben Mohammed ben Abel Kebir ben Iahya ben Ouafed Ellakhmy), qui a été encore appelé Abenguefit et de plusieurs autres manières, était de Tolède.

Il s'est appliqué à l'étude de Galien et d'Aristote, et surtout à rechercher l'action des médicaments simples; il surpassa ses contemporains sur ce sujet. Ses livres renfermaient ce qu'avaient dit Galien et Dioscoride. Eben Ouafed fut élevé à la dignité de vizir, et mourut en 1074.

Ce qui caractérise pour nous Eben Guefith, ce sont ses connaissances en matière médicale et en thérapeutique. Je dois vous dire cependant qu'il a poussé très loin les distinctions subtiles; il établissait des différences au moins singulières entre les effets des

©BIU Santé

même, doivent exciter davantage votre intérêt. Vous comprendrez aussi pourquoi je n'hésiterai jamais à vous parler des erreurs que nous aurons commises, car elles font plus de profit que ces diagnostics péniblement élaborés, qui ont le tort de prendre naissance dans une imagination trop féconde ou trop complaisante.

La clinique doit aussi viser le pronostic. Vous verrez plus tard que les malades demandent au médecin de se prononcer non seulement sur la nature de leur affection, mais aussi et plus encore sur la suite de son évolution. Je prends le parti des malades, et je répète avec Borsieri : « La marque suprême d'un sage et véritable médecin consiste à présager sûrement ce que la maladie offre d'espérance et de danger, à pénétrer « sa tendance et le but où elle marche. »

Le diagnostic et le pronostic une fois établis, il nous faudra discuter le traitement. Or, à mon avis, on néglige trop la thérapeutique. Tout en rendant justice aux brillantes conquêtes de l'anatomie pathologique, je tiens à donner aux indications du traitement et au traitement lui-même la large place qu'ils prennent légitimement dans les préoccupations du médecin. Dans ce but, je vous ferai connaître les formules dont nos maîtres ou nos confrères ont éprouvé la valeur et celles dont j'ai pu moi-même constater l'efficacité.

En résumé, faire de la médecine pratique, de la clinique journalière et de la thérapeutique active, tel sera le but de ces conférences.

Après cette entrée en matière, M. Huchard a parlé des *Coliques hépatiques*, étudiées surtout dans leurs formes graves, frustes ou larvées. La conférence du dimanche 24 février sera consacrée à leurs causes, « étude qui doit précéder et inspirer le traitement hygiénique », et aux diverses médications qu'on a proposées pour les combattre. — L.-G. R.

Hôpital Bichat. — Service de M. le Dr F. Terrier.

Kystes ovariques multiloculaires. — Double ovariotomie. — Guérison.

Observation recueillie par H. Hartmann, interne du service.

Mme Fontaine, née Elisa Lecresse, âgée de 49 ans, 7, rue Rondelet, blanchisseuse, entre le 15 septembre, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, lit n° 6, pour une tumeur du ventre. Il y a environ un an, cette malade a remarqué que son ventre grossissait, sans qu'elle éprouvât la moindre douleur, ni le moindre trouble de la santé générale.

---

médicaments et ceux des substances alimentaires. Les effets des remèdes varient, dit-il, suivant la température; on peut les apprécier par la saveur : la chaleur produit une saveur amère, âcre et salée; le froid, une saveur austère, acide et styptique; une température moyenne, une saveur douce et grasse.

Une famille médicale illustre de la fin du XIe et du XIIe siècle s'est produite en Espagne, rappelant celles des Bakhtichou, des Honein, des Mésué. Les Ebn Zohr sont connus sous le nom d'Avenzoar, et le plus célèbre de tous, l'auteur du *Teissir* va nous occuper.

Avenzoar (Abou Merouan Abdel Malek ben Abil Ola ben Zohr), né à Peñaflor, près de Séville, est un observateur ayant plus d'originalité que beaucoup d'autres Arabes, et ne copiant pas servilement ses prédécesseurs. Il était juif de religion, fils et petit-fils de médecins. En médecine aussi bien qu'en chirurgie Avenzoar accepte Galien, mais il le modifie, il le combat, et en beaucoup d'endroits, il se montre hippocratique.

Son père commença, vers l'âge de dix ans, à l'instruire dans son art, et lui fit faire bientôt serment de ne jamais employer de poisons. Ce serment vous montre à quel point les empoisonnements devaient être fréquents chez les Arabes. On raconte qu'Abdel Moumen voulut user de purgatifs. Avenzoar imagina d'arroser une vigne avec une solution purgative, et en fit manger les raisins au khalife émerveillé. Avenzoar parvint à un âge très avancé. Il fut le maître d'Averrhoes, et mourut à 92 ans à Séville, en 1162; il fut enterré à côté de son père à Séville, près de la porte de la Victoire.

Le livre d'Avenzoar porte le titre de *Teissir* ou *Theisyr;* il est remarquable, et le médecin de Séville s'y montre plus praticien que théoricien. Il dit avoir saigné son enfant âgé de 3 ans seulement et avec un plein succès. En raison de sa haute position, Avenzoar paraît avoir exercé la médecine en médecin consultant; il dédaignait la pratique

Elle croyait simplement engraisser. Il y a un mois, en même temps qu'elle consultait un médecin pour un rhume, elle lui montra son ventre dont le développement commençait à lui paraître anormal; c'est alors que fut constatée l'existence d'une tumeur. Depuis ce moment, il ne lui semble pas que le ventre ait beaucoup grossi.

Réglée à 17 ans, elle n'a jamais eu de troubles de la menstruation. Elle s'est mariée à 44 ans, mais n'a pas eu de grossesses, ni de fausses couches. Depuis huit à dix mois, les règles sont de moins en moins abondantes. Elles manquent depuis trois mois.

Etat actuel. — Le ventre, développé dans ses deux tiers inférieurs, est asymétrique, plus volumineux du côté gauche, ne pointant que très peu en avant. Aucune altération de la peau.

A la percussion, presque tout le ventre est mat, on ne trouve de sonorité qu'à la partie la plus supérieure de la région épigastrique, dans les hypochondres et à la partie la plus postérieure des flancs.

Au palper, le ventre est rempli par une tumeur de forme arrondie, sans bosselures, indolente, mobile, fluctuante; le flot se transmet d'un côté à l'autre de la tumeur, mais assez mal.

La circonférence ombilicale est de 81 centimètres; de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, il y a 12 centimètres; de l'ombilic au pubis, 18 centimètres; de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à l'ombilic, 19 centimètres; du côté opposé, 18 centimètres. La cicatrice ombilicale est déprimée; pas d'éventration de la ligne blanche.

Au toucher vaginal, on trouve que l'utérus est bas; le col est immédiatement sous l'arcade pubienne, regarde en bas, en avant et un peu à gauche. Le cul-de-sac postérieur est libre; au fond du cul-de-sac latéral droit on sent, séparée par un sillon de l'utérus, une tumeur, du volume d'une noix, immobile, sensible à la pression sans être précisément douloureuse. Le cul-de-sac latéral gauche est effacé, on y a une transmission, mais peu nette, du flot déterminé par la percussion de la tumeur à travers la paroi abdominale antérieure. Les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent au col dans une certaine mesure. Les mouvements de celui-ci dans le sens antéro-postérieur sont libres; ceux de droite à gauche existent, mais sont plus limités.

Aucun trouble de la miction ou de la défécation. Très léger œdème de la face interne des tibias.

Etat général excellent.

M. Terrier porte le diagnostic : kyste ovarique multiloculaire gauche. La tumeur sentie au fond du cul-de-sac latéral droit, lui paraît constituée par l'ovaire du même côté.

27 septembre. — Apparition des règles qui durent cinq jours.

4 octobre. — Quoique la forme asymétrique du ventre, l'imperfection de la transmission du flot eussent fait faire le diagnostic : kyste ovarique multiloculaire; comme l'ab-

---

des opérations chirurgicales, qu'il considère comme le lot de ses aides; il a le même dédain pour la préparation des médicaments.

Averroès ou Averrhoes (Aboul Oualid Mohammed ben Ahmed ben Mohammed Ebn Rochd) est plus philosophe que médecin. C'est le grand commentateur arabe d'Aristote, il était né à Cordoue. Son père était justicier et grand prêtre d'Andalousie; sa famille élevée occupait depuis longtemps les premières charges de la magistrature. Averroès étudia successivement la jurisprudence, la théologie, les mathématiques, la physique; en médecine, il eut pour maître Avenzoar. Le disciple, reconnaissant et âpre détracteur des autres médecins, parle toujours d'Avenzoar avec vénération et même avec enthousiasme. Après la mort de son père, Averroès fut revêtu de toutes les dignités; il fit à Cordoue des cours publics de philosophie, de jurisprudence et de médecine; mais libéral, et ayant attaqué jusqu'à la personne du khalife, il fut condamné à n'avoir de rapports qu'avec les Juifs. Accusé d'hérésie, ses biens furent confisqués. La fureur du peuple l'obligea de fuir. Il fut jugé; les uns voulaient pour lui la mort, les autres l'infamie; Averroès fut condamné à faire amende honorable à la porte de la mosquée de Fez, et les passants lui crachaient au visage. Puis le philosophe languit dans la misère à Cordoue. Enfin, il fut rappelé au Maroc auprès d'Iakoub el Mansour, et de nouveau reçut les emplois ainsi que les honneurs qu'il avait perdus; il y mourut vers l'an 1198.

Doué d'un esprit subtil et d'un grand amour du travail, Averroès composa son principal ouvrage intitulé : *Koullyat* ou *Colliget*, renfermant un grand nombre de livres pour commenter le philosophe de Stagyre. Il a écrit aussi sur la médecine, mais il doit avoir peu pratiqué. « Un honnête homme, disait-il, peut se plaire à la théorie de cet art, mais la pratique doit le faire trembler. Quelques lumières qu'il ait, il ignorera toujours

©BIU Santé

sence de réaction générale, de saillie du ventre en avant, le peu d'asymétrie même pouvaient faire songer à un kyste parovarien; on fait le 4 octobre, sur la ligne médiane, une ponction exploratrice avec l'aspirateur Dieulafoy, afin de dissiper tous les doutes. On retire une petite quantité d'un liquide citrin, un peu trouble, pas gélatineux, donnant un précipité caillebotté par le nitrate d'argent, précipitant aussi par la chaleur et l'acide acétique. Ce liquide contient un grand nombre d'éléments arrondis, à contenu granuleux, réfringent.

L'analyse des urines, faite le 8 octobre, a donné les résultats suivants : quantité, 1300 grammes ; couleur, jaune pâle ; réaction, neutre. Ni sucre ni albumine, 9 grammes d'urée par litre, total par jour, 11 gr. 70.

Le 9 octobre.— Opération par M. F. Terrier assisté de MM. Just Championnière, Périer et Berger.

Incision médiane, un peu à droite; la paroi saigne peu. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est fort abondant; on le résèque avec des ciseaux. Il saigne, et on place des pinces hémostatiques. A l'ouverture du péritoine s'écoule un peu de liquide ascitique. Avec des ciseaux on agrandit l'incision par le haut, jusqu'à l'ombilic. Ponction d'une loge volumineuse. Il s'écoule 3 à 4 litres d'un liquide clair, un peu ambré. On attire la poche qui paraît tenir en bas vers le bassin. On découvre une deuxième poche qu'on ponctionne par la première. La masse enclavée ne vient pas encore. Le pédicule, situé à gauche, est alors pris dans une pince courbe et sectionné au delà, ce qui permet d'enlever le kyste multiloculaire en grappe inclus dans le bassin. Pas d'adhérences. Un double fil est placé sur le pédicule. Le deuxième ovaire kystique est enlevé avec la trompe par une double ligature qui porte en partie sur le tissu malade de l'ovaire droit. On fait la toilette du péritoine qui ne contient que peu de sang; suture au fil d'argent : 4 points superficiels et 6 profonds.

Pansement de Lister complet. L'opération a duré trente-deux minutes. Le soir de l'opération, la malade se plaint de douleurs de ventre, elle a eu trois vomissements aqueux pendant la journée. Temp. 38°5; pouls 24; resp. 28. Champagne, eau de Seltz, glace.

Le 10. — Encore deux vomissements cette nuit, le dernier à trois heures du matin. Douleurs abdominales très vives. Yeux cernés. Perte d'élasticité de la peau de la face dorsale de la main. Temp. 38°4; pouls 124; resp. 28. Le soir, les douleurs ont disparu, un peu de sécheresse de la bouche. La malade a pris du lait et du champagne. Elle ne vomit plus. Temp. 37°7; pouls 142; resp. 30.

Le 11. — Se trouve bien; a rendu des gaz par l'anus. Temp. 37°6; pouls 128; resp. 32. Bouillon. Le soir, temp. 38°1; pouls 130; resp. 30.

Le 12. — Trois selles diarrhéiques dans la nuit. Ventre indolent. Temp. 38°5; pouls 124; resp. 23. Le soir, apparition d'un léger écoulement sanguin à la vulve; la malade a

---

le juste rapport qui se trouve entre le tempérament du malade, le degré de sa maladie et l'application du remède convenable. » D'après cela, Messieurs, attendez-vous à trouver chez Averroès un système coordonné, beaucoup de théorie et peu d'observation. Cependant, il a dit qu'on ne peut avoir deux fois la variole.

Le dernier médecin arabe occidental que j'ai à vous faire connaître avec détails est Ebn el Beithâr ou le fils du vétérinaire (Dhya eddin Abou Mohammed Abdallah ben Ahmed, surnommé Ennabaty, le botaniste), qui naquit à Malaga vers la fin du XIIe siècle. Il entreprit de longs voyages et devint le plus grand botaniste de son temps. Les suffrages unanimes des académies d'Égypte l'appelèrent à la charge d'archiâtre. Il passa plus tard à la cour du roi de Damas, où il fut élevé à la dignité de vizir et comblé d'honneurs. Doué d'une prodigieuse mémoire, Ebn el Beithâr n'oubliait jamais les caractères distinctifs d'une plante ou d'un minéral qu'il avait étudiés, il pouvait indiquer le passage de Galien ou de Dioscoride qui en traitaient. La mort le surprit à Damas en 1248; il avait écrit en arabe plusieurs ouvrages importants, et la plupart restés manuscrits, sur la botanique et la matière médicale. Un de ses amis et disciples fut l'historien Ebn Abi Ossaïbiah qui nous a conservé la biographie d'Ebn el Beithâr.

IV

Vous connaissez maintenant les principaux médecins arabes, je vous en indiquerai encore quelques autres sur lesquels de simples renseignements bibliographiques ou le titre de travaux perdus nous sont arrivés.

Pour simplifier un sujet complexe et le fixer dans votre esprit, j'établirai plusieurs

encore eu deux selles diarrhéiques dans la journée; elle se sent bien quoiqu'elle ait les yeux un peu excavés. Temp. 38°4; pouls 108; resp. 28.

Le 13. — L'écoulement sanguin par la vulve a été insignifiant, il s'est déjà arrêté. On renouvelle le pansement; pas trace de suppuration. On enlève 4 points superficiels et 3 profonds. Temp. 37°7; pouls 104, resp. 24. Le soir, temp. 37°8; pouls 102; resp. 21.

Le 14. — Pansement. On enlève les trois fils profonds et l'on ramène la malade dans la salle commune. Temp. 37°6; pouls 100; resp. 22. Le soir, 38°4.

Le 14. — Matin : temp., 37°8 ; soir, 38°4.

Le 16. — La diarrhée continue toujours un peu (trois selles en 24 heures). La malade va bien du reste, mais a toujours soif. Régime lacté. Potion au bismuth. Temp. 38° le matin ; le soir, 37°7.

Le 17. — La diarrhée s'est arrêtée, mais la malade a eu un vomissement cette nuit. Temp. 37°9 et 38°2.

Le 18. — Temp. 37°9 et 38°5.

Le 19. — Temp. 37°6 et 38°6.

Le 20. — Temp. 37°2 et 38°8.

Le 21. — Temp. 37°5 et 38°2. La malade va bien, commence à s'alimenter, mange un peu de viande.

Le 22. — Temp. 37°9 et 38°1.

Le 23. — 37°6 le matin ; 39°1 le soir. Cette ascension est due à ce que le bandagiste l'a fatiguée un peu ce matin, la faisant lever pour lui prendre mesure d'une ceinture.

A partir de ce moment, la température qui, le lendemain matin, était retombée à 37°2, est toujours restée dans les limites normales.

Le 26. — La malade a commencé à se lever.

Le 5 novembre 1883, elle quitte l'hôpital en parfait état de santé ; la cicatrice linéaire, rosée, commence à l'ombilic et s'étend à 10 centimètres au-dessous. Pas d'éventration de la ligne blanche.

Mme F..., revue le 29 janvier 1884, se porte bien, sauf des tendances fréquentes à de la diarrhée, accidents dont elle souffrait bien avant son opération. Les règles n'ont pas reparu depuis le mois d'octobre, pas d'engraissement, bouffées de chaleur vers la tête, pas d'éventration du côté de la cicatrice abdominale.

La tumeur enlevée à gauche, était formée par une grande poche, contenant de petites végétations et de petits kystes à contenu séreux, disposés en grappe. La section du pédicule a porté immédiatement au-dessous de cette grande cavité kystique. A droite, l'ovaire était aussi kystique, le plus gros kyste offrant les diminutions d'une petite mandarine ; c'est cette tumeur qui avait été sentie dans le cul-de-sac latéral droit. La section du pédicule passe sur la trompe et sur un tissu fibro-kystique qui semble encore faire partie de l'ovaire dégénéré.

---

divisions principales. D'abord, à partir de la conquête arabe jusqu'au IXe siècle, puis du Xe siècle jusqu'au XIIIe et XIVe. Nous ne trouvons pas de médecins vraiment importants sous les Ommiades orientaux envahisseurs; ils n'avaient autour d'eux que des astrologues, des illuminés, des devins auxquels ils demandaient plutôt des miracles que des cures. Nous n'avons recueilli, par conséquent, aucun livre intéressant de cette première époque. Sous les Abassides, la scène change; les khalifes, les grands, des particuliers même, recherchent les savants, les admettent auprès d'eux; ils ont des médecins à gages, ils établissent des ateliers de traductions. Plusieurs familles médicales sont devenues célèbres à la cour des khalifes; rappelez-vous les Bakhtichou, les Mésué, les Honein, en latin Johannitius, auxquels j'ajoute Sérapion, Thifoury, Costa ben Luca, Tsabet ben Corra. Les traductions abondent alors, les œuvres médicales anciennes apparaissent au jour et donnent lieu à des compilations. C'est le moment où arrivent Razès, Isac, Ali Abbas, Avicenne et les autres médecins du khalifat d'Orient. Cette période est marquée par des études grammaticales et théologiques plutôt que par des tendances philosophiques; elle compte un grand nombre de noms médicaux; mais, en recherchant avec soin, on trouve peu de médecins de nationalité arabe. Ceux qui le sont réellement se montrent astrologues, curieux de la nature plutôt que médecins; les autres sont de nationalité indienne, persane, juive, égyptienne. Les Persans et les Syriens chrétiens figurent au moins pour moitié dans le total. Le titre des ouvrages est *Pandectes* ou Collection médicale, *Continent*, *Recueil*, *Canon*, *Règle*. Tous sont des sortes de *Compendium* tirés de divers auteurs cités ou non cités. Les premiers ouvrages traitent de l'hygiène surtout alimentaire, de la génération ; ils s'occupent des songes, de la saignée, plus tard de la matière médicale et des poisons. Il y a peu ou point de chirurgie.

©BIU Santé

Le liquide du kyste gauche n'a pas été recueilli, et le poids de la tumeur n'a pas été noté.

Dans cette observation, on peut remarquer le peu d'intensité des phénomènes morbides qui ont accompagné le développement des deux tumeurs kystiques.

De plus, malgré une dégénérescence des deux ovaires, la malade resta réglée jusque trois mois avant d'entrer à l'hôpital. Notons toutefois qu'elle n'eut ni grossesse ni fausses couches. Quelque temps après son arrivée à Bichat, le 27 septembre, les règles reparurent après trois mois d'interruption et durèrent cinq jours, comme d'habitude. L'ovariotomie fut faite huit jours après la cessation de l'écoulement menstruel, soit le 9 octobre 1883. Or, trois jours après, il apparut à la vulve un léger suintement sanguin qui dura à peine vingt-quatre heures, car il cessa le 13.

En fait, il y eut encore dans ce cas une véritable congestion vers l'utérus, entraînant une très légère hémorrhagie, une épistaxis utérine, pour le professeur Gubler.

Toujours est-il que depuis l'opération, qui a entraîné l'ablation des deux ovaires, Mme F... n'a plus revu ses règles, et ressent de fréquentes congestions vers la face ; elle n'a pas engraissé, se plaint toujours de troubles intestinaux fréquents, mais ses forces sont tout à fait revenues et elle peut se livrer entièrement à ses occupations pénibles de blanchisseuse.

BIBLIOTHÈQUE

BOTANIQUE ET PLANTES MÉDICINALES, par M. le docteur Antonin Bossu. Paris, Bloud et Barral, 1884 ; 1 vol. in-12 jésus de 585 pages.

Ce livre est la quatrième édition du *Traité des plantes médicinales indigènes*, qui comprenait deux volumes in-8° et un atlas séparé. C'est donc, comme le dit l'auteur, une véritable transformation. Le nouveau travail diffère du précédent, par son format, sa contexture et sa partie iconographique ; il contient 1,029 figures intercalées et sur planches, avec légendes explicatives. Il a, de plus, bénéficié des corrections qu'entraîne toujours une réimpression.

Du IXe au XIVe siècle, principalement sous les khalifes orientaux, nous constatons moins de traductions serviles, plus d'indépendance, des œuvres philosophiques remarquables; c'est le moment d'Abulcasis, d'Ebn Ouafed ou Eben Guefith, des Avenzoar, c'est l'époque florissante des écoles de Cordoue, de Séville, de Murcie. La chirurgie apparaît surtout avec Abulcasis.

Si nous examinons quelles sont les matières traitées par les médecins arabes, nous voyons que la pathologie générale est du fait d'Honein, de Razès, d'Avicenne, d'Isac; la pathologie spéciale se trouve surtout dans Isac, Ali Abbas, Avicenne, Avenzoar. La thérapeutique a occupé Mésué le jeune, Sérapion le jeune, Eben Guefith, Avenzoar et tous les compilateurs. L'hygiène est principalement dans Elminthar, Isac, Maimonide. Vous savez que beaucoup de préceptes hygiéniques élémentaires se trouvent dans le Coran; un médecin arabe, contemporain de Mahomet et qui avait longtemps séjourné en Perse, doit avoir sa part dans ce qu'on a appelé la médecine du Prophète. C'est Harets ben Caladah; il faisait observer au VIIe siècle que ce qu'il y a de plus grave, c'est de manger quand on est rassasié. Il avait proscrit l'usage du bain après le repas, de se bien couvrir la nuit, de boire de l'eau de préférence et de n'user jamais du vin pur. Tsabet ben Corra disait finement au IXe siècle, que « ce qu'il y a de pire pour un vieillard, c'est un bon cuisinier et une jeune femme ». Voici une anecdote sur Razès chargé de choisir l'endroit le plus sain de la ville de Bagdad afin d'y établir un vaste hôpital. Il fit suspendre dans divers quartiers de la capitale des morceaux de viande et après avoir suivi l'influence de l'air sur leur décomposition, il déclara comme le plus salubre l'endroit où les chairs s'étaient conservées le plus longtemps. Cette anecdote ne supporte pas la critique.

L'ordre adopté est des plus clairs et des plus heureux. L'auteur a divisé son « manuel » en trois parties. La première est consacrée aux *éléments de botanique*; la deuxième a pour titre : *Plantes officinales*. Elle traite des plantes sous le multiple rapport de leur récolte (herborisation, dessiccation, etc.), des préparations ou produits que la pharmacie en obtient, des propriétés générales dont elles jouissent, des indications thérapeutiques auxquelles elles correspondent, et, enfin, de leur emploi en médecine et en chirurgie. C'est, à dire vrai, un résumé assez complet de pharmacologie végétale.

Quant à la troisième partie, c'est un *dictionnaire* dans lequel se déroule l'histoire succincte de chaque plante, considérée dans ses caractères botaniques, ses propriétés spéciales, ses usages en médecine et en économie domestique, ses modes d'administration, etc.

Enfin, un *mémorial thérapeutique* énumère par ordre alphabétique les états morbides, avec désignation des plantes appropriées à leur traitement.

On a ainsi, dans la main, en un seul volume de dimension commode, le répertoire complet des plantes médicinales, le résumé des notions essentielles de botanique (organographie, physiologie, classification) d'une part, et d'autre part, de pharmacologie et de thérapeutique végétale

Les tables alphabétiques des matières et des gravures ; la profusion de ces dernières, et jusqu'à la bonne distribution typographique et la netteté des caractères employés, tout concourt pour faire du nouveau livre de M. Antonin Bossu le plus utile et le plus pratique des *vade mecum*. Nous espérons malgré les adieux de notre confrère, adieux que rien ne justifie, qu'il n'arrêtera pas là son œuvre de vulgarisation et de simplification.

M. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 février 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Maheut (de Caen), relative à la discussion pendante sur la nouvelle loi relative aux aliénés ;

2° Une lettre de M. le docteur Mignot, de Chantelle (Allier), relative à la même discussion ;

3° Un mémoire manuscrit de M. le docteur L. David, médecin de l'hôpital de Gisors (Rhône), sur une épidémie de variole à Gisors.

Razès arriva à Bagdad et voulut être médecin après une visite à l'hôpital déjà existant; celui dont il s'agit ici n'a été construit qu'après sa mort.

L'anatomie et la physiologie n'ont pas fait de progrès avec les Arabes. Pour eux point de dissections ni d'autopsies. Leur ostéologie est seule un peu avancée avec Avenzoar et Abd Ellatif, Hibat Allah. Des branches nerveuses de la face et du cou, non indiquées par Galien, sont signalées par Pharès.

La chirurgie était nécessairement en retard, frappée de discrédit. Razès et Ali Abbas suivent Galien. Abulcasis dit avoir vu commettre les fautes les plus graves : un chirurgien ouvrant un abcès du cou divise une artère et le malade meurt d'hémorrhagie ; un autre, pour opérer un calculeux, arrache une partie de la vessie; un autre encore serre si fortement un appareil à fracture que le membre tout entier se gangrène. Le médecin-chirurgien de Cordoue a, plus qu'on ne l'a cru, emprunté à ses devanciers, bien qu'il ne soit pas dépourvu d'originalité dans ses descriptions, dans la recherche des indications et les procédés qu'il emploie. Malgré tout, la chirurgie arabe n'a pas perfectionné les traditions chirurgicales grecques : elle a fortement abusé de la pyrotechnie, elle est restée inférieure à Paul d'Egine.

Le docteur E. Bertherand, qui a étudié les médecins arabes, a insisté sur leur science ou leur habileté en obstétrique, en oculistique, en médecine légale, en climatologie, en chimie, pharmacologie et botanique. Je vous signale en particulier sa communication récente au Congrès des sociétés savantes de la Sorbonne (voy. *Revue scientifique*, 31 mars, p. 414). C'est à Grenade que Mohamed ben Ali a créé le premier jardin botanique au XIe siècle. Ebn el Beithâr a été un botaniste très remarquable, ainsi que je vous l'ai déjà

©BIU Santé

M. le Président annonce que M. de Quatrefages, récemment élu membre associé libre, assiste à la séance.

M. H. Roger présente, au nom de M. le docteur Burdel (de Vierzon), un volume intitulé : *Contribution à l'étude de l'alternance des diathèses.*

M. Alfred Fournier présente, au nom de M. le docteur Hermet, la traduction de l'ouvrage de Jonathan Hutchinson, *sur les maladies de l'oreille et de l'œil consécutives à la syphilis héréditaire.*

M. Ball présente, au nom de M. le docteur A. Rueff, chef de clinique-adjoint de la Faculté de médecine de Paris, la traduction française de l'ouvrage du professeur Kussmaul, intitulé : *Les Troubles de la parole*, précédé d'une introduction par M. Ball.

M. Empis présente :

1° De la part de M. Henri de Parville, les quatre derniers volumes de ses *Causeries scientifiques*, et le Traité de météorologie pratique de Mohn, intitulé : *Les Phénomènes de l'atmosphère*, traduit par M. Decaudin-Labesse, et précédé d'une introduction par M. H. de Parville.

2° Un ouvrage intitulé : *Traité pratique d'analyse chimique* en deux volumes; le premier, traitant de l'analyse chimique à l'aide des méthodes *gravimétriques*, par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum; le second, traitant de l'analyse chimique à l'aide des méthodes *volumétriques*, par MM. Finot et Bertrand.

3° De la part de MM. Planchon et Hugounenq, la traduction du livre du docteur Hager, intitulé : *Le Microscope.*

M. Brouardel lit, au nom de M. le docteur Ferré, chef du laboratoire municipal de Bordeaux, une *Note sur l'examen microscopique des vaccins* employés par le service municipal de la vaccine à Bordeaux, sur la demande de M. le professeur Layet, médecin-directeur du service.

L'élément le plus remarquable constaté dans cet examen est un microbe particulier dont l'auteur donne la figure.

M. le Président dit qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section d'anatomie pathologique.

M. Jules Lefort, 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. le docteur Pinard lit une observation intitulée : *Grossesse extra-utérine (variété abdominale), extraction d'un fœtus par élytrotomie (vaginotomie); guérison.*

---

indiqué. L'opinion de E. Bertherand est trop favorable, à mon avis; mais il est juste de reconnaître que la matière médicale doit de nombreuses acquisitions aux Arabes. Beaucoup de dénominations actuelles sont tirées de leur langue : alcohol de *alkohal;* julep de *djousab*, qui en persan signifie eau de rose; sirop de *schirab;* naphte de *neft;* bézoard *badezohr*, etc.

Professeur Laboulbène.

(*A suivre.*)

Collyre pour dissoudre les parcelles de fer. — Rodrigues.

Teinture d'iode	5	grammes.
Iodure de potassium	5	—
Hydrolat de roses	90	—

F. s. a. D'après l'auteur, ce collyre a réussi à dissoudre une parcelle de fer qui avait pénétré dans l'œil d'un forgeron, et qui n'avait pu être extraite. Elle fut transformée en iodure de fer soluble, et entraînée par les lavages. — Lorsque le fragment de fer se trouve dans le corps vitré, le professeur Hirschberg recommande de sectionner la sclérotique dans la direction du méridien de l'œil, et après l'extraction du corps étranger par l'aimant, de recouvrir la plaie avec un lambeau conjonctival. — N. G.

Parmi les faits saillants de cette observation, l'auteur signale les suivants :

1° L'accumulation du liquide dans le kyste un mois après la mort du fœtus;

2° La saillie du kyste fœtal dans l'excavation coïncidant avec l'absence d'adhérences entre la paroi abdominale et la paroi kystique, circonstances qui ont déterminé le choix de l'opération en faisant rejeter la laparotomie et adopter l'élytrotomie.

3° La facilité et la simplicité de l'opération depuis la première incision jusqu'à l'extraction.

4° La rétention du placenta pendant dix-huit jours sans accidents d'infection.

5° L'absence de toute intoxication hydrargyrique chez une femme à laquelle on fit pendant dix-huit jours, toutes les deux heures, nuit et jour, une injection avec une solution de sublimé à 1 p. 200, de façon à baigner chaque fois la vaste surface interne du kyste.

6° La rareté de cette opération, car M. Pinard n'en a trouvé qu'une seule ayant été pratiquée dans les mêmes conditions et avec le même succès par Hancoke Wathin et publiée dans le *Medical Times and Gazette*, 1877, t. II, page 641, et encore cette observation peut-elle laisser des doutes quant à la nature de l'opération qui a été pratiquée.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Blanche.

M. Mesnet prononce un discours dont voici les conclusions :

1° La création de nouveaux quartiers dits d'observation dans les asiles d'aliénés ne répond point à un but d'utilité et ne peut avoir que des inconvénients au point de vue pratique.

2° La répartition des aliénés à leur entrée dans les diverses sections des asiles telles qu'elles existent aujourd'hui est la disposition la meilleure au double titre de l'ordre dans l'établissement et du bien-être des malades.

3° Si l'intervention de l'autorité judiciaire doit être appliquée à la réglementation des entrées provisoires et des entrées définitives, elle pourra s'effectuer tout aussi bien avec la répartition des malades faite dès l'entrée dans les diverses sections de l'asile qu'avec leur placement provisoire fait dans un quartier d'observation.

4° Les garanties données aux sorties offrent toute sécurité contre les séquestrations arbitraires.

5° Les sorties à titre d'essai seront utiles à quelques malades dans la période de convalescence; prolongées un mois ou au delà elles pourront être dangereuses pour la famille, pour la société, pour le malade lui-même.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant pour la troisième division.

La Commission, par l'organe de M. Leblanc, présente les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Saint-Cyr (de Lyon); en deuxième ligne, M. Abadie (de Nantes); en troisième ligne, M. Arloing (de Lyon); en quatrième ligne, M. Peuch (de Toulouse).

Le nombre des votants étant de 50, majorité 26, M. Saint-Cyr obtient 47 suffrages et M. Arloing, 4.

En conséquence, M. Saint-Cyr est proclamé membre correspondant pour la troisième division.

— La séance est levée à cinq heures.

THÉRAPEUTIQUE

De l'extrait de stigmates de maïs dans les maladies du cœur,

Par le docteur Henri Dupont.

A l'époque où parurent les communications sur l'emploi du muguet (*convallaria maialis*) dans les maladies du cœur; m'inspirant d'un article du Dr Landrieu, médecin des hôpitaux, j'avais déjà commencé une série d'expériences sur l'extrait des stigmates du maïs dans les mêmes affections.

Le moment se trouvait mal choisi pour en publier les résultats, encore incomplets d'ailleurs, et je n'étais pas non plus fâché de les comparer avec ceux que pourrait me donner le muguet.

Aujourd'hui, trois années se sont écoulées; j'ai eu d'assez nombreuses occasions d'employer concurremment la digitale, le muguet et l'extrait de maïs, et je pourrai plus utilement encore faire connaître mon appréciation.

©BIU Santé

Trois faits saillants me paraissent tout d'abord devoir attirer l'attention sur l'extrait de maïs :

L'action diurétique, la régularisation et le ralentissement des battements du cœur et du pouls, la tolérance.

L'action diurétique se manifeste presque toujours dès le début. Elle va le plus souvent en augmentant jusqu'au troisième ou quatrième jour, et il n'est pas rare de voir les urines monter de 500 à 1,500 ou 2,500 grammes. Aussi est-ce dans les affections cardiaques avec œdème des membres inférieurs ou hydropisie générale, que l'effet de l'extrait de stigmates de maïs apparaît le plus rapidement et le plus clairement.

En même temps que diminuent, et souvent pour disparaître tout à fait, l'œdème ou l'anasarque, on voit la tension artérielle augmenter et la tension veineuse diminuer. Le pouls et les battements du cœur se ralentissent et se régularisent, et l'état général se modifie de la façon la plus favorable. Une chose, en outre, qui m'a frappé, c'est la sensation de calme et de bien-être que procure le médicament, sauf dans les cas où la dyspnée est très prononcée. Ce symptôme, en effet, ne m'a jamais paru favorablement influencé.

Mais, dans l'hypertrophie, les rétrécissements ou l'insuffisance, j'ai presque constamment obtenu un excellent résultat. Et ce résultat double de valeur par la tolérance du médicament.

C'est en raison surtout de cette tolérance que l'extrait de stigmates de maïs me paraît devoir être employé. La digitale présente, en effet, de nombreuses contre-indications, sur lesquelles je n'ai pas besoin d'insister, et l'extrait de muguet lui-même n'est pas toujours sans inconvénient.

Quant à leur action comparative, elle m'a paru plus énergique, plus rapide et plus étendue dans la digitale, mais pour le muguet je n'y fais pas grande différence.

Dans mes expériences, et en tant qu'essai, j'ai toujours employé l'extrait de stigmates de maïs sans adjonction d'aucun autre médicament.

Mais le résultat expérimental acquis, je n'ai pas négligé les adjuvants habituels et notamment le bromure et l'iodure de potassium, le lait. Et dans la pratique régulière c'est évidemment ainsi qu'il faudra procéder.

Quant aux doses, je n'ai jamais dépassé 3 grammes d'extrait par jour, en trois fois, une heure avant de manger, — en sirop (50 centigrammes par cuillerée). — Et presque toujours 1 gr. 50 ayant suffi à produire une diurèse abondante, je m'en suis tenu là, considérant comme un critérium suffisant l'action diurétique manifeste.

CORRESPONDANCE

Paris, le 12 février 1884.

Mon cher Rédacteur,

Depuis quelques semaines les médecins reçoivent la visite d'un escroc d'un nouveau genre.

Un homme âgé de 50 ans environ, ayant les cheveux et les favoris grisonnants, d'une taille au-dessus de la moyenne, ayant bonne tenue, faisant l'important, s'annonce comme étant le docteur Linas, qui ne peut réclamer, puisqu'il est mort.

Il dit avoir cessé d'exercer pour s'adonner à l'agriculture. Mais une famille amie qui habite Vernon, Melun, Meaux ou Sens, désire un consultant de Paris pour un cas grave. Sa démarche est de pure obligeance. Il se charge seulement de transmettre la réponse à la famille et de prévenir le médecin ordinaire. Seulement il est parti si précipitamment qu'il aurait besoin d'un louis pour son retour. Vous devinez le reste...

Soyons donc sur nos gardes.

Bien cordialement à vous,

PIOGEY.

COURRIER

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret du 8 février, M. le docteur Vidal, médecin en chef de l'hospice d'Hyères (Var), ancien chirurgien de la marine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 23 février. — *Ordre du jour* : I. M. Coignard : de l'albuminurie physiologique. — II. M. Apostoli : Note complémentaire sur la faradisation utérine double. — III. Communications diverses.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. Les nouveaux réactifs de l'albumine dans les urines et leur valeur clinique comparative. — II. Lettres d'Amérique. — III. Revue tri-mensuelle des journaux d'obstétrique. — IV. Intérêts professionnels. — V. Académies et Sociétés savantes : Académies des sciences. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causeries.

Les nouveaux réactifs de l'albumine dans les urines et leur valeur clinique comparative.

Pendant longtemps, on s'est contenté de rechercher l'albumine dans les urines au moyen des réactions produites par la chaleur ou par l'acide nitrique. Dans ces dernières années, on s'est efforcé d'augmenter le nombre de ces moyens sommaires d'analyse qualitative par l'emploi de substances d'un maniement plus aisé et plus sensibles dans leurs réactions sur l'albumine.

Malgré ces avantages qu'on leur accorde, et bien qu'un certain nombre d'entre eux aient déjà pris droit de cité dans quelques services hospitaliers, la discussion de leur valeur clinique n'est pas encore close. A l'étranger comme en France, leurs qualités sont très diversement appréciées et donnent lieu à des recherches intéressantes de chimie biologique.

En 1883, M. George Oliver en faisait, dans le journal anglais *The Lancet*, l'objet d'une longue étude comparative, et tout récemment, de l'autre côté de l'Atlantique, à la suite d'une note lue par M. Tyson, la Société de médecine de Philadelphie ouvrait un débat sur la valeur pratique de ces réactifs dont les mieux étudiés, jusqu'à ce jour, sont les suivants :

1° La *solution saturée d'acide picrique* de Johnson ;

2° La *solution de ferrocyanure de potassium*, qu'on mélange dans l'urine additionnée de quelques gouttes d'acide citrique (Pavy) ;

3° La liqueur *chloro-iodurée mercuro-potassique*, dont M. Tanret a donné la formule en France, et qu'on prépare en Angleterre d'après les indications de Standard. Elle doit être mélangée à l'urine préalablement acidifiée ;

4° La *solution de tungstate de sodium*, composée de parties égales d'eau

FEUILLETON

CAUSERIES

Nous sommes envahis par l'arithmétique, et si la précision est une excellente chose, elle a ses limites en médecine; notre art est réfractaire aux formules algébriques qu'on voudrait lui imposer, car c'est nous qui avons le plus besoin de nous inspirer sans cesse de la vieille maxime : *Natura non facit saltus*. Comme la nature elle-même, il nous faut procéder par gradations, par tâtonnements, et les chiffres ont une brutalité dont nous n'avons que faire; au contraire, nous devons nous efforcer de garder toujours la main légère et l'esprit souple, pour mettre d'accord les données générales de la science avec les modalités de chaque cas particulier. Poser en principe que la médecine est la science des indications, cela revient à établir implicitement qu'elle n'est point celle des équations.

On s'en aperçoit déjà à l'insuffisance des secours que nous tirons de la méthode numérique, dont il est cependant impossible de se passer. Les moyennes que nous sommes forcés d'adopter pour nous rendre compte soit de la fréquence d'une maladie, soit de la mortalité de tel ou tel groupe, soit des résultats d'un traitement, n'ont jamais qu'une valeur relative et presque idéale; elles sont l'instrument indispensable de toute statistique, mais à titre d'indices conventionnels, et non point comme l'expression vraie de la réalité. Nous disons, par exemple, que la mortalité de la fièvre typhoïde est de 20 pour 100, et ce chiffre-là pourra justement ne jamais se rencontrer pendant une

©BIU Santé

pure, d'une solution au quart de tungstate de sodium et d'une solution aux trois cinquièmes d'acide citrique;

5° La *liqueur iodo-cyanurée mercuro-potassique* de M. Golwers, qu'on emploie comme la liqueur de Tanret;

6° L'eau salée et acidulée, que M. Roberts (de Manchester) prépare en ajoutant une once d'acide chlorhydrique à une pinte d'eau saturée de sel marin et filtrée.

On pourrait augmenter cette liste en énumérant encore d'autres réactifs, tels que l'acide phosphorique vitrifié, par exemple. A quoi bon? puisque les récentes recherches ont été entreprises surtout avec ces substances. En traitant par ces réactifs un liquide albumineux bien dosé et servant de témoin, M. G. Oliver obtenait des résultats comparatifs exprimant le degré de sensibilité des réactions.

Les solutions d'acide picrique, de tungstate de sodium et la liqueur iodo-mercurique décèlent la présence d'une partie d'albumine dans vingt mille parties d'eau. Leur sensibilité est donc de 1/20000; celle de l'eau acidulée salée serait de 1/12000, et celle de la solution ferro-cyanurée de 1/10000; tandis que la sensibilité de l'acide nitrique et celle de la chaleur seraient représentées, la première par 1/7000, et la seconde par 1/6000.

Dans ses recherches, M. Tyson arrivait aux mêmes résultats; mais il constatait de plus que, par la chaleur combinée avec l'acide nitrique, on reconnaît des quantités d'albumine inférieures à celles que révèle l'emploi isolé de l'un ou de l'autre de ces agents. La sensibilité de cette épreuve est presque équivalente à celle de l'essai par l'eau salée acidulée. Le même observateur regarde aussi l'acide picrique et la liqueur iodo-mercurique comme inférieurs au tungstate de sodium. On peut donc, sans danger de graves erreurs et avec l'avantage de ne pas faire usage d'une substance corrosive, substituer en clinique l'emploi de l'eau salée acidulée à celui de l'acide nitrique.

La sensibilité de ces agents paraît, en somme, très grande; ce point est hors de doute, et cet avantage est de nature à leur donner une réelle valeur pratique; mais ils ont des inconvénients qui modifient cette dernière, et qui atténuent surtout les qualités accordées à la solution d'acide picrique

L'albumine est-elle en grand excès dans l'urine? on obtiendra bien un

---

longue suite d'épidémies. Les complications des maladies, qui sont réputées se produire dans une proportion déterminée, peuvent être toujours au-dessus ou au-dessous de leur moyenne officielle; toute moyenne a ce grave défaut qu'elle peut être, de tous les chiffres compris entre les résultats extrêmes, le seul qui n'aura jamais été exactement atteint. C'est comme la rente, dont l'intérêt nominal n'est qu'un indice fictif, destiné uniquement à fixer les idées et à satisfaire l'esprit, parfois sans satisfaire les rentiers En matière de statistique, il vaudrait mieux donner toujours les maxima et les minimas qui sont des chiffres vrais, plutôt que les moyennes, qui sont un artifice de calcul. Elles ont cependant le grand avantage de présenter une évaluation concrète et favorable aux comparaisons : si l'on établit que la mortalité d'une armée a baissé, dans une certaine période d'années, de 14 à 6 pour 1000, quelle que soit l'inexactitude absolue de chacune de ces données, leur rapprochement et leur différence n'en fournissent pas moins la démonstration cherchée. C'est d'ailleurs un mal nécessaire que cet enregistrement des faits au moyen de chiffres, même sujets à caution; car s'il est facile de peser et d'apprécier les phénomènes au moment même où on les observe, leur dénombrement est au contraire la trace la plus palpable qu'on en puisse recueillir pour l'avenir.

Cette précision factice de la méthode numérique n'est donc pas, à tout prendre, le plus grave préjudice que puisse nous causer l'introduction de l'esprit mathématique dans la médecine. Où le danger est plus grand, c'est quand le laboratoire et l'expérimentation veulent introduire de force la rigueur de leurs procédés et la perfection de leurs machines jusqu'au lit des malades, comme il est arrivé dernièrement des travaux de M. Paul Bert, sur la production de l'anesthésie par des mélanges titrés d'air et de chloroforme.

précipité au moyen de cet acide, mais le précipité pourra se redissoudre. De là une cause d'erreur.

En voici une seconde. La solution d'acide picrique donnerait un précipité dans les urines des malades soumis à l'administration de la quinine ou de la cinchonidine. D'après MM. Cooke et Walkins, on observerait ce phénomène dans toute urine renfermant seulement 1/180 de grain de ces alcaloïdes. Toutefois, à cette remarque, M. Tyson a répondu par des expériences. Il aurait inutilement essayé de produire le précipité en traitant par ce même acide une urine quinique à 1/100 de grain. En tout cas, le tungstate de sodium ne possédant pas cet inconvénient, on peut en faire usage pour la recherche de l'albumine dans l'urine des malades qui prennent de la quinine.

En troisième lieu, l'acide picrique, de même que la liqueur iodo-mercurique et le tungstate de sodium, aurait le désavantage de précipiter de leur dissolvant les peptones artificielles. Voilà encore un fait dont il y a lieu de tenir compte, puisque l'urine non albumineuse, et d'après Senator, toutes les urines albumineuses contiennent une quantité plus ou moins grande de ces substances.

On voit que la recherche de l'albumine dans les urines n'est pas toujours décisive, si on se borne à l'unique essai d'un seul de ces réactifs chimiques. La solution ferrocyanurée ne posséderait pas, il est vrai, cette propriété relative aux peptones; elle coagulerait seulement l'albumine, et non la peptone, dans les urines chargées de ces deux substances. Par contre, elle possède le désavantage de précipiter aussi les urates. Ici encore, comme moyens de contrôle, on devra pratiquer un essai dans le verre à expériences selon la méthode de Heller, ou bien soumettre le liquide d'analyse à l'action de la chaleur.

Ainsi, dans l'essai des urines albumineuses, l'emploi d'un seul de ces réactifs, d'ailleurs plus sensibles que la chaleur et l'acide nitrique, ne suffit pas pour donner à l'observateur des résultats absolus. Chaque méthode prise isolément conduit à des probabilités; mais la certitude ne repose que sur des épreuves comparativement faites au moyen de plusieurs d'entre elles. Telle est aussi l'expression actuelle de leur valeur clinique. — Ch. E.

Il est fort heureux qu'il y ait eu des chirurgiens à l'Institut pour repousser cette découverte au nom de la pratique. Si par hasard, comme la chose était à craindre à une certaine époque, la médecine et la chirurgie n'avaient eu aucun représentant à l'Académie des sciences, les expériences de M. Paul Bert s'y produisaient librement, sans protestation, et y étaient acceptées comme la solution du problème des dangers de l'anesthésie. Et les chirurgiens qui auraient continué à endormir leurs malades par les moyens ordinaires passaient pour des bourreaux, aveugles à la lumière et ennemis du progrès. Les professeurs Richet et Gosselin sont intervenus à temps pour étouffer cette légende et ramener à sa juste valeur l'anesthésie titrée, dosée, mathématique, excellente peut-être pour les animaux, mais déplorable pour l'homme.

La question était d'ailleurs une des moins heureuses qu'on pût choisir pour substituer des prescriptions chiffrées et obligatoires au tact et à l'initiative du chirurgien. La seule façon pratique de graduer les inhalations de chloroforme et de le rendre inoffensif, c'est de le manier à ciel ouvert, et d'être soi-même le régulateur qui fait varier à chaque instant la dose absorbée et son mélange avec l'air. Il serait peut-être plus correct, au point de vue de la comptabilité seulement, que le malade eût sa ration de chloroforme préparée d'avance dans un récipient *ad hoc;* mais il est plus sûr que le malade nous indique lui-même la dose qui lui convient, par les réactions dont l'examen attentif sera toujours la meilleure mesure et la meilleure direction de l'anesthésie. La grande objection des partisans du dosage, c'est que nous ne savons pas la quantité de chloroforme que nous usons pour chaque malade; à quoi il ne faut pas craindre de répondre hardiment que cela nous est parfaitement égal, et que le seul point qui importe, c'est d'en donner tout juste ce qu'il faut à chacun, sans se préoccuper du nombre de gram-

©BIU Santé

Lettres d'Amérique

Washington city, district of Columbia, january 1884.

En commençant une série de lettres des Etats-Unis, il nous paraît convenable que la première soit datée de leur capitale. Celle-ci n'est pas encore âgée de cent ans, car le Capitole bâti pour les réunions du Congrès a été commencé en 1793; et le recensement fait en 1880 donne pour le district de Colombie 180,000 habitants.

Votre pays a sa grande part dans la fondation de notre république. La ville de Washington elle-même doit ses rues régulières, ses larges avenues en partie au génie d'un Français, le major L'Enfant, qui, avec notre général Washington, a tracé le plan de ce que Ch. Dickens appelait cinquante ans plus tard la « City of magnificent distances ». On dit que Washington, un jour qu'on lui reprochait de mesurer trop généreusement l'espace dans le projet qu'il avait conçu, répondit qu'il prenait ses précautions pour un siècle plus tard, en vue d'une population de 200,000 habitants. La ville étant devenue bientôt le rendez-vous des familles riches et cultivées des diverses parties de l'Amérique, le mot de Washington à cette époque semble avoir été une véritable prophétie.

Cet accroissement de population est absolument indépendant de tout intérêt manufacturier, industriel ou agricole. Il est dû simplement à ce fait, qu'on trouve ici un climat agréable, un grand centre politique, et une société formée de représentants des pays étrangers, d'hommes d'Etat et de personnes qui occupent un rang élevé dans la science et la littérature. De là résulte que les praticiens trouvent ici réputation et profits pécuniaires, mais que, d'autre part, nous manquons du matériel qui forme les grands cliniciens, pourvoit les hôpitaux, les collèges, et fonde la renommée médicale d'une localité. Washington ne possède qu'un petit nombre d'habitants très riches, mais, en revanche, il y a peu de familles très pauvres; la plupart sont dans l'aisance, reçoivent du gouvernement des appointements fixes et ne se livrent jusqu'ici à nulle extravagance en amusements et en parades.

Ce qui nous manque sous certains rapports est largement compensé par le soin paternel que met le Gouvernement général à veiller aux intérêts de la science, et en particulier de la science médicale, car ici se trouvent centralisés le corps médical de l'armée, celui de la flotte, celui de « Marine Hospital »; le département de l'Agriculture avec ses recherches sur les causes et les symptômes des maladies chez les animaux; la « Smithsonian Institution » avec son corps d'infatigables travailleurs cultivant les diverses branches de la science et empiétant à chaque instant sur le domaine de la médecine. Un grand service que nous rend la Smithsonienne, c'est la transmission et

---

mes qui pourront disparaître du flacon. Je crois, tout bien considéré, qu'il est plus sage de laisser l'anesthésie aux mains du chirurgien chargé d'en surveiller et d'en apprécier les moindres péripéties, que de la confier à un ballon ou autre appareil à soupapes et à tubulures, qui aurait pour mission de faire la besogne automatiquement, et d'endormir les malades comme on charge les siphons d'eau de Seltz.

C'est encore là un des griefs dont on ne se fait pas faute de nous accabler, que ce mépris des instruments et cette préférence pour des procédés plus simples, mais dénués de prestige et surtout de précision. Il est certainement très primitif de verser du chloroforme au fond d'une compresse roulée en cornet, et de tenir cet appareil rudimentaire près du nez du malade. Combien il serait plus imposant, et plus digne de la science moderne, de ficeler sur le nez du patient quelque chose de volumineux et de compliqué, où l'anesthésie se ferait toute seule, comme le café dans les cafetières perfectionnées! L'ingéniosité du système pourrait être évidente, mais son incommodité et ses dangers le sont bien davantage.

On ne veut plus que la médecine soit un art, on veut qu'elle soit une science exacte et qu'elle suive la marche de l'industrie, en remplaçant par des machines le travail manuel et l'inspiration de l'ouvrier. Pour en arriver là, il faudrait commencer par refaire la machine humaine et l'assujettir à un fonctionnement invariable, où tout serait immuablement tracé en centimètres et en grammes, et où le médecin n'aurait plus qu'à inspecter un certain nombre de compteurs et de manomètres pour en savoir tout de suite aussi long qu'un mécanicien sur sa locomotive. Comme nous n'en sommes pas encore à ce point de régularité, qui ferait sans doute le bonheur de beaucoup de savants, qu'on dépose, en attendant, les machines médicales au Conservatoire des arts et métiers, et

l'échange rapides, sûrs et sans frais des ouvrages imprimés. Avez-vous quelque sujet de prédilection, sur lequel vous avez publié une monographie; l'Institution se charge de votre modeste brochure, la fait parvenir aux quatre coins de la terre à tous ceux qu'elle intéresse, sans aucun effort de votre part, et vous trouvez en retour, sur votre table de travail, les preuves de gratitude qu'ils ont jugé convenable de vous envoyer.

Pour démontrer l'accroissement de nos ressources scientifiques, il nous suffira de nommer les diverses Sociétés locales qui sont très suivies et offrent toujours quelque discussion intéressante. La « Philosophical Society » est de beaucoup la plus ancienne du groupe et fut longtemps présidée par le professeur Joseph Henri, le secrétaire de l'Institution Smithsonienne, dont la mort, en 1878, laissa un vide si marqué dans le monde savant. Dans cette Société, les questions médicales se produisent à l'occasion et le docteur Woodward, le micrographe accompli, lui a fait de nombreuses communications pendant les années de sa vie les plus actives. Fondée en 1871, elle soutient sa réputation en publiant périodiquement ses travaux.

L'« Anthropological Society » est de date plus récente, mais elle publie aussi ses *Bulletins*, et elle compte parmi ses membres beaucoup d'admirateurs de Broca. La « Biological Society », fondée un peu plus tard que la précédente, grandit rapidement; ses discussions sont très pratiques et très compréhensives. Les médecins y sont en proportion notable et prennent une part active à ses travaux.

Quant aux Sociétés d'un caractère purement médical, Washington en possède trois. Et d'abord, la Société médicale du district de Colombie, fondée en 1817 et comprenant aujourd'hui environ 180 membres, presque tous les médecins connus dans le district de Colombie se trouvant sur la liste. Bien qu'il n'y ait là aucune question de morale professionnelle, cependant il faut s'y présenter pour « être en règle », et il suffit, pour y être admis, d'avoir la réputation d'un praticien honorable. Il n'y a jusqu'ici dans la Société ni femmes ni nègres. Nous avons trois ou quatre femmes-médecins dignes d'estime, mais elles n'ont pas encore sollicité leur admission.

Une femme-médecin, docteur Mary Walker, honore de temps en temps notre ville de sa présence, surtout lorsqu'elle désire présenter une requête au Congrès, genre de travail où elle montre une obstination remarquable. Sa figure pâle et dyspeptique, sa taille mince ornée d'un costume entièrement masculin sont trop connues maintenant pour attirer beaucoup l'attention, mais il y eut un temps où elle était toujours suivie par une foule de gamins. Elle a rendu quelques services au gouvernement, dans le corps médical de l'armée, pendant notre guerre avec la Confédération du Sud, et s'est acquis plusieurs genres de célébrité, parmi lesquels son costume n'a pas eu la moindre part: elle a été le médecin de l'auteur Algernon Swinburne.

Nous avons aussi plusieurs médecins nègres fort considérés dans notre milieu, et qui ont su s'attirer la confiance par leur persévérance et leurs succès; nos meilleurs méde-

---

qu'on nous laisse nous entendre et nous expliquer avec nos malades, sans interposer entre eux et nous trop de mouvements d'horlogerie, ni de tambours et de leviers plus ou moins enregistreurs.

Ces tentatives d'iatro-mécanisme n'ont jamais eu d'ailleurs qu'un médiocre succès. Où sont ces cloches à gaz dans lesquelles il fallait faire souffler les malades, pour constater s'ils avaient, oui ou non, la capacité pulmonaire voulue, et si leur champ respiratoire n'était pas rétréci par quelque maladie? Croyez-vous à l'avenir pratique de l'endoscopie et de l'éclairage des cavités naturelles? Où sont encore la plessimétrie de Piorry, et son langage médical, si bien composé, si irréprochable au point de vue des racines et de l'étymologie, qu'on n'y comprenait rien du tout? Mesurer et compter sont de bonnes choses, mais voir, savoir et comprendre en sont de meilleures.

J'ai connu un accoucheur qui, dans une longue carrière, avait mesuré scrupuleusement le ventre de toutes les femmes enceintes qui lui étaient passées par les mains. Il avait pour cela un ruban inextensible, divisé en millimètres, et il n'y a pas à dire, aucun homme au monde n'était de sa force pour vous dire la circonférence normale du ventre d'une femme enceinte au niveau de l'ombilic. Il n'en était pas plus habile pour cela dans le diagnostic de la grossesse, et il n'empêchait pas ses clientes de s'offrir des ventres gros, moyens ou petits, suivant leurs convenances.

***

Il semble vraiment que le coup d'œil, l'intuition, le flair, soient de vieilles rengaines indignes de notre siècle, et que la médecine doive se résoudre en une sorte d'arpentage

©BIU Santé

cins n'hésitent pas à les rencontrer en consultation. Washington, c'est la Mecque, la ville sainte de la race noire. Quand, au plus fort de nos discussions politiques, pendant la guerre de sécession, le Congrès eut adopté des résolutions qui leur donnaient des droits égaux à ceux des blancs, et que, tirés d'esclavage, ils furent amenés ici en grand nombre, un amendement à la constitution des Etats-Unis fut voté, confirmant ces droits nouveaux, mais une nouvelle décision de la Cour suprême a limité son action au territoire et au district de Colombie. De là résulte que Washington voit aujourd'hui le nègre sous son meilleur aspect, après l'avoir vu dans l'état le plus misérable. Il est tour à tour législateur au Congrès, commerçant (un de nos meilleurs hôtels est tenu par un nègre), avocat, médecin, professeur d'un « medical College ». Le gouvernement a fondé « Howard University » et l'entretient au profit des nègres. Comme les élèves fournis par cette race ne forment pas un appoint considérable, des blancs suivent aussi les cours, au moins ceux qui ont trait à la médecine; blancs et noirs, hommes et femmes, s'y mêlent en toute liberté. Cet état de choses, dans une population composée en grande partie de l'élément Sud, et de quelques autres qui sympathisent sur ce point avec les sentiments du Sud, nous rend parfaitement compte de ce fait que les médecins nègres sont admis volontiers en consultation par leurs confrères de la race blanche.

Une autre Société, « Washington obstetrical and gynecological Society », qui n'admet pas au delà de vingt-cinq membres et exige des candidats la présentation et la défense d'une thèse, peut être considérée comme une assemblée d'élite ; elle n'a pas encore deux ans d'existence. Citons enfin une Société fondée aussi depuis deux ans par le corps médical de la marine, et nous pourrons clore la liste ; il n'y aura plus à mentionner qu'une « medical Association » du district de Colombie, qui se réunit deux fois par an pour statuer sur les questions de déontologie.

Nous ne devons pas terminer cette lettre sans dire un mot du « Cosmos club ». Quelques membres éminents de ces réunions diverses, d'une humeur sociable et aimant la vie de club (je ne dis pas un grand nombre, car les clubs n'entrent que peu à peu dans les goûts de nos travailleurs), ont organisé celui-ci, qui est maintenant en pleine voie de prospérité et compte près de 200 membres. Quand on y vient, le soir, déguster son cigare et son petit verre, on peut s'y complaire à écouter des discussions sur l'astronomie, la géologie, l'histoire naturelle, la médecine, etc., sans grand effort intellectuel et généralement avec profit, ou bien s'isoler dans un coin, en égoïste, avec la littérature périodique du jour.

Comme l'enfant, qui a gardé pour la fin de son repas les meilleures friandises et se trouve rassasié par ce qu'il a mangé d'abord, voilà que nous avons laissé de côté la plus importante des institutions médicales de Washington et qu'il est trop tard maintenant pour la mettre en lumière. Nous voulons parler du travail qui se fait dans le « medical Department » de l'armée, dans son musée, dans sa bibliothèque ; travail qui n'a pas seulement une importance locale ou même nationale, mais qui embrasse la profession

---

du corps humain, de ses fonctions et de ses maladies. Ce n'est guère surprenant à une époque qui a vu surgir, en littérature, cette formule inattendue : « le roman sera expérimental, ou il ne sera pas », et qui l'a vu défendre par un romancier célèbre, qui concluait ni plus ni moins que Claude Bernard avait posé, sans le savoir, les bases du roman de l'avenir.

Il faut, selon le goût du jour, que tout soit expérimental et scientifique, jusqu'au bonheur des peuples, qui est également contenu dans les progrès de la science.

Provisoirement, la science a voulu faire le bonheur du peuple malgré lui, en l'empêchant de manger des jambons d'Amérique, parce qu'ils renferment des trichines. Car c'est encore la logique des chiffres et l'amour des équations qui ont soulevé ces interminables débats sur l'importation des viandes salées d'Amérique. On s'est aperçu, en y regardant de près, qu'il y a des trichines dans ces viandes, et on a fait le calcul qu'à *tant* de trichines par livre de viande introduite en France, cela faisait *tant* de trichines par an pour chaque citoyen français, et qu'en fin de compte, au bout d'un temps déterminé, nous finirions par être nous-mêmes farcis de trichines à raison de *tant* par centimètre cube de notre chair. C'était précis et irréfutable comme de l'algèbre.

Epouvanté par cette agitation trichiniste, le gouvernement a prohibé l'importation des salaisons américaines, puis l'a autorisée de nouveau, l'a ensuite re-prohibée, et se prépare enfin à la re-autoriser, sur l'avis de l'Académie de médecine.

Il est certainement plus agréable de manger du jambon nature ou aux épinards que du jambon aux trichines, ce parasite ayant précisément une certaine ressemblance avec les cheveux, que l'on n'aime pas à trouver sur la soupe. On peut supposer cependant que nous ingérons des trichines depuis fort longtemps sans nous en douter, et sans

médicale dans le monde entier. Nous comptons aborder ce sujet comme il le mérite dans notre prochaine lettre. W. Lee.

REVUE TRI-MENSUELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE.

Annales de gynécologie (octobre, novembre, décembre 1883).

Archives de tocologie (novembre, décembre 1883).

De la péritonite développée pendant la grossesse par le docteur Ch. Mégrat (de Lunéville). — *Annales de gynécologie, octobre, novembre 1883.*

Après l'exposé de plusieurs observations, les unes personnelles, les autres recherchées avec soin dans divers auteurs, M. le docteur Ch. Mégrat (de Lunéville) conclut à l'extrême rareté de cette affection. Il s'en étonne en songeant aux connexions intimes qui existent entre la matrice, les annexes et la séreuse qui les revêt. Les modifications par hypertrophie et hypergénèse des divers tissus, que subit l'utérus avec ses annexes et l'enveloppe séreuse qui les coiffe expliquent comment le péritoine échappe à tout tiraillement, partant à toute cause d'inflammation. En effet, l'infection et le traumatisme mis à part, il ne saurait y avoir de péritonite sans l'existence d'une épine quelconque, telle qu'un kyste de l'ovaire ou la rupture d'anciennes adhérences dues à une pelvi-péritonite antérieure à la grossesse. Toutes les fois que l'épine existe, l'inflammation du péritoine peut se produire. De même, lorsqu'un médecin touche une femme grosse sans avoir pris des précautions antiseptiques rigoureuses, il peut laisser dans le vagin un germe d'infection qui pénétrera dans l'économie par la première porte ouverte, par une érosion quelconque. Celles-ci ne manquent pas au moment de l'accouchement, et les ulcérations dites physiologiques du col utérin pendant la grossesse, trop souvent prises pour pathologiques et cautérisées, doivent être considérées comme capables d'absorber des virus qui peuvent devenir cause d'une péritonite par infection. Quant à la péritonite d'origine traumatique, toute manœuvre coupable, ignorante et brutale, tout accident enfin peut, comme son nom l'indique, la causer. En somme, pour qu'il y ait péritonite pendant la grossesse, il faut qu'il y ait soit une épine quelconque, soit un traumatisme, soit l'infection. C'est ce qui résulte de la lecture du travail de notre savant confrère.

---

qu'il en soit résulté une augmentation bien sensible de nos maux. Quant à celles qui nous viennent d'Amérique, on a reconnu peu à peu qu'elles sont beaucoup moins nombreuses qu'on ne l'avait cru d'abord; qu'elles sont presque toutes mortes, sous l'influence de la salure, quand les jambons débarquent chez nous; et qu'enfin celles qui auraient résisté sont infailliblement détruites par la cuisson.

Voilà déjà quelques raisons de se rassurer, et d'en rabattre sur les calculs qui attribuaient un lot inévitable de trichines à chaque fragment de nos biceps. En outre, il semble que nous fournissions un terrain peu favorable à leur développement; on dirait que la trichine ne nous aime pas, comme elle aime les Allemands; affaire de race, sans doute, et d'affinités, sur lesquelles il serait indiscret d'insister plus longtemps. Toujours est-il que les trichines, qui ne sont pas nées d'hier, restent généralement inoffensives pour nous, ce qui tient surtout à nos habitudes culinaires et à notre peu de goût pour la viande crue. De plus, les ouvriers du port du Havre, qui déchargent les cargaisons de porc salé, et déjeunent volontiers d'un morceau de lard sur le pouce, et sans aucune préparation, n'ont jamais présenté aucun symptôme de trichinose, quoique s'y étant exposés depuis plusieurs années; enfin on a vu à Paris un amateur de trichines, qui avalait par dilettantisme des morceaux de jambon où la science avait officiellement constaté la présence de trichines vivantes, et qui ne s'en porte pas plus mal. Quant aux cas avérés de maladie et de mort par les trichines, autant ils sont relativement nombreux en Allemagne, autant ils sont exceptionnels chez nous; on n'en connaît guère qu'un seul exemple, qui s'est produit jadis à Crépy-en-Valois, non loin des parages où débute l'action de *la Cagnote*.

Tout permet donc d'espérer que la France peut se remettre de la fraveur des trichines,

©BIU Santé

Conclusions des recherches du docteur A. Petit sur la conception au cours de l'aménorrhée. — *Mars, avril, juin, octobre 1883.*

La règle est que la ponte ovulaire dépend de la menstruation; l'exception, que la ponte ait lieu sans menstruation. Celle-ci fait défaut lorsque l'excitation partie de l'ovaire est impuissante, par une cause locale ou générale, à congestionner suffisamment l'utérus pour que l'hémorrhagie se produise. L'aménorrhée n'est donc pas un indice fatal de stérilité. Il existe un assez grand nombre de grossesses survenues au cours de l'aménorrhée. Le médecin devra rechercher, avec le plus grand soin, la cause de l'aménorrhée. Il faut être absolument assuré de la conformation normale, de l'intégrité parfaite des organes génitaux externes et internes, et avoir réuni un grand nombre de probabilités, équivalant à une presque certitude, relativement au fonctionnement régulier des ovaires, pour donner un avis favorable au sujet du mariage d'une jeune fille aménorrhéique et qui a dépassé l'âge auquel l'instauration cataméniale devrait s'être produite. Si l'aménorrhée s'est montrée après un certain nombre d'époques menstruelles; si, tout au moins, la jeune fille éprouve un molimen mensuel, si surtout elle fournit l'écoulement leucorrhéique périodique étudié par le docteur Petit sous le nom de *règles blanches*, le médecin devra ne s'opposer au mariage que si l'état général ou la diathèse dont il aura constaté l'existence sont, par eux-mêmes, un obstacle grave et un péril menaçant.

Introduction au manuel des couches pathologiques, par le docteur Winckel (de Dresde), traduite par le docteur Ribemont-Dessaignes. — *Septembre, novembre 1883.*

Le docteur Winckel, préconise les émissions sanguines locales dans les inflammations puerpérales, rejette l'ouverture de la veine et la saignée des vaisseaux du col utérin obtenue par l'application de sangsues. Cette pratique, depuis longtemps usitée en France, donne en effet d'excellents résultats, mais il faut que le diagnostic inflammation soit nettement établi. On confond trop souvent la lymphangite utérine, point de départ des inflammations avec la septicémie due à l'absorption des lochies fétides, affection bénigne par ses effets, mais dont l'allure effraye souvent l'entourage et le médecin inexpérimenté. Le sulfate de quinine et les injections antiseptiques en font promptement justice. Ce que le docteur Winckel dit de l'ouverture de la veine qui « épuise », ralentit la convalescence et trouble la nutrition, peut être dit également de l'émission sanguine locale faite mal à propos.

Contrairement à ce que nous faisons en France, on met, à Dresde, les sachets de glace en contact avec la peau. Il en résulte de fréquentes congélations. Il suffit, dit le professeur, pour éviter cet accident, de bien surveiller le sachet et de l'ôter dès que la congélation commence. Elle se manifeste par des points bruns bleuâtres. En France, on a soin de

---

et que le spectre de la trichinose ira rejoindre au musée des antiques la nombreuse collection des spectres hors d'usage. Il faut renoncer, du même coup, à l'idée que des épidémies de trichinose aient pu être prises parfois pour des épidémies de fièvre typhoïde; il n'y a, malheureusement, aucun rapport entre les deux maladies, ni aucune chance que la guerre aux trichines diminue le lourd contingent de la fièvre typhoïde.

C'est, en résumé, le triomphe de la charcuterie des deux mondes qui va sortir de cette affaire, et les grandes usines de Chicago et de Cincinnati peuvent fonctionner en paix. Après les inquiétudes du monde savant, et les louables préoccupations du gouvernement et des Chambres, c'est à un humble personnage qu'est remis, en dernier ressort, le soin de nous préserver de la trichine : à notre cuisinière.

Potion expectorante. — Bamberger.

Infusion de fleurs d'arnica (avec 10 gr.)	200 grammes.
Esprit ammoniacal anisé	2 —
Sirop d'écorces d'oranges	20 —

F. s. a. une potion, dont on donnera une cuillerée à bouche toutes les demi-heure, dans le cas d'œdème pulmonaire avec expectoration pénible et somnolence.

---

séparer le sachet de la peau par une flanelle ou un molleton, et sans rien perdre pour cela de l'effet du sachet, on évite même les points bruns bleuâtres. Cet avantage n'est pas à dédaigner. Les congélations seraient beaucoup plus fréquentes quand la peau a été préalablement badigeonnée avec de la teinture d'iode. Le docteur Winckel attribue cette sensibilité à la forte migration des globules blancs produits par la révulsion, et à la pression qui en résulte. Il considère la teinture d'iode comme un révulsif énergique, et la préfère au vésicatoire, à cause de «la rapidité» de l'action. Elle déterminerait une «vésication». Ce mot nous étonne. Nous n'avons jamais vu la teinture d'iode produire la brûlure du second degré ou vésication. Ses effets sont fort variables, suivant la qualité de la teinture et la peau du malade. Avec de la teinture préparée depuis longtemps et appliquée sur la peau de certains sujets, en particulier sur une peau moite, on obtient dès le premier badigeonnage une vive révulsion. C'est une brûlure du premier degré, à la suite de laquelle l'épiderme se fendille et s'écaille. Avec une teinture fraîche, appliquée sur un épiderme sec et épais, il faudra répéter les badigeonnages pour arriver au même effet. Nous considérons la teinture d'iode comme un révulsif léger qui, dans certaines conditions, peut tourmenter un malade qui a besoin de repos, plus que ne fait un vésicatoire, sans avoir le résultat de ce dernier.

Le professeur de Dresde emploie, comme antiphlogistique, la digitale à haute dose et à petits intervalles (en moyenne, 7 gr. en infusion), et ne s'arrête que si le pouls tombe au-dessous de 80°, ou s'il y a des signes d'empoisonnement. Quelques médecins, dit-il, sont effrayés de ces doses, que par un phénomène inexplicable les accouchées supportent sans danger. Nous avouons, qu'à l'exemple de ces médecins, nous hésiterions devant ce médicament, qui diminue avec une extrême puissance l'énergie des fonctions vitales.

La méthode antiseptique est appliquée en Allemagne avec une rigueur qui malheureusement ne s'est pas encore généralisée en France. La description que fait le docteur Winckel des précautions à prendre et des soins à donner dans les hôpitaux est le modèle de ce qui devrait être fait dans toute maternité et de ce que tout médecin devrait s'imposer dans la pratique.

C'est probablement aux résultats excellents donnés par la médication antiseptique rigoureuse que les chirurgiens allemands doivent leur hardiesse d'opération. Pour ce qui concerne l'obstétrique, ils utilisent les moyens de désinfection avec une énergie extrême. Ils ne craignent pas d'irriguer en permanence l'utérus (Schücking) avec une solution phéniquée (3/100) pendant cinq à huit jours. Winckel, qui a suivi l'exemple de Schücking, n'aurait pas eu d'accident imputable à ce procédé.

Pour ce drainage par irrigation, Schücking emploie une sonde à double courant qui nous semble ingénieuse parce qu'elle est facile à improviser. Elle se compose de deux tubes à large ouverture réunis comme les canons d'un fusil double par une bande de gaze de Lister.

Il faut remercier les traducteurs qui se donnent la peine de nous faire connaître les ouvrages d'outre-Rhin. La tâche n'est pas facile. Les esprits synthétiques sont rares partout, en France comme en Allemagne, qui en a possédé quelques-uns d'une puissance admirable. Il faut se résigner souvent à une parade de bibliographie qui n'est que de la science d'étalage, à une accumulation de faits importants ou minimes mis au même rang, pour rencontrer de temps en temps quelques pages où se montrent la sagacité d'observation, l'esprit méthodique, le bon sens clinique.

NOTE SUR LA FÉCONDATION ARTIFICIELLE A PROPOS D'UN JUGEMENT DU TRIBUNAL DE BORDEAUX. Rapport fait à la Société de médecine légale, par le docteur LEBLOND. — *Décembre 1883.*

Il s'agit d'un médecin qui a violé le secret médical en dévoilant dans une assignation en paiement d'honoraires les soins donnés à un client. Le tribunal l'en a blâmé, puis a désapprouvé l'opération elle-même.

A la première partie du jugement, — question du secret médical, — le docteur Léblond donne approbation sans réserves. Evidemment, un médecin, dans une citation par huissier, n'a pas le droit d'énoncer la nature de la maladie pour laquelle il a donné des soins.

Le docteur Leblond blâme au contraire la seconde partie. L'opération de la fécondation artificielle pratiquée par un homme honorable, avec toutes les réserves et tous les ménagements nécessaires, n'offense point la morale. Entre la dilatation d'un orifice utérin trop étroit pratiquée dans le but de faciliter l'ascension des spermatozoïdes, et l'injection de ceux-ci dans la cavité utérine, il n'y a qu'une nuance, au strict point de vue du but à atteindre.

©BIU Santé

Sur la demande de MM. Gallard et Brouardel, la proposition suivante est acceptée à l'unanimité par la Société : un médecin honorable ne doit pas prendre l'initiative de proposer l'opération de la fécondation artificielle, mais il ne doit pas se refuser à la pratiquer quand elle est réclamée par les intéressés. Il s'entourera de toutes les garanties qu'exigent l'honorabilité et le secret professionnels.

NOTE SUR UN CAS DE BASSIN OSTÉOMALACIQUE OBSERVÉ A LA MATERNITÉ DE PARIS, par A. AUVARD. — *Décembre 1883.*

Les dimensions du bassin étaient telles que la perforation du crâne fut pratiquée de suite. Bien qu'une application de céphalotribe eût broyé la base du crâne, on ne parvint à l'extraire ni avec le céphalotribe ni avec les divers forceps en usage dans pareil cas. Le crânioclaste seul permit de faire cette extraction, montrant ainsi une fois de plus sa supériorité comme extracteur, mais non comme broyeur.

Ajoutons que M. Tarnier a fait construire un instrument appelé par lui basiotribe qui, à en juger par une expérience faite il y a peu de jours à Lariboisière par le docteur Pinard, réunirait les qualités du crânioclaste et du céphalotribe en y ajoutant cet avantage inappréciable de broyer toujours et inévitablement la base. Une seule application suffirait. Si le résultat de cette première opération est confirmé par d'autres opérations, la science sera pour la seconde fois redevable au chirurgien en chef de la Maternité d'un précieux instrument.

ETUDE SUR LES LOCHIES DANS L'ÉTAT NORMAL ET PATHOLOGIQUE, par le docteur G. EUSTACHE (de Lille). — *Archives de tocologie, nov. 1883.*

Y a-t-il une différence capitale entre les lochies des femmes saines et des femmes malades? Le docteur Eustache, après des examens qui dépassent en nombre ceux qui avaient été faits avant lui, arrive aux conclusions suivantes : les lochies, dans les états pathologiques de la puerpéralité, ne diffèrent pas sensiblement, au point de vue des micro-organismes, des lochies à l'état sain. Saines ou infectées, les lochies renferment les mêmes *microzymas*, dont la *fonction* varie suivant les cas. C'est-à-dire que le microbe de la fièvre dite puerpérale, germe spécifique apporté du dehors, n'existe pas. La conclusion du docteur Eustache nous paraît conforme aux théories de Béchamp. Reste à savoir si le microbe spécifique n'existe pas, ou *s'il n'a pas encore été vu.*

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE. — *Novembre 1883.*

Le docteur Robert-P. HARRIS a publié sur la question un travail où il reprend tous les cas connus depuis la première opération de Sigault, en 1777. Il les classe en deux séries, dont la première s'arrête en 1855, la seconde reprenant avec la réapparition de cette intervention chirurgicale, à Naples, en 1866. Cette dernière à elle seule, pour une période de quatorze ans, atteint presque le chiffre des quatre-vingts premières années. Cinquante-trois observations ont été recueillies à Naples. L'Italie est le berceau des opérations conservatrices de l'enfant. Sur 53 femmes opérées, Morisani en aurait sauvé 48 et 42 enfants. Des détails bien précis et très circonstanciés sur les opérées et sur l'opération sont indispensables pour juger les faits. Ils font défaut. La statistique de Morisani est fort curieuse, la mortalité causée par la symphyséotomie avant 1866 étant énorme.

DE L'EMPLOI DE LA CURETTE TRANCHANTE EN GYNÉCOLOGIE ET EN ACCOUCHEMENTS. — *Novembre 1883.*

Le docteur PROCHNOWICH, dans le n° 193 du *Wolkmann's Sammlung Klinisch. Vok.*, examine le raclage de l'utérus et ne redoute nullement cette opération pour laquelle Récamier imagina un instrument. Les Français préféreraient n'avoir pas une pareille priorité à revendiquer; la curette est aujourd'hui considérée comme dangereuse et, à force de limiter son emploi, on est arrivé à la bannir à peu près complètement. En particulier, dans la rétention du placenta après l'avortement du quatrième mois, la règle adoptée par la plupart des accoucheurs est de laisser la délivrance se faire naturellement. Il faut savoir attendre, en intervenant au moyen d'injections antiseptiques s'il y a lieu. Que penser de l'idée du docteur von Weickbecker-Sternefeld « de réveiller les contractions utérines après l'accouchement au moyen du râclage »?

QUE DEVIENNENT LES VARICES CHEZ LA FEMME ENCEINTE, LORSQUE LE FŒTUS SUCCOMBE? par G. RIVET. — *Arch. de tocologie, déc. 1883.*

M. Rivet, interne du docteur Budin, récemment victime de son dévouement et regretté

de tous ceux qui l'ont connu, publie l'observation d'une femme atteinte de varices des membres inférieurs et dont le fœtus mourut. Les varices s'affaissèrent alors progressivement. Au moment de l'accouchement, il n'y avait sur les membres inférieurs que de légers tractus bleuâtres sans relief appréciable. M. Rivet fait remarquer que ce fait est un argument en faveur de la théorie qui fait jouer dans la pathogénie des varices un rôle non moins important à l'élément physiologique qu'à l'élément mécanique, question qu'avait posée M. Budin dans sa thèse d'agrégation, sans la résoudre, faute d'observations. Cette idée semblait d'ailleurs légitimée par la relation des faits de même ordre observés dans les cas de varices des organes génitaux externes, et signalés par Mac Clintock. (*Diseases of Women*, 1863, p. 272.)

Dr H. Stapfer.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SERVICE MÉDICAL DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS EN 1883.

L'assistance à domicile est une question qui revient souvent sous la plume des économistes et dans les discussions des assemblées municipales. Beaucoup en parlent sans la connaître; beaucoup aussi ignorent son importance et la lourde tâche qui incombe au médecin d'un bureau de bienfaisance.

La brochure récente d'un de nos très distingués confrères, publiée avec le patronage de la *Société médicale des Bureaux de bienfaisance*, donne des éléments d'appréciation qui manquent dans les documents officiels (1). Ce mémoire a le mérite de l'opportunité au moment où le Conseil municipal va résoudre à nouveau le problème, toujours en discussion, de l'organisation de l'assistance à domicile. En effet, le meilleur éloge qu'on puisse accorder à une institution est d'énumérer les services dont la Société lui est redevable. Par cet abrégé de l'histoire médicale d'une circonscription de charité de Par s, durant une année, M. Commenge fait apprécier le dévouement, le désintéressement et la valeur scientifique de ses collègues.

En voici la preuve : en 1883, l'auteur a soigné à domicile 241 malades pour lesquels 1,093 visites ont été nécessaires. 41 étaient atteints d'affections chroniques, 200 de maladies aiguës, et quelques-uns ont reçu sa visite plus de vingt fois. Ce n'est pas tout cependant; notre confrère a encore donné 1,700 consultations; de sorte que le total de ces visites et de ces consultations s'élève à 2,795. Et cette statistique est très incomplète. Par une opération élémentaire d'arithmétique, dont la simplicité ne doit pas effrayer nos édiles, on peut se rendre compte du prix de ces visites et de ces consultations qui, étant donné la rétribution peu élevée des médecins de la charité officielle, dépasse à peine trois décimes!

Il y aurait là, ce me semble, une réforme digne d'intérêt; mais, pour ce motif, il y a aussi tout lieu de craindre que les efforts électoraux de certaines réorganisations portent plutôt sur d'autres points. On peut se demander quelle est la situation des médecins dans les quartiers plus éloignés, là où réside une population indigente plus nombreuse et où les déplacements du médecin sont plus étendus? En tout cas, ces documents sont instructifs. Ils sont à l'honneur de la Société qui en favorise la publication et à notre estimé confrère qui, en plaidant la cause de la médecine de charité, rend hommage à toute la profession. — C. E.

(1) Société médicale des Bureaux de bienfaisance. — *Polyclinique du Bureau de bienfaisance du IVe arrondissement*, par M. le docteur Commenge, 1884. Paris. Renou et Maulde.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 février 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. le Secrétaire perpétuel signale, parmi les pièces de la correspondance :

1° Des observations déposées sur le bureau par M. l'amiral Mouchez et relatives aux

©BIU Santé

petites planètes. Ces observations ont été relevées pendant le dernier trimestre de l'année dernière ;

2° Un travail de MM. Berthelot et Guntz *sur les fluorures et sur les déplacements réciproques des acides fluoriques et des autres acides ;*

3° Une note de Friedel *sur les rosanilines homologues et sur les rosanilines isomères ;*

4° Une lettre de M. Fürster, directeur de l'observatoire de Berlin, qui décline la priorité des observations des grandes dépressions barométriques et des mouvements de l'atmosphère après la catastrophe de Krakatoa. — Un bon point à M. Fürster ; le trait est rare ;

5° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, informant l'Académie que le département des affaires étrangères a reçu l'avis de la convocation d'une commission internationale à Washington pour le 1er octobre prochain, dans le but de traiter la question d'un méridien universel. La commission émet le vœu que l'Académie des sciences désigne deux, ou trois au plus, de ses membres pour assister aux séances du congrès.

La lettre est renvoyée aux sections de mathématiques et de géométrie.

M. le Président annonce à l'Académie que M. le comte Théodore-Achille-Louis Du Moncel, académicien libre, nommé en 1874, à la suite du décès de M. Roulin, est mort subitement samedi soir, et que ses funérailles auront lieu mercredi 20. M. le Président propose de lever la séance en signe de deuil.

Il est trois heures et demie. M. L.

COURRIER

Hygiène internationale. — Le ministre du commerce vient de décider qu'on maintiendrait à trois jours la durée de la quarantaine pour les navires venant de l'extrême-Orient où règne le choléra, et pour ceux provenant des régions intertropicales où l'on signale de nombreux cas de fièvre jaune.

Société pour la propagation de la crémation. — La troisième assemblée générale de la Société pour la propagation de la crémation a eu lieu à Paris le 9 janvier, sous la présidence de M. Kœchlin-Schwartz.

Deux projets de pétition tendant à l'établissement de fours à crémation dans les principaux cimetières ont été soumis aux Chambres.

Des listes de pétition sont mises à la disposition du public au secrétariat de la Société, 11, rue d'Anjou, Paris.

Etablissements thermaux de l'Etat. — On annonce que le ministre du commerce vient de charger une Commission d'établir les bases du cahier des charges sur lesquelles seront mis en adjudication, pour le 1er janvier 1885, les établissements thermaux appartenant à l'Etat.

Congrès otologique international. — Le prochain Congrès otologique international se tiendra à Bâle du 1er au 4 septembre 1884. Les sujets sur lesquels on désire faire des communications devront être adressés, avant le 15 mai, à M. le docteur Burckhaardt-Mérion à Bâle. Au commencement de juin, le programme détaillé du Congrès et des communications annoncées sera envoyé à tous les adhérents.

Codex. — Par décret, en date du 13 février 1884, le nouveau « Codex medicamentarius, pharmacopée française », édition de 1884, sera et demeurera obligatoire pour les pharmaciens, à partir du 15 mars 1884.

Préfecture de police. — Par arrêté de M. le Préfet de police, il est créé deux places d'interne en médecine à l'Infirmerie spéciale des aliénés près le dépôt de la Préfecture. Ces internes recevront une allocation de mille francs par an, seront logés dans les dépendances du Palais de Justice et auront droit au chauffage et à l'éclairage. La durée de leurs fonctions sera limitée à deux années.

L'Elixir chlorhydro-pepsique Grez spécifique des dyspepsies, de l'anorexie et de l'anémie (Gubler, Fremy, etc.), contient 50 centigrammes de pepsine par cuillerée à bouche.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

I. H. Hallopeau : Des troubles de la circulation dans les maladies des reins — II. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — III. Thérapeutique. — IV. Variétés. — V. Courrier.

Des troubles de la circulation dans les maladies des reins.

Par H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis (1).

Les néphrites et, comme elles, la plupart des affections organiques des reins coïncident souvent avec des troubles dans les fonctions et dans la constitution du cœur et des gros vaisseaux. La nature de ces troubles, leur mode de production et leurs rapports avec les affections rénales sont des questions qui ont vivement sollicité dans ces dernières années l'attention des pathologistes et n'ont pu recevoir encore une solution définitive, malgré l'importance des travaux dont elles ont été l'objet.

Examinons d'abord les faits ; nous verrons ensuite quelles interprétations diverses ils peuvent recevoir.

Les affections rénales s'accompagnent souvent d'une hypertrophie du cœur que révèle au lit du malade le bruit de galop si bien étudié par M. Potain en même temps que l'augmentation de la matité précordiale ; elle porte principalement sur le cœur gauche ; on peut constater simultanément un accroissemant de la tension artérielle ; le pouls radial offre, en effet, une résistance anormale, et d'autre part, le second bruit aortique ainsi que le bruit carotidien sont plus éclatants, plus clairs et d'une tonalité plus élevée qu'à l'état normal (Traube) ; cet excès de tension peut être constaté avant l'hypertrophie du cœur.

Tous les auteurs sont d'accord sur ces faits, mais les divergences commencent quand il s'agit de déterminer quels rapports existent entre les troubles circulatoires et l'affection rénale. Rayer et plus tard Reinhardt et Frerichs ont soutenu que l'affection cardiaque était primitive et produisait secondairement l'affection rénale. M. Potain objecte avec raison : 1° qu'on ne s'explique pas comment une lésion du cœur, incapable par elle-même d'entraver la circulation, entraînerait une altération du rein souvent grave et profonde ; 2° que l'on ne comprendrait pas, dans cette hypothèse, pourquoi le rein seul souffrirait de l'excès de tension produit par l'hypertrophie cardiaque ; 3° que dans certains cas, dans ceux par exemple où les accidents sont consécutifs à une hydronéphrose, à une cystite ou à une hypertrophie de la prostate, l'affection rénale est évidemment primitive.

La théorie qui, jusqu'à ces derniers temps, a prévalu est celle de Traube ; elle fait de la lésion rénale le point de départ des accidents, et rattache l'hypertrophie du cœur à l'excès de tension qui résulte, d'une part de la difficulté qu'éprouve le sang à passer des artères dans les veines rénales, de l'autre part de l'hydrémie produite par l'insuffisance de l'excrétion urinaire ; cette dernière cause ne peut intervenir, puisque dans la néphrite chronique il y a polyurie, mais l'influence de la première peut suffire à expliquer l'augmentation de la tension. Nous reviendrons plus loin sur cette théorie, qui est peut-être encore la plus vraisemblable.

Une troisième hypothèse a été formulée par Gull et Sutton et a reçu, avec des variantes, l'adhésion de pathologistes d'une grande autorité : d'après ces auteurs la lésion rénale et l'hypertrophie du cœur sont l'une et l'autre la conséquence d'une altération générale du système artériel qui consiste

(1) Extrait d'un *Traité élémentaire de pathologie générale* comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique, qui va paraître chez J.-B. Baillière et fils.

©BIU Santé

en une dégénérescence fibreuse des petites artères (1) et des capillaires ; ces lésions intéresseraient les vaisseaux du rein comme ceux de la pie-mère, des séreuses, des parenchymes, en un mot de tous les tissus. George Johnson considère également l'altération des artères comme primitive, mais elle consiste pour lui en une hypertrophie de leur tunique musculaire. Cornil et Ranvier considèrent comme inflammatoires les lésions décrites par ces auteurs ; limitées d'abord à la tunique interne, elles envahissent plus tard la moyenne et l'externe dont elles provoquent l'épaississement. C'est cet épaississement que Johnson a pris pour une hypertrophie, de même que l'infiltration de toutes les tuniques par l'exsudat phlegmasique a fait admettre par Gull et Sutton une dégénérescence (2). Debove et Letulle (3) admettent que l'hypertrophie cardiaque et la sclérose rénale ont l'une et l'autre pour origine une sorte de diathèse fibreuse. Pour M. Peter (4), la néphrite interstitielle n'est que la conséquence de l'artérite ; c'est une des altérations qu'entraîne à sa suite la dégénérescence athéromateuse des artères.

Plusieurs de ceux qui considèrent les lésions vasculaires comme la cause de l'hypertrophie du cœur et de la sclérose rénale, attribuent la production de ces lésions à une altération du sang. Bright avait déjà émis la pensée que la rétention des matériaux excrémentitiels peut, chez les brightiques, amener l'hypertrophie du cœur en rendant plus difficile le passage du sang à travers les capillaires et en augmentant ainsi la tension artérielle ; Kirkes a soutenu la même opinion, et il s'appuyait sur l'état de dilatation que présentent les gros vaisseaux chez ces malades ; mais, d'une part, il arrive souvent qu'il n'y a pas, en pareil cas, de rétention des produits excrémentitiels, et d'autre part, M. Potain a constaté que l'eau et le sérum du sang, chargés d'albumine, filtrent aussi librement à travers des tubes capillaires que l'eau ou le sérum pur. George Johnson pense que l'accumulation dans le sang de matériaux anormaux fait contracter les artérioles et augmente aussi la tension vasculaire ; cette théorie ne peut s'appliquer aux cas dans lesquels il n'y a pas de rétention de l'urine, et elle ne s'appuie d'ailleurs que sur une hypothèse ; elle a été néanmoins reprise, modifiée et développée récemment par Mohamed (5) : d'après cet auteur, le mal de Bright est d'origine hématique ; chargé de produits anormaux, le sang irrite la paroi des artères, en provoque la contraction, amène ainsi l'élévation de la pression sanguine, et secondairement l'épaississement des artères, l'hypertrophie du cœur et la sclérose du rein qui devient malade au même titre que les autres viscères. Les phénomènes cardiaques et artériels dominent la scène ; les symptômes rénaux peuvent manquer ; le mal de Bright chronique se traduit exclusivement, en l'absence de complications, par une élévation de la tension artérielle ; celle-ci amènerait ultérieurement les lésions rénales. Mohamed est conduit ainsi à décrire une diathèse brightique qu'il considère comme antérieure à l'affection rénale et comme pouvant évoluer sans elle et tuer le malade par hémorrhagie cérébrale, bronchite, ou affection cardiaque, sans qu'il y ait jamais eu d'albuminurie. C'est là sans contredit une manière de voir originale et séduisante, comme toute tentative de généralisation, mais elle ne nous paraît pas d'accord avec les faits. Gull, Sutton et Rosenstein ont constaté les altérations des petites artères dans tous les cas d'hypertrophie cardiaque avec

(1) Les mêmes auteurs pensent que cette altération fibreuse peut donner lieu à des symptômes rapportés à tort à l'urémie ; ils concèdent d'autre part que la maladie du rein peut devenir la cause d'altérations cardiaques (Congrès de Londres, 1881).

(2) Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique*, 2e édition.

(3) Debove et Letulle, *Archives de médecine*, mai 1880.

(4) Peter, *Bulletin de la Société clinique*, 1879.

(5) Mohamed, *About Bright's chronic disease and its principal symptomes* (*The Lancet*, 1879). Mémoire analysé par H. Barth dans la *Revue des sciences médicales*.

lésion rénale ; or M. Potain fait remarquer avec raison qu'il s'en trouve dans le nombre quelques-uns où la maladie du rein est certainement primitive.

Sans doute c'est surtout dans la néphrite interstitielle que les troubles de la circulation sont le plus accentués, ils l'accompagnent presque constamment, si ce n'est chez les sujets affaiblis par l'âge ou par une cachexie ; mais on les trouve également dans d'autres affections rénales.

Cohnheim affirme, d'après ses observations personnelles, que le cœur s'hypertrophie dans tous les cas de néphrite chronique, sauf dans le cas de cachexie ; si des auteurs dignes de foi ont exprimé une opinion contraire, c'est qu'ils ont confondu, dans leurs statistiques, la néphrite avec la dégénérescence amyloïde qui n'entraîne pas les mêmes conséquences. On a vu également l'hypertrophie du cœur se produire dans l'hydronéphrose (Fridreich, Cohnheim), dans des cas d'atrophie rénale consécutifs à l'oblitération de l'artère (Roth), et dans la néphrite consécutive à la cystite chronique (Exchaquet) ; il est de toute évidence que, dans ces différents cas, les troubles de la circulation ont été consécutifs à l'affection rénale. Nous devons dire d'ailleurs que l'existence chez tous les brightiques d'une altération du système artériel n'est rien moins que démontrée ; Ewald, qui a étudié ce sujet avec une grande compétence (1), a constaté seulement dans la plupart des cas d'hypertrophie du cœur une hypertrophie de la tunique musculaire des artérioles, et il considère cette lésion comme secondaire ; Cohnheim est porté, par ses propres observations, à regarder même cette hypertrophie comme beaucoup plus rare que ne l'a dit Ewald ; pour lui, le seul organe dont les artères soient habituellement malades dans la néphrite chronique, est le rein ; on trouve souvent leurs parois épaissies, mais rien n'autorise à considérer cette lésion comme primitive, c'est l'endartérite qui accompagne si souvent les inflammations chroniques (2).

Nous sommes donc amené à conclure, avec M. Potain, que l'opinion d'après laquelle l'affection du rein est l'origine et la cause indirecte de l'hypertrophie cardiaque est seule d'accord avec la majorité des faits. Il nous faut examiner comment on peut concevoir cette action de l'affection rénale sur le cœur.

Nous avons mentionné déjà la théorie purement *mécanique* de Traube ; d'autres, parmi lesquels on doit citer en première ligne l'illustre Bright, admettent que la rétention, dans le sang, de matériaux qui devraient être éliminés par l'urine, augmente l'énergie des contractions du cœur, et amène ainsi l'hypertrophie de ce viscère (théorie chimique) ; d'autres enfin pensent, avec Weitling, que les altérations rénales modifient par action réflexe l'action du cœur (3) ; M. Potain déclare qu'il serait fort tenté de se rattacher dans une certaine mesure à la théorie de l'influence réflexe, en admettant toutefois que cette influence s'exerce sur les capillaires et non directement sur le cœur ; il a vu deux fois une contusion violente de l'un des reins être suivie d'une anasarque limitée à la moitié correspondante du corps ; comment en comprendre la production autrement que par une action sur les vaso-moteurs ? ne devient-il pas dès lors vraisemblable qu'une action analogue s'exerce aussi de la part du rein chroniquement enflammé et qu'elle

(1) Ewald, *Virchow's Archiv.*, LXXI.

(2) Senator soutient que l'hypertrophie du cœur coïncidant avec les affections rénales peut se présenter sous deux formes très distinctes, l'hypertrophie excentrique et l'hypertrophie concentrique. La première appartiendrait à la néphrite parenchymateuse et serait produite par l'accumulation de l'urée dans le sang ; la seconde coïnciderait avec la sclérose rénale qui n'en serait pas la cause, mais l'effet. Malheureusement pour la théorie, il n'est pas rare de voir une hypertrophie excentrique des plus prononcées coïncider avec une sclérose rénale.

(3) Gilewski, *Ueber die Muthmassliche Ursache der hypertrophie im Morbus Brightii.* (*Wiener med. Wochensch.*, 1869.)

©BIU Santé

est susceptible de contribuer aux modifications que la circulation périphérique subit en pareil cas?

En résumé, l'hypertrophie cardiaque qui coïncide avec les affections rénales est provoquée par un accroissement permanent de la tension artérielle. Cet accroissement peut s'expliquer : 1° par l'obstacle que la lésion rénale oppose au cours du sang (1); 2° par une contraction des artérioles que provoquerait une action réflexe dont le rein serait le point de départ; 3° par l'accumulation dans le sang des produits de désassimilation. Il est possible que, dans certains cas, la maladie soit primitivement vasculaire, conformément aux théories de MM. Gull, Sutton, Debove et Letulle, et Senator.

L'hypertrophie du cœur, quelle qu'en soit l'origine, est à son tour la cause de troubles fonctionnels; elle contribue à produire la polyurie, en même temps qu'elle favorise les hémorrhagies.

(1) On a rejeté l'influence de cette cause par la raison que la ligature d'une grosse artère ne produit pas l'hyperthrophie du cœur; mais les conditions ne sont plus les mêmes, car en interrompant le cours du sang dans un membre, on diminue *ipso facto* la masse du sang en circulation.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 février 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire. — Lecture du pronostic des déviations de la colonne vertébrale au point de vue de leur curabilité. — Suite de la discussion sur l'opportunité de l'extirpation des ganglions strumeux du cou. — Présentation de pièces pathologiques : tumeur sarcomateuse énorme du testicule ; lésions de l'arthrite aiguë commençante.

M. le docteur Pravaz (de Lyon), membre correspondant, qui assiste à la séance, lit un travail intitulé : *Du pronostic des déviations rachidiennes au point de vue de leur curabilité.*

L'auteur croit pouvoir établir que les conditions défavorables sont le mauvais état de la santé générale, les dyscrasies, et, en particulier, la chlorose, un tempérament sec et peu apte au développement rapide, l'extrême jeunesse ou l'âge trop avancé du sujet, l'ancienneté de la déformation, l'existence comme cause déterminante d'une pleurésie antérieure, d'une parésie des muscles spinaux ou du rachitisme vrai, et, enfin, au point de vue de l'état local, la situation de la courbure principale à la région cervico-dorsale ou dorso-lombaire, la grande longueur de la flèche, la brièveté du rayon des courbures, et enfin la forme anguleuse de la gibbosité.

Lorsque, au contraire, le sujet jouit d'une santé relativement bonne, que son tempérament, plutôt un peu lymphatique, se prête à un développement rapide et étendu, que le début de la déformation a coïncidé avec l'apparition de la menstruation ou des premiers signes de la puberté, que la cause déterminante consiste dans un simple défaut de plasticité du système osseux, que la courbure prédominante occupe ce qu'on peut appeler son lieu d'élection, que la flèche des courbures offre une faible longueur, tandis que le rayon en est assez étendu, enfin que la gibbosité présente un contour plus ou moins arrondi, le pronostic est le plus souvent favorable, et il est possible, dans un grand nombre de cas, d'arriver à une restauration très satisfaisante de la forme.

— A propos du procès-verbal de la dernière séance et de la discussion soulevée par le rapport de M. Chauvel sur une observation de M. Poulet relative à l'extirpation de ganglions strumeux du cou, M. Trélat lit une note dans laquelle il précise les faits qu'il avait cités seulement de mémoire au cours de la discussion.

Il rappelle d'abord un cas d'abcès froid ganglionnaire du cou, publié dans les *Bulletins* de l'année 1880 : curage, drainage, pansement de Lister, guérison totale et rapide.

Le 29 mai dernier, il a opéré un malade dans les conditions suivantes : Homme vigoureux de 39 ans, ayant depuis six mois une tumeur de l'aisselle. Dans les derniers jours, la tumeur était devenue rouge et douloureuse. M. Trélat diagnostiqua : adénite et péri-

adénite suppurées. Incision, flot de pus. Un ganglion a été fendu en deux par l'incision. Dans cette partie de la plaie, le doigt constate l'existence d'une masse ganglionnaire volumineuse. M. Trélat l'enlève par énucléations successives avec la curette. La masse a le volume du poing. Deux des ganglions étaient caséeux. Drainage, suture, pansement de Lister. Aucun accident. Trois semaines après, guérison complète.

Quelques jours plus tard, le 7 juin, M. Trélat faisait une opération du même genre chez un jeune homme de 20 ans. Celui-ci portait dans l'aisselle gauche une tumeur ganglionnaire datant de huit ans. Elle avait suppuré plusieurs fois. On avait fait dans cette tumeur des incisions, des injections modificatrices, de l'ignipuncture; elle avait, à l'entrée du malade, le volume d'une orange; la peau, adhérente, était violacée et portait deux fistules. Deux incisions en croissant pour circonscrire la peau à enlever; dissection, puis curage de tous les ganglions. Drainage, suture et pansement. Nul accident. Le 26 juin, la plaie était réduite aux plus petites dimensions et le malade sortait entièrement guéri le 10 juillet.

M. Trélat a enlevé à diverses reprises par le curage des ganglions du pli de l'aine lorsque la guérison des abcès était tardive et il n'a jamais eu qu'à se louer de cette conduite. Il a eu autrefois des malades atteints d'adénite inguinale suppurée dont la guérison se faisait attendre plusieurs mois. Le curage des ganglions est une précieuse ressource pour ces sortes de cas. La guérison est singulièrement activée par cette manœuvre.

Ce serait d'ailleurs une grande erreur de croire que le curage est une opération irrégulière, une sorte de grattage superficiel de certaines surfaces. C'est un procédé d'exérèse très régulier, très puissant et très satisfaisant, s'il est bien et judicieusement appliqué. Il est absolument indiqué chaque fois que des tissus relativement mous sont en contact et en continuité avec des organes plus fermes et plus résistants. La curette en opère la séparation beaucoup mieux que le bistouri, avec plus de précision que les caustiques de tout genre.

Les abcès froids, les fongosités, les trajets fistuleux, la plupart des tumeurs ganglionnaires et un certain nombre de tumeurs molles et superficielles sont justiciables de ce procédé qui, suivant M. Trélat, doit être considéré comme une ressource et un perfectionnement opératoire.

On peut sans doute abuser et mésuser de tout et surtout de ce qui a une valeur et une puissance. C'est un motif pour établir les règles de l'usage, mais non pour proscrire l'emploi.

M. Desprès a pratiqué trois fois dans le cours de sa carrière chirurgicale, l'extirpation de ganglions hypertrophiés. Mais les opérations qu'il a pratiquées étaient des opérations rationnelles indiquées par la résistance de la maladie aux traitements hygiéniques ou pharmaceutiques, par la gêne croissante dont la tumeur était la cause et par les instances des malades qui demandaient à être débarrassés.

Mais, d'une façon générale, ces engorgements sont parfaitement susceptibles de se résoudre sous l'influence d'un bon traitement général pharmaceutique combiné avec les voyages, le séjour au bord de la mer ou dans les montagnes, etc.

M. Desprès admet, dans le cas où une écrouelle suppure, où la peau rougit et menace de se sphacéler, que l'on suive le conseil de M. Trélat et que l'on aille chercher les ganglions au fond de la plaie pour les enlever au moyen de la curette; mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels. Quand il s'agit de ganglions simplement hypertrophiés, sans adhérence à la peau ni menace d'inflammation et de suppuration, il n'y a pas lieu, suivant M. Desprès, ni de pratiquer l'extirpation, ni d'y faire des injections interstitielles comme le demande M. Richelot.

M. Verneuil ne peut que répéter ce qu'il a dit déjà dans la dernière séance : il admet l'intervention chirurgicale dans les engorgements ganglionnaires, mais dans les engorgements *tuberculeux*, non dans les adénites simples. Il pense qu'il convient de circonscrire le débat aux engorgements *tuberculeux* des ganglions lymphatiques. Eh bien, dans ces cas, si l'on doit intervenir, c'est l'extirpation qui lui paraît préférable aux autres opérations. Il n'est point partisan du curage ou du raclage, parce qu'il n'a vu jusqu'à présent, de l'emploi de ces opérations, que des résultats médiocres. Cependant il admet qu'il peut se tromper; mais alors il demande à ceux de ses collègues qui ont pratiqué le curage un grand nombre de fois, de venir dire les résultats qu'ils ont obtenus, et non pas seulement les résultats de l'opération en elle-même, mais ceux qu'ils ont pu constater, au point de vue de la maladie, sur les opérés observés au bout de six mois ou un an. Il est fréquent, en effet, de voir l'état des malades s'améliorer temporairement après une opération, sous l'influence du repos, des bons soins, d'un bon régime, des médica-

©BIU Santé

ments, en un mot d'un traitement hygiénique et pharmaceutique; mais ces malades, une fois sortis de l'hôpital et rendus aux conditions de la vie ordinaire, ne tardent pas malheureusement à voir leur maladie récidiver. C'est ce que M. Verneuil a constaté, en particulier, chez des individus auxquels il a pratiqué le raclage des fongosités développées dans les gaines tendineuses des extrémités articulaires de l'avant-bras ou de la jambe; après un ou deux raclages, il a fallu en venir, au bout d'un an ou deux, à pratiquer l'amputation du membre.

M. Richelot répond à M. Desprès que les cas dans lesquels il a employé les injections interstitielles n'étaient nullement, comme le pense M. Desprès, des engorgements ganglionnaires récents qui eussent pu être guéris par tout autre moyen thérapeutique. C'était bel et bien des engorgements qui avaient résisté aux traitements internes, hygiéniques ou pharmaceutiques. M. Richelot a constaté que, lorsque ces ganglions étaient durs et ne présentaient aucune trace de ramollissement, les injections interstitielles réussissaient, dans un certain nombre de cas, à faire disparaître l'engorgement par atrophie progressive.

Dans quelle proportion la réussite peut-elle être obtenue? M. Richelot ne saurait le dire exactement. Mais il peut affirmer que, dans cinq ou six cas, il a obtenu trois ou quatre fois un succès complet, car il n'a pas eu besoin d'intervenir ultérieurement. Et lors même que l'on ne réussirait que deux fois sur dix, ce serait déjà bien quelque chose, et l'on rendrait un grand service à bien des jeunes filles ou de jeunes femmes qui ont grand intérêt à n'avoir ni difformité ni cicatrice sur une partie aussi visible que le cou.

M. Trélat dit que M. Verneuil a parfaitement eu raison de circonscrire le débat aux ganglions tuberculeux. Dans ces limites où il convient d'enfermer la discussion, M. Trélat croit devoir s'en référer à la note qu'il a lue au commencement de la séance, et dans laquelle il déclare que le curage est un mode d'exérèse complète, aussi complète que celle que l'on pratique avec le bistouri et qui, dans bien des cas, l'emporte sur le dernier.

Répondant à M. Desprès, M. Trélat déclare que, dans son opinion, c'est la tuberculose ganglionnaire qui est commune et l'hypertrophie ganglionnaire simple qui est rare. Donc, lorsque l'on rencontre une hypertrophie ganglionnaire, il ne faut pas la traiter à la légère et la considérer comme simple; il faut, au contraire, se hâter d'extirper ces ganglions dans lesquels la tuberculose se localise d'abord, et qui deviennent souvent le point de départ d'une infection et d'une généralisation dans le reste de l'organisme. Voilà pourquoi M. Trélat est le partisan et le défenseur de ces opérations. Pour lui, le diagnostic d'une semblable tumeur une fois posé, il y a tout avantage à en faire l'extirpation hâtive et complète; peu importe qu'elle se fasse avec le bistouri ou avec la curette, pourvu que ce soit une extirpation totale et radicale.

M. Chauvel, laissant de côté, ou à peu près, les points secondaires de la discussion soulevée par son rapport sur l'observation de M. le docteur Poulet, s'attache plus particulièrement à la question de l'opportunité et des dangers de l'extirpation des ganglions tuberculeux cervicaux ou de ceux de toute autre région accessible aux instruments du chirurgien. A ce point de vue, il estime que l'intervention chirurgicale est dangereuse par elle-même et capable d'entraîner la mort. Les avantages de l'opération valent-ils qu'on expose les malades à courir ces dangers? Telle est la question à résoudre.

Depuis que M. le professeur Villemin, son maître vénéré, a démontré l'inoculabilité du tubercule, le transport probable par la voie lymphatique du virus tuberculeux, la question des tuberculoses locales a pris en chirurgie une très grande importance. On a considéré les adénites tuberculeuses comme une menace constante, et, pour soustraire l'économie aux chances d'infection, on a conseillé de détruire ces foyers, ces réceptacles de germes.

Avant d'en arriver à cette pratique, bien des questions, lui paraît-il, sont encore à résoudre.

En ce qui concerne spécialement les adénites tuberculeuses, il faudrait démontrer :

1° Que le germe tuberculeux arrêté dans les ganglions lymphatiques peut en sortir pour infecter toute l'économie; c'est-à-dire que l'adénite tuberculeuse précède la tuberculisation générale et qu'elle y prédispose;

2° Que l'adénite tuberculeuse n'est pas, comme l'adénopathie syphilitique, par exemple, un signe de l'empoisonnement de l'économie, une manifestation locale d'une infection générale; cas auquel l'extirpation du foyer local n'aurait plus de raison d'être.

Et même, ces points établis, il resterait encore à prouver :

1° Que l'extirpation ou la destruction complète, totale d'un foyer local de tuberculose est chose possible, car hors de cette possibilité, l'opération est absolument inutile, si même elle ne devient nuisible.

(Or, dans la statistique de Riessel, M. Chauvel relève 6 récidives sur 17 opérations, et, dans celle de Fischer, 22 récidives sur 92 opérations ; dans celle de Krish-Kœcher, 19 récidives sur 40 opérations.)

2° Que l'opération met le patient à l'abri des atteintes de la phthisie pulmonaire, ce qui est en complet désaccord avec les résultats de Fischer: 13 morts de phthisie sur 92 opérés; de Riessel: 2 morts de phthisie sur 17; de Kœcher: 11 morts de phthisie sur 40 opérés, auxquels il faut ajouter 2 opérés phthisiques morts dans les trois premiers mois.

Pour M. Chauvel, tout en rendant justice aux recherches expérimentales poursuivies de tous les côtés sur l'origine et la propagation de la tuberculose, il pense que les rapports de causalité entre les adénites tuberculeuses et la phthisie ne sont pas encore assez nettement établis pour nous faire accepter les règles thérapeutiques radicales qu'on admet à l'étranger. Il repousse l'extirpation *précoce* des ganglions tuberculeux comme inutile le plus souvent et quelquefois nuisible; il n'admet l'intervention chirurgicale que dans les cas où elle est nécessitée par des accidents locaux graves, car il la croit dangereuse.

De plus, comme l'opération est souvent et forcément incomplète, il se demande si elle n'est pas susceptible de provoquer, dans certains cas, l'infection générale qu'elle avait pour but de prévenir.

— M. Tillaux présente une pièce pathologique qui lui a été adressée par un médecin de la Bretagne et qui consiste en une tumeur sarcomateuse du testicule d'un volume énorme, car elle pèse un peu plus de 4 kilogr. Pour sa part, M. Tillaux déclare n'en avoir jamais vu de pareille.

M. Tillaux présente, en second lieu, une pièce pathologique recueillie sur une jeune femme morte, quinze jours après son accouchement, d'une arthrite aiguë de la hanche droite d'origine puerpérale. Cette pièce offre cela de remarquable, qu'elle permet de constater, chose rare, les altérations de l'arthrite au début même de la maladie. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 février 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

Sommaire : *Les vaginites. — Contagion de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux militaires. — Epilepsie syphilitique chez le singe. — Ulcère tuberculeux primitif de l'avant-bras diagnostiqué par la recherche des bacilles. — Les anévrysmes miliaires de l'estomac.*

Parmi les pièces de la correspondance manuscrite, M. le secrétaire général Desnos signale une lettre du président de la Ligue des antivaccinateurs. Cette lettre, conçue dans une forme peu courtoise, voue la Société médicale des hôpitaux « aux condamnations de la science et des âges futurs » ; il ne semble pas d'ailleurs que la Ligue antivaccinatrice ait grande compétence pour aborder l'étude des questions médicales; car, en parcourant la liste de ses membres, on y voit figurer surtout des sériciculteurs, des agronomes et des baronnets anglais.

M. Treille, professeur à l'Ecole de médecine navale de Rochefort, dont nous avons signalé l'intéressante communication dans la précédente séance, sollicite le titre de membre correspondant.

M. Martineau présente des *Leçons sur la vaginite blennorrhagique*, professées à l'hôpital de Lourcine. L'auteur trouve que ce sujet a été un peu délaissé par les médecins et résume en quelques mots ses opinions. La vaginite non blennorrhagique est très fréquente, elle reconnaît pour origine les grands états diathésiques : scrofule, herpétisme, tuberculose, etc. D'où une nouvelle classification des diverses espèces de vaginite. Elle est constitutionnelle ou non; si elle ne l'est pas, elle est traumatique ou virulente, cette dernière pouvant être protopathique ou deutéropathique. Quant à la vaginite granuleuse, c'est une simple modalité anatomique, et elle n'a pas, comme certains médecins l'avancent, de relations avec la grossesse ou la blennorrhagie. Les granulations se voient surtout dans la vaginite scrofuleuse. — M. Martineau a eu la bonne fortune de recueillir quelques observations très rares de zona et d'urticaire du vagin. Le diagnostic de la

©BIU Santé

vaginite comporte la solution de trois problèmes : la lésion, diagnostic anatomique; la cause, diagnostic pathogénique; la nature, diagnostic nosologique. De ces divisions découlent des indications thérapeutiques précises.

M. Laveran présente un travail sur la *contagion de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux*, publié par lui dans les *Archives de médecine militaire*. On admet en général que la fièvre typhoïde est peu contagieuse dans les grands centres et dans les grands hôpitaux; Andral ne croyait pas à la contagion à l'hôpital. Dans les hôpitaux civils, on peut trouver l'explication de la rareté des cas de contagion dans les conditions spéciales des malades qui y sont soignés. Les uns ont acquis par l'âge avancé une immunité relative, la plupart des malades plus jeunes ont déjà eu la fièvre typhoïde, ou, acclimatés depuis de longues années dans de grands centres où l'affection est endémique, ils sont moins exposés à la contracter. Pourtant, MM. Ollivier et Quinquaud ont signalé des exemples de contagion dans les services. — Dans les hôpitaux militaires, en tout cas, la chose est bien différente : les malades qui y sont soignés pour d'autres affections sont jeunes; beaucoup viennent de la campagne, et sont par conséquent dans les meilleures conditions de réceptivité. Aussi M. Laveran a-t-il pu en rencontrer personnellement une vingtaine de cas ayant frappé soit des infirmiers attachés au service des typhoïdiques, soit des malades entrés à l'hôpital pour d'autres affections; un médecin-inspecteur en a relevé aussi 25 cas à Nancy. Les conclusions du travail de M. Laveran sont en faveur de l'isolement des malades atteints de fièvre typhoïde, au moins dans les hôpitaux militaires.

M. Martineau rappelle qu'il possède, à l'hôpital de Lourcine, un singe auquel il a réussi à inoculer la syphilis, et dont il a plusieurs fois entretenu la Société. Le 12 octobre 1883, il montrait à ses collègues le moulage d'une syphilide ulcéreuse siégeant sur la voûte palatine. Depuis lors, un nouvel incident pathologique s'est produit : — *le singe a eu de l'épilepsie syphilitique.*

Le 29 octobre 1883, le singe n'était sorti de sa cage qu'avec lenteur, sans toutefois qu'on eût besoin de le violenter. Presque aussitôt, on remarqua sur sa face des mouvements convulsifs. Les parties dépourvues de poils sont très pâles; les mâchoires sont agitées de mouvements courts et rapides; quand la bouche s'entr'ouvre, on voit la langue et la muqueuse buccale décolorées; il s'écoule des commissures une salive blanche et spumeuse. Le tableau est si frappant que le garçon d'amphithéâtre, qui assistait M. Martineau, s'écrie de lui-même : « Tiens! il écume comme un épileptique. » Bientôt le singe, tout chancelant, s'adosse dans un angle du mur; ses membres inférieurs tremblent convulsivement. Après cette crise, qui a duré quatre à cinq minutes, il rentre dans sa cage en se hissant péniblement aux barreaux, et non sans avoir une fois lâché prise. Il se blottit enfin dans un coin et se laisse caresser sans résistance, tandis qu'à l'ordinaire il cherche à se dérober aux caresses.

Cette attaque, que M. Martineau considère comme une manifestation épileptiforme d'origine syphilitique, est la seule qu'on ait vue. L'animal en a-t-il eu d'autres? Il aurait fallu pour le savoir mettre un surveillant en permanence auprès de l'animal, ce qui eût été malaisé. M. Martineau n'hésita pas à assimiler, en tout cas, cette crise aux accidents épileptiformes qu'on observe très souvent chez l'homme à une période précoce de la syphilis et qui reconnaissent pour cause une compression du cerveau.

Quoi qu'il en soit, le 3 décembre, apparaissait sur la moitié droite du scrotum une syphilide papulo-hypertrophique ayant le volume d'une pièce de un franc, allongée verticalement et d'un rouge sombre. Cette surface se hérissa vers le 15 de petites syphilides papuleuses; on y constata une induration prononcée, elle n'affectait que la peau et n'adhérait pas aux parties profondes; en janvier, elle était le siège d'un suintement et d'érosions qui se recouvrirent de croûtes noirâtres.

Le 18 janvier, on vit sur la voûte palatine une éruption syphilitique papulo-érosive : à droite, une papule saillante, d'un rouge sombre du volume d'une lentille; à gauche, trois autres de même aspect. Elles disparurent le 24 janvier sans laisser de cicatrices. Mais sur la ligne médiane persistait la cicatrice blanche linéaire de la syphilide ulcéreuse qui avait existé en septembre 1883.

En résumé, M. Martineau estime que la syphilis de son singe, dont le début remonte à quatorze mois, a une évolution semblable à la syphilis non traitée chez l'homme.

M. Guyot : Les accidents épileptiformes sont-ils chez l'homme aussi fréquents dans la première période de la syphilis que le dit M. Martineau? — Pourquoi ensuite ne se sont-ils plus reproduits chez le singe depuis le jour où M. Martineau en a été témoin? Pourquoi enfin le singe, ayant des accidents graves si précoces, et non traité, n'arrive-t-il pas plus rapidement à la cachexie?

M. Martineau : Il n'est pas très rare d'observer chez l'homme dans la première année de la syphilis, du cinquième au dixième mois, des accidents épileptiformes contemporains des paralysies localisées, bien que ces accidents soient moins fréquents sans doute que dans les périodes plus avancées. D'ailleurs, nous ne savons rien de la syphilis du singe, puisque c'est le premier cas où l'inoculation ait réussi. Que deviendra l'affection ultérieurement? Guérira-t-elle sans traitement, jusqu'ici les accidents ayant paru guérir d'eux-mêmes? On ne pourra répondre à ces questions qu'après deux, trois, quatre ans d'observation ; il importait en tout cas de ne pas traiter l'animal, sans quoi l'observation n'eût rien eu d'instructif.

M. Guyot continue à penser qu'une syphilis, capable de déterminer si rapidement des manifestations épileptiformes, aurait eu une évolution plus rapide et mis l'animal dans un état bien plus grave.

M. Martineau : C'est au bout du onzième mois que se sont montrés les accidents épileptiformes.

M. Féréol croit, comme M. Guyot, qu'il est nécessaire de maintenir un point d'interrogation en face de ce fait. D'ailleurs, le singe peut être épileptique, sans être syphilitique. C'est un animal très nerveux.

M. Martineau accorde qu'il faut apporter la plus grande prudence dans l'acceptation de faits scientifiques inattendus. Il ne sait d'ailleurs pas si le singe est un animal sujet à l'épilepsie. En tout cas, avant sa syphilis celui-là n'en a jamais eu, bien qu'il ait été aussi maltraité, aussi cruellement battu qu'on peut l'être. Les manifestations épileptiformes qu'il a présentées sont des accidents précoces, de l'ordre de certaines paralysies localisées, et il ne faut pas les confondre avec les accidents convulsifs éloignés qui reconnaissent pour cause une lésion matérielle des centres nerveux eux-mêmes. Ce sont des faits biens connus de M. Fournier.

M. Legroux n'a pas constaté plus souvent que ses collègues Guyot et Féréol les accidents épileptiformes dans la première année de la syphilis. — A-t-on examiné l'urine du singe? Il est peut-être albuminurique; c'est une lacune de l'observation.

M. Martineau ne croit pas qu'il soit bien aisé de sonder un singe pour se procurer de son urine.

M. Dumontpallier demande à quelle lésion M. Martineau attribue les accidents épileptiques précoces dans la syphilis. Il a parlé d'une compression; quel en est l'agent?

M. Martineau: Une périostose, probablement.

M. Laboulbène regrette que son collègue n'ait pas précisé l'espèce à laquelle appartient le singe en expérience.

M. Martineau: C'est un macaque.

M. Laboulbène désire que cette déclaration soit expressément notée.

M. Hanot montre le moulage *d'un ulcère tuberculeux de l'avant-bras*. L'aspect objectif de cette lésion n'eût pas permis d'en faire le diagnostic, sans la recherche des bacilles qui ont été trouvés très nombreux dans les coupes de la peau faites pendant la vie. M. Lailler a fait remarquer que les cas de tuberculose cutanée sont beaucoup moins rares qu'on ne le suppose. Désormais, en présence de toute ulcération douteuse, il faudra faire l'examen des bacilles. L'homme qui est porteur de cet ulcère tuberculeux a 70 ans ; l'ulcère date de quatre ans, il est apparu consécutivement à un panaris et à une lymphangite ulcéreuse. Ce malade n'étant d'ailleurs tuberculeux par ses poumons que depuis un an, il est probable qu'il s'est agi d'une tuberculose locale cutanée primitive, ultérieurement généralisée.

M. Gallard signale les *anévrysmes miliaires de l'estomac* comme causes d'hématémèses mortelles.

En 1875, M. Gallard avait fait des recherches sur l'ulcère simple de l'estomac et, dans tous les cas mortels, il avait trouvé une lésion anatomique assez considérable pour expliquer l'issue fatale. Mais, en 1876, il lui était donné de rencontrer deux cas d'hématémèses ayant amené rapidement la mort, sans qu'il y eût d'autre lésion que l'ulcération d'un anévrysme miliaire d'une des branches de la coronaire stomachique. Ces deux faits, qui furent présentés au Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences (session de Clermont-Ferrand, août 1876), paraissaient uniques dans la science. Le hasard de la clinique vient de mettre sous les yeux de M. Gallard, il y

©BIU Santé

a un mois, un cas tout pareil aux deux premiers, qu'il convient de relater brièvement.

Le premier concerne un homme de 51 ans qui, en février 1876, était entré à l'hôpital pour une bronchite avec emphysème pulmonaire. On lui administre 2 gr. 50 d'ipéca. Deux jours plus tard, c'est-à-dire en dehors de toute influence médicamenteuse possible, se produit une hémorrhagie très abondante (hématémèse et melœna), rapidement mortelle. A l'autopsie, faite quarante-huit heures après le début des accidents funestes, tous les organes étant sains, — les poumons exceptés, — les voies digestives sont pleines de sang; la muqueuse gastrique, lavée avec soin, est intacte, sauf au niveau de la petite courbure où se trouve une petite tumeur grosse comme une lentille, au sommet de laquelle existe une ulcération comme une tête d'épingle, fermée par un petit caillot. Une injection faite dans la coronaire a démontré qu'il s'agissait d'un petit anévrysme.

Le 2 mars de la même année, une infirmière de 25 ans, sans antécédents qui pussent expliquer le fait, succombait en deux ou trois jours par suite d'hématémèses et de melœna. A l'autopsie, la lésion parut moins nette que dans le cas précédent, la section de l'estomac ayant porté malheureusement sur l'artère ulcérée; pourtant, il était facile de constater au niveau de celle-ci une petite tumeur avec suffusion sanguine analogue aux anévrysmes faux consécutifs.

Goupil, dans sa thèse *Sur la généralisation des anévrysmes*, cite deux cas d'anévrysme miliaire de l'estomac chez des gens très âgés, mais n'ayant pas amené d'accidents.

Le dernier fait tout récemment observé par M. Gallard est celui d'un homme de 48 ans qui, recueilli par un sergent de ville au moment où il tombait en défaillance par suite d'un vomissement de sang, fut amené à l'Hôtel-Dieu. Il ne présentait d'autres commémoratifs qu'une diminution de l'appétit depuis une quinzaine de jours, du dégoût pour les aliments gras et quelques douleurs épigastriques. M. Brossard, l'excellent interne du service, n'obtint qu'à grand'peine ces renseignements, à cause de l'extrême faiblesse du malade. Il l'examina avec grand soin et ne put constater d'autre signe physique qu'une distension assez grande de l'estomac et des anses intestinales qui se dessinaient sous la paroi abdominale. Malgré un traitement rationnel et actif, le malade mourut avant la visite du lendemain. A l'autopsie, les voies digestives sont pleines de sang; la muqueuse de l'estomac est violacée par imbibition cadavérique, un peu ramollie: de plus, au niveau de la grande courbure à gauche, et tout près du cardia, se voit une petite tumeur ovoïde, du volume d'un haricot, perforée au sommet et placée sur la direction d'un vaisseau. On n'a pu injecter celui-ci, ni introduire même une soie de sanglier par la perforation, mais l'obturation de celle-ci par un petit caillot, et les connexions ne permettent pas de douter qu'il ne s'agisse d'un petit anévrysme.

Ainsi, voilà trois observations toutes pareilles comme symptômes, comme marche, comme anatomie pathologique. La connaissance de ces faits devra être prise en considération, lorsqu'on abordera la discussion des faux cancers de l'estomac.

Aucun cas analogue n'existe dans les *Bulletins* de notre Société anatomique. Un seul a été publié en 1878 par Douglas Powell dans les *Transactions* de la Société anatomique de Londres. Il s'agissait d'un petit anévrysme miliaire ayant donné lieu à une hématémèse mortelle chez un tuberculeux porteur de cavernes très avancées. Une particularité est que cet anévrysme se présentait au milieu d'une ulcération ayant les dimensions d'un *florin*, comparaison assez inattendue dans la bouche d'un auteur anglais. L'auteur pense avec raison que, dans ce cas, cet anévrysme de la paroi gastrique doit être comparé à ceux qu'on a observés dans les parois des cavernes; la lésion serait donc alors secondaire et comme une généralisation de la tendance anévrysmatique.

Quelque réserve qu'il faille garder en présence de tout fait scientifique nouveau et un peu étrange, il conviendra de songer à la possibilité de cas analogues quand on se trouvera en face d'une gastrorrhagie qu'on serait tenté de considérer comme essentielle. Les lésions sont en effet si minimes qu'elles peuvent facilement passer inaperçues.

Par 31 voix, MM. Vaillard et Crichard, médecins des hôpitaux militaires, sont élus membres de la Société.

MM. Moissenet et Delasiauve sont élus membres honoraires.

THÉRAPEUTIQUE

De la gemme du pin maritime.

Les conifères forment une des plus intéressantes familles botaniques. Les arbres que renferme cette famille atteignent souvent une taille colossale et sont tous doués d'une

constitution robuste malgré la rapidité de leur croissance. Les conifères fournissent des espèces très nombreuses et très variées; l'un des plus remarquables est le pin maritime qui peuple tout le sud-ouest de la France sur les bords de l'Océan depuis l'embouchure de la Gironde jusqu'au fond du département des Landes.

C'est au point de vue thérapeutique surtout que le pin maritime a beaucoup d'importance. En effet, il découle de sa tige, spontanément, ou à l'aide d'incisions faites dans l'épaisseur de son écorce et de son bois, une substance oléo-résineuse, semi-liquide, visqueuse, transparente, d'une saveur amère à laquelle on a donné le nom de gemme.

La gemme contient à peu près 12 p. 100 d'huile essentielle qu'elle peut rendre par la distillation. Il reste alors une matière solide, sèche, résineuse à laquelle on donne le nom d'*arcanson*. Sous l'influence de l'oxydation, l'huile essentielle de la gemme se transforme en acide pinique et acide pimarique. Introduite dans les voies digestives, la gemme produit des effets physiologiques qui participent à la fois des propriétés de l'huile essentielle et de la substance résineuse qui entrent dans sa composition, effets atténués par cette union même, et qui rendent son emploi très efficace et sans aucun danger.

La gemme du pin maritime est le meilleur médicament à employer dans le traitement des affections catarrhales. Sa supériorité sur le goudron n'est pas contestable. Elle produit une légère stimulation du système nerveux qu'accompagne toujours un accroissement d'activité de la circulation, de la respiration et des fonctions de la peau. La partie résineuse s'oxyde dans le sang, et est rejetée par la voie urinaire, en faisant subir aux organes éliminateurs une action décongestionnante et anti-catarrhale qui soulage et guérit les affections de la vessie et des reins; en même temps l'huile essentielle est rejetée par les poumons et par les pores de la peau, modifiant ainsi très rapidement les sécrétions dans la bronchite chronique, la toux, le catarrhe, l'asthme, la phthisie pulmonaire, et rendant les plus grands services dans le traitement du catarrhe des parties génitales chez les femmes.

On ne comprend pas que la thérapeutique ait jusqu'à ce jour fait un si rare usage de la gemme quand elle emploie si fréquemment le goudron qui lui est bien inférieur. Le docteur Pereira, qui jouissait autrefois d'une juste notoriété dans le département de la Gironde, s'est efforcé de vulgariser l'emploi de cet excellent médicament ; il y a réussi bien que la préparation qu'il recommandait fût difficile à faire et défectueuse. M. Lagasse, qui a fait de nombreuses études sur les produits du pin maritime, est parvenu à emprisonner la gemme à l'état de nature dans de petites *capsules*, et à en rendre ainsi l'emploi très facile. Ces capsules sont parfaitement tolérées par l'estomac et ne lui imposent aucune fatigue, ce que l'on ne saurait dire du goudron dont l'emploi prolongé amène toujours de l'irritation d'abord, et bientôt de l'affaiblissement. Les capsules de gemme agissent donc puissamment sur toutes les affections catarrhales sans altérer à aucun degré les organes qui l'absorbent. Elles se prescrivent à la dose de quatre à six par jour, deux ou trois avant chaque repas.

M. Lagasse, pour répondre aux besoins des personnes qui ne savent pas avaler les capsules, prépare l'*hydro-gemmine*, eau de pin gemmé très concentrée, contenant absolument les mêmes éléments que les capsules.

L'eau de pin gemmé est en très grand honneur dans les hôpitaux de Bordeaux, elle y est prescrite depuis longtemps comme tisane commune dans les salles des fiévreux où la tuberculose, la bronchite chronique et les catarrhes bronchiques abondent.

Un flacon d'hydro-gemmine mélangé à l'eau ordinaire permet de produire six litres de cette précieuse eau de pin gemmé qu'on prend aux repas pure ou mélangée au vin.

Etendue d'eau dans cette proportion, l'hydro-gemmine possède encore des propriétés doucement hémostatiques qu'il est utile de signaler et qui conviennent admirablement pour prévenir les hémorrhagies passives des bronches, des poumons et de la muqueuse gastrique.

On prescrit aussi l'hydro-gemmine de la manière suivante : une cuillerée à bouche dans un demi-verre d'eau pure ou sucrée ou dans une tasse de lait ; ainsi préparée, elle se prend à la dose de trois à quatre cuillerées à bouche par jour.

Enfin, poursuivant, toujours dans la même direction, ses études sur les propriétés du pin maritime, M. Lagasse a préparé la *gemme saponinée*, médicament employé uniquement pour l'usage externe. Ce médicament rend les plus grands services dans le traitement des ulcères et des plaies qu'il désinfecte immédiatement et dont il hâte la cicatrisation chaque fois qu'elle est possible. Dans des cas moins graves, il s'emploie avec succès dans le traitement de la plupart des maladies des femmes, particulièrement dans la leucorrhée, les ulcères du col ou du canal de l'utérus, l'endométrite purulente, la vaginite, enfin dans tous les cas de métrite chronique avec flux morbide, et toujours sans aucun danger.

©BIU Santé

La gemme saponinée Lagasse s'emploie aussi pour les pansements : on la coupe par moitié ou trois quarts d'eau suivant l'état plus ou moins grand de sensibilité ou d'irritation de la plaie. Lorsqu'il s'agit de modifier l'état de sécrétion de la matrice, provenant d'ulcérations ou de fleurs blanches, on ajoute deux à quatre cuillerées à bouche de gemme saponinée à chaque litre d'eau tiède destinée aux injections. Pour ce dernier usage, la gemme saponinée possède un autre avantage inappréciable, c'est l'odeur balsamique agréable qu'elle dégage.

Il eût été désirable peut-être de donner plus de développement à une semblable étude, mais cet exposé suffira à donner la confiance que la gemme de pin maritime, désormais mieux connue, occupera bientôt dans la thérapeutique la place qui lui est due et qu'ont usurpée la térébenthine et le goudron.

VARIÉTÉS

LA VILLE DES GOITREUX

La population de la ville de Kokane, dans le Turkestan, est en grande partie composée de goitreux ou d'individus atteints de crétinisme. M. Guillaume Chapus, dans son mémoire *Sur les médecins et la médecine en Asie centrale*, raconte qu'en pénétrant dans cette ville, on est frappé par le nombre considérable de ces goitreux, les uns légèrement atteints, les autres portant une tumeur thyroïdienne très volumineuse.

Cette ville est la seule du Turkestan dont la population possède ce triste privilège pathologique. Ailleurs, le goître et le crétinisme sont très rares. Les conditions hygiéniques sont satisfaisantes; située dans une plaine, à 1,300 pieds d'altitude, Kokane est abondamment pourvue d'eau par une rivière descendant de l'Aloï, comme les autres cours d'eau du pays. Dans les régions montagneuses et les vallées du Kohistan, M. Chapus n'a pas rencontré de goitreux, de sorte que Kokane fait exception et est la seule localité dans laquelle l'affection se soit généralisée.

En 1878, au moment où les troupes russes prirent possession de cette ville, les médecins de l'armée constatèrent qu'un dixième des soldats de la garnison devenaient goitreux après quelques mois de séjour. Mais ces tumeurs thyroïdiennes furent justiciables de l'emploi de l'iode à l'extérieur et en injections sous-cutanées.

Néanmoins, on résolut d'abandonner Kokane, la ville des goitreux, et de transporter à Marghellone le chef-lieu politique de la province. — C. L. D.

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

POUR LA FRANCE ET LES COLONIES

Publié par l'Administration de l'UNION MÉDICALE

54me ANNÉE — 1884

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, Ecoles, Sociétés de médecine et de pharmacie, Hôpitaux, Hospices, Asiles d'aliénés, Eaux minérales, etc., etc.

En vente aux Bureaux de l'Union Médicale, rue de la Grange-Batelière, 11, et chez les principaux libraires du quartier de l'Ecole-de-Médecine. — Prix : 3 fr.

COURRIER

Erratum. — A la page 61 de l'Almanach de 1884, au nom de M. le baron de Sozan, il faut lire : **21e** *édition, entièrement refondue, contenant* **355** *figures*, au lieu de 55 qui a été imprimé par erreur.

Les Médecins qui voudraient expérimenter les **Tubes-Levasseur** dans les accès d'Asthme et de Suffocation peuvent se les procurer *gratis* et *franco*, à la pharmacie Robiquet, 23, rue de la Monnaie, Paris, ou chez l'inventeur, 7, rue du Pont-Neuf.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos, par le docteur Richelot, ancien président de la Société de médecine de Paris, chez G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120. — Prix : 2,50

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Bulletin. — II. La question des eaux minérales. — III. Rousseau : Observation de fièvre intermittente d'origine vermineuse. — IV. Sociétés et Académies savantes : Académie de médecine. — V. Bulletin des décès de la ville de Paris. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton. — VIII. Analyse du lait d'Arcy.

BULLETIN

Nous tenons à mettre en lumière le travail que M. Albert Robin vient de lire à l'Académie. En nous montrant que l'acide phénique, ce merveilleux agent de la chirurgie moderne, n'est pas apte à jouer dans les profondeurs de l'organisme tous les rôles qu'on a voulu lui confier, M. Albert Robin établit une fois de plus que les conceptions les plus conformes en apparence aux données de la méthode expérimentale sont quelquefois entachées d'un empirisme dangereux, et doivent se laisser rectifier par des recherches plus approfondies.

Il s'agit de la valeur thérapeutique du phénol dans la fièvre typhoïde. Pour la réduire à néant, notre confrère se fonde sur les transformations que ce médicament subit dans l'organisme et sur son mode d'élimination.

Il y a toujours un peu d'acide phénique dans l'urine normale; or, le typhique en rend dans les vingt-quatre heures au moins deux fois plus qu'un individu bien portant et convenablement alimenté. Comme le phénol s'élimine à l'état de sulfo-phénate de potasse, le typhique doit perdre aussi plus de soufre et de potasse que l'homme sain; et ces pertes étant mal compensées par l'alimentation sommaire du typhique, il en résulte une tendance à l'inanition minérale qui augmente avec la durée de la fièvre, et doit entrer en ligne de compte dans la genèse des troubles de nutrition si fréquents pendant la convalescence.

M. Albert Robin démontre ensuite que, si on administre le phénol à un typhique, on augmente ses pertes en acide sulfurique et en potasse. On peut évaluer l'excès de la perte à 0,554 d'acide sulfurique et à 0,227 de potasse par gramme de phénol ingéré. Un malade, après avoir absorbé de 28

FEUILLETON

HISTOIRE DES MÉDECINS ARABES ET DE L'ÉCOLE DE SALERNE (1).

V

Nous voici arrivés en face d'une question ardue, mais résolue en grande partie par la science moderne. Quelles ont été les voies par lesquelles la science médicale a pénétré, ou est venue chez les Arabes?

Il est certain que, dans l'empire maladif de Byzance, les violences politiques, ainsi que les persécutions, avaient éloigné les lettrés et les savants qui avaient émigré dans les contrées voisines. D'autre part, la guerre sainte de l'Islam, les invasions sanglantes de soldats fanatiques contribuaient à l'anéantissement des livres qu'il fallut retrouver ou remplacer avec beaucoup de peine dans la suite. En ce qui nous concerne, au temps de Mahomet, la littérature scientifique grecque était réfugiée en Perse, où elle était protégée par Chosroes, et en Syrie. Djondisabour avait académie et hôpitaux où enseignaient des réfugiés juifs, ainsi que des Nestoriens et des Jacobites.

Des traductions d'ouvrages grecs existaient en syriaque, en hébreu, en persan. On

(1) Suite. — Voir les numéros des 24, 31 janvier et 21 février 1884.

©BIU Santé

à 120 grammes de phénol, a donc perdu de 15,51 à 66,60 d'acide sulfurique, et de 6,35 à 27,24 de potasse.

Comme la quantité de potasse contenue dans l'organisme n'excède pas 120 grammes, qui forment l'élément salin le plus important du système nerveux, des muscles et du sang, on voit quels troubles apportera dans les organes une soustraction minérale aussi sérieuse. Ces troubles ont une grande analogie avec ceux que produisent les physiologistes en privant les animaux d'aliments salins.

M. Albert Robin conclut ainsi : un organisme en puissance de fièvre typhoïde s'achemine vers l'inanition minérale ; le phénol, qui le pousse dans la même voie, doit être sévèrement proscrit, et c'est bien à lui qu'il faut attribuer les accidents nerveux et cachectiques observés pendant ou après son administration. Il faut proscrire aussi du traitement de la fièvre typhoïde tous les médicaments qui s'éliminent comme l'acide phénique (thymol, naphtol, résorcine, vanilline, benzol, etc.) ; et ce fait n'a pas une minime importance, car plusieurs d'entre eux, jouissant de propriétés antiseptiques et antipyrétiques, pourraient tenter un médecin qui ignore leur action chimique sur la nutrition des tissus.

— Nous donnons acte à M. le docteur Allaire, médecin principal de 1re classe en retraite, des opinions très judicieuses qu'ils a émises sur « le rôle des parquets » dans un mémoire sur une épidémie de fièvre typhoïde, en 1878, au camp de Châlons. Ce mémoire n'a jamais été publié, bien qu'il ait été honoré d'une médaille d'or par l'Académie de médecine. Son auteur, à propos de l'intéressant article de M. Longuet dans notre numéro du 16 février, veut bien nous en citer quelques passages :

« Les planchers des baraques sont en bois de chêne ou de sapin cloués sur des traverses; mais M. le chef du Génie a obtenu de faire confectionner des planchers en bois sur bitume, afin d'éviter que le dessous ne soit souillé par la présence de matières animales décomposées filtrant par les interstices...

« M. le chef du Génie Pignat, qui s'intéresse si vivement à toutes les questions d'hygiène au camp de Châlons, a bien voulu faire enlever le plancher de quelques baraques; nous avons constaté qu'elles avaient dû être lavées à grande eau, et nous avons recueilli, dans des espaces ressem-

---

admet aujourd'hui, d'après les recherches les plus récentes, entre autres celles d'Ernest Renan, que ce sont principalement les Syriens qui ont traduit directement sur le texte grec, tandis que les autres peuples orientaux ont traduit généralement sur le syriaque; de la sorte, le texte grec a passé par le syriaque pour arriver à l'arabe. Ceci est absolument vrai pour beaucoup d'écrits, mais ne s'applique pas à tout l'ensemble des traductions. Je tiens du docteur Lucien Leclerc que le grand mouvement des traductions opéré à l'instigation des Arabes et pour eux, par Honein, par son fils Ishaq, son neveu Hobeïch, par Costa ben Luca, par Tsabet ben Corra, grands par la qualité autant que par la quantité, a pu et a dû se faire directement. Ces traducteurs savaient le grec et l'arabe; c'eût été une grande inutilité de faire un détour en passant par le syriaque. Disons toutefois que, lorsque nous trouvons un ouvrage traduit directement du grec en arabe, la traduction est l'œuvre non d'un Arabe, mais plutôt d'un étranger.

Nous venons de voir que les traducteurs perses, syriens, juifs, chrétiens, ont introduit la médecine grecque chez les Arabes, mais ceux-ci ont-ils reçu de l'Inde quelques notions médicales?

Le problème est à l'étude. Je puis vous dire à ce sujet que l'*Ayurvéda* de Sucruta n'est plus regardé comme une production d'un seul jet, mais comme un livre complexe formé de la fusion ou de l'amalgame d'œuvres diverses à la manière des Livres hippocratiques. On avait donné tout d'abord à l'Ayurvéda une très ancienne origine; Hessler la reculait au xe siècle avant notre ère! Plus tard, on est tombé presque d'accord pour admettre que l'Ayurvéda de Sucruta était un corps de doctrine médicale ayant pénétré à Bagdad, au ixe siècle de notre ère, sous Almamon, à la faveur d'une traduction persane reproduite en arabe.

blant à des lacs desséchés, une terre noire, remplie de matières animales décomposées, en très grande quantité... Aussi M. le chef du Génie a-t-il obtenu de remplacer les planchers et de les établir sur bitume...

« Les baraques du 120e de ligne, qui n'ont pas donné de fièvres typhoïdes, étaient toujours bien aérées et n'avaient jamais été lavées à grande eau...

« Nous nous résumons donc pour la question étiologique : nous mettons en première ligne l'encombrement relatif dû au défaut d'aération, et comme cause secondaire le lavage à grande eau qui amène la décomposition des matières organiques filtrées sous les planchers... »

M. Longuet reconnaîtra dans ces lignes quelques-unes des idées qu'il a si bien développées. Il s'agit là d'un chapitre bien intéressant d'hygiène militaire et nosocomiale. Mais il s'agit aussi de nos appartements ; et les révélations qu'on nous fait sur les émanations qui se mêlent, à travers les interstices du plancher, à l'air de nos chambres, sont faites pour nous effrayer. Combien de nos maisons, vieilles ou jeunes, pourraient être convaincues de recéler dans leurs flancs des foyers épidémiques ! Combien ont vu leurs habitants disparaître coup sur coup, frappés par une main invisible ! Il faudra bientôt nous occuper des feuilles de nos parquets comme du choix de nos vêtements, et ne pas signer un bail sans avoir exigé des garanties sur l'ajustement des lames et sur la composition des matériaux du hourdage.

— Nous voyons avec plaisir le *Journal de médecine* exprimer comme nous son avis sur la question de déontologie posée par M. Max. Legrand, Nous avions écrit : « Nous ne sommes pas étonné qu'un médecin transporte sa maison, acquière un domaine, place une part de sa fortune dans le pays où il exerce. Avoir des actions nous paraît innocent pour celui qui attend les malades ; c'est bien autrement scabreux pour celui qui les envoie. » M. Lutaud dit à son tour : « Moins timoré que l'*Union médicale*, qui craint de se prononcer dans cette question, un peu délicate sans doute, nous ne voyons aucune raison supérieure qui puisse empêcher un confrère honorable de s'intéresser pécuniairement au succès de la station où il exerce, puisque ce n'est pas lui qui y envoie les malades. » Nous sommes d'accord ; et même, nous ne voyons pas bien en quoi notre confrère est moins

---

Haas a entrepris de démontrer que cette dernière opinion était erronée et la question a été reprise par A. Müller. Voici les pièces du débat :

Je vous ai signalé avec soin dans la littérature arabe le livre curieux et de première importance, intitulé : *Sources d'informations concernant les classes des médecins* par Ebn abi Ossaïbiah. Le douzième chapitre traite des classes de médecins originaires de l'Inde et renferme le passage suivant : « El Razi (Razès), dans son livre le *Continent* et dans plusieurs autres, a fait maints emprunts aux ouvrages d'un certain nombre d'Indiens, par exemple au livre de Sîrek l'Indien (nommé ailleurs Shanak), il en a fait aussi au livre de Susrud, etc. » Les deux noms de Sîrek et Susrud avaient été identifiés avec ceux de Caraka et de Suçruta. Cette identification a été rejetée par Haas, et pour lui les Arabes n'ont eu, à cette époque, rien à connaître de la science médicale du bassin du Gange. A. Müller, étudiant de nouveau le douzième chapitre d'Ossaïbiah et ayant sous les yeux un manuscrit du *Traité des poisons* attribué à Sîrek ou Shanak l'Indien, arrive à conclure que le livre de Shanak n'a pu être composé dans l'Inde, mais que l'auteur a utilisé au moins un des chapitres de l'Ayurvéda de Suçruta, enfin qu'il existe des concordances décisives entre les textes médicaux sanscrits et plusieurs passages du Continent de Razès.

En résumé, le livre de Suçruta, probablement dans une forme primitive, était, au VIIIe et sûrement au IXe siècle, aux mains des Arabes. Parmi les compilations auxquelles donnèrent naissance les livres indiens, plusieurs, rédigées en persan, furent traduites en arabe ; tel fut le livre de Susrud cité par Ossaïbiah. Ceux de vous qui voudraient de plus amples renseignements pourraient consulter avec fruit une étude par M. le docteur

©BIU Santé

« timoré » que nous, puisqu'il émet, dans des termes semblables, une opinion identique à la nôtre.

Aussi bien, tous les médecins ne partagent pas cet avis. On l'a déjà vu par la lettre de M. Janicot; on le verra par celle de M. Bonnet de Malherbe.

L.-G. R

La question des eaux minérales.

Puisque la question soulevée par notre honorable confrère, M. Maximin Legrand, et à laquelle sa conscience, j'en suis sûr, avait déjà répondu, puisque cette espèce de consultation qu'il demandait au corps médical par l'intermédiaire de l'*Union* a provoqué deux opinions différentes, il sera peut-être permis à l'un des doyens de la médecine des eaux d'exprimer humblement la sienne.

Je suis heureux de dire que c'est l'avis si nettement formulé par M. le docteur Janicot que je partage de tous points, et je ne suis pas surpris de trouver, dans cette circonstance, le premier sur la brèche, le jeune confrère qui, à propos d'une question analogue, avait déjà vaillamment rompu une lance contre un certain *syndicat* de médecins, constitué pour le commerce des eaux minérales, singulière et fâcheuse institution que nous croyons aujourd'hui tombée dans l'eau.

Avec M. Janicot, je pense que tout médecin exerçant dans une station thermale doit scrupuleusement s'abstenir de toute immixtion dans une Société fermière et s'imposer ainsi lui-même l'interdiction que l'Etat a toujours imposée aux médecins-inspecteurs nommés par lui. S'il en était autrement, on verrait s'accroître dans de plus grandes proportions les misères professionnelles que la *pléthore* médicale a si fâcheusement créées dans plusieurs stations thermales.

Il n'y a qu'un point sur lequel je ne saurais me ranger à l'avis du docteur Janicot, c'est la consultation qu'il propose de déférer au conseil général de l'Association des médecins de France. Ce moyen me paraît doublement inutile : ceux qui pensent, — et je ne crains pas d'affirmer que c'est l'immense majorité du corps médical, — que les médecins exerçant dans une station thermale doivent rigoureusement s'abstenir de toute immixtion dans l'opération industrielle de la ferme des eaux, n'ont pas besoin de cette consultation; ceux qui sont d'un avis opposé, et dont la liberté restera entière, ne tiendront assurément aucun compte de l'avis réclamé s'il leur est contraire.

Ce n'est pas aujourd'hui, au reste, que se présente pour la première fois cette question de déontologie professionnelle, et je me souviens de la fâcheuse impression que produisit, il y a une vingtaine d'années, l'*intérêt* très vif que portait à une station thermale particulièrement connue de M. Janicot, non plus un simple médecin d'eaux minérales, mais une

---

G. Liétard, parue dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* du 20 avril dernier, page 261.

La science médicale antique apparaissant aux yeux des Arabes les frappa d'admiration; ce fut un véritable éblouissement. Les contingents fournis par la Perse et par l'Inde ont peu d'importance : c'est la médecine grecque qui domina chez les Arabes d'une manière exclusive et durable. Leur initiation est un fait unique dans l'histoire médicale; elle fut soudaine et en très peu de temps complète dans toutes ses parties, provoquée par une foule d'hommes saisis d'enthousiasme, ayant à leurs gages des traducteurs qu'ils rémunéraient magnifiquement.

Je dois expressément vous rappeler que, dans tous les ouvrages arabes médicaux dont je vous ai donné une idée, dans les commentaires, dans les compilations, dans les livres d'une forme plus originale, c'est la médecine grecque qu'on trouve constamment. N'en exceptez pas la chirurgie d'Abulcasis, regardée comme infiniment plus originale que sa médecine. Le professeur Charles Daremberg, qui a pris la peine de confronter ligne par ligne cette chirurgie avec celle de Paul d'Egine, a reconnu que presque tous les chapitres sont un remaniement du livre de Paul, traduit lui-même antérieurement en arabe. Les chapitres d'Abulcasis sur la cautérisation sont empruntés à la chirurgie courante des médecins vulgaires ou toubibs. La botanique d'Ebn el Beithâr est aussi en grande partie extraite de la collection médicale d'Oribase, ainsi que l'a constaté Lucien Leclerc. Avenzoar, dans son Teïssir, a travaillé avec des documents presque tous perdus; il est l'écho des anciens médecins, il appelle leur témoignage constant sous la formule *Dicunt medici*. En définitive, c'est par un abus de langage qu'on a pu dire : la médecine

des plus grandes illustrations de notre profession, qui, malgré cela, y laissa de son argent, et, — chose plus regrettable, — un peu de sa considération.

C'est que, il ne faut pas se faire d'illusion à cet égard, au point de vue industriel, les spéculations en matière d'eaux minérales sont souvent de mauvaises affaires, et, puisque cette occasion nous est offerte, nous nous arrêterons un instant sur cette question, à laquelle la récente décision de la Chambre vient de donner une certaine importance.

La question de la mise en ferme des établissements thermaux appartenant à l'Etat, à des départements ou à des communes, n'est pas nouvelle, et elle a reçu des solutions différentes suivant les circonstances.

La mise en ferme nous semble être la condition, à beaucoup près, la meilleure lorsque les établissements appartiennent à des communes qui, syndiquées ou non, ne sont guère propres à gérer elles-mêmes une exploitation aussi complexe que celle d'un établissement thermal. C'est la solution qui a été adoptée à Cauterets il y a une vingtaine d'années, et à laquelle nous poussions vivement lorsque nous exercions dans cette importante station thermale. Des capitalistes intelligents, substitués aux représentants fort peu compétents de sept communes rurales, leur faisant accepter des conditions en apparence avantageuses pour les propriétaires, mais beaucoup plus avantageuses pour eux-mêmes, la richesse incomparable des sources ont fait de cette station une des plus florissantes de l'Europe, et ont singulièrement accru sa richesse tout en constituant une excellente affaire pour les actionnaires.

Cet exemple, ajouté à celui qu'avait précédemment donné la Compagnie de Vichy, excita beaucoup d'ambitions, et, dans les six établissements thermaux qui, ainsi que Vichy, appartenaient à l'Etat, on fit agir toutes les influences que l'on peut mettre en jeu dans notre pays pour que le système de la ferme fût substitué à celui de la régie.

On y réussit pour un établissement en possession depuis longtemps d'une légitime réputation et dont le chef de l'Etat était un des clients habituels; sous l'impulsion de l'empereur, qui devint actionnaire, l'exploitation de l'établissement de Plombières fut livrée à une Compagnie fermière... Il y a vingt ans de cela, et les actionnaires n'ont pas encore reçu un sou de dividende. Pour qu'il n'y ait à ce sujet aucun doute, citons un passage de la note remise par le ministère du commerce à la commission du budget et qui se trouve reproduite dans le rapport de M. Félix Faure :

« Quant à Plombières, l'Etat, depuis sa mise en ferme, n'a pu encore toucher un centime des revenus qu'il s'était réservés. Il a même dû, par deux lois, dont l'une est de 1881, accorder sa garantie à des emprunts effectués par la Compagnie fermière. »

Disons tout de suite, et comme justification de ce que nous avons avancé sur ce que présente d'aléatoire l'industrie appliquée aux établissements thermaux, que partout où manquent deux éléments certains de prospérité, l'*exportation* des eaux et les *accessoires*,

---

arabe, car c'est toujours la médecine grecque presque seule qui a été enseignée et pratiquée dans les khalifats d'Orient et d'Occident.

Il y a plus, je suis persuadé qu'on pourra, dans l'avenir, combler des lacunes de la médecine grecque avec des documents arabes, car beaucoup d'écrits disparus pour nous ont été à la disposition des écrivains des khalifats. Quand les manuscrits des bibliothèques espagnoles seront mis au jour, ils seront fort utiles, non point pour la médecine arabe, qui, je le répète, n'existe pas réellement, mais pour la médecine grecque d'où ils proviennent.

Si l'esprit d'initiative faisait défaut chez les Arabes, il ne faudrait pas croire leur culture intellectuelle peu élevée ou négligée. Loin de là, une imagination ardente et une curiosité insatiable leur ont fait délaisser les proscriptions de Mahomet contre l'étude profane, et en raison de la pente naturelle vers la chose défendue. L'instruction nationale littéraire avait fait les progrès les plus rapides; il fut un moment où les Arabes furent passionnés pour toute espèce de professeur et pour toute espèce de leçon, leur envie de savoir et de connaître étant poussée de la sorte à l'extrême. Remarquez-le bien, Messieurs, cet enthousiasme s'est peu à peu éteint; les étrangers traducteurs, les derniers médecins philosophes n'ont pas exercé une influence décisive. Le fatalisme devait opposer une barrière aux efforts vraiment scientifiques; aussi, quand la source étrangère a été épuisée, les acquisitions nouvelles ont-elles été faibles ou nulles. C'est que le peuple musulman, à toutes les époques, a préféré le rebouteur ou le magicien, comme le toubib de nos jours. La science médicale a été admirée par les grands et les lettrés, elle a été dédaignée par le vulgaire.

L'essor arabe a été merveilleux et rappellera toujours une mémorable époque. Les

©BIU Santé

en tête desquels il faut placer le *jeu*, on court beaucoup le risque de faire de mauvaises affaires.

Cela est si vrai que la Compagnie fermière des eaux de l'Auvergne, en possession des importants établissements de Royat et de La Bourboule, n'a jusqu'à présent, à l'instar de Plombières, donné aucun dividende à ses actionnaires, bien que ces deux établissements soient pourvus des accessoires dont nous venons de parler, mais en proportion insuffisante, paraît-il.

Quant à Aix, l'Etat a souvent reçu des propositions pour livrer l'exploitation de son important établissement thermal à l'industrie privée; mais cela se comprend : l'ancienne réputation des eaux d'Aix, la libéralité avec laquelle, sous l'Empire et sous la République, l'Etat a traité nos nouveaux et excellents compatriotes en dépensant dans l'établissement un million et demi, les souvenirs qu'avaient laissés les *accessoires* si fructueusement exploités par M. Bias, lorsque les eaux d'Aix appartenaient au royaume de Piémont, tout cela était bien de nature à tenter les convoitises de la spéculation; mais l'Etat a résisté; il s'est réservé la direction de l'établissement thermal, et l'industrie privée s'est chargée des accessoires qui, paraît-il, ont donné de beaux résultats et heureusement complété la prospérité de la station thermale.

C'est cette solution, à vrai dire, qui nous semble la meilleure, et c'est par là que nous terminerons cet examen nécessairement sommaire et qui aurait pu être beaucoup plus développé.

La décision que la Chambre a prise un peu *ex abrupto*, qui a passé inaperçue, car elle n'a été précédée d'aucune discussion, et qui stipule que «les établissements thermaux d'Aix-les-Bains, de Bourbon-l'Archambault, de Bourbonne-les-Bains, de Luxeuil et de Néris seront affermés, par voie de concurrence et de publicité, à partir du 1er janvier 1883», cette décision nous paraît d'une exécution difficile, si l'Etat est soucieux de l'intérêt général; on pourra lui offrir des conditions acceptables pour l'établissement d'Aix, par les raisons que nous venons de dire; mais pour les quatre autres établissements, il nous semble bien difficile que des capitalistes *sérieux* et intelligents s'engagent à faire les travaux impérieusement nécessaires pour Néris et surtout pour Luxeuil, et indemnisent l'Etat des dépenses que, dans l'intérêt général, il a si largement faites pour Bourbonne et Bourbon-l'Archambault, à moins qu'ils ne veuillent faire de mauvaises affaires.

Donc, nous le répétons, la meilleure solution nous semble être la direction et l'exploitation par l'Etat lui-même des établissements thermaux qui lui appartiennent, et les *accessoires*, avec subvention au besoin, étant réservés à l'industrie privée.

Dr Bonnet de Malherbe,
Ex-médecin inspecteur des eaux de Néris.

---

légendes, les contes des mille et une nuits plaisent et séduisent par leur charme oriental. L'histoire, avec sa calme impartialité, les réduit à leur valeur; elle reconnaît qu'il n'y a pas eu de médecine arabe, comme elle a jugé dans Haroun al Raschid, souverain tour à tour brave, magnifique, libéral, bienfaiteur de ses peuples, l'homme perfide, capricieux, ingrat, ayant montré d'injustes défiances, des goûts bizarres, d'inexplicables caprices. Haroun personnifiait la domination arabe raffinée, despotique.

Les Philiâtres arabes, comme ceux d'Alexandrie et de Rome, admettaient la médecine; mais quand il arriva que le khalifat de Bagdad fut esclave sous une garde turque, quand le khalifat de Cordoue, démembré par les guerres, tomba pièce par pièce, la science médicale s'amoindrit. Il y a plus, elle redevint primitive et populaire; le brillant essor arabe avait pris fin sans retour.

Professeur Labouldène.

(*A suivre.*)

Solution contre les maladies cutanées parasitaires. — T. Fox

Bichlorure de mercure.	0 gr. 24 centigrammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	2 grammes.
Alcool.	24 —
Hydrolat de roses	180 —

Faites dissoudre. — Pour lotions contre les maladies de peau causées par la présence de parasites. — N. G.

©BIU Santé

Observation de fièvre intermittente d'origine vermineuse,

Par le docteur Rousseau, directeur-médecin de l'Asile d'aliénés d'Auxerre.

La fièvre intermittente symptomatique se rencontre dans un assez grand nombre d'états morbides. Elle apparaît quelquefois dans la première période des fièvres continues et des phlegmasies viscérales, dans les affections du rein et de la rate, dans le cours de certaines névroses, telles que l'hystérie, le tétanos, l'irritation spinale ; elle succède parfois aux grands mouvements émotionnels et aux opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre ; enfin, elle peut être déterminée par la présence d'entozoaires dans les voies digestives.

La fièvre intermittente vermineuse paraît être assez rare, puisque Davaine, dans son *Traité des entozoaires*, n'en cite que trois cas, dont deux sont rapportés par Mondière (*Gazette des hôpitaux*, 1843) et dont le dernier appartient à Crommelinck (*Gazette de médecine de Paris*, t. XI). Voici un nouvel exemple de ces bizarreries pathologiques.

La nommée J... (Octavie) est âgée de 19 ans et habite l'asile à titre de surveillante. Elle jouit habituellement d'une excellente santé et, avant de venir à Auxerre, elle n'avait jamais quitté son pays où les fièvres sont complètement inconnues.

Le 28 mai 1881, elle éprouve deux accès de fièvre intermittente parfaitement caractérisés, dont l'un dure une heure et demie, et le second deux heures. Le frisson et le froid étaient si intenses qu'elle a été obligée de se mettre au lit et de se couvrir d'un édredon et de plusieurs couvertures. La chaleur a été très vive et l'accès s'est terminé par une abondante transpiration.

Pendant dix jours, les accès se sont reproduits quotidiennement, puis leur succession est devenue tout à fait irrégulière.

Leur nombre a été également fort variable et on en a compté depuis un jusqu'à quatre dans les vingt-quatre heures. Les chiffres de trois et de quatre étaient les plus fréquents.

La physionomie du processus pathologique s'est elle-même modifiée à plusieurs reprises. Les sueurs ont pris la place du deuxième stade, tandis que le troisième se terminait par la chaleur. Le frisson partait souvent du front, de l'estomac, puis se généralisait.

Il survint, un peu plus tard, des palpitations. D'abord, elles se substituèrent aux accès, puis elles apparurent pendant un des stades de froid ou de chaleur, et duraient autant que lui. Enfin, elles finirent par se prolonger longtemps après la terminaison de l'accès lui-même.

Aux palpitations succédèrent des névralgies faciales qui remplaçaient habituellement l'accès du matin.

Un pareil état de choses se prolongea jusqu'au 18 octobre, c'est-à-dire pendant cinq mois. Les accès, dans les derniers temps, se reproduisaient tous les deux ou trois jours et au nombre de trois ou quatre. A cette époque, ils se supprimèrent jusqu'au mois de février 1882. Elle en éprouva deux le 6 et trois le 24 du même mois; deux le 8 mars et une nouvelle série du 15 avril au 15 juin. Ces divers accidents altérèrent profondément sa santé. Elle souffrait continuellement au niveau de l'hypochondre gauche, avait perdu l'appétit et maigrissait visiblement. La rate n'offrit jamais de modification appréciable dans son volume.

Comme il n'existait aucune présomption qu'on eût affaire à une fièvre intermittente symptomatique, la malade fut traitée par le sulfate de quinine qui échoua de la façon la plus complète, ainsi que tous les autres anti-périodiques dont on fit successivement usage.

Enfin le 19 juillet, elle rendit cinq lombrics, dont deux par le vomissement et trois par les voies inférieures.

Dès lors, le diagnostic était fixé définitivement et il devenait évident que tous les phénomènes observés jusqu'à ce jour n'étaient que des actes réflexes déterminés par la présence d'entozoaires dans le tube digestif.

Le traitement fut long et pénible. Il dura quatre mois pendant lesquels 229 vers furent successivement expulsés. Quand ils pénétraient dans l'estomac, c'était habituellement pendant la nuit; la malade était en proie à de fréquentes envies de vomir, mais

©BIU Santé

les vers n'étaient rendus que dans le courant de la journée suivante. Elle se plaignait aussi de vives démangeaisons du côté du nez.

La santonine, la mousse de Corse, l'ail, le calomel furent employés successivement et alternativement, et, malgré des doses assez fortes de ces médicaments, le chiffre des vers expulsés en une seule fois n'arriva qu'accidentellement jusqu'à huit. En général, ils étaient morts quand ils avaient subi l'action des préparations alliacées.

Du 5 au 7 novembre, elle éprouva encore cinq accès de fièvre intermittente et le 15 du même mois, elle se débarrassait de ses derniers vers. Depuis cette époque, la santé de cette jeune fille s'est complètement rétablie et elle est aujourd'hui plus florissante que jamais.

Cette observation est certainement très intéressante au point de vue de la nature, de la succession et de la durée des accidents vermineux. Le complexus symptomatique a consisté en manifestations intermittentes qui ne différaient en rien de celles qui se produisent dans l'intoxication paludéenne, en troubles digestifs, palpitations et névralgies faciales. Le diagnostic a été longtemps impossible à établir d'une façon certaine. On était autorisé à éliminer l'infection maremmatique, mais l'examen le plus minutieux ne pouvait faire découvrir quel était l'organe ou le système dont la souffrance s'exprimait d'une façon aussi singulière. De plus, les troubles digestifs et nerveux paraissaient être une complication tout à fait naturelle, reconnaissant pour causes : d'une part, l'affaiblissement consécutif à la violence et au nombre des accès, et, de l'autre, l'action locale des médicaments irritants qu'on emploie en pareille occurrence.

Bien que les cas de ce genre soient tellement rares qu'ils constituent une véritable curiosité pathologique, il sera bon, néanmoins, dans des circonstances analogues, de songer à la possibilité d'une affection parasitaire.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 février 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

La correspondance non officielle comprend : 1° des lettres de candidature de MM. Cornil, Grancher et Auguste Voisin, pour la section d'anatomie pathologique.

M. le Secrétaire perpétuel signale parmi les pièces de la correspondance imprimée : 1° Un magnifique volume adressé par M. le préfet de la Seine, et relatif à l'*Histoire de la ville de Paris*, dont vingt volumes ont déjà paru.

2° L'introduction d'un Traité inédit d'anatomie pathologique par Laennec, ouvrage dont le manuscrit tout entier est entre les mains de M. le professeur Cornil, qui en a détaché cette première partie qu'il offre à l'Académie.

3° L'*Histoire d'un savant* (M. Pasteur) *par un ignorant* (M. Vallery-Radot, gendre de M. Pasteur).

M, Moutard-Martin présente, au nom de M. le docteur Grellety, une brochure intitulée : *Des précautions hygiéniques et prophylactiques à prendre contre la fièvre typhoïde.*

M. Gavarret dépose sur le bureau un exemplaire de la nouvelle édition du *Codex medicamentarius.*

M. Armand Gautier présente, au nom de M. Bouchardat fils, une brochure intitulée : *Etude sur les eaux potables et leur adultération par le plomb.*

M. Laboulbène présente, au nom de M. le docteur Servoles, une brochure intitulée : *De la fièvre typhoïde chez l'homme.*

M. Lagneau offre en hommage un travail, dont il est l'auteur, *sur l'immigration en France.* Suivant lui, l'immigration augmente parce que la mortalité diminue.

M. Constantin Paul présente, de la part de M. le docteur Martineau, une brochure intitulée : *Leçons sur la vaginite et la blennorrhagie.*

©B Santé

M. Dujardin-Beaumetz présente le 7e fascicule de son *Dictionnaire de thérapeutique et de matière médicale.*

M. le docteur Roussel lit une note relative à un perfectionnement important qu'il vient d'apporter à son appareil pour la transfusion directe du sang.

A ces présentations, nous devons en ajouter une autre, qui a été faite par M. Dechambre dans l'avant-dernière séance et que nous avons omise : *La scarlatine, sa nature et son traitement,* par M. Le Diberder, de Lorient.

M. Pasteur, en son nom et au nom de ses collaborateurs, MM. Chamberland et Roux, lit une nouvelle note dont voici le résumé :

1° En sacrifiant des chiens atteints de rage mue, au moment des premiers symptômes de paralysie et en étudiant comparativement la virulence de la moelle, principalement au renflement lombaire, et la virulence du bulbe, M. Pasteur et ses aides ont reconnu que, comme ils le pensaient, la moelle pouvait être rabique alors que le bulbe ne l'était pas encore.

2° Ils ont démontré expérimentalement l'existence du virus non seulement dans les centres nerveux, mais encore dans les nerfs proprement dits et dans les glandes salivaires.

3° Ils ont constaté que le virus se conservait avec toute sa virulence dans l'encéphale et dans la moelle pendant plusieurs semaines, lorsque la putréfaction des cadavres était empêchée par une température comprise entre 0 et 12° au-dessus.

4° Ils ont vérifié l'existence non constante de ce virus dans le liquide céphalo-rachidien.

5° Ils ont fait en vain de nombreuses tentatives de culture de ce virus, soit dans ce liquide, soit dans d'autres substances et même dans la moelle extraite d'animaux sains.

Ils ont reconnu que l'emploi de petites quantités inoculées pouvait prolonger beaucoup la durée des incubations, et même qu'en poussant la dilution au delà d'une certaine limite, l'inoculation était sans effet.

Par exemple, trois chiens avaient été inoculés le même jour par injections dans la veine du jarret au moyen d'un bulbe rabique délayé dans du bouillon stérilisé; le premier avait reçu un demi-centimètre cube de ce liquide, il mourut paralysé le dix-huitième jour; le second, 1/100e de centimètre cube, il mourut le quarantième jour; le troisième, 1/200e de centimètre cube, il survécut sans accident.

Quand la quantité inoculée est forte, l'incubation courte, la rage prend d'ordinaire la forme paralytique ; elle prend la forme furieuse quand la période d'incubation est longue, la quantité introduite étant faible. Les inoculations de petites quantités n'ont pas créé d'immunité.

6° M. Pasteur a constaté chez le lapin, comme chez le chien, mais toujours exceptionnellement, une rémission des premiers symptômes, une guérison apparente suivie de récidive et de mort.

7° Cela s'est présenté très souvent chez la poule.

8° Toutes les expériences faites afin de contrôler l'hypothèse d'une atténuation possible du virus rabique par l'action du froid et le passage prétendu de la rage au fœtus, ont eu des résultats négatifs.

9° L'absorption du virus par le système sanguin est prouvée par ce fait que la rage ne se produit pas moins quand, au moyen du thermo-cautère, on coupe immédiatement au-dessous de la piqûre l'oreille dont une veine a reçu le virus.

10° Le passage du virus rabique, par les diverses espèces animales, permet de modifier sa virulence. Lorsque par des passages successifs le virus a atteint une sorte de fixité propre à chaque race la virulence de ce virus est loin d'être la même, et elle diffère sensiblement de la virulence de la rage canine fixée elle-même par de nombreux passages de chiens à chiens. Peut-être ainsi, M. Pasteur le déclare sous toutes réserves, aura-t-on trouvé le moyen assez pratique d'obtenir des chiens réfractaires à la rage en nombre aussi grand qu'on peut le désirer. Il possède en ce moment dans son laboratoire 23 chiens qui subissent sans danger des inoculations virulentes.

Pouvoir rendre les chiens réfractaires à la rage, ce serait non seulement une solution de la question de la prophylaxie de cette affection chez le chien, mais encore chez l'homme, puisque l'homme ne contracte jamais la rage qu'à la suite d'une morsure dont le virus provient directement ou indirectement du chien. (Applaudissements.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Blanche.

M. Lunier prend la parole, non pas pour critiquer, à l'instar des précédents orateurs, les conclusions qu'il a votées comme ils les ont votées eux-mêmes dans la Commission,

©BIU Santé

mais pour donner quelques explications sur les deux articles qui ont été plus particulièrement attaqués par MM. Luys et Mesnet.

La loi de 1838, très étudiée, très longuement discutée, est excellente, mais elle n'est déjà plus telle que l'ont conçue les législateurs de 1838, parce que les lois et décrets de 1852, 1866 et 1871 en ont profondément modifié quelques-unes des dispositions fondamentales et notamment ont eu pour effet d'amoindrir et de décourager des médecins ou chefs de service sur lesquels reposent et reposeront toujours, quoi qu'on fasse, les meilleures garanties pour la liberté individuelle, et les soins minutieux et dévoués dont les aliénés ont besoin d'être entourés.

Et puis les nécessités de l'existence ne sont plus les mêmes et l'on est obligé aujourd'hui d'interner une certaine catégorie d'aliénés, qu'on ne songeait pas en 1848 à placer dans les asiles.

Les législateurs de 1838, d'ailleurs, n'avaient rien édicté concernant les aliénés dits criminels et l'administration des biens des malades placés dans les asiles privés.

La lo avait donc besoin d'être rajeunie; de là, la nomination de la grande Commission extra-parlementaire de 1881, dont M. Luys conteste la compétence, parce qu'il se place à un point de vue qui n'est pas admissible.

Si l'aliéné est un malade, pour le traitement duquel le médecin est seul compétent, ce n'est pas un malade ordinaire. L'aliéné, en effet, ne sait diriger ni ses actes ni ses paroles, et n'a pas conscience de son mal; il refuse toute espèce de traitement, et il faut qu'une volonté étrangère se substitue à la sienne et le dirige en toutes choses. Il est donc nécessaire de le priver momentanément de sa liberté, de l'interner dans une maison de santé ou ailleurs et au besoin d'user, à son égard, de moyens de contrainte. De là la nécessité d'appeler le magistrat à coopérer à la revision de la loi sur les aliénés.

M. Lunier estime d'ailleurs, contrairement à l'opinion de M. Luys, que dans la commission de 1881, l'élément médical était suffisamment représenté, et que les médecins qui en faisaient partie avaient la compétence nécessaire pour y trancher les questions soumises à son examen.

M. Lunier ne croit pas davantage qu'il soit rationnel, comme le propose M. Luys, que le médecin se retire sous sa tente et réponde aux sollicitations qui lui sont adressées par un *non possumus*.

M. Lunier considère d'ailleurs comme inutile le second certificat exigé par l'article 14 du projet de loi, mais à la condition qu'on adopte le système des admissions provisoires dont il défend énergiquement le principe.

Sous l'empire de la loi de 1838, en effet, le magistrat se présente seul dans un asile, quand il lui plaît, et il peut, malgré les observations des médecins de l'établissement, provoquer la sortie d'un malade qui ne lui paraît pas aliéné; il porte là un véritable pronostic. Avec le système des admissions provisoires, au contraire, le magistrat se rend à l'asile dans un délai de trois jours, accompagné *obligatoirement* d'un médecin, et c'est ce médecin qui porte le *diagnostic*, le magistrat ne fait que le contresigner.

Quant aux moyens d'application, M. Lunier, d'accord avec tous ses collègues de la commission, est d'avis qu'il y a lieu de les modifier profondément, et notamment de ne pas exiger la création de quartiers d'observation, de réduire de un mois à quinze jours le délai accordé aux magistrats pour notifier la décision, enfin de donner au procureur de la République le droit de statuer *de plano* sur le maintien du malade.

M. le docteur Albert Robin lit un travail intitulé: *L'acide phénique et la fièvre typhoïde.*

M. le docteur Gouguenheim lit un travail intitulé *: Étude anatomique et pathologique des ganglions péri-trachéo-laryngiens.*

Ce mémoire ne contient que la description des ganglions situés entre la partie inférieure et postérieure du larynx, la trachée et l'œsophage dans le voisinage immédiat du nerf récurrent.

L'étude bien connue des ganglions bronchiques n'y figure pas.

La description des ganglions trachéo-laryngiens a été faite d'après une vingtaine de dissections, à l'état normal et à l'état pathologique.

Ces ganglions forment une chaîne composée presque toujours de trois ou quatre groupes.

Ces trois amas ou groupes sont : 1° le groupe inférieur qui est le plus constant, le plus volumineux et qui se confond avec les ganglions médiastinaux ; 2° le groupe moyen, qui est moins constant que le précédent et composé de ganglions excessivement petits, et pouvant échapper à la vue; 3° le groupe supérieur, situé près de la partie inférieure et postérieure du larynx, peut-être moins constant que le moyen et composé aussi de ganglions très petits.

Les trois groupes peuvent se réunir et former une chaîne continue.

© Santé

Quelquefois l'un des groupes supérieurs peut manquer.

Ces ganglions sont susceptibles de s'hypertrophier et de prendre un volume considérable chez les tuberculeux, les cancéreux et peut-être les syphilitiques.

Les autopsies de M. Gouguenheim ont été pratiquées sur des tuberculeux, rarement sur des cancéreux, et jamais sur des syphilitiques.

L'hypertrophie était surtout prononcée aux groupes inférieur et supérieur.

Les symptômes de la compression du nerf sont soit de la paralysie soit du spasme.

Le spasme, quelquefois prolongé ou permanent même, semble surtout produit par la compression du nerf à sa partie supérieure.

Ces cas de spasme ont aussi été décrits sous le nom de paralysie des dilatateurs; mais la possibilité d'écartement des lèvres de la glotte et de diminution et même de cessation des bruits laryngiens, au moment de l'inspiration, sous l'influence des anesthésiques, semble devoir écarter l'hypothèse paralytique.

— La séance est levée à cinq heures.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 15 au 21 février 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1037. — Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 6. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 52. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 53. — Phthisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 54. — Bronchites aiguës, 39. — Pneumonie, 70. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 43; au sein et mixte, 20; — inconnues, 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 104; circulatoire, 56; respiratoire, 63; digestif, 54; génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulat. et muscles, 10. — Morts violentes, 15. — Causes non classées, 7.

Résumé de la 8e semaine. — Le service de la statistique a reçu notification pendant la semaine actuelle de 1,037 décès au lieu de 1,114 qui avaient été signalés pendant la semaine précédente.

Cette diminution, d'ailleurs légère, du nombre des décès, n'a pas porté sur les décès causés par maladies épidémiques. La Rougeole est, parmi elles, la seule qui ait notablement diminué de fréquence.

La Fièvre typhoïde a causé 41 décès au lieu des chiffres exceptionnellement faibles (16, 10 et en dernier lieu 26) qu'on avait remarqués pendant les semaines précédentes. On remarquera que les cas de décès se sont presque tous produits dans deux régions de Paris : d'abord dans le VIIe arrondissement (7 décès), qui est toujours le lieu d'élection de la Fièvre typhoïde. En second lieu, la Fièvre typhoïde s'est montrée fréquente dans le XIe arrondissement (6 décès) et le XXe (5 décès) qui lui est contigu. Ces trois arrondissements ont compté à eux seuls la moitié des décès typhoïdiques survenus à Paris pendant cette semaine.

La Variole (6 décès au lieu de 2) et la Scarlatine (6 décès au lieu de 3) ont présenté une recrudescence probablement passagère,

La Coqueluche (8 décès au lieu de 10) continue à être rare; on peut presque dire que cette maladie ne cause pas de victimes dans les arrondissements du centre de Paris ni dans le XVIe. Au contraire, sa fréquence est grande dans le XIXe et le XXe arrondissement. Sur 8 décès qui se sont produits pendant la semaine actuelle, 3 ont eu lieu dans le XXe arrondissement.

La Rougeole a notablement diminué de fréquence (17 décès au lieu de 30, qui était à vrai dire, un chiffre exceptionnel). Nous attirons l'attention sur la fréquence de cette maladie dans le quartier des Epinettes qui présente presque régulièrement chaque semaine deux ou trois décès dus à cette cause.

La Diphthérie (52 décès au lieu de 60) présente une atténuation malheureusement peu importante. On remarquera la fréquence de cette maladie dans les quartiers limitrophes dont les noms suivent : Roquette (3 décès); Sainte-Marguerite (2 décès); Quinze-Vingts (2 décès); Charonne (1 décès); Père-Lachaise (4 décès); Belleville (3 décès). Deux de ces quartiers (Quinze-Vingts et Père-Lachaise) renferment des hôpitaux; mais les décès qui y sont survenus ont tous eu lieu à domicile.

La Bronchite (39 décès au lieu de 33) et la Pneumonie (70 décès au lieu de 80) n'ont subi que des variations sans importance. L'Athrepsie est restée absolument stationnaire (70 décès dans chacune des deux dernières semaines).

©BIU Santé

Le service de statistique a été informé de 547 mariages et de 1,337 naissances d'enfants vivants (720 garçons et 617 filles), dont 966 légitimes et 371 illégitimes; 76 parmi ces derniers ont été immédiatement reconnus par leurs parents ou par l'un d'eux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Hôpital Bichat. — *Conférences de clinique et de thérapeutique médicale.* — M. le docteur Henri Huchard a commencé ces conférences le dimanche 17 février et les continuera les dimanches suivants à *10 heures précises* (au lieu de 10 heures 1/2).

Troisième congrès de médecine interne de Berlin. — Ce congrès aura lieu du 21 au 24 avril, sous la présidence de M. Ch. Frerichs.

Voici l'énoncé des sujets sur lesquels la discussion sera ouverte :

1er jour. — De la pneumonie franche (étiologie, pathologie, clinique, thérapeutique). Rapporteur : docteur Sürgensen (Tubingue). Co-rapporteur ; docteur Albert Frænkel (Berlin).

2e jour. — De la poliomyélite et de la névrite. Rapporteur : docteur Leyden (Berlin). Co-rapporteur : docteur Schültze (Heidelberg).

3e jour. — De la dyspepsie nerveuse. Rapporteur : docteur Leube (Erlangen). Co-rapporteur : docteur Ewald (Berlin).

Les communications suivantes ont été annoncées :

Hermann Weber (Londres) : Hygiène des écoles en Angleterre envisagée particulièrement au point de vue des maladies contagieuses. — Rosenthal (Erlangen) : Des réflexes. — Goltz (Strasbourg) : Localisation des fonctions cérébrales. — Pfeiffer (Weimar) : De la vaccination. — Seegen (Carlsbad) : Du diabète. — Rossbach (Iéna) : Traitement des maladies infectieuses. — Id. : Nouvelles applications de la naphthaline.

Le comité du Congrès de médecine interne se compose de MM. Gerhardt, Leyden, Liebermeister, Marklin et Pfeiffer.

Académie des sciences, arts et belles-lettres de Caen. — *Concours* 1885-1886. — Prix Dan de la Vauterie : De la conservation des sujets et pièces anatomiques. Le prix est de 1,000 francs. Les mémoires devront être envoyés au plus tard le 31 décembre 1884.

II. Prix le Sauvage : Anatomie, histologie et homologie des différentes parties du système nerveux des poissons. Le prix est de 2,000 francs. Les mémoires devront être envoyés au plus tard le 31 décembre 1885.

N.-B. — Les manuscrits envoyés à ces différents concours devront parvenir *franco de port* à M. Armand Gasté, secrétaire de l'Académie, rue Elie-de-Beaumont, 5.

Ils porteront une épigraphe ou devise, répétée dans un billet cacheté qui contiendra le nom de l'auteur.

Russie. — Le gouvernement russe vient de donner au professeur Frerichs le grand cordon de l'ordre de Saint-Stanislas, en reconnaissance des services qu'il a rendus aux étudiants russes des universités de Breslau et de Berlin.

A CÉDER une clientèle ancienne dans une Station thermale importante.
S'adresser au bureau du Journal.

Un jeune docteur, 28 ans, ancien interne, désire s'adjoindre à un ou plusieurs médecins surchargés d'une clientèle fatigante et nombreuse, ou fatigués par suite de maladie ou d'âge. Écrire à M. Mazucheli, négociant, 17, rue Saint-Marc, Paris.

Les expérimentations si concluantes faites dans les hôpitaux ont démontré que la *peptone phosphatée Bayard* était non seulement un adjuvant précieux dans le traitement de la diathèse tuberculeuse, mais qu'elle était en outre d'un emploi aussi rationnel qu'efficace dans l'atonie des organes digestifs.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. H. Hallopeau : De l'aphasie. — II. Société française d'ophthalmologie. — III. Sociétés et Académies savantes : Académie des sciences. — IV. Thèses de doctorat. — V. Courrier. — VI. Feuilleton.

De l'aphasie,

Par H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis (1).

Prise dans son sens littéral, cette dénomination s'applique à tous les troubles du langage qui mettent un malade dans l'impossibilité de s'exprimer. Cette signification est celle que leur a attribuée M. Jaccoud; notre savant maître distingue cinq formes d'aphasie qui sont l'hébétude, l'amnésie verbale, la logoplégie, la glosso-ataxie et la glosso-plégie. Malgré sa grande autorité, cette manière de voir ne paraît pas avoir été généralement adoptée et la plupart des auteurs réservent le nom d'*aphasie* aux troubles du langage qui sont indépendants d'un trouble de l'idéation et de l'articulation. On pourrait conserver le nom d'*alalie* pour désigner le symptôme décrit par M. Jaccoud.

Pour étudier l'aphasie, il est nécessaire, comme l'a fait Charcot (2), d'indiquer d'abord les différents actes qui interviennent dans la fonction du langage.

On distingue le langage parlé et le langage écrit.

Le langage parlé suppose la connaissance d'un grand nombre de sons dont chacun représente un signe et par conséquent la *mémoire auditive*; le langage écrit suppose la connaissance de signes graphiques, dont le groupement représente également des signes et par conséquent la *mémoire visuelle*. Les mêmes considérations sont applicables au langage des gestes.

(1) Extrait d'un *Traité élémentaire de pathologie générale*, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique, qui va paraître chez J.-B. Baillière et fils.

(2) P. Marie. *De l'aphasie*, d'après les leçons de M. Charcot. *Revue de médecine*, 1883.

FEUILLETON

LE NON-COSMOPOLITISME DE L'HOMME ET LA COLONISATION DE LA GUYANE.

De toutes les tentatives de colonisation des contrées chaudes du globe, par des individus de race européenne, aucune assurément n'est plus tristement instructive que celles dont on observe actuellement l'épilogue dans la Guyane française. Dans un but à la fois politique et philanthropique, le deuxième empire jetait dès les premiers jours de 1852 de nombreux transportés de toute origine sur les rives de l'Atlantique du Sud. Il voulait, disait-on alors dans les régions officielles, créer « une *Guyane de la transportation*, comme l'Angleterre, un peu plus d'un demi-siècle auparavant, avait créé l'*Australie des convicts*. » C'était, paraît-il, alors une des grandes pensées du nouveau règne, et les résultats qu'elle a produits sont bien dignes de la plume impartiale d'un écrivain sincère; tel est le docteur Orgeas dans le mémoire qui a mérité le prix de médecine navale pour l'année 1882 (1).

Au lendemain des événements de 1851, un décret du prince-président affectait la Guyane à la transportation des forçats des bagnes et des condamnés des commissions mixtes. L'exécution du décret ne se fit pas attendre; il fallait évacuer les prisons de France qu'on peuplait de prévenus politiques.

(1) *La Colonisation de la Guyane par la transportation*, par M. le docteur J. Orgeas, 1883 O. Doin ; Paris.

©BIU Santé

La réunion de ces mémoires constitue ce que Charcot appelle la *phase passive de la faculté du langage*.

Dans la *phase active*, les mémoires partielles doivent entrer en communication avec les centres moteurs de coordination qui président à l'articulation des mots et à l'écriture. Charcot admet enfin que les sensations produites par les mouvements nécessaires à l'exécution de ces actes sont elles-mêmes emmagasinées dans la substance cérébrale et y forment deux autres mémoires partielles, la *mémoire des mouvements de la parole* et la *mémoire des mouvements de l'écriture*.

Ces notions nous permettent de comprendre le mode de production des différentes formes d'aphasie, ainsi que des troubles désignés sous la dénomination de *cécité et de surdité verbales*.

L'aphasie peut résulter de la *rupture du rapport qui existe normalement entre le centre de la mémoire des mots* (*centre d'idéation verbale*) *et le centre d'expression verbale*.

Un malade dont la physionomie est intelligente comprend ce qu'on lui dit; il n'a pas de paralysie appréciable des muscles, des lèvres ni de la langue, et cependant il se trouve hors d'état de répondre aux questions qu'on lui adresse; le plus souvent il fait effort pour parler et n'arrive qu'à articuler une ou quelques syllabes, toujours insignifiantes, sinon en elles-mêmes, du moins pour le malade, et toujours les mêmes chez le même sujet. Il est rare que le mutisme soit absolu, mais la répétition constante d'une même syllabe sans signification n'est-elle pas une sorte de mutisme? Ces cas ne sont pas très rares. Nous avons observé à la Salpêtrière, dans le service de M. Vulpian, une malade qui ne proférait d'autre syllabe que *ta, ta, ta,* et la répétait indéfiniment; d'autres aphasiques n'ont à leur disposition que l'une des syllabes *pan, tan, te,* etc.; ordinairement, le mot un peu plus complexe comprend plusieurs syllabes sans signifier rien davantage; tels sont *coucici*, *saccon*, etc. Le mot ou la phrase que les malades répètent sans cesse peuvent avoir une signification, mais sans qu'ils s'en doutent en quoi que ce soit; c'est ainsi que certains aphasiques répètent à satiété les mots *oui* ou *non;* un malade de Trousseau disait incessamment *ah! fort,* un autre *n'y a pas de danger*. Nous verrons bientôt que ces malades paraissent le plus souvent atteints d'un trouble dans la mémoire des mots, car ils ne peuvent nommer les objets qu'on leur présente; mais cette

---

La population des centres de colonisation de la Guyane a donc été formée par le mélange des repris de justice et des citoyens suspects, victimes des événements de l'époque. L'exécution des mesures fut rapide : le 2 décembre, le coup d'Etat triomphait; le 8 du même mois, on promulgait un décret de transportation, et en mars 1852, l'*Allier* quittait Brest avec un premier convoi de déportés, convoi qui fut suivi bientôt de beaucoup d'autres. Débarqués aux îles du Salut, les transportés y furent d'abord casernés dans des baraquements. De 1852 jusqu'à la fin de l'année 1856, leur nombre s'élevait à 6,915 dont 2,500 succombèrent. Ces chiffres ont leur éloquence.

Jusqu'en 1857, on établit des pénitenciers où la mort était presque certaine. A la Montagne-d'Argent, en 1853, elle s'élevait à 31,1 pour 100; à Saint-Georges-de-Oyapock à 21,5 pour 100, et à la Comté à 62,5 pour 100 en 1856. La durée de la vie probable était donc aux îles du Salut, en 1856, de un an sept mois et six jours; à la Montagne-d'Argent, de huit mois et quinze jours. C'est ainsi qu'on transportait administrativement dans ces pénitenciers des condamnés à cinq ans de travaux forcés, aggravant ainsi la pénalité en les envoyant à une mort certaine.

Le mémoire de M. Orgeas est une révélation. En 1857, la voix de l'opinion était muette et de tels faits étaient sans écho. De plus, ils sont une éloquente protestation contre la barbarie d'une administration ignorante des lois de l'hygiène et indifférente à celles de l'humanité. En 1860, on colonisait le Maroni; mais cet établissement, qui était l'objet de grandes espérances, devait bientôt, en 1868, perdre de son importance jusqu'à l'époque actuelle où il est en décadence. En effet, à dater de 1867, on reconnut, un peu tard il est vrai, que, pour faire des colons avec des forçats, il ne fallait pas les condamner aux influences homicides du climat; on les envoya en Nouvelle-Calédonie. La

amnésie n'est qu'apparente, car si l'on nomme devant eux un objet qu'on leur présente, leur physionomie et leurs gestes témoignent qu'ils reconnaissent si cette dénomination est exacte ou non; de même, ils peuvent d'habitude distinguer un objet d'après son nom; ainsi donc, chez l'aphasique, on peut constater l'existence, non seulement de l'idée et de la phonation (les paroles articulées par ces malades le sont toujours avec une remarquable précision), mais aussi, le plus souvent, de la mémoire des mots; *leur transmission seule se trouve entravée;* l'amnésie verbale n'est qu'apparente; elle varie, d'ailleurs, suivant les diverses formes d'aphasie. Chez certains sujets cependant, l'amnésie est complète; ils ne peuvent reconnaître les objets qui les entourent quand on les désigne par leur nom.

Il n'est pas rare de voir les malades, sous l'influence d'émotions, laisser échapper des interjections, des exclamations diverses et n'en garder ensuite nul souvenir; c'est que le centre d'innervation mésocéphalique de la parole semble pouvoir agir directement sous l'influence de réflexes et indépendamment des centres psychiques. Dans une autre forme, les malades peuvent répéter les mots que l'on prononce devant eux, mais ils restent incapables de les trouver spontanément, et ils les oublient tout de suite.

D'autres fois enfin l'aphasie reste incomplète, et à cet égard on peut en distinguer plusieurs variétés suivant le degré auquel elle est portée : tantôt le malade ne prononce qu'un petit nombre de mots, tantôt au contraire il peut construire ses phrases et ne commet d'autres fautes que de laisser échapper le nom de certains substantifs; ce sont, en effet, le plus souvent les noms de choses et surtout les noms propres dont le souvenir se trouve perdu. Le malade substitue des mots à ceux qui lui manquent (*paraphrasie*); souvent il commet des fautes de grammaire, ses phrases sont mal faites, il oublie le verbe et met le sujet à la fin de la phrase (*aggrammatisme*). D'autres fois l'aphasique altère les noms dont il se sert; tel était le malade de Trousseau qui terminait tous ses mots en *if*, et disait *bontif* pour bonjour, *ventif* pour vendredi. Dans les cas où le trouble s'atténue, on peut voir se succéder plus ou moins rapidement les divers degrés d'aphasie que nous venons d'énumérer. Dans l'aphasie incomplète, les malades se trompent souvent de mots; ce désordre est parfois si prononcé que le langage est tout à fait incompréhensible. Il n'est pas très rare de

---

Guyane ne reçut plus que des forçats noirs et arabes. En Nouvelle-Calédonie, la mortalité est en effet trois fois moindre. Un transporté a toutes les chances d'y vivre 21 ans, 7 mois et 24 jours, tandis qu'à la Guyane, cette moyenne est seulement de 7 années, 6 mois et 7 jours.

Dans l'essai de colonisation du Maroni, on retrouve encore les habitudes traditionnelles et routinières de la bureaucratie. Au lieu d'appliquer le système de l'*assignement* des colonies anglaises du Maryland et de l'Australie, la colonie pénitentiaire a été séparée de la colonie libre; défense était faite aux colons de se mêler aux transportés « qui « devaient être dirigés uniquement par l'administration. Celle-ci se chargeait de leur « donner des concessions, de les marier, de les guider dans les cultures, de leur venir « en aide d'une manière fort onéreuse pour le budget et de les maintenir constamment « sous sa tutelle. »

L'Etat se faisait forestier, agriculteur, industriel et, aujourd'hui encore, il est fabricant de sucre dans l'unique usine qui utilise la canne à sucre du pays. Aussi, en consultant les archives de la colonie, M. Orgeas a pu faire assister le lecteur aux épisodes de cette vie toute disciplinée qu'on imposait aux libérés.

Dans le but de leur créer des familles, il fallait leur donner des femmes. On s'adressa aux Maisons centrales, qui envoyèrent des femmes parmi celles qui consentaient à faire souche sur le sol de la Guyane. A leur arrivée au Maroni, on les internait dans une maison spéciale, sous la surveillance des sœurs de Saint-Joseph de Cluny. Comment présenter les futurs conjoints l'un à l'autre? L'administration s'en chargeait aussi. Elles étaient « conduites à la promenade plusieurs fois par semaine, et le transporté concessionnaire en quête d'une compagne assistait à ce défilé et y faisait le choix d'une

©BIU Santé

voir les aphasiques auxquels on vient d'apprendre le nom d'un objet, appliquer ce même nom à tous ceux qu'on leur présente ultérieurement; si par exemple il s'agit du mot *verre*, le malade, après l'avoir appliqué une première fois exactement, le répète pendant plusieurs minutes pour tout autre objet qu'on lui montre.

Souvent, après s'être impatienté pour prononcer les mots qu'on lui demande, le malade s'imagine les avoir trouvés, et c'est seulement en voyant par la physionomie de son interlocuteur qu'il n'en est rien, qu'il se désole et s'agite. Cependant il a conservé la mémoire des mots, puisqu'il reconnaît le nom des objets qui l'entourent lorsque l'on vient à le prononcer.

Le pouvoir d'*écrire* peut être *aboli*, *diminué* ou *conservé*. On a parfois une certaine difficulté à constater l'état de l'écriture en raison de la paralysie du bras qui existe d'habitude en pareil cas, mais cet obstacle mérite rarement d'être mis sérieusement en ligne de compte, car il est d'observation que, dans le cas d'aphasie, cette paralysie est d'ordinaire fort peu prononcée; on peut d'ailleurs, en pareil cas, comme il s'agit d'une hémiplégie, mettre la plume dans la main du côté sain et obtenir ainsi, lorsqu'il n'y a pas d'agraphie, une écriture lisible, bien que grossièrement formée. Cette écriture est inclinée de haut en bas et de gauche à droite, par conséquent en sens inverse de celle de la main droite.

Le plus ordinairement, la parole et l'écriture se modifient parallèlement; celle-ci est annulée quand celle-là est presque abolie. Dans les cas qui doivent guérir, les malades recouvrent graduellement la faculté d'écrire en même temps que celle de parler : incapables au début de former des lettres, ils les dessinent bientôt de mieux en mieux; puis ils les rassemblent sous forme de mots d'abord incompréhensibles, puis de plus en plus nets; il n'est pas rare de les voir d'abord se substituer les uns aux autres de telle sorte que la phrase est dépourvue de sens; au bout d'un certain temps, quelquefois d'un petit nombre de jours, les malades peuvent avoir recouvré l'intégrité de leur écriture; un tracé publié par M. Grasset en fournit un remarquable exemple (1). On doit admettre que dans ces cas la

(1) Grasset. *Observ. d'aphasie complète suivie de guérison, avec des spécimens de l'écriture du malade* (*Montpellier médical*, 1873).

« future épouse. » Avait-il choisi, il adressait sa demande, non pas à la femme, mais au commandant du pénitencier. Ce fonctionnaire se transformait alors en courtier d'hyménée. Si le transporté était agréé par la femme, ce qui arrivait presque toujours, d'après M. Orgeas, le mariage avait lieu sans retard. Dans sa prévoyance matrimoniale, l'administration munissait les femmes, avant leur départ de France, de toutes les pièces nécessaires pour contracter mariage, et le décret du 24 mars 1866 avait simplifié les dispositions légales en dispensant les transportés de l'obligation de la résidence semestrielle, de la signification des actes respectueux et des publications en France.

Ce n'est pas tout : l'administration accordait aux mariés des avantages, parmi lesquels le plus apprécié était un trousseau pour la femme. Mais, dans sa bienveillance, elle portait surtout intérêt aux enfants issus de ces mariages, leur accordant la demi-ration jusqu'à six ans et la ration entière jusqu'à seize ans, âge où ils quittaient les écoles fondées à leur usage. Malgré ces avantages matériels dont l'Etat se faisait le dispensateur, les résultats de cette colonisation ont été désastreux. La démographie seule a trouvé de précieux documents dans l'étude des statistiques.

La matrimonialité s'élevait à 400, de 1859 jusqu'en 1882; les époux de races diverses s'étaient presque tous conformés dans le choix de leur compagne à la loi de l'affinité ethnique, c'est-à-dire à prendre des femmes de leur race. L'âge moyen des hommes était de 38,53 et celui des femmes de 29,94. Quelle a été la fécondité de ces unions? 215 mariages furent stériles et 203 féconds, et la moyenne de la natalité s'élevait au faible chiffre de 1,98. La stérilité de ces unions aurait pour cause, d'après M. Orgeas, le non-acclimatement de la race des conjoints et l'inaptitude de la race blanche à procréer des enfants sous le climat de la Guyane.

lésion cérébrale fait obstacle concurremment aux communications entre les centres de mémoire auditive et de mémoire visuelle avec les centres coordinateurs de la parole et de l'écriture, mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'on peut voir ces communications être interrompues isolément.

Le plus ordinairement, c'est la parole qui ne peut plus s'exécuter alors que le langage écrit demeure possible. Trousseau et Jaccoud en ont rapporté de remarquables exemples; chez ces malades, la mémoire des mots est entière, ils lisent mentalement, ils écrivent aussi bien que leur paralysie leur permet de le faire. Certains de ces aphasiques peuvent écrire sous la dictée seulement.

Chez d'autres sujets, les choses se passent inversement : les centres d'idéation verbale conservent leurs connexions avec les organes coordinateurs de la parole, mais les centres de mémoire visuelle cessent de communiquer avec celui de l'écriture, d'où l'impossibilité d'écrire sans aphasie proprement dite ; telle est du moins l'interprétation que, suivant nous, doivent recevoir les faits de Forbes, de Winslow et d'autres auteurs qu'a cités M. J. Falret (1).

Certains aphasiques conservent la faculté de chanter, bien qu'ils soient incapables de dire un seul mot; une malade que nous avons observée à la Salpêtrière, pendant notre internat dans le service de M. Vulpian, était hors d'état de nommer les objets qu'on lui présentait, et néanmoins elle chantait, en prononçant remarquablement bien les paroles, le premier couplet de la *Marseillaise*. Ces faits démontrent que le centre psychique où se déposent les souvenirs musicaux est distinct du centre d'idéation verbale, même pour les paroles qui leur sont associées.

Le langage *mimique* est le plus souvent, mais non constamment conservé. Certains aphasiques ne semblent qu'en apparence exprimer leur pensée par les signes *oui* et *non*, car on peut se convaincre en les observant qu'ils font ces gestes purement au hasard. Trousseau a fait voir que les gestes nécessaires à l'expression de certains sentiments continuent à se produire par action réflexe, mais que les malades sont incapables de les faire spontanément.

Pour le *dessin*, il faut admettre les mêmes variétés; il est des aphasiques

(1) J. Falret. *Arch. génér. de méd.* 1864.

L'influence saisonnière sur la natalité a été constatée au Maroni comme en France; seulement le maximum des naissances correspond aux mois compris entre avril et juillet, tandis qu'en France les mois de janvier, de février et de mars sont ceux de la plus grande natalité. « Il est facile de voir, ajoute M. Orgeas, que l'influence de la brise de « mai, des effluves printanières est aussi marquée sur la pousse des enfants que sur la « pousse des feuilles. » Au Maroni, « le mois d'octobre est le mois le plus sec de la sai- « son. C'est le mois des chaleurs torrides où règnent les fièvres intermittentes, les em- « barras gastriques et les états bilieux. L'Européen se sent énervé : ses fonctions « digestives languissent et nous voyons qu'il en est de même des fonctions génésiques. » Mais voici la saison des pluies, l'Européen bénéficie d'un « regain de vigueur; c'est un « coup de fouet que la fraîcheur de l'atmosphère donne à son organisme alangui », et les conceptions sont alors plus nombreuses.

La natalité illégitime n'était pas inconnue au Maroni. « Malgré la surveillance sévère « dont les femmes sont l'objet, il s'en est trouvé six ou sept qui, se sachant à la Guyane « pour donner des citoyens à la colonie, n'eurent pas la patience d'attendre le mariage « pour s'acquitter de ce devoir. »

Sur 403 naissances, on a constaté 24 morts-nés; c'est un rapport de 5,955 pour 100; tandis qu'en France ce rapport ne dépasse pas 3,411 pour 100. La mortalité est donc presque deux fois plus forte qu'en France. Les avortements y sont aussi nombreux que les accouchements à terme, et leur fréquence doit être attribuée aux conditions atmosphériques. Elle est en rapport avec les faits déjà étudiés par M. Rochard et les observations démographiques de Bertillon.

A cette cause de dépopulation, il faut encore ajouter la mortalité des enfants. Sur

©BIU Santé

qui, auparavant artistes de talent, sont devenus incapables de tenir un crayon; d'autres peuvent copier un modèle; d'autres enfin dessinent comme ils le faisaient avant d'être malades, mais ce ne peut être là qu'un fait très rare, en raison de l'hémiplégie qui coïncide presque constamment avec la suppression de la parole.

Il en est de même enfin du *calcul :* on voit des malades qui sont devenus incapables d'énoncer aucun chiffre, d'autres sont hors d'état d'en apprécier la valeur; un petit nombre seulement peuvent compter sur leurs doigts les chiffres qu'ils sont incapables de prononcer.

L'intelligence est toujours assez bien conservée pour que l'on ne puisse s'expliquer par son altération le trouble de la parole, car autrement celui-ci ne peut être considéré comme une aphasie vraie; mais cela ne veut pas dire qu'elle reste intacte. La question est fort difficile à juger, en raison des difficultés que l'abolition du langage apporte à l'appréciation de l'activité intellectuelle. Les aphasiques qui, après guérison, ont fourni des renseignements sur cette question, ne sont pas d'accord; le professeur Lordat (1) assure qu'il restait capable de combiner les éléments d'une leçon; le malade de M. Grasset a déclaré qu'il comprenait ce qu'on lui disait, qu'il avait les idées pour y répondre, et qu'il ne lui manquait pour cela que les mots. Au contraire, M. Spalding (2) a reconnu que ses idées avaient perdu de leur netteté. L'observation directe des malades suffit d'ailleurs à démontrer chez beaucoup d'entre eux un trouble considérable de l'intelligence; tels sont ceux qui pendant plusieurs semaines lisent la même page d'un journal. Sazie, élève de M. Magnan (3), croit que l'état de l'intelligence peut être très divers chez les aphasiques, et il établit à cet égard trois catégories comprenant : la première, les malades qui ont conservé la presque totalité de leur intelligence; la deuxième, ceux qui l'ont manifestement affaiblie; la troisième, ceux qui sont en démence. Cette dernière nous paraît fort discutable; nous ne croyons pas qu'elle puisse être rattachée à l'aphasie; elle constitue une complication.

(1) Lordat. *Anal. de la parole*, etc., *pour servir à l'histoire de l'alalie et de la paralalie.* 1843.

(2) Spalding. *Archiv. de médecine.* 1866.

(3) Sazie. *Thèse de Paris.* 1880.

---

379 enfants nés vivants d'avril 1861 à janvier 1882, on compte 238 décès; c'est une proportion de 62,70 pour 100. La mortalité infantile du Maroni dépasse donc le double de la même mortalité en France, et il faut l'attribuer à la faiblesse congénitale, conséquence de la misère physiologique innée et de l'action du milieu insalubre. En retour, la mortalité des enfants noirs est faible; sur 19 négrillons, on a compté seulement 2 décès.

Enfin, à l'examen des survivants, on leur trouve les caractères de décrépitude des individus non acclimatés: petitesse de la taille, flaccidité de la peau, atrophie des organes génitaux, microcéphalie, infirmités diverses, tous indices des dégénérescences. Ajoutons encore que sur cinq filles créoles originaires du Maroni et mariées depuis plusieurs années, une seule possède des enfants. N'est-ce pas là une autre preuve de l'action nocive du climat sur la race blanche et d'une influence destructive s'exerçant encore à la Guyane après la première génération?

D'ailleurs, ici comme dans les climats torrides, les enfants mâles sont peu nombreux, arrivent rarement à l'âge adulte, de sorte que, en l'absence d'autres facteurs, ce serait là un obstacle à l'acclimatement des Européens.

En terminant ce savant mémoire, si digne de la lecture et des méditations des hygiénistes et des économistes, M. Orgeas rappelle que, dans l'Inde, le gouvernement anglais a inutilement tenté, par tous les moyens, de multiplier les mariages de ses soldats avec les femmes anglaises. « Malgré tous ses efforts, nous savons qu'on n'a jamais pu, suivant « l'expression du major-général Bagnold, élever assez d'enfants mâles pour recruter le « corps des tambours et des fifres. » — C. E.

©B Santé

On décrit avec l'aphasie, bien qu'ils en soient distincts, les symptômes qui sont connus sous le nom de *surdité* et de *cécité verbales* (1). Les malades qui en sont atteints peuvent s'exprimer par la parole et par l'écriture, seulement les uns ne peuvent, malgré l'intégrité de l'ouïe, comprendre les mots qu'ils entendent, bien qu'ils puissent parler et qu'ils perçoivent les bruits les plus légers; les autres ne peuvent, malgré l'intégrité de la vue et la conservation de la faculté d'écrire, lire l'écriture. Une malade de M. Giraudeau (2) lisait facilement les questions qu'on lui adressait par écrit et elle y répondait, mais elle ne comprenait pas les paroles qu'on lui adressait, bien qu'elle entendît nettement le tic-tac d'une montre; elle était atteinte de surdité verbale. Un malade de M. Charcot ne pouvait lire ce qu'il écrivait non plus que les imprimés. Quand il parvenait à lire un mot, c'était en figurant une à une les lettres qui le constituaient ou en les retraçant dans l'espace avec les doigts; il les voyait nettement, mais ne pouvait les lire. M. Charcot formule l'interprétation physiologique de ces troubles en disant que, dans la *cécité verbale*, le malade a perdu la notion des signes du langage écrit au point de vue de la réception, tandis qu'il a conservé les phénomènes de réception auditive et ceux de transmission graphique et verbale; dans la *surdité verbale*, le malade a perdu, au point de vue de la réception, la notion des signes du langage parlé, tandis qu'il a conservé les phénomènes de réception visuelle et ceux de transmission graphique et verbale. Ces troubles fonctionnels coexistent le plus souvent avec des signes d'aphasie, mais ils peuvent également se produire isolément.

L'aphasie est presque toujours provoquée par une lésion nettement appréciable de l'encéphale; le ramollissement en est de beaucoup la cause la plus fréquente, viennent ensuite les tumeurs cérébrales et l'hémorrhagie. On a observé exceptionnellement le même symptôme dans la fièvre typhoïde, dans la variole et dans l'infection puerpérale, sans qu'il ait été possible de déterminer quelle en était alors la condition prochaine. Charcot a décrit une *aphasie de la migraine* qui se rattache certainement à une extension aux vaisseaux encéphaliques des troubles d'innervation qui caractérisent cette affection.

Quelle que soit la nature de la lésion, elle paraît occuper constamment les mêmes parties de l'encéphale, qui sont la troisième circonvolution, la partie voisine de l'insula et les faisceaux qui les relient au corps opto-strié; dans la grande majorité des cas, c'est le côté gauche qui est intéressé. Ces propositions, très vivement discutées il y a peu d'années encore, comptent des adhérents de plus en plus nombreux. On le doit aux travaux successifs du professeur Bouillaud qui a localisé le langage dans la partie antérieure des hémisphères du cerveau, du docteur Dax qui le plaça dans l'hémisphère gauche, et enfin de Broca qui le fit siéger dans la troisième circonvolution du côté gauche. C'est vrai dans la grande majorité des cas, et ceux qui semblent faire exception ne font au contraire que confirmer la règle. Meynert a montré que les parties de l'*insula* qui touchent à la troisième circonvolution étaient parfois intéressées dans les cas d'aphasie, et Lépine a observé un fait dans lequel la lésion était limitée à cette partie; il faut donc admettre que, chez certains sujets au moins, le foyer dont la lésion produit l'aphasie est un plus étendu que ne l'avait pensé Broca. D'une autre part, on pouvait soupçonner *a priori* que les altérations des faisceaux blancs qui font communiquer le foyer de l'aphasie avec les tractus sous-jacents pouvaient donner lieu à ce trouble fonctionnel, et l'observation est venue bientôt confirmer cette manière de voir; Grasset a réuni treize

(1) Küssmaul, *loc. cit.* — Magnan, *Bulletin de la Société de biologie*, 1880. — Mlle Nadine Skwortzoff, *Thèse de Paris*, 1881. — Marie, *loc. cit.* — Broadbendt, *Cerebral-Mechanisms of through and speech (Med. chir. Transact.*, 1873).

(2) Giraudeau, *Revue de médecine*, 1882.

©BIU Santé

cas dans lesquels l'aphasie a été provoquée par la lésion des faisceaux pédiculo-frontaux inférieurs droits, faisceaux qui sont sous-jacents à la troisième circonvolution.

Le siège de la lésion n'est pas toujours à gauche, et l'on possède maintenant un assez grand nombre de faits dans lesquels elle portait sur la troisième circonvolution du côté droit; mais, chose remarquable, on a constaté presque constamment (H. Jackson) (1) qu'il s'agissait en pareil cas de sujets gauchers. Ces faits sont des plus importants au point de vue de la doctrine des localisations cérébrales; ils montrent non seulement que le lieu de rapport entre l'idéation verbale et l'expression par le langage siège dans la troisième circonvolution, mais aussi qu'il est localisé dans une moitié de l'encéphale, la même où siège d'habitude la dextérité plus grande du membre supérieur, et particulièrement son aptitude à écrire et à coudre; c'est une nouvelle preuve que l'*homme gauche* doit être différencié de l'*homme droit*. On pourra certainement aller plus loin dans la voie que nous venons d'indiquer; une étude attentive des lésions permettra de déterminer en quels points siègent les lésions qui donnent lieu aux différentes variétés passées en revue plus haut, et particulièrement à l'agraphie, à l'aphasie proprement dite, etc.

Déjà Exner a cru pouvoir établir un rapport entre l'agraphie et les lésions de la frontale moyenne du côté gauche.

La surdité verbale a coïncidé plusieurs fois avec une lésion de la première circonvolution temporale gauche, et la cécité verbale paraît due à une lésion du lobule pariétal inférieur gauche. M. Charcot fait remarquer que, dans un certain nombre de cas, des lésions siégeant dans cette même partie de l'encéphale paraissent avoir produit l'hémiopsie latérale droite; il y aurait juxtaposition de deux centres, et, en fait, on a vu plusieurs fois la cécité verbale coïncider avec l'hémiopsie latérale droite.

On a cherché à reproduire par l'expérimentation la démonstration que donne la clinique relativement à la localisation des troubles du langage; on ne pouvait en attendre que des résultats bien incertains, puisque l'homme seul possède le langage articulé. Il est intéressant cependant de constater que Hitzig et Ferrier ont paralysé chez le singe les lèvres et la langue en détruisant la partie de l'encéphale qui représente chez lui la troisième circonvolution, et que M. Duret a vu chez le chien son extirpation lui faire perdre la faculté d'aboyer; il a réussi à suspendre et à rétablir alternativement cette fonction en pratiquant et en cessant successivement la compression de l'artère qui se distribue à cette partie.

L'aphasie, en raison du voisinage de la troisième circonvolution frontale et de la frontale ascendante, coïncide le plus souvent avec une hémiplégie qui siège presque toujours à droite; cette paralysie est d'ordinaire peu développée à la face; l'aphasie, en règle générale, est d'autant plus légère que la paralysie du membre inférieur prédomine davantage sur celle du membre supérieur.

Pour les cas très rares où l'on ne trouve pas de lésions, il faudrait admettre des troubles fonctionnels dans l'innervation de l'encéphale; on peut interpréter dans le même sens les faits absolument exceptionnels dans lesquels on a trouvé une lésion éloignée de la troisième circonvolution.

(1) H. Jackson. *On aphasia with left Hemiplegia* (*Lancet*, 1880). — Grasset. *Traité des maladies du système nerveux*. Montpellier, 1881.

©BIU Santé

Société française d'ophthalmologie.

SESSION DE 1884.

Cette Société s'est réunie le 28 janvier sous la présidence de M. le docteur Javal et les trois jours suivants d'autres séances ont eu lieu. Le succès a couronné l'entreprise conçue l'an dernier par nos confrères les oculistes, car la Société compte maintenant 104 membres, ainsi que l'a annoncé M. le professeur Panas en souhaitant la bienvenue aux membres présents.

Après une communication de M. Masselon sur l'inflammation vitreuse de la rétine et de la papille, affection causée par la pénétration dans ces organes de productions verruqueuses qui se développent parfois sur la lame vitreuse de la choroïde, particulièrement chez les vieillards, une discussion importante *sur le jéquirity* a été soulevée par M. Coppez (de Bruxelles).

Les résultats obtenus par ce savant confrère sont les suivants : 164 malades dont 140 atteints de granulations compliquées de pannus invétéré, ont été soumis à des lotions de 5 à 10 p. 100, une ou deux fois par jour. En un mois et demi ou deux mois, les pannus les plus rebelles ont guéri (78 sur 140). En pareil cas, le jéquirity est bien supérieur à l'inoculation blennorrhagique, qui ne peut être, d'ailleurs, employée quand un seul œil est pris, sans danger pour l'autre. Dans aucun cas, l'affection traitée n'a été aggravée.

M. Menacho a observé l'ophthalmie jéquiritique chez 300 malades de la clinique de M. de Wecker. Il en conclut que cette substance peut être avantageusement employée dans les formes torpides d'ulcères de la cornée, les ulcères à facettes et principalement la kératite interstitielle, le pannus scrofuleux tenace; les états consécutifs à la kératite parenchymateuse, infiltration et sclérose.

M. Vallez (de Tournai), qui exerce dans une contrée où les granulations de la conjonctive sont très fréquentes, a obtenu, sur une trentaine de malades, 15 guérisons qu'il qualifie de merveilleuses; sept de ses patients étaient même considérés comme incurables et avaient été admis dans un hospice d'aveugles. Il n'a eu que cinq ou six insuccès et pas d'accidents graves; mais, contrairement à M. Coppez, il a vu la propagation de l'ophthalmie jéquiritique d'un œil à l'autre.

M. Abadie pense que le jéquirity peut être employé dans les conjonctivites invétérées, comme il l'a fait lui-même avec succès, mais non dans les conjonctivites légères, où il lui préfère le sulfate de cuivre ou un sel de plomb.

Peut-être, d'ailleurs, le parasite du jéquirity jouit-il des propriétés antagonistes de celles du microbe de l'ophthalmie granuleuse, mais il ne peut modifier le terrain sur lequel la maladie évolue, terrain qui est un état constitutionnel et qui réclame, en même temps que le traitement local, une thérapeutique générale.

Pour M. Nicati, il convient de distinguer, dans la conjonctivite granuleuse, trois périodes, dans lesquelles l'emploi du jéquirity agit différemment : dans la première, *période aiguë*, le jéquirity est plus nuisible qu'utile; dans la deuxième, *période ulcéreuse*, il est peut-être indiqué dans quelques circonstances, mais c'est exceptionnel; dans la troisième, *période fongueuse*, il peut rendre les plus grands services.

M. Dor (de Lyon) et M. Galezowski sont d'avis que le jéquirity n'a pas donné tout ce qu'on attendait de lui, et craignent qu'on ne se laisse aller à trop d'enthousiasme à son égard.

MM. Terson (de Toulouse), Vachez, Armaignac, ont apporté des faits en faveur du nouveau médicament, tandis que M. Gayet (de Lyon) n'a pas obtenu de bons résultats sur 30 enfants.

M. Boucheron attribue les insuccès à l'emploi trop précoce du jéquirity; M. Parinaud, la différence des résultats de M. Coppez et de M. Gayet à la différence des âges des opérés, le premier ayant expérimenté sur des adultes et le second sur des enfants; MM. Chibret et Grand, à la différence des conditions géographiques. — M. Pizzotti (de Rome), s'appuyant sur les résultats obtenus par MM. Fortunati et Nicolini, prétend que le jéquirity peut donner des succès dans les altérations cornéennes, mais reste inefficace contre les lésions de la conjonctive.

D'après l'opinion de M. Panas, la question est encore trop peu approfondie pour qu'on puisse la discuter avec fruit; il propose de la remettre à la session prochaine, et engage les membres du Congrès à réunir d'ici là de nouvelles observations; mais il importe de se mettre en garde contre certaines causes d'erreur, relatives entre autres à la préparation de la solution de jéquirity. Le mieux est de la préparer soi-même. M. de Wecker

©BIU Santé

partage cet avis. Quant à la nature de l'agent actif du jéquirity, Salter pense que c'est un microbe, M. Vannemann que c'est une substance chimique parfaitement déterminée dans sa composition; M. de Wecker est de l'avis de Salter.

M. Dariez a indiqué un nouveau moyen de diagnostiquer la cause de l'amblyopie. Lorsque le nerf optique est normal, un courant électrique extrêmement faible suffit pour produire une sensation lumineuse; lorsque l'œil est amblyopique, il faut un courant d'autant plus fort que le nerf optique est malade; par exemple, dans les atrophies de ce nerf, il faut des courants très forts pour produire la phosphène électrique, tandis que, dans les amblyopies par intoxication, dans les amblyopies congénitales et hystériques, la réaction est normale.

MM. de Wecker et Monoyer ont fait remarquer à ce sujet que l'influence de l'électricité sur la rétine varie beaucoup d'un sujet à l'autre, à cause des tissus interposés, et que dès lors il est difficile de comparer les résultats obtenus entre eux et de formuler ainsi un diagnostic exact. Mais, d'après M. Abadie, l'inspirateur du procédé, il paraît que, lorsqu'on fait passer plusieurs fois le même courant, ces différences individuelles disparaissent et les résultats deviennent parfaitement comparables.

Une communication de M. Boucheron sur l'étiologie du décollement de la rétine a provoqué une discussion aussi générale que la précédente sur le jéquirity. M. Boucheron, poursuivant ses applications de l'uricémie aux affections oculaires, montre qu'il existe un décollement de la rétine indépendant de toute lésion du corps vitré, provoqué par un épanchement séro-fibrineux, véritable manifestation rhumatismale ou uricémique sur un organe blessé ou surmené, chez les myopes par exemple. Il conseille alors l'iridectomie, un régime anti-rhumatismal, et la pilocarpine à l'intérieur pour provoquer l'excrétion des principes en excès dans le sang.

M. Galezowski a fait analyser le liquide des épanchements sous-rétiniens; il lui a semblé que l'albumine et la fibrine étaient plus abondantes dans les épanchements syphilitiques et que cette particularité était cause du recollement de la rétine après l'administration du traitement général. D'ailleurs, il pratique la ponction et fait tenir le malade couché sur le dos pendant six mois pour faciliter le recollement. M. Pamard fait remarquer avec raison que le recollement de la rétine ne ramène pas la vision et se demande si l'on est bien autorisé alors à imposer un pareil supplice aux malades; il préfère de beaucoup, comme M. Chibret, l'hygiène à tous les autres modes de traitement.

MM. Abadie, Parinaud, Armaignac, de Wecker, Landolt, Coursserand, Dor, Martin, sont tous d'avis que la guérison est très difficile à obtenir; ils citent quelques cas de décollement traumatiques guéris, mais sans retour de la vision; le traitement chirurgical est resté impuissant. L'hygiène, le repos, les applications de ventouses (Dor), de pointes de feu (de Wecker) ont seuls donné de bons résultats, avec ou sans pilocarpine.

Les manifestations oculaires de la syphilis héréditaire et de la scrofule ont été étudiées par M. Abadie, qui pense que ces manifestations, la kératite parenchymateuse et l'iritis chronique d'emblée, sont bien de la syphilis, ainsi que le montre l'efficacité du traitement spécifique. M. Panas pense qu'on ne peut s'appuyer sur les succès de l'iodure de potassium pour se prononcer en faveur de la syphilis, puisque ce médicament améliore les rhumatisants et les scrofuleux, et que la kératite parenchymateuse peut d'ailleurs être rattachée à ces deux diathèses. M. Parinaud rappelle que dans 32 cas de kératite interstitielle, il a trouvé 23 fois la coïncidence de la kératite, des lésions dentaires, des fausses couches de la mère, et de la mort des enfants en bas âge, coïncidence qui établit la réalité de la syphilis héréditaire, et que dans les 9 autres cas cette origine était probable. MM. Coursserand et Pamard se rangent à l'opinion de M. Panas, MM. Gayet et Nicati à celle de M. Abadie.

Nous devons citer ensuite un assez grand nombre de communications intéressantes, dont nous regrettons de ne pouvoir donner l'analyse : sur l'iridectomie dans le cas d'absence de la chambre antérieure, par M. Gayet; sur l'iridectomie à l'aide d'une pince-ciseau de son invention, par M. Chibret; sur l'hémiopsie, par M. Dufour (de Lausanne); sur l'anesthésie du nerf optique, par M. Dianoux; sur le diagnostic positif de l'héméralopie essentielle, par M. Fontan; sur les mesures administratives à prendre pour conjurer les dangers de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, par M. Terson (de Toulouse); sur les affections rhumatismes de l'œil, par M. Parinaud; sur la cataracte hémorrhagique, par M. Fieuzal; sur la migraine, par M. Martin; sur deux cas d'affections oculaires dépendant des troubles de la menstruation, par M. Dor; sur l'influence de la réfraction et de la grandeur de la pupille sur l'acuité visuelle, par M. Javal, au nom de M. Bertrand; sur la simulation de l'amaurose unilatérale, découverte au moyen d'une nouvelle forme donnée à l'épreuve par les verres colorés de Snellen,

©BIU Santé

par M. Bravais; sur les muscles de l'œil et la capsule de Tenon chez l'homme et chez les animaux, par M. Motais; sur un cas de suppuration double consécutive à l'extraction de la cataracte chez un homme atteint d'une affection du foie, par M. Dehenne; sur une échelle chromopseudoptique, par M. Stœber; sur la théorie des systèmes d'optiques centrés, par M. Monoyer; sur un nouveau mode d'incision de la cornée, par M. Pamard; sur un cas de glaucome absolu à gauche, avec iritis à droite guéri par l'iridectomie de l'œil droit, par M. Coursserant; sur l'absorption des radiations acténiques par le cristallin, par M. Gayet; enfin, sur un cas de blépharoplastie, par M. Landolt.

Si succinct que soit ce rapide résumé des travaux de la Société française d'ophthalmologie pendant sa deuxième session, il suffira pour montrer l'importance de cette Société et pour justifier l'empressement que ses membres y ont apporté en venant de différents points de la France et même de l'étranger se réunir à leurs confrères de Paris.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 février 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. Charcot dépose sur le bureau une note de M. Mendelsohn, de Saint-Pétersbourg, relative aux actions électriques sur les nerfs de la périphérie chez les hystériques.

M. Colladon envoie, avec prière d'en donner lecture ou de l'insérer aux comptes rendus, une notice sur les principales inventions de M. Lescott, horloger de Genève, décédé le 4 février 1884.

La notice sera insérée tout entière aux comptes rendus, la séance étant trop chargée pour qu'il soit possible d'en donner lecture.

M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de M. L. Figuier, le 27e volume de l'*Année scientifique et industrielle;* c'est l'exposé périodique et annuel des travaux scientifiques, des inventions et des principales applications de la science à l'industrie et aux arts qui ont attiré l'attention publique en France et à l'étranger.

Le volume se termine par des notices nécrologiques sur tous les hommes remarquables dans le domaine de la science qui ont succombé pendant l'année qui vient de s'écouler.

M. le Secrétaire perpétuel présente encore 4 volumes représentant les 19e, 20e, 21e et 22e années des *Causeries scientifiques* de M. Henri de Parville.

M. le Président met à l'ordre du jour la nomination d'une commission de six membres chargée de préparer l'élection en remplacement de M. Bréguet.

M. Edm. Becquerel donne lecture d'une notice biographique sur M. le comte du Moncel.

Le principal intérêt de la séance a consisté dans deux nouvelles communications sur la rage, faites par M. Pasteur et par M. Bouley.

M. Pasteur, en son nom et au nom de ses collaborateurs habituels, MM. Chamberland et Roux, expose qu'il possède actuellement, dans son laboratoire, 23 chiens qui sont réfractaires à la rage. Il convient, toutefois, dit le savant académicien, d'être encore sur la réserve à ce sujet, à cause de la longueur indéfiniment variable de la période d'incubation. Mais si, comme il en a le ferme espoir, le fait se confirme, on voit qu'il sera possible d'appliquer au chien, et, par suite, à l'homme, la vaccination de la rage. M. Pasteur croit même que chez un homme qui n'aurait pas été préalablement vacciné et qui aurait été mordu par un chien enragé, on devrait, en raison de la lenteur de l'incubation, essayer les inoculations avec les virus atténués.

M. Pasteur considère que la rage n'est jamais spontanée et que le virus rabique possède plusieurs modes de virulence selon les espèces animales auxquelles il est inoculé.

M. H. Bouley, au nom de M. Paul Gibier, préparateur de la chaire de pathologie comparée, dépose un mémoire concernant la rage chez les oiseaux. En général, les oiseaux guérissent spontanément de la rage; mais, alors même que tous les symptômes ont disparu et que les oiseaux paraissent revenus à la santé, si on inocule d'autres ani-

©BIU Santé

maux avec des portions du cerveau ou de la moelle de ces oiseaux, on communique la rage aux inoculés, et ceux-ci en meurent. Il résulte de ces expériences que les oiseaux, résistant à l'action du virus rabique, peuvent devenir des milieux de culture pour les virus atténués.

M. Bouley présente, de la part de M. le docteur Servol, un volume sur la fièvre typhoïde chez le cheval et chez l'homme. Il en demande le renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.

M. Pasteur, au nom de M. Duclaux, dépose sur le bureau un travail relatif à l'action de la présure sur le lait ; et au nom de M. Guillon, un mémoire sur les différentes fermentations du fumier, selon que le fumier est exposé à l'air ou renfermé en vases clos. — M. L.

Faculté de médecine de Paris

Thèses de doctorat du 25 février au 1er mars 1884.

Lundi 25 et mardi 26, pas de thèses.

Mercredi 27. — M. Binet : Etude sur la sueur et la salive dans leurs rapports avec l'élimination. (Président, M. Verneuil.) — M. Tostain : Du cancer ganglionnaire cervical consécutif. (Président, M. Verneuil.) — M. Ledermann : Etude sur la phthisie professionnelle. (Président, M. Potain.) — M. Baranger : Des contre-indications et obstacles à l'allaitement maternel. (Président, M. Damaschino.)

Jeudi 28. — M. Desvergnes : De la rétention passagère des urines à la suite des opérations. (Président, M. Richet.) — M. Batault : Contribution à l'étude du pansement des fractures compliquées de plaies. (Président, M. Panas.)

Vendredi 29. — M. Nanu : Considérations sur les ostéomes sous-périostiques de la mâchoire inférieure. (Président, M. Trélat.) — M. Citerne : Contribution à l'étude des abcès froids des parois du thorax. (Président. M. Guyon.)

Samedi 1er mars. — M. Béraud : De l'épilepsie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. Bromuration pendant la grossesse. (Président, M. Ball.) — M. Berne (Paul) : Etude sur quelques cas de purpura d'origine traumatique. (Président, M. Laboulbène.)

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le 18 mars 1884, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardis, jeudis et samedis, à une heure et demie de l'après-midi. — Les élèves de deuxième et de troisième année (ancien et nouveau régimes) sont obligés d'assister à ces démonstrations. (Nul élève de l'une ou l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par M. le chef des travaux.) Ces démonstrations sont facultatives pour les étudiants qui ont 16 inscriptions. Les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Marmy, ancien inspecteur des armées, et de M. le docteur Rapou (de Lyon).

— Le docteur Elisha Harris vient de mourir au commencement de février, à Albany. Le docteur Harris est l'auteur d'un grand nombre de publications, relatives pour la plupart à l'hygiène, à la philanthropie et à la statistique. — Il était né en 1824. (D'après *The medical Record*, du 9 février.)

Angleterre. — Le gouvernement anglais a conféré récemment au professeur Lister le titre de baronnet.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Charpentier : Variole simple. — Injection sous-cutanée d'éther. — Paralysie consécutive du membre inférieur droit. — II. E. Troisier : Des nodosités rhumatismales sous-cutanées. — III. Sociétés et Académies savantes : Société de médecine de Paris. — IV. Courrier. — V. Feuilleton.

Variole simple. — Injection sous-cutanée d'éther. — Paralysie consécutive du membre inférieur droit.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 10 novembre 1883,

Par M. Charpentier, médecin-adjoint à la Salpêtrière.

Il arrive parfois que des traumatismes accidentels reproduisent sur l'homme vivant de véritables expériences physiologiques comparables à celles des laboratoires. Nous avons pensé qu'il y avait toujours intérêt à relater les faits de ce genre, car non seulement ils consacrent les résultats de la médecine expérimentale, mais ils servent aussi à réfuter l'objection déjà bien vieillie mais toujours renouvelée qui consiste à ne jamais permettre de conclure des animaux à l'homme. C'est sous cette impression que nous nous permettons de vous rapporter le fait suivant :

Le nommé X..., 40 ans, journalier, fut pris, en mars 1883, de variole simple avec rachialgie modérée, sans délire ; il fut soumis comme traitement aux injections sous-cutanées d'éther, pratiquées à la partie moyenne et postérieure de la cuisse droite (toutefois le malade ne peut préciser exactement le siège de la piqûre) ; les deux premières injections faites le 22 et le 23 mars furent absolument inoffensives, mais la troisième pratiquée dans les mêmes conditions fut instantanément suivie d'une douleur extrêmement violente s'irradiant de la piqûre vers l'extrémité du pied, sans retentissement dans les régions supérieures à la piqûre ; cette douleur fut accompagnée d'une sensation d'engourdissement total du pied et de la jambe ; la persistance de ces troubles douloureux nécessita, les quinze jours qui suivirent, des injections de morphine qui parvinrent à les calmer ; la pression et les mouvements cessèrent d'être douloureux ; il n'y eut pas de contracture ni de troubles articulaires ; la douleur devint graduellement plus sourde, le malade put descendre de son lit, mais il remarqua que la jambe avait perdu de son volume, puis qu'elle était devenue graduellement plus faible. Une coloration

FEUILLETON

HISTOIRE DES MÉDECINS ARABES ET DE L'ÉCOLE DE SALERNE (1).

VI

Dans l'exposé rapide que je viens de faire des médecins arabes, il y a eu par la nature même du sujet une certaine monotonie ; je vais actuellement y amener de la variété avec l'histoire de l'Ecole de Salerne. Vous aurez de la sorte sur le tableau un peu sombre, un point lumineux.

La première période du moyen âge a vu paraître une école célèbre, *Schola Salernitana*, la plus ancienne, la première en date, la plus renommée de toutes celles qui ont été fondées en Occident après la chute de l'empire romain. Recherchons ce qu'a été cette école, quels maîtres elle a possédés et ce qu'ils nous ont légué.

Longtemps, la science a été confuse à cet égard. Salerne est déjà signalée par Horace comme salubre et comme localité d'hivernage ; la ville est dans une situation admirable, non loin de Naples, ayant la mer au sud, et derrière elle, des montagnes couvertes de forêts ou remplies de plantes médicinales ; l'eau y est abondante et d'une grande pureté. On a dit que toute science était venue à l'École salernitaine, par Galien et par les Arabes.

(1) Suite. — Voir les numéros des 24, 31 janvier, 21 et 28 février 1884.

©BIU Santé

violacée qui ne survenait d'abord que pendant la marche ou la station devint permanente; le membre était plus froid que son congénère. A la plante du pied malade, la sécrétion sudorale s'était arrêtée; la peau de la jambe et du pied était devenue insensible; tout mouvement des muscles du pied était aboli; rien au membre opposé.

C'est au mois d'août dernier, c'est-à-dire cinq mois après le début que nous avons vu le malade pour la première fois. Ses antécédents sont à peu près négatifs, ni rhumatisme ni goutte; pas de séjour dans des lieux humides; ni névralgies ni accidents palustres antérieurs; pas d'alcoolisme non plus que de syphilis; aucune affection nerveuse; pas d'autre traumatisme que l'injection; rien au point de vue héréditaire ni professionnel. A 10 ans, il eut une fièvre typhoïde; à 28 ans, en Cochinchine, une dysentérie de longue durée, mais ces deux maladies ne furent pas suivies de paralysie; ni d'autres troubles nerveux.

C'est un homme assez vigoureux et dont l'état général est excellent.

Le malade mis à nu et debout, on est frappé en comparant les membres inférieurs par la coloration uniformément violetée de la jambe et du pied droit; la peau est froide au toucher; la jambe paraît moins volumineuse, la crête du tibia plus saillante, par suite de la diminution de volume des muscles de la région antérieure de la jambe; il en est de même pour le mollet flasque et pendant; la mensuration des mollets donne 36 cent. à gauche (côté sain) et 34 à droite; le tendon d'Achille au contraire paraît épaissi, ce qui est dû à un peu d'œdème à son pourtour, mais cet œdème n'apparaît pas sur le pied; toute la peau de la jambe à partir du genou et du creux proplité jusqu'à l'extrémité du pied est insensible; toûtefois la moitié interne de la jambe depuis le milieu du mollet jusqu'à une verticale parallèle à la crête du tibia et située à 2 centimètres en dehors de cette crête est restée sensible; également une zone sensible à la partie interne de la cheville, du tarse, du métatarse et du gros orteil, mais sur toutes les autres régions, insensibilité absolue; le malade ne distingue pas la nature du sol; sur toute la partie insensible, c'est-à-dire sur la moitié externe de la jambe, sur le dos, la plante et le bord externe du pied, le chatouillement, le pincement, les piqûres, la traction des poils, les impressions de corps chauds ou froids sont abolis; quand, à pleine main, nous pressons toute l'épaisseur de la jambe, le malade sent la pression qui est nulle si on se borne à appuyer sur le tégument insensible. Dans la zone anesthésique la sensibilité faradique de la peau était normale, c'est-à-dire égale à celle de la peau saine.

Notre malade ne peut longtemps se tenir debout à cause des sensations de fourmillement et d'engourdissement qui augmentent dans le membre affecté et d'une sensation de faiblesse dans cette même région. Les mouvements de la jambe et du pied sont totalement abolis aussi bien dans les muscles correspondants à la zone d'anesthésie que dans ceux sous-jacents à la peau restée sensible; le malade ne peut que mouvoir la jambe sur la cuisse, mais ne peut détacher le pied du sol, relever le talon, porter le pied

---

On admirait son beau climat, en invoquant le nom de quelques-uns de ses médecins, « syllabes harmonieuses voltigeant sur les lèvres des hommes », mais évidemment cela ne pouvait suffire, non plus que le poème didactique, sorte de prose rimée, connu sous le non de *Fleur médicale* ou de *Régime de santé*. Et, d'ailleurs, Galien n'a pas été dans le principe le plus répandu des médecins grecs; d'autre part, Constantin l'Africain n'est venu que lorsque Salerne avait déjà deux siècles, au moins, d'existence médicale.

La connaissance exacte de l'Ecole de Salerne est trop étroitement liée aux travaux de mon prédécesseur Charles Daremberg pour que je n'insiste pas sur la manière dont l'histoire de cette institution remarquable a été éclaircie. C'est en 1837 que Henschel, professeur à Breslau, s'occupant d'un catalogue des manuscrits médicaux du moyen âge, trouva un beau manuscrit méconnu du XIIIe siècle et intitulé *Herbarius*. Henschel reconnut qne ce prétendu Herbier contenait trente-cinq traités, tous salernitains, en grande partie inédits. Le deuxième traité *De ægritudinum curatione*, Du traitement des maladies, se compose de cent soixante et treize chapitres; il constitue une sorte d'encyclopédie, ou en d'autres termes, une Somme médicale analogue à celles d'Oribase, d'Aëtius et de Paul d'Egine, formée d'une suite d'extraits des maîtres de Salerne.

Ce *Compendium salernitanum* a été publié par Henschel grâce à S. de Renzi, qui a lui-même enrichi la littérature médicale d'importants documents sur l'Ecole de Salerne et qui a donné avec Daremberg une précieuse *Collectio salernitana*. En outre, Daremberg a retrouvé presque tous les traités salernitains du *Compendium*, ou ceux qui ont été cités par les auteurs du moyen âge. Aussi est-il possible aujourd'hui d'apprécier les doctrines et les pratiques médicales de l'Ecole de Salerne, ainsi que la biographie de ses médecins et de ses professeurs

©BIU Santé

en dedans ou en dehors, fléchir le pied sur la jambe; les doigts restent immobiles; le réflexe rotulien, le phénomène du pied n'existent pas; pas d'atrophie à la cuisse ni à la fesse. Quand le malade veut marcher, il se sert des muscles de la fesse et de la cuisse; il détache la jambe du sol par un mouvement en arc de cercle en laissant retomber le pied qui frappe lourdement sur la surface plantaire; les muscles de la jambe et du pied restent donc complètement étrangers à la marche.

M. Vigouroux, qui a bien voulu se charger de l'examen de notre malade au point de vue de l'électro-diagnostic, a constaté les faits suivants :

Nerf sciatique poplité externe absolument inexcitable par le courant faradique au maximum et par le courant galvanique 20 éléments, 60 dix-millièmes d'Ampère. (On ne peut employer un courant plus fort à cause des contractions violentes de la cuisse.)

Sensibilité de la peau normale dans la zone anesthésique.

Réaction faradique nulle dans tous les muscles de la jambe et du pied.

Réaction galvanique. — Muscle tibial antérieur : 24 éléments, 50 dix-millièmes KSZ = ASZ, contraction lente. Muscle long péronier latéral 24 éléments, 100 dix-millièmes, KSZ = ASZ, contraction lente et fibrillaire; avec 50 dix-millièmes pas de KSZ; ASZ lent; pas d'autres réactions en augmentant le courant. Muscle court péronier latéral 22 éléments 50 dix-millièmes KSZ<ASZ, contraction lente. Muscle extenseur propre du gros orteil, 22 éléments, 45 dix-millièmes KSZ seul; avec 55 dix-millièmes KSZ>ASZ; contractions lentes. Muscle extenseur commun des orteils, pas de réaction. Muscle pédieux, idem. Muscles jumeaux 22 éléments, 90 dix-millièmes KSZ<ASZ, ce dernier beaucoup plus fort. Muscle solévire, 28 éléments, 100 dix-millièmes KSZ>ASZ.

Dans cet examen, M. Vigouroux a employé la méthode polaire, l'électrode indifférente large étant placée à demeure entre les épaules et l'électrode excitatrice beaucoup plus étroite étant seule portée sur les organes explorés; de cet examen de M. Vigouroux, il résulte que les muscles extenseurs communs des orteils et pédieux sont les plus compromis (réactions nulles) ainsi que les jumeaux et le court péronier latéral (réaction dégénérative de Erb).

Depuis ces examens, les phénomènes se sont un peu modifiés et cela à l'avantage du malade; l'œdème du pourtour du tendon d'Achille a disparu, ainsi que la teinte violacée, bien que la peau soit encore froide; la zone d'anesthésie s'est graduellement rétrécie en se rapprochant de la crête du tibia; la station debout est plus facile; le malade peut détacher le talon du sol, incliner le dos du pied en dehors, porter la pointe en dedans, mais les doigts restent immobiles et la jambe décrit encore l'arc de cercle pendant la marche; la sécrétion sudorale n'a pas reparu; rien aux ongles ni aux orteils.

En résumé, il s'agit d'un malade qui présente tous les phénomènes qu'on obtiendrait en physiologie par une section du nerf sciatique ou une injec-

---

La légende a fait intervenir pour la création de la célèbre Ecole quatre personnages : un Arabe, *Adela;* un Juif, *Helinus*; un Grec, *Pontus* et un Latin, *Salernus*. C'est une personnification des quatre éléments, c'est encore un lustre sur une institution médicale formée par les quatre peuples les plus savants au moyen âge. Remarquez le nombre quatre, il est en quelque sorte sacramentel à Salerne : quatre maîtres auraient fondé l'école, quatre maîtres commentent plus tard la chirurgie, écrite elle-même par Roger et trois compagnons. Il y a des pilules composées par quatre maîtres salernitains.

Ackermann a prétendu à tort que Constantin l'Africain, vers l'an 1075, a été le vrai fondateur de l'Ecole de Salerne et qu'avant lui, apportant la science des Arabes, les médecins salernitains n'avaient pas de réputation. L'histoire démontre le contraire. En 984, Adalbéron, évêque de Verdun, vient se faire soigner à Salerne, probablement pour une pierre vésicale. En 1050, l'abbé du mont Cassin, Desiderius ou Didier, qui devint pape sous le nom de Victor III, se rend à Salerne, atteint d'une maladie de langueur. En 1059, Rodolphe, surnommé Mala-Corona, arrive dans cette ville « où se tenaient depuis les temps reculés les meilleures et les plus célèbres écoles de médecine ». Avant Constantin, il est fait mention de plusieurs médecins dont quelques-uns ont déjà l'épithète de maîtres. Enfin, pour vous prouver la fausseté de l'opinion d'Ackermann, il n'est pas absolument certain que Constantin ait habité Salerne; il a composé ses ouvrages dans le monastère du mont Cassin; nulle part, on ne lui donne le titre de maître.

La fondation de l'Ecole de Salerne, suivant de Renzi, n'est pas due aux princes lombards du Bénévent, vers le milieu du VIIIe siècle, non plus qu'aux bénédictins en 700 ou 900. Je n'admets pas l'opinion de Sprengel disant que les moines bénédictins ont établi deux écoles célèbres, l'une à Monte-Cassino, l'autre à Salerne, ni celle de Puccinotti sou-

©BIU Santé

tion dans ce nerf d'acide acétique (Vulpian) ou de nicotine (Hayem); il s'agit d'une névrite traumatique avec ses troubles du mouvement, de la sensibilité, de la nutrition avec les réactions faradiques et galvaniques nulles pour certains muscles, avec les réactions de dégénérescence de Erb pour certains autres.

Que tels muscles aient été plus atteints que tels autres; que les troubles de la sensibilité aient été plus circonscrits que ceux de la motilité, de semblables variations ont été observées dans les expériences physiologiques.

L'histoire du malade ne nous permet pas d'attribuer cette névrite à une autre cause qu'au traumatisme; ce n'est que pour la rejeter que nous pourrions mentionner l'hypothèse qu'elle est due soit à un rhumatisme soit à la variole.

Mais il peut être intéressant de rechercher dans le traumatisme, quelle part il faut faire à la piqûre, quelle part au liquide injecté.

Or, MM. Arloing et Tripier affirment, d'après leurs expériences sur des chiens, que la piqûre simple des nerfs n'entraîne pas de troubles trophiques, est suivie quelquefois de troubles moteurs qui durent peu et de troubles sensitifs qui disparaissent encore plus rapidement.

A propos de la valeur étiologique du liquide injecté, nous n'avons rien trouvé à ce sujet dans les divers auteurs que nous avons pu consulter.

Et cependant le cas que nous rapportons n'est pas le premier de ce genre; car on peut lire dans les *Archives de médecine*, p. 617, novembre 1882, l'observation détaillée due à M. Arnozan d'une paralysie de l'avant-bras consécutive à une injection d'éther dans le cours d'une varioloïde et où les phénomènes observés sont tout à fait comparables aux nôtres.

Il est à peu près inutile d'ajouter que si le cas dont nous venons de vous entretenir reconnaît bien pour cause l'injection sous-cutanée d'éther, la relation que nous vous en avons faite ne vise nullement la médication de la variole par ce procédé thérapeutique.

---

tenant que Salerne provient d'une corporation bénédictine à laquelle se sont affiliés peu à peu des laïques. Il en est de même pour Meyer (de Kœnigsberg) pensant que l'Ecole de Salerne a été dans le principe une sorte de franc-maçonnerie médicale.

Les plus anciens écrits salernitains n'offrent aucune trace de doctrines sacrées, d'enseignement réservé à des initiés; les noms laïques sont mêlés avec des noms de clercs. A l'origine, toutes les autorités et tous les livres sont laïques. La Somme médicale, le *Compendium salernitanum*, est un ouvrage tiré des vieilles sources classiques, d'où il est possible de conclure que les commencements de l'Ecole de Salerne ont été laïques, mais que par la suite les moines, ainsi que les clercs séculiers, ont enseigné la médecine à Salerne, et y ont composé des ouvrages. Ceci, du reste, rentre dans la condition des institutions médicales fondées ou transformées dans cette première partie du moyen âge.

En résumé, les archives du royaume de Naples ayant fourni les noms de médecins salernitains dès l'année 846, les textes des XIe et XIIe siècles, s'accordant à présenter cette Ecole comme fort ancienne, elle est bien antérieure à Constantin l'Africain. Remarquez ce titre d'Ecole, réservé dans la langue du temps à une réunion de savants chargés d'un enseignement officiel. Il ne s'agit pas de médecins isolés, mais d'un institut médical où les membres prirent d'abord le titre de maîtres, celui de docteur n'apparaissant dans la chirurgie de Roger qu'au XIIIe siècle. Salerne, si bien dotée au point de vue hygiénique, a été le lieu de formation, peu après la chute de l'empire de Rome, d'une école médicale où dominait l'élément laïque, et où le clergé tenait également une grande place.

Comment rattacher cette école florissante au XIe siècle aux écoles grecques anciennes?

©B... Santé

Les nodosités rhumatismales sous-cutanées.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 26 octobre 1883 (1),

Par M. E. Troisier, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

Je désire vous entretenir d'une manifestation rhumatismale très singulière et très rare, signalée depuis peu seulement à titre de curiosité ; je veux parler des nodosités qui se montrent sous la peau dans le cours ou pendant la convalescence du rhumatisme articulaire et qui disparaissent spontanément après une durée ordinairement courte. Ces nodosités se développent sur les ligaments périarticulaires et les tendons, sur le périoste des os superficiels et sur les aponévroses sous-cutanées.

J'ai déjà eu l'occasion d'observer deux cas de ce genre. J'ai publié le premier, en 1881, dans la *Revue de médecine* (2) avec la collaboration de mon ami le docteur L. Brocq, qui était alors mon interne. Je me propose aujourd'hui de vous faire connaître le second et de vous communiquer, à ce propos, tous les documents que j'ai pu recueillir sur cette affection.

I

M. le professeur Jaccoud attribue à Froriep le mérite d'avoir le premier indiqué ces nodosités dans un mémoire sur l'*Induration rhumatismale, (Rheumatische Schwiele)* (3) ; mais l'attention n'a été véritablement attirée

(1) J'avais d'abord intitulé cette communication : *les nodosités rhumatismales éphémères ;* j'ai cru devoir changer ce titre, sur le conseil de M. Féréol, afin d'éviter toute confusion avec les *nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques* qui ont été signalées par notre distingué collègue. (Voyez la discussion qui a suivi ma communication.)

(2) Troisier et Brocq. *Les nodosités sous-cutanées éphémères et le rhumatisme* (*Revue de médecine*, 1881, p. 297).

(3) R. Froriep. *Beobachtungen über die Heilwirkung der Elektricität, bei Anwendung der magnetisch-elektrische Apparats. 1 heft : die rheumatische Schwiele.* Avec un autre titre : *Die rheumatische Schwiele. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie des Rheumatismus.* Weimar, 1843.

Je ne connais le mémoire de Froriep que par l'analyse du *Canstatt* (1844) et par une

---

Un texte de Cassiodore, qui écrivait dès le VIe siècle, vous montrera ce qui a eu lieu, non seulement pour Salerne, mais pour tout l'Occident. Cassiodore prescrit à ses moines : « Si la littérature grecque ne vous est pas familière, lisez Dioscoride, Hippocrate, Galien, traduits en latin, Cœlius-Aurelianus et bien d'autres livres que vous trouverez dans la bibliothèque. » En effet, dès le VIe siècle, dès que la langue grecque cessa, par le malheur des temps, d'être répandue en Italie, il y eut une foule de traductions : Hippocrate, Dioscoride, Oribase, Galien, Soranus, Rufus, Moschion et beaucoup d'autres, ont passé du grec dans un latin plus ou moins barbare et compréhensible. Il y a plus, une Somme, une Collection médicale, empreinte de méthodisme, de cette doctrine hétérodoxe combattue si violemment par Galien, a joui d'une grande faveur au début du moyen âge. Plus tard, cette Somme médicale, formée d'extraits de divers auteurs, a été mise en meilleur ordre et en meilleur latin vers 1040. On trouve une association de méthodisme pour les doctrines et de galénisme pour les recettes. Le galénisme, au début, n'était pas omnipotent. On méconnaissait l'autorité de Galien comme on avait méconnu celle des Césars. Les compilations et les encyclopédies étaient préférées aux œuvres originales ; les méthodiques passèrent avant les dogmatiques, Soranus avant Galien. Mais quand l'ordre est bien rétabli, l'influence de Galien reprend le dessus ; en 1220 règne déjà la vraie doctrine d'Hippocrate et de Galien ; Salerne reçoit et garde le surnom glorieux de *Civitas Hippocratica*, Cité hippocratique.

Occupons-nous présentement des médecins ou maîtres salernitains, en commençant par ceux qui ont précédé Constantin, pour finir par ceux qui sont venus après lui.

Petrocellus, vers 1035, nous a légué un traité intitulé *Pratique*, et Gariopuntus, un *Passionnaire* (*Passionarius Galeni*). Dans ces deux ouvrages, les plus anciens qui nous

©BIU Santé

sur ce phénomène morbide que par M. Jaccoud lui-même, dans le passage suivant de sa *Pathologie interne :* « Dans quelques cas, dit-il (1), on trouve sous la peau et y adhérant, des indurations aplaties ou sphériques, bien limitées, du volume d'un pois ou d'une noisette, qui sont dues à l'infiltration et à l'hyperplasie circonscrites des éléments connectifs. Ces *nodosités* sont en nombre variable, et elles peuvent siéger assez loin des jointures ; dans un cas où le rhumatisme occupait le coude et le poignet, j'ai vu toute la face dorsale de l'avant-bras parsemée de ces saillies. Ces nodosités n'apparaissent pas à simple vue, il faut les chercher par la palpation ; elles donnent à la main la même sensation que les saillies de l'érythème noueux ; elles n'en diffèrent vraiment que par le volume moindre et l'absence de rougeur. »

Voilà tout ce que renferment les livres classiques sur cette question. Plus tard, M. Ern. Besnier esquissa dans son remarquable article *Rhumatisme du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1876, p. 504) une description de ces nodosités.

En 1875, M. Meynet (de Lyon) publia dans le *Lyon médical* une curieuse observation intitulée : *Rhumatisme articulaire subaigu avec production de tumeurs multiples dans les tissus fibreux péri-articulaires et sur le périoste d'un grand nombre d'os.* C'est un très bel exemple de nodosités rhumatismales. Dans ce cas, il s'agissait d'un jeune homme de 14 ans qui avait déjà eu deux attaques de rhumatisme articulaire aigu, dont l'une avait laissé des traces au cœur, et qui était atteint pour une troisième fois depuis six semaines. Le jour même de l'entrée de ce malade à l'hôpital, M. Meynet constata des nodosités aux deux poignets, sur les tendons des fléchisseurs et des extenseurs ; aux doigts, sur les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes ; aux deux avant-bras, sur le bord interne du

revue critique d'Eisenmann qui a paru dans les *Archives de Hœser* (1844, p. 230) ; je n'y ai pas trouvé la mention de ces nodosités. C'est d'ailleurs un travail fort obscur où l'auteur a décrit des affections qui ne dépendent certainement pas du rhumatisme. Quant à l'induration rhumatismale qui serait généralisée, ou limitée à un membre, à la moitié inférieure du corps, à la tête ; qui s'accompagnerait quelquefois de paralysie, de tremblement, je me demande à quelle manifestation rhumatismale elle se rapporte réellement. Et Froriep l'aurait observée 148 fois sur 150 cas de rhumatisme !

(1) Jaccoud. *Traité de Pathologie interne* (chapitre *Rhumatisme*, t. II, p. 546, 1871).

---

soient parvenus, il règne une association de méthodisme et de galénisme. Il semble que des circonstances indépendantes des auteurs aient mis les livres méthodiques entre leurs mains ; on les dirait méthodistes sans le savoir et en croyant être plutôt galénistes.

Une femme remarquable apparaît à Salerne sous le nom de Trotula. On l'a appelée Eros, mais elle n'appartient plus à la légende, grâce à de Renzi. Elle vivait en 1059, enseignant et pratiquant. Rodolphe Mala-Corona trouva prête à discuter avec lui une matrone fort savante (quamdam sapientem matronam). Cette femme-médecin, Trotula, Trotta ou Trocta, nom commun à Salerne au XIe et au XIIe siècle, a écrit sur les maladies des femmes, sur les accouchements et de plus, sur les autres parties de l'art médical. Tous ses livres sont d'un galénisme irréprochable. Du reste, on trouve plus tard un grand nombre de femmes, telles que Constanza Calenda, au XVe siècle, et encore Abella, Mercuriade, Rebecca, ayant écrit ou exercé la médecine, au sud de l'Italie. Vous voyez, Messieurs, que ce n'est pas seulement de nos jours qu'il y a eu des étudiantes, aspirant au diplôme et au titre doctoral en médecine.

Avant Constantin, nous trouvons aussi Jean Platearius, qui a été le précepteur, à Salerne, d'Egide de Corbeil. Platearius était le mari de Trotula ; son fils, Jean II, est l'auteur d'une *Pratique* ou *Practica*. Je vous signale Cophon l'Ancien ; Nicolas Præpositus ; Petronius, qui nous a laissé également une *Practica*, dans laquelle on reconnaît quelques additions de matière médicale de l'Orient, mais venues probablement par les relations commerciales.

Constantin paraît ; c'est véritablement une figure étrange, curieuse, du XIe siècle ; il a été surnommé l'Africain, parce qu'il était né à Carthage. Voyageant pendant quarante ans, il parcourut, dit-on, l'Arabie, la Chaldée, la Perse, l'Inde, l'Ethiopie et l'Egypte. De retour

©BIU Santé

cubitus, sur l'épicondyle et l'épitrochlée; aux deux genoux; au niveau des articulations tibio-tarsiennes; le long de la colonne vertébrale et enfin sur la tête, où elles occupaient surtout le front et l'occiput (1).

(1) Je crois devoir reproduire ici textuellement les parties importantes de cette observation. Voici quel était l'état des articulations et comment M. Meynet décrit ces petites tumeurs :

« Gonflement considérable des deux poignets, dû à la fois à l'arthrite radio-carpienne et à l'hydropisie des synoviales des tendons fléchisseurs et extenseurs des doigts. Sur le trajet de chacun de ces tendons, on trouve un chapelet de petites nodosités du volume d'une lentille ou d'un pois, dures au toucher, non douloureuses et adhérant intimement à ces tendons; leur nombre est très considérable de chaque côté. — Les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes elles-mêmes sont gonflées et douloureuses, surtout au niveau du pouce et de l'index droits; les doigts sont dans une demi-flexion et ne peuvent s'étendre complètement sans provoquer de vives douleurs. Tout autour de ces articulations, on trouve de petites tumeurs plus ou moins molles et volumineuses, qui affectent la forme et le siège des tophus, et qui ont déformé les jointures des doigts, mais qui présentent ce caractère particulier d'être mobiles et de pouvoir glisser sous la pression qu'on leur communique. — Aux deux avant-bras on retrouve des tumeurs semblables siégeant sur le bord interne du cubitus, et paraissant au premier abord situées entre le périoste et l'os; mais un examen attentif, en plaçant le membre dans le relâchement, montre que ces tumeurs sont également mobiles, et qu'elles peuvent glisser sur l'os; néanmoins, leur connexion avec le périoste n'est pas douteuse. — Les coudes, au rapport du malade, ont été le siège de douleurs articulaires aujourd'hui disparues; mais l'épicondyle et l'épitrochlée paraissent déformés et grossis par la présence de nodosités semblables à celles que nous avons décrites plus haut. Les deux genoux sont très douloureux et gonflés; il y a manifestement un peu d'hydarthrose du côté droit, mais tous deux sont également le siège de tumeurs nombreuses formant comme une sorte de couronne autour de l'articulation; parmi ces tumeurs, les unes ont le volume de petites noisettes, quelques-unes paraissent adhérentes aux extrémités osseuses, mais on peut cependant leur imprimer des mouvements de glissement. — Le même phénomène se retrouve au niveau des articulations tibio-tarsiennes; de plus les tendons des extenseurs des orteils sont également le siège de tumeurs multiples, qui se déplacent dans les mouvements de ces tendons auxquels elles sont accolées. — Nous retrouvons les mêmes tumeurs le long de la colonne vertébrale, une surtout au niveau de l'articulation sacro-vertébrale forme une saillie du volume d'une grosse noisette, et paraît tout à fait analogue aux bourses séreuses accidentelles. — La tête présente un grand nombre de ces nodosités; le malade a de la peine à se peigner,

---

dans sa patrie, au lieu d'être bien accueilli, il fut persécuté; accusé de magie, on voulut le faire mourir. Il se sauva, puis se fixa en Italie, par nécessité ou par choix, et le duc Robert (Guiscard) le fit son secrétaire. Dégoûté de la cour, il abandonna sa charge, se retira vers 1086 au monastère de Monte-Cassino et se fit moine bénédictin. Dans la retraite, il composa de nombreux ouvrages, parus sous son nom et qui sont des extraits ou de simples traductions faites sur l'arabe, principalement de Galien, d'Ali-Abbas, d'Isac, d'Ebn Eddjezzar, etc., portant les titres de *Pantegni* (comprenant le *Megategni* et le *Microtegni*); de *Viatique;* de *Traité des urines*; *Traité des fièvres;* de *Livre de l'estomac;* de *Livre des yeux*, etc.

Au moment où arrivait Constantin, le fonds latin était épuisé; une autre source d'instruction allait surgir avec les Grecs, traduits en syriaque et en arabe. A cette époque, les Salernitains citaient les anciens qu'ils avaient connus par la traduction latine, et de plus, ils se citaient entre eux. Quand les traductions sur l'arabe paraissent, Galien, si puissant parmi les auteurs arabes, domine absolument, et avec Galien, Aristote, le philosophe de Stagyre.

Constantin n'est point original, il n'a presque rien écrit de lui-même. Ses ouvrages sont ordinairement des emprunts, pour ne pas dire des plagiats, trop souvent déguisés. Quel que soit le motif qui l'ait guidé, il prenait soin d'omettre ce qui pouvait rappeler une origine étrangère; il supprimait les noms propres ayant tournure orientale; enfin quand il a traduit les œuvres d'autrui, il y mettait son nom, « afin, dit-il, que quelque voleur ne s'avise pas de lui dérober le fruit de son travail ». Son disciple, Jean Afflacius, nous a laissé une compilation sur les fièvres.

Après Constantin, vers 1100, nous trouvons Archimathæus, laissant sous son nom

©BIU Santé

M. Jaccoud avait tracé les principaux caractères cliniques de ces nodosités, mais il n'avait pas signalé leur durée pour ainsi dire éphémère; M. Meynet, à qui la description de M. Jaccoud paraît avoir échappé, insiste sur cette particularité importante : « Un point à noter, dit-il, c'est que ces nodosités paraissent et disparaissent avec une grande rapidité; nous en avons vu naître sous nos yeux, pour ainsi dire, du jour au lendemain, et nous les avons vues s'éteindre de même. »

L'apparition soudaine de ces petites tumeurs et leur fugacité habituelle les rapprochent de celles que M. Féréol a décrites sous le nom de *nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques* (1). Mais y a-t-il identité entre ces deux sortes de nodosités? C'est un point que je discuterai tout à l'heure. Je tenais seulement à rappeler ici l'intéressante communication de M. Féréol.

A l'époque où paraissait, dans la *Revue de médecine*, l'observation de mon premier malade, M. Hirschsprung publiait, dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde* (1881), un mémoire présenté à la Société médicale de Copenhague deux ans auparavant, et qui est intitulé : *Une localisation singulière du rhumatisme aigu chez les enfants* (2). Ce mémoire se rapporte absolument

et quoique ces tumeurs soient généralement indolentes, la résistanee qu'elles opposent à l'action du peigne est douloureuse; deux occupent les bosses occipitales postérieures et atteignent le volume d'un pois; une est située au sommet de la tête au niveau de la suture fronto-pariétale; enfin, sur le front, six de ces productions nouvelles dessinent un croissant à concavité supérieure très saillant et dont l'ouverture est de 3 à 4 centimètres; elles sont placées symétriquement, et leur volume varie d'une lentille à un gros pois; elles sont très mobiles et glissent facilement sur l'os sous-jacent. Ces dernières tumeurs sont toutes récentes; d'ailleurs le malade affirme en avoir eu un bien plus grand nombre, et, suivant lui, elles commenceraient à disparaître. La fièvre était modérée. » Au bout d'un mois (au moment où ce malade fut présenté à la Société des sciences médicales de Lyon), le nombre des tumeurs avait considérablement diminué; celles des cubitus et des genoux étaient encore très appréciables, mais celles du front avaient disparu totalement; à l'occiput, ce n'était plus qu'une tuméfaction insignifiante qu'on retrouvait difficilement.

(1) Féréol. *Des nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques.* (Compte rendu de la 7e session de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, Paris, 1879.)

(2) Hirschsprung. *Eine eigenthümliche. Localisation des Rheumatismus acutus im Kindesalter.* (*Jahrb. f. Kinderh.*, XVI B. 1881.)

---

deux ouvrages, l'un *De l'instruction du médecin*, ou *Sur la manière dont le médecin doit se comporter auprès des malades;* l'autre, sous le titre *Pratique*. Le premier rappelle les livres hippocratiques *la Loi*, *Du médecin*, *Préceptes*. Je vous engage à le lire pour savoir avec quel soin les Salernitains avaient souci de la bienséance médicale, des soins pour la guérison, des dangers moraux de la profession. La *Practica* est une sorte de clinique rappelant les épidémies d'Hippocrate.

Bartholomæus et Cophon le Jeune écrivent entre 1100 et 1120, puis Musandinus, postérieur de quelques années, puis encore Bernard le Provincial, de 1130 à 1160. Nous arrivons au milieu du XIIe siècle; c'est alors que parait le fameux poème didactique appelé *Schola Salernitana, Flos medicinæ*, ou *Regimen sanitatis*, ou *Regimen virile*, poème qui a tant contribué à la réputation de l'Ecole de Salerne.

Les origines de ce poème, ou *Regimen*, sont aussi obscures que celles de la célèbre institution médicale salernitaine; on ne peut dire avec certitude comment il s'est formé, ou quel en fut l'auteur. Il n'est pas de Jean de Milan, ni de Novoforo, ni d'Arnauld de Villeneuve, ce dernier n'a jamais prétendu à autre chose qu'au rôle d'éditeur.

Je suis d'avis que le *Regimen*, tel que nous l'a transmis Arnauld de Villeneuve, est l'œuvre de médecins poètes ou rapsodes; c'est une sorte de cycle poétique apparaissant vers le milieu du XIe siècle, et s'achevant au commencement du XVe. A tout moment, des interpolations y ont été faites; mais quel a été le premier fonds commun? Il est impossible de le dire. Tous les vers des auteurs salernitains antérieurs à l'édition d'Arnauld n'ont aucune date, aucun nom propre, aucun titre d'ouvrage; en d'autres termes, ils ont absolument la forme impersonnelle. Chacun a pu mettre la main à cette œuvre; elle est de tout le monde, sans appartenir réellement et en propre à personne. C'est un

©BIU Santé

à notre sujet; car, sous un titre peut-être un peu obscur, l'auteur étudie les nodosités rhumatismales et en donne trois observations tout à fait caractéristiques. Dans l'une, il s'agit d'une petite fille de 8 ans qui présentait, à son entrée à l'hôpital, des nodosités sur les tendons des extenseurs des doigts (au niveau de chaque poignet), sur les malléoles, sur les tendons des extenseurs des orteils et sur celui du long péronier latéral, sur les deux rotules, sur les condyles externes des fémurs; sur le dos, au niveau des apophyses épineuses des vertèbres lombaires, et des première, seconde et troisième dorsales. Les jours suivants, de nouvelles nodosités apparurent sur le cuboïde droit, sur le tendon de l'extenseur du médius de chaque main et au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit. Toutes ces nodosités ne durèrent qu'un mois environ. — Deux ans plus tard, cette petite fille fut reprise de rhumatisme articulaire aigu, et, vingt jours après le début de cette nouvelle attaque, on vit survenir des nodosités semblables aux précédentes sur les apophyses épineuses de quatre vertèbres dorsales, sur les tendons de l'extenseur commun des doigts à gauche et des grands palmaires de chaque côté, sur la malléole externe et le talon du côté droit, sur l'apophyse styloïde du radius droit, sur les tendons du long péronier latéral droit et des demi-membraneux de chaque côté. Au bout de six semaines, toutes ces nodosités avaient disparu avec le rhumatisme.

La seconde observation est relative à une petite fille de 4 ans, qui était atteinte pour la seconde fois de rhumatisme articulaire; dans ce cas, il n'y avait que deux nodosités, une sur chaque olécrâne. La malade mourut sept jours après son entrée à l'hôpital. L'autopsie fut faite et l'examen microscopique des nodosités fut confié à M. Bang, prosecteur. J'indiquerai plus loin le résultat de cet examen.

La troisième observation contenue dans ce mémoire appartient au docteur Rehn, qui l'a communiquée au professeur Hirschsprung. Il s'agit, dans ce cas, d'un enfant de 4 ans 1/2, atteint de rhumatisme articulaire avec pleurésie et péricardite; à la cinquième semaine, on vit apparaître des nodosités sur les rotules et sur les tendons des extenseurs des doigts et des orteils. Ces nodosités disparurent au bout de quelques jours.

Je dois encore signaler une observation du docteur Rehn, publiée par lui dans l'article Rhumatisme aigu du *Traité des maladies de l'enfance,* de

---

écho populaire et de bon sens en hygiène, avec quelque chose de précis, de naïf, agrémenté de tours heureux. Arnauld de Villeneuve est le plus ancien témoin de la rédaction primitive, qui depuis s'est accrue de toutes sortes d'additions, de mains et d'époques différentes. Le *Regimen* ou la *Flos medicinæ* a-t-il été rédigé comme une consultation médicale adressée à un grand personnage du temps? cela est fort douteux. N'est-il qu'une suite de phrases aphoristiquées, primitivement isolées? Dans tous les cas, le caractère essentiel qu'on y trouve est d'être diététique, sans descriptions de maladies, sans thérapeutique spéciale. Ces dernières sont apocryphes ou surajoutées. Le texte d'Arnauld nous ramène à Hippocrate et à Galien, à Dioscoride et à Pline. Il n'y a rien qui trahisse l'influence arabe, ce qui prouve une fois de plus que Constantin est loin d'être le vrai fondateur de l'Ecole de Salerne.

De Renzi, à travers une foule de noms propres et d'ouvrages, a poursuivi l'histoire de l'Ecole de Salerne jusqu'au milieu du XIIIe siècle. Alors parait le chirurgien Roger, dont les écrits représentent bien la doctrine gréco-latine. C'est au milieu du XIIIe siècle, que maître Gérard popularise par des traductions les livres arabes, et ces livres se substituent définitivement alors aux ouvrages gréco-latins. Professeur Laboulbène.

(*A suivre.*)

Mérite agricole. — Par arrêté ministériel, en date du 20 février 1884, la décoration du Mérite agricole a été conférée à M. le docteur Daguillon, de Joze (Puy-de-Dôme).

©BIU Santé

Gerhardt; il s'agit d'une petite fille de 10 ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu, chez laquelle des nodosités s'étaient montrées aux genoux, au coude et sur les tendons des extenseurs des doigts et des orteils.

Ce n'est pas tout. Au Congrès médical international de 1881 (session de Londres), deux médecins anglais, MM. Thomas Barlow et Francis Warner, firent une remarquable communication sur *les nodules sous-cutanés en connexion avec le tissu fibreux, qui se présentent chez les enfants atteints de rhumatisme et de chorée* (1), communication où l'on retrouve toute l'histoire des nodosités rhumatismales. Cette petite monographie contient la relation de 27 cas (17 filles et 10 garçons) observés chez des enfants au-dessus de 4 ans 1/2 et chez des adolescents de 18 ans au plus. Dans 11 cas, les nodules se sont montrés pendant le cours d'un rhumatisme polyarticulaire aigu et dans 8 cas pendant la convalescence de cette affection; sur les 8 derniers malades, 6 présentaient différents accidents rhumatismaux : arthralgie (sans tuméfaction), torticolis, épanchement dans les gaînes tendineuses, sueurs acides, etc., mais sans fièvre. Dans 2 cas seulement, il n'y avait pas de manifestation rhumatismale actuelle, et il était difficile d'en retrouver dans les antécédents. Sept fois il y eut, en même temps que les nodosités, de l'érythème marginé ou de l'érythème papuleux, une fois de l'urticaire, et une autre fois du purpura. Des complications cardiaques (péricardite et endocardite) existaient chez tous les malades, à l'exception d'un seul; 8 malades moururent par le fait de l'affection du cœur. Quant à la chorée, elle existait dans 10 cas. Pour MM. Th. Barlow et F. Warner, ces nodules sont de nature rhumatismale; ils reproduisent exactement, disent-ils, le type de l'inflammation rhumatismale, surtout par leur tendance à disparaître spontanément et à récidiver; ils peuvent servir à révéler, ajoutent-ils, le rhumatisme, même en l'absence des douleurs; enfin, ils permettent d'établir, dans quelques cas, la relation qui existe entre la chorée et le rhumatisme.

Ce mémoire se termine par une analyse sommaire des cas antérieurs : ceux de MM. Jaccoud, Meynet, Rehn, Hirschsprung, Troisier et Brocq.

Le dernier travail qu'il me reste à signaler est la thèse inaugurale de M. Chodorowski : *Contribution à l'étude des nodosités rhumatismales éphémères* (thèses de Paris, 1882, n° 11). Cette thèse, fort modeste, contient une observation recueillie dans le service de M. Hérard, à l'Hôtel-Dieu.

Dans ce cas, il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, atteint de rhumatisme articulaire aigu. Huit mois auparavant, ce malade avait eu, à la suite de la scarlatine, une première attaque de rhumatisme avec complication cardiaque. Le rhumatisme ne fut pas moins violent cette fois; toutes les grandes articulations furent atteintes, et il survint une nouvelle poussée d'endopéricardite; il se produisit, en outre, une éruption abondante d'érythème polymorphe. Le malade était en pleine convalescence, quand il constata, en se peignant, de petites nodosités sur le cuir chevelu; ces nodosités étaient au nombre de six et siégeaient sur le pariétal droit. On en découvrit trois ou quatre petites au-dessus du sourcil droit; et, dans les huit jours qui suivirent, on en vit apparaître successivement au poignet droit, sur les tendons du grand et du petit palmaire; aux doigts, sur des ligaments articulaires des phalanges; au niveau du genou gauche, sur les ligaments latéraux de la rotule; sur le tendon du long péronier latéral et sur les apophyses épineuses de presque toutes les vertèbres. Celles des 2e, 3e, 9e dorsales et celles du genou se faisaient surtout remarquer par leurs dimensions qui atteignaient celles d'un haricot ou d'une noisette. La plupart de ces nodosités disparurent au bout de quelques jours.

(*A suivre.*)

(1) Th. Barlow and Fr. Warner, *On subcutaneous nodules connected with fibrous structures, occurring in children the subjets of rheumatism and chorea.* (London, 1881.)

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 février 1884. — Présidence de M. Polaillon.

M. Marchal donne lecture du procès-verbal de la séance précédente.

M. de Beauvais : Le mot illusoire, que le procès-verbal me prête, dépasse ma pensée. Je pense qu'on a exagéré le danger des opérations chez les tuberculeux, et qu'on a fait justice dans les Sociétés de chirurgie et de médecine de cette crainte. L'opération, loin d'aggraver la tuberculose, peut, dans certains cas, l'amender. Ainsi, chez une phthisique au troisième degré, atteinte de pleurésie purulente considérable, la thoracentèse pratiquée trois fois, a permis à la malade de vivre deux ans et de pouvoir aller faire une cure aux Eaux-Bonnes, sous la direction de notre collègue Leudet.

Le procès-verbal est adopté.

La correspondance imprimée comprend les journaux de la quinzaine : le *Concours médical*, le *Progrès médical*, le *Journal des sages-femmes*, le *Journal d'hygiène*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, la *Revue médicale et scientifique d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes*.

M. le docteur Mazaé Azéma envoie un exemplaire de son ouvrage *sur la variole à l'île de la Réunion*.

M. le Président communique à la Société une lettre de M. le Ministre de l'instruction publique relative à la 22e réunion des Sociétés savantes à la Sorbonne, et invitant les membres qui désireraient prendre part à cette réunion à se faire inscrire en s'adressant à MM. les Présidents des divers bureaux.

M. de Beauvais dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Laissus, membre correspondant, intitulée : *Essai sur les stations de montagne en Tarentaise*.

L'auteur montre que l'arrondissement de Moutiers (Savoie) possède une série de stations répondant aux diverses indications thérapeutiques, si bien précisées par le docteur Lombard (de Genève), dans son ouvrage sur les climats des montagnes.

M. Coignard lit un travail intitulé : *De l'albuminurie physiologique*. (Sera publié.)

M. Cyr demande les conclusions de M. Coignard.

M. de Beauvais : Il semble que, d'après M. Coignard, l'urine normale contient une faible proportion d'albumine, comme aujourd'hui beaucoup de médecins admettent qu'elle contient une faible proportion de sucre, et cela sans préjudice pour la santé.

M. Coignard : Je conclus qu'il n'y a pas d'albuminurie physiologique, et que, dans l'urine d'un homme absolument sain, on ne trouve pas plus d'albumine que de sucre.

M. Cyr : Pavy a constaté chez des sujets très bien portants, et en opérant sur une quantité de 10 à 20 litres d'urine, la présence de 0,10 à 0,25 centigrammes de sucre par litre. De plus, Claude Bernard a noté une albuminurie très faible à la suite de repas composés d'albuminoïdes en quantité notable, de plusieurs œufs par exemple.

M. Coignard : Je crois que, dans ces cas, il s'agissait d'individus déjà albuminuriques; le repas n'a fait qu'augmenter la quantité d'albumine déjà existante.

M. de Ranse : Les statistiques présentées par M. Coignard indiquent que l'albuminurie est fréquente chez des individus qu'on ne peut dire malades; l'albuminurie pourrait donc coexister avec un état en apparence normal.

M. Coignard : Un albuminurique n'est pas un homme entièrement sain, pas plus que ne l'est un variqueux, un hémorrhoïdaire ou un migraineux.

M. Christian : La recherche de l'albumine est une opération délicate et difficile. Certains auteurs allemands ont prétendu que l'attaque épileptique s'accompagnait toujours d'albuminurie; d'autres expérimentateurs ont soutenu le contraire. Il en est qui ont avancé que tous les aliénés étaient albuminuriques. J'ai fait des recherches dans ce sens, et n'ai jamais trouvé d'albumine. Est-ce une question de réactifs? Mais, dans l'état actuel de la question, je ne puis la regarder comme résolue

©BIU Santé

M. Thorens : La délicatesse des manipulations, l'incertitude des réactions dans les procédés délicats employés actuellement, paraissent ne devoir faire admettre qu'avec réserve les divers résultats obtenus. Je viens de voir dans deux cas, au déclin d'une albuminurie gravidique et d'une albuminurie scarlatineuse, alors que la guérison semblait acquise depuis un certain temps, le réactif picrique donner encore un précipité ; tandis qu'une analyse consciencieuse, faite par un chimiste plus expérimenté, concluait à l'absence totale d'albumine.

M. Coignard : D'après tous les chimistes, le meilleur procédé de constater la présence de l'albumine consiste dans l'emploi de la chaleur et de l'acide nitrique, après précipitation des urates par un sel de soude.

M. Apostoli lit un travail intitulé : *Note complémentaire sur la faradisation utérine double*. (Sera publié.)

M. Rougon : Combien de temps le spéculum était-il resté appliqué chez la malade qui a succombé à une péritonite?

M. Apostoli : Cinq minutes.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire annuel, Dr A. Marchal.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Vulpian, professeur de pathologie expérimentale, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le second semestre de l'année scolaire 1883-1884, par M. Hallopeau, agrégé.

Concours. — Les candidats qui se sont fait inscrire pour le concours à trois places de médecin du Bureau central sont au nombre de cinquante-quatre.

Ce sont MM. les docteurs : Ballet, Barié, Barthélemy, Béclère, Béringier, Bourceret, Bourcy, Brault, Brissaud, Brocq, Bruchet, Buzot, Chantemesse, Chouppe, Comby, de Beurmann, Decaisne, Delpeuch, Dreyfous, Eloy, Faisans, Galliard, Gauchas, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Jozias, Juhel, Ledoux, Leduc, Legendre, Leloir, Leroux (Charles), Leroux (Marie), Liandier, Lorey, Lucas-Championnière, Marie, Martin, Mathieu, Merklen, Muselier, Netter, Oulmont, Petit, Renault, Robert, Robin, Stackler, Talamon, Variot et Veil.

Le jury, formé de huit médecins et un chirurgien se composera, sauf modifications, de MM. Du Castel, Rendu, Straus, Ferrand, Dumontpallier, Dieulafoy, Roger, Empis et Desormeaux.

La séparation des tuberculeux dans l'armée allemande. — Une circulaire du département médical militaire prussien, concernant la prophylaxie de la tuberculose, en date du 31 août 1882, recommande aux médecins militaires de redoubler de vigilance, afin de ne pas introduire dans l'armée des soldats menacés ou déjà atteint de tuberculose; « le renvoi hâtif, soit en convalescence, soit par congé de réforme, des soldats présentant les premiers signes de la tuberculose, aura pour premier bénéfice, et non le moins important, d'éloigner de la caserne et de l'hôpital une source d'infection. »

La circulaire recommande de « veiller avec plus de soin qu'on ne l'a fait jusqu'ici, à ce que les hommes suspects de tuberculose, soient séparés, tant à l'hôpital qu'à l'infirmerie, des autres malades, et surtout de ceux qui souffrent de pneumonie ou de bronchite aiguë. Les mesures destinées à éloigner ou à désinfecter les crachats, comme propagateurs de l'agent infectieux, s'imposent d'elles-mêmes ». — Ces recommandations, dit la *Revue d'hygiène*, nous semblent excellentes; nous regrettons de ne pas y trouver leur complément naturel, la désinfection annuelle des casernes, par la combustion de 30 gr. de soufre par mètre cube, en profitant des grandes manœuvres d'automne pour faire évacuer et nettoyer à fond toutes les casernes; on y détruirait du même coup, avant la réclusion hivernale, les punaises, les mauvaises odeurs, les miasmes et peut-être les virus qui imprègnent les murailles. (*Progrès médical.*)

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. E. Troisier : Des nodosités rhumatismales sous-cutanées. — II. Revue des Journaux. — III. Sociétés et Académies savantes : Société de chirurgie. — IV. Bulletin des décès de la ville de Paris. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton.

Les nodosités rhumatismales sous-cutanées (1).

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 26 octobre 1883

Par M. E. Troisier, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

II

Voilà, à ma connaissance, tout ce qui a été publié sur ce sujet. Il me reste à vous communiquer mes deux observations. La première est celle qui a paru dans la *Revue de médecine;* je la reproduis textuellement :

Obs. I. — Alphonse Gredat, âgé de 45 ans, entre à la Charité (service de M. Laboulbène, suppléé par M. Troisier) le 5 juillet 1880, pour un rhumatisme articulaire aigu.

Cet homme a déjà eu deux attaques de rhumatisme: la première, en 1863; la seconde, en 1875.

Dans le cours de la seconde attaque, il s'est produit sur le front et sur le cuir chevelu de petites « bosses » semblables à celles que nous allons décrire ; elles ont duré fort peu de temps et n'ont point reparu depuis.

Il était souffrant depuis une quinzaine de jours, quand il a été reçu à l'hôpital. Presque toutes les grandes articulations étaient atteintes, et la fièvre était forte; il existait une poussée récente d'endocardite mitrale, caractérisée par un souffle systolique de la pointe. (Il n'y avait point eu de manifestation cardiaque antérieure).

Le 13 juillet, apparaît un épanchement pleurétique double qui, au bout de deux jours, occupait le tiers inférieur de la poitrine à droite et les deux tiers à gauche.

Le 25, les douleurs articulaires ne siégeaient plus qu'aux coudes, la fièvre était tombée, et, à la fin de la première semaine d'août, on constatait la résorption à peu près complète des épanchements pleuraux.

Vers le 17 août, apparurent chez ce malade, alors convalescent, des tumeurs singu-

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 mars 1884.

FEUILLETON

HISTOIRE DES MÉDECINS ARABES ET DE L'ÉCOLE DE SALERNE (1).

Je tiens à vous parler des établissements de bienfaisance publique de Salerne où les hôpitaux s'étaient multipliés. Le premier dont il soit fait mention remonte à l'an 820. Ils deviennent très florissants et reçoivent des dotations considérables sous les premiers Angevins (1266-1380). Les hôpitaux et hospices étaient destinés par leurs fondateurs aux malades diversement atteints, aux pauvres et aux étrangers, d'autres aux enfants trouvés, aux femmes qui se retiraient du monde. Les Chevaliers de Jérusalem, les frères Célestins, les frères de la Croix, d'autres congrégations diverses dirigeaient les hôpitaux. On a dit que les croisades avaient beaucoup fait pour Salerne, et même avaient contribué à sa fondation ; la vérité est que les croisés ont pu retirer bénéfice de sa situation exceptionnelle. Robert, fils de Guillaume le Conquérant, revenant de la Palestine, a débarqué à Salerne pour s'y faire guérir d'une plaie au bras, que les chirurgiens avaient mal soignée.

Frédéric II a favorisé Salerne en donnant une vive impulsion aux sciences et aux lettres, en réunissant les différentes écoles en une seule université. Ses règlements, d'une grande importance, fixaient le temps des études préliminaires, littéraires et philoso-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 24, 31 janvier, 21, 28 février et 2 mars 1884.

©BIU Santé

lières siégeant à l'occiput. Il avait été amené à porter la main dans cette région, en raison des douleurs qu'il éprouvait, lorsque sa tête reposait sur l'oreiller.

Le 22 août, il nous les fit remarquer, et nous dit qu'elles étaient absolument semblables à celles qui s'étaient développées en 1875, au moment de sa seconde attaque de rhumatisme. Il affirme qu'elles se sont formées très rapidement, il y a quatre ou cinq jours.

Ces tumeurs sont groupées à la partie postérieure du crâne, vers la suture lambdoïde ; il y en a une dizaine. Leur grosseur varie de celle d'un pois à celle d'un grain de raisin. Elles sont arrondies ou oblongues, à contours bien arrêtés; elles ne sont le siège d'aucune douleur spontanée, mais une pression un peu forte et continue faite à leur niveau détermine une sensation très pénible. Elles sont fermes, non fluctuantes. On peut très facilement faire glisser sur elles le cuir chevelu; au premier abord, on les prendrait pour des exostoses, mais quand on les examine avec soin, on constate qu'elles sont un peu mobiles sur les os et qu'elles ne font point corps avec eux. D'ailleurs, on n'éprouve point, lorsqu'on les palpe, la dureté absolue et l'absence complète d'élasticité d'une tumeur osseuse. L'exploration attentive du reste du crâne et du corps tout entier, surtout au niveau des articulations, ne fit découvrir en aucun point de tumeurs de même genre.

Le 3 septembre, à la suite de plusieurs bains sulfureux qui ont été assez mal supportés, le malade est repris de fièvre et de douleurs articulaires au niveau des épaules, des coudes, des doigts; les bruits du cœur sont tumultueux, le souffle de la pointe a augmenté d'intensité, et, deux jours après, on constate, à l'auscultation, du frottement péricardique.

Le 6 septembre au matin, le malade nous fit remarquer sur son front un certain nombre de petites nodosités; nous pouvons affirmer qu'elles n'existaient point la veille, car nous nous attendions à en voir apparaître de nouvelles, et nous les recherchions presque tous les jours. Ces nodosités sont, en général, moins volumineuses que celles de l'occiput; elles atteignent à peine la grosseur d'un pois. Comme les précédentes, elles paraissent situées dans le périoste; la peau est un peu plus blanche à leur niveau, ce qui est dû sans doute à la tension qu'elles lui font subir; elles sont dures au toucher et ne deviennent douloureuses que lorsqu'on exerce une forte pression sur elles. Elles sont appréciables à la vue.

Le 6 et le 7, l'angoisse précordiale persiste, ainsi que les signes physiques d'une péricardite sèche.

Le 8 septembre, le malade nous montre une nodosité qui vient de se former sur le rebord externe du pavillon de l'oreille gauche; nous en trouvons une autre à l'oreille droite. Les tumeurs occipitales sont toujours dans le même état, les frontales sont peut-être un peu plus développées et plus sensibles. Il y a, en même temps, apparition de nouvelles douleurs rhumatismales dans les genoux et dans les coudes.

---

phiques. La scolarité purement médicale était de cinq années, plus un an de stage chez un praticien expérimenté. La chirurgie faisait partie de la médecine, mais tout médecin devant exercer la chirurgie étudiait spécialement pendant une nouvelle année l'anatomie humaine. Nul ne pouvait exercer s'il n'avait été reçu dans la forme consacrée par les membres du Collège de Salerne. Les honoraires étaient tarifés, les pauvres toujours soignés gratuitement. Les droguistes (*stationarii*) et les apothicaires (*confectionarii*) étaient placés sous la surveillance des médecins, qui ne doivent jamais faire de marché avec eux, ni mettre des fonds dans leur entreprise, ni tenir d'officines pour leur propre compte.

Vous comprenez, messieurs, que grâce à une organisation si bien entendue, grâce à une antique renommée, les étrangers aient afflué à la célèbre Ecole. Gilles de Corbeil a séjourné à Salerne au XIIIe siècle ; de plus, Vincent de Beauvais, dont les vastes encyclopédies sont connues sous le nom de *Miroirs*, met à profit les écrits des maîtres salernitains.

Salerne est à son apogée avec les règlements de Frédéric, mais la décadence est proche. Frédéric lui-même porte le plus terrible coup à l'Ecole salernitaine, en créant à Naples un institut entièrement semblable et pourvu de grands privilèges. Sous la domination angevine, première et deuxième branches (1266-1435), Salerne compte encore, suivant de Renzi, plus de cent vingt médecins, les praticiens environnants sont nombreux. Mais si l'Ecole exerce encore de l'influence par son enseignement, Naples attire les faveurs des souverains, la foule s'y presse, et Salerne est peu à peu délaissée. Les disputes commencent, on s'occupe plus de préséance que de science ; sous les princes d'Aragon, de 1436 jusqu'au commencement du XVIe siècle, la décadence est manifeste.

©BIU Santé

Le 10, on trouve, vers l'angle supérieur du coronal, quelques nodosités assez saillantes. Les frontales ont diminué de grosseur; les occipitales ne sont plus qu'au nombre de cinq, et elles sont moins volumineuses qu'au début. Elles semblent être de plus en plus mobiles sur les os sous-jacents au fur et à mesure qu'elles s'amoindrissent.

Chaque jour, nous constatons une diminution notable dans le volume de ces nodosités.

Le 16, il n'y en a plus que trois à l'occiput, les deux autres ne sont plus indiquées que par un léger renflement. Les frontales n'existent plus qu'en très petit nombre vers la racine des cheveux, et il faut tendre la peau pour les déceler. Sur le bord libre du pavillon de chaque oreille persiste encore un petit nodule. Toutes ces nodosités sont de moins en moins douloureuses à la pression.

19 septembre. — Il n'y a plus trace de péricardite, et le 22, jour de l'*exeat* du malade, les douleurs qui avaient toujours persisté dans les coudes ont totalement disparu. Quant aux nodosités, il n'en reste plus que trois à la région occipitale; elles ont à peine la grosseur d'une lentille. Aux oreilles et au front on n'en sent plus, et la tension de la peau, manœuvre qui les faisait apparaître il y a quelques jours, ne détermine maintenant aucune saillie appréciable.

Ce malade revint nous voir le 16 octobre et le 27 décembre. Il souffre parfois de quelques douleurs vagues dans les articulations; mais il n'y a plus trace de nodosités ni à l'occiput, ni au front, ni aux oreilles. L'état général est excellent.

Le rhumatisme a été traité, pendant la période aiguë, par le salicylate de soude; plus tard par les bains sulfureux et le quinquina; des vésicatoires volants ont été placés sur la poitrine au moment des complications pleurales et cardiaques. Aucun topique n'a été appliqué au niveau des nodosités crâniennes.

En résumé, ce malade a été atteint d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec complication d'endocardite et de pleurésie. Il était en convalescence depuis une quinzaine de jours quand des nodosités apparurent d'abord à l'occiput (le 17 août), puis au front (le 3 septembre), sur les oreilles (le 8 septembre), et enfin sur le sommet de la tête (le 10 septembre); pendant ce temps, il se produisit une nouvelle poussée rhumatismale, accompagnée de péricardite. Les nodosités occipitales restèrent stationnaires pendant trois semaines environ et elles ne s'effacèrent que trente-cinq jours après leur apparition; celles du front ne durèrent qu'une quinzaine de jours, et celles des oreilles dix à douze jours. La fièvre, les phénomènes articulaires et la péricardite suivirent pour ainsi dire les nodosités dans leur marche décroissante. Enfin, détail qui ne manque pas

---

Les rivalités sans cesse renaissantes achèvent d'affaiblir Salerne; elle n'existait que de nom en 1748, lorsque la Faculté de Paris consultait le Collège des médecins de Salerne, au sujet du différend élevé en France entre les médecins et les chirurgiens. Enfin, un décret du 20 novembre 1811, a détruit la vieille Ecole modèle de toutes les universités du moyen âge.

Je n'ai pas eu le bonheur de visiter Salerne, mais je me représente avec le poète:

Cette plage sonore où la mer de Sorrente
Déroule ses flots bleus au pied de l'oranger...

Je crois voir ces rues autrefois animées par le mouvement de la science et de la pratique médicale, aujourd'hui presque désertes. C'est là que furent Petronius, Cophon, Bartholomœus, Musandinus et tant d'autres. C'est là qu'ont passé la savante Trotula et Constantin l'Africain. J'ai évoqué des noms sur le rivage, a dit Daremberg avec tristesse, et l'écho seul m'a répondu.

Mais, si l'on ne trouve plus aujourd'hui à Salerne l'Ecole antique, le souvenir des maîtres est encore vivant, et leurs œuvres nous restent.

VII

Les écrits des médecins arabes ont eu l'heureuse fortune d'être imprimés avant ceux des auteurs les plus anciens. Je tiens à vous faire apprécier le résultat auquel on arrive à cet égard. Depuis longtemps j'ai été frappé de la date rap prochée de la découverte de l'imprimerie, par rapport aux premières éditions arabes. A moins de plus amples renseignements, surtout pour les incunables, voici comment les livres des Arabes me

©BIU Santé

d'intérêt, de semblables tumeurs s'étaient montrées aux mêmes régions dans le cours d'une précédente attaque de rhumatisme.

J'arrive à mon second malade. J'aurais voulu pouvoir vous le présenter lorsqu'il fut atteint de nodosités rhumatismales, mais cela n'a pas été possible. Quelques-uns de nos collègues ont bien voulu venir le voir. J'ai prié MM. R. Moutard-Martin et Tapret qui étaient chargés à cette époque des deux autres services de l'Hôtel-Dieu annexe, M. le professeur Vulpian, mon regretté maître, M. Parrot, et enfin M. Féréol avec lequel je désirais vivement m'entendre sur les caractères cliniques et le siège anatomique de ces nodosités, de venir examiner ce cas intéressant.

Obs. II. — Michel Charbonnier, âgé de 28 ans, tailleur, est entré dans mon service, à l'Hôtel-Dieu annexe, le 19 mars 1883 pour un rhumatisme articulaire aigu généralisé de moyenne intensité. Il était malade depuis huit jours seulement, et déjà les phénomènes articulaires étaient moins prononcés; il existait cependant encore de la fièvre.

Ce malade ne put supporter le salicylate de soude qui fut donné à la dose de 4 gr. par jour; il se produisit, sous l'influence de ce médicament, d'abord de l'urticaire, puis de la diarrhée et des vomissements. D'ailleurs vers le 8 avril, c'est-à-dire un mois environ après le début de la maladie, le rhumatisme était pour ainsi dire éteint; la température oscillait autour de 37°, les jointures étaient encore un peu douloureuses à la pression, mais elles n'étaient plus tuméfiées. Cependant le malade gardait le lit et il présentait à un haut degré tous les signe de l'anémie rhumatismale : pâleur de la peau et des muqueuses, souffle cardiaque systolique, faiblesse générale.

A partir de ce moment, je négligeai, je dois l'avouer, de faire chaque jour l'examen des articulations; de sorte que c'est le malade lui-même qui, le 16 avril, me signala de petites nodosités apparues depuis une huitaine de jours à la partie antérieure du poignet gauche où elles formaient, disait-il, comme un chapelet.

Effectivement, il y avait six ou sept petites nodosités échelonnées sur l'un des tendons du fléchisseur superficiel des doigts, un peu douloureuses à la pression, et qui avaient été, au dire du malade, plus grosses et plus nombreuses. Je reconnus immédiatement les nodosités rhumatismales dont j'avais déjà observé un si bel exemple; et je recherchai s'il en existait au pourtour d'autres articulations.

J'en trouvai sur la main droite : deux au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, et une troisième sur le médius. L'une des nodosités de l'index faisait corps avec le tendon de l'extenseur, car elle se déplaçait dans les mouvements de flexion et d'extension du doigt; elle formait une saillie très appréciable à la vue; sa forme et ses dimensions étaient à peu près celles d'une lentille; sa consistance était ferme et

---

paraissent avoir été publiés, le plus ordinairement en partie: Abulcasis (1471), Avicenne (1476), Razès (1481), Averroès (1482 ou 1484), Ali Abbas (1492).

Si maintenant vous prenez la date de la découverte de l'imprimerie, 1445; si vous vous rappelez que Celse a été imprimé pour la première fois en 1478, et devançait Galien paru en 1481, vous voyez que l'antériorité est pour Abulcasis et Avicenne, suivis par Celse. Quant à Galien, il a été imprimé la même année que Razès.

De nouvelles recherches confirmeront ou infirmeront cet aperçu.

J'ai fait disposer sur cette table, pour que vous en preniez connaissance, les belles éditions des Médecins arabes que vous trouverez dans la bibliothèque de la Faculté.

Voici une série des Maîtres salernitains, à commencer par Gariopontus. Baudry de Balzac, qui a compté les éditions de la *Flos medicinæ* de 1474 à 1846 seulement, en mentionne deux cent quarante. Il en existe en français, en allemand, en anglais, en italien, en espagnol, en polonais, en langue provençale, en hébreu, en persan, etc. Les plus célèbres sont d'Arnauld de Villeneuve, de Bruzen de la Martinière, Levacher de la Feutrie, etc., etc.

Je vous recommande en terminant cette brève énumération de recourir sur les sujets qui nous ont occupés à deux publications récentes, l'*Histoire de la médecine arabe*, par le docteur Lucien Leclerc, en 2 volumes in-8°, et l'*Ecole de Salerne*, traduite en vers français par Charles Meaux Saint-Marc, précédée d'une introduction, par mon prédécesseur Charles Daremberg, un volume in-12 avec figures.

VIII

Messieurs, vous apprécierez présentement la période arabe, ainsi que la première

©BIU Santé

comme élastique; elle était douloureuse à la pression. La seconde nodosité siégeait un peu au-dessus de la première, à la partie externe de l'articulation et elle paraissait être en rapport avec les tissus fibreux péri-articulaires; en la saisissant entre les doigts, on pouvait lui faire subir un très léger déplacement; sa grosseur ne dépassait pas celle d'un grain de millet. La nodosité du médius siégeait sur le tendon de l'extenseur, un peu au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne; elle avait à peu près les mêmes dimensions que celle de l'extenseur de l'index, mais elle était moins saillante et ses contours étaient moins nettement arrêtés.

Il n'y avait ni empâtement ni rougeur au niveau de ces nodosités. Elles ne se déplaçaient point avec la peau que l'on pouvait faire glisser sur elles avec facilité.

Elles s'étaient montrées à peu près en même temps que celles du poignet.

Il y en avait une autre plus petite que les précédentes, sur le tendon du court extenseur du pouce, au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne. Enfin on en trouvait une au coude gauche, au voisinage de l'olécrâne.

L'exploration minutieuse de toutes les articulations et des tendons superficiels n'en fit pas découvrir d'autres.

A ce moment, les épaules, les coudes et surtout les poignets et les doigts étaient encore le siège de douleurs rhumatismales; l'index et le médius de chaque main présentaient une tuméfaction, sans rougeur de la peau, au niveau des articulations de la première avec la seconde phalange. Les articulations temporo-maxillaires étaient également atteintes à un certain degré.

Instruit par ma première observation, je recherchai ce jour-là même s'il existait des nodosités à la surface du crâne. J'en découvris une au niveau de la bosse pariétale gauche. Cette nodosité était grosse comme un petit pois et elle était très douloureuse à la pression. L'exploration du crâne m'apprit en outre que la pression était douloureuse au niveau de l'occiput; mais il n'y avait pas encore de nodosités dans cette région. Les mouvements de la tête n'étaient, d'ailleurs, aucunement gênés; les articulations occipito-atloïdienne et occipito-axoïdienne étaient certainement indemnes.

Le lendemain 17 avril, il y avait à l'occiput six nodosités; elles n'existaient pas la veille, je peux l'affirmer. Elles étaient oblongues, grosses comme des haricots, très rapprochées les unes des autres; elles représentaient par leur groupement une sorte de fer à cheval à concavité inférieure, siégeant au niveau de la protubérance occipitale externe et la débordant de chaque côté. Elles formaient des saillies que l'on pouvait apercevoir en écartant les cheveux et que l'on sentait parfaitement à la main. Elles étaient très douloureuses à la pression, de consistance plus ferme que celles des doigts. Elles paraissaient adhérer au crâne et il était impossible de les déplacer; le cuir chevelu pouvait au contraire glisser facilement sur elles.

Deux autres étaient apparues vers la partie moyenne du pariétal gauche, de sorte qu'il

---

école médicale du moyen âge. Vous serez convaincus qu'il n'y a pas de médecine arabe proprement dite. La médecine grecque, arrivée en Perse et en Syrie avant de pénétrer chez les conquérants mahométans, est restée avec ces derniers, sinon stérile, du moins sans beaucoup progresser; elle s'est compliquée ou elle est devenue plus subtile. Galien et Aristote arabisés, ou divinisés pour ainsi dire, ont dominé pendant une série de siècles.

Le génie créateur et fécond des Grecs manquait aux Arabes; ils avaient l'emphase orientale et le style mystique. L'immobilisme et le fatalisme devaient enchaîner pour eux le trop grand essor. La médecine étrangère n'arrivant plus, arrêtée dans sa source, la science arabe ne pouvait dépasser un niveau déterminé.

Toutefois, il serait injuste de ne pas reconnaître que les Arabes ont des droits à la reconnaissance de la postérité. Ils furent supérieurs à la plupart des nations contemporaines. Aucun peuple n'a produit plus de travaux dans un temps relativement court. Sans les Arabes, la renaissance eût été retardée de plusieurs siècles. Enfin, les Arabes nous ont conservé les ouvrages des médecins grecs; ils ont perfectionné la chimie, augmenté la matière médicale; si leur chirurgie est encore peu avancée, nous leur devons les premières descriptions incontestables de la variole.

L'Ecole de Salerne a eu un vif éclat et une réelle importance; elle rappelle ces grands foyers bien pourvus, resplendissants, auxquels on est heureux d'avoir recours et qui ne sont pas moins utiles quand ils réchauffent que lorsqu'ils répandent la clarté.

Professeur Laboulbène.

©BIU Santé

y en avait maintenant trois dans cette région; celles-ci étaient nettement séparées les unes des autres, moins saillantes et moins larges que celles de l'occiput. En outre, une nodosité s'était produite sur la bosse pariétale droite.

Le surlendemain 20 avril, j'en trouvai quatre sur le pariétal droit, au voisinage de celle qui s'était produite deux jours auparavant, et sept ou huit sur le pariétal gauche où l'avant-veille il n'y en avait que deux. Ces nodosités étaient relativement petites.

Le 21, je constate l'existence sur le front, à la naissance des cheveux, de plusieurs petites nodosités, ovoïdes, qui forment de chaque côté avec les nodosités pariétales un groupe de dix à douze; quelques autres existent sur le sommet du crâne, entre les deux groupes précédents. On peut évaluer à une trentaine le nombre des nodosités qui se sont produites sur le crâne du 17 au 21 avril.

Le même jour, 21, je constate encore l'existence d'une nodosité à la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius de la main gauche; de cinq ou six, très petites, sur le tendon du demi-tendineux, au jarret droit; enfin, d'une nodosité également fort petite, très douloureuse, sur chaque malléole interne.

Le 23, nouvelles nodosités sur les genoux, quatre à droite (deux en haut et en dehors de la rotule et deux en bas et en dedans de cet os), et une à gauche (sur la face antérieure de la rotule), très douloureuse et assez grosse, très facile à déplacer.

Déjà, à cette date, les nodosités crâniennes étaient moins volumineuses et moins douloureuses; les jours suivants, elles s'affaissèrent peu à peu, quelques-unes même disparurent très brusquement, de sorte que le 28 il ne restait plus que celles de la nuque, encore assez saillantes, mais devenues tout à fait indolentes; quant aux nodosités pariétales une seule persistait de chaque côté. Le 2 mai, il n'existait plus trace des nodosités crâniennes.

Pendant ce temps toutes les autres nodosités que j'ai signalées avaient disparu, à l'exception de celle qui siégeait sur la rotule gauche; encore était-elle beaucoup moins volumineuse.

Le malade sortit de l'hôpital le 5 mai; depuis une dizaine de jours, les douleurs articulaires avaient cessé, l'état général était des plus satisfaisants.

Quinze jours après sa sortie, il revint me voir; la nodosité rotulienne existait encore. Je le revis, il y a peu de temps et j'appris que cette dernière nodosité s'était évanouie comme les autres.

Dans ce cas, le rhumatisme articulaire n'était ni très violent ni très prolongé; aucune complication n'était survenue. Cependant, le malade conservait au bout d'un mois des douleurs articulaires, mais sans rougeur et sans tuméfaction au niveau des jointures; il était très affaibli. C'est alors qu'apparurent successivement, en l'espace de quinze jours, un certain nombre de nodosités sous-cutanées à la partie antérieure du poignet gauche, sur l'index et le médius de la main droite, sur le médius gauche, au coude gauche, au jarret droit, sur les malléoles internes, sur les rotules et enfin sur le crâne, où elles occupèrent l'occiput, le front et les deux régions pariétales. Ces nodosités s'étaient développées les unes sur des tendons, d'autres sur les ligaments et les membranes fibreuses qui entourent les articulations; celles de la tête adhéraient au péricrâne. Après une durée moyenne de dix à douze jours, elles disparurent les unes après les autres sans laisser de traces. En même temps, le rhumatisme rétrocédait peu à peu, les articulations restées douloureuses reprenaient la liberté de leurs mouvements et la convalescence s'établissait d'une façon régulière.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

EXTRAITS DE LA REVUE DE MÉDECINE (octobre, novembre et décembre 1883).

Recherches expérimentales ayant pour but de transformer le tubercule vrai ou infectieux en corps étranger inerte, par PARROT et H. MARTIN. — Les conclusions qui ressortent de plusieurs séries d'expériences ingénieuses instituées par les auteurs sont des plus intéressantes au double point de vue prophylactique et thérapeutique. La vitalité du virus

©BIU Santé

tuberculeux est considérable. A dose thérapeutique, les agents antiseptiques actuellement usités sont incapables de le détruire. Le lavage des instruments dans l'alcool, dans une solution phéniquée à 1 ou 2 pour 100, le nettoyage des murs et des parquets avec les mêmes substances sont tout à fait illusoires pour annihiler la puissance nocive du virus tuberculeux. Il en est de même des vapeurs de brome, qui présentent en outre le danger d'agir comme caustiques.

Le feu, la température de 120 à 125 degrés, même sèche, sont au contraire parfaitement efficaces pour faire perdre rapidement au tubercule ses qualités infectieuses. Cette notion est sans doute précieuse, et son application à la pratique de la désinfection des locaux habités par des tuberculeux pourra rendre de grands services (courant d'air chauffé à 125° et dirigé par des tuyaux sur les meubles, murs et parquets, comme on dirige un jet d'eau lancé par une pompe).

Contribution à l'histoire de l'orchite typhoïdique, par M. Aug. Ollivier. — L'orchite typhoïdique a été observée 22 fois par M. Ollivier, qui lui assigne les caractères suivants. C'est le plus souvent un accident de la convalescence. Quand elle se montre dans le décours, la douleur est le premier symptôme; dans la convalescence, il s'y ajoute un mouvement fébrile. On observe tous les caractères de l'orchite parenchymateuse isolée ou associée à l'épididymite et exceptionnellement à la vaginalite. L'orchite typhoïdique est unilatérale, sa durée moyenne est de douze jours, et elle se termine par résolution; elle suppure dans un cinquième des cas. Plusieurs opinions ont été émises relativement à sa pathogénie. M. Widal l'a considérée comme le résultat d'une thrombose des veines spermatiques amenant une sorte d'engorgement œdémateux du testicule plutôt qu'une inflammation vraie. M. Bucquoy a invoqué la masturbation, à laquelle les jeunes sujets sont entraînés dans la convalescence des maladies aiguës par le réveil de l'activité génitale. On l'a encore considérée comme une orchite rhumatismale (Duffey). M. Hallopeau a pensé que le testicule présente, dans la dothiénentérie, des altérations parenchymateuses analogues à celles du foie, de la rate, des ganglions, et qu'il se trouve ainsi dans un état d'imminence morbide tel, qu'une cause occasionnelle légère (traumatisme, abus fonctionnel) suffit pour déterminer l'inflammation. MM. Vallin et Desnos ont rapproché l'orchite des parotidites qui surviennent dans la fièvre typhoïde. Un catarrhe de l'urèthre serait le point de départ de l'inflammation se propageant au testicule par le canal excréteur. Les orchites apparaissant dans le cours même de la dothiénentérie pourraient enfin être déterminées par l'action directe de l'agent infectieux. En somme, si le fait clinique est indiscutable, l'explication reste à trouver.

Contribution à la pathologie des névroses intestinales, par le docteur Cherchewsky (de Saint-Pétersbourg). — Des personnes très intelligentes, travaillant trop du cerveau, anémiques et affectées habituellement de constipation, de ballonnement localisé à la partie supérieure de l'abdomen, de renvois très bruyants sans odeur et sans goût, — sans qu'il y ait de relation apparente entre les troubles digestifs, les heures et la nature des repas et sans que l'appétit soit diminué, — voient survenir de temps à autre, sous une influence psychique, une aggravation brusque de leur état. Enorme ballonnement, fréquents et bruyants renvois, anhélation, cyanose, tendances lypothymiques, douleurs abdominales aiguës, constipation avec violent ténesme rectal, sont les principaux éléments d'un accès qui dure de quelques heures à quelques jours et qui disparaît aussi brusquement, par la production d'évacuations abondantes. L'inertie des muscles abdominaux, la diminution du calibre des masses fécales, l'aggravation de la constipation par l'usage des purgatifs et l'amélioration par l'emploi des opiacés, de la belladone viennent à l'appui de l'hypothèse d'une neurasthénie localisée dans la sphère nerveuse du canal intestinal, déterminant en certains points un spasme des fibres circulaires et dans d'autres une paralysie.

De la néphrite déterminée par la compression des uretères, dans le cours du cancer de l'utérus et de l'hypertrophie du cœur consécutive, par G. Artaud. — Quand la compression a été peu prononcée, le rein a un volume normal ou légèrement augmenté : les lésions histologiques consistent dans une infiltration nucléaire autour des tubes urinifères et des vaisseaux (glomérules et artères), une hypertrophie des glomérules et une dilatation des tubes contournés, dont l'épithélium a subi la dégénérescence granulo-graisseuse. Les tubes collecteurs ont conservé, à peu de chose près, leur diamètre normal, et leurs épithéliums ne paraissent pas altérés (1re période). — Quand la compression a été longue, que l'uretère et le bassinet ont été très distendus, le rein s'atrophie et le degré de l'atrophie est en raison directe de la dilatation de l'uretère et du bassinet. Lésions histologiques : passage à l'état fibreux de l'infiltration nucléaire du début, affaissement des tubes droits et des tubes collecteurs dont l'épithélium a subi la régression embryon-

©BIU Santé

naire. Les glomérules sont ou fibreux ou kystiques. Les tubes contournés revenus sur eux-mêmes présentent les mêmes altérations de leurs épithéliums que dans la première période (2e période). Ce sont donc des lésions analogues à celles que produit, chez les animaux, la ligature de l'uretère. Mais c'est une néphrite diffuse, à marche rapide, où l'élément inflammatoire joue un plus grand rôle que l'élément mécanique. — Ces lésions rénales amènent fréquemment une hypertrophie du cœur, qui porte exclusivement sur le ventricule gauche et ne s'accompagne presque jamais de myocardite interstitielle.

(*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 février 1884. – Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire. — Présentations. — Rapport sur un travail intitulé : *Des applications de la lithotritie au traitement des corps étrangers de la vessie chez l'homme.* — Communication relative à deux observations de valvules ou cloisons imperforées placées dans le gros intestin chez des nouveau-nés ; discussion. — Présentation de pièces pathologiques : kyste de l'ovaire enclavé dans le ligament large; adhérences avec l'uretère, compression de ce canal et hydronéphrose consécutive. — Perforation de l'artère poplitée dans un foyer purulent.

M. Verneuil dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Laurens, de Montpesat (Basses-Pyrénées), deux observations de taille hypogastrique, dont l'une sur une petite fille de 3 ans, l'autre chez un jeune garçon de 17 ans. Dans les deux cas, l'emploi du ballon de Petersen a été fait avec des facilités et un succès très différents.

M. Verneuil met sous les yeux de ses collègues le calcul assez volumineux extrait de la vessie de la petite fille de 3 ans.

— M. Monod lit un rapport sur un travail de M. le docteur Henriet, intitulé ; *Des applications de la lithotritie au traitement des corps étrangers de la vessie chez l'homme.* Dans plusieurs cas, M. Henriet est parvenu, à l'aide du brise-pierre, à débarrasser la vessie de corps étrangers, fragments de sonde, etc., recouverts d'incrustations plus ou moins épaisses par leur séjour dans la cavité vésicale, et pour lesquels il avait été sur le point de pratiquer la taille. Il pense que la fragmentation des corps étrangers de la vessie est souvent utile et qu'elle peut être faite à l'aide du lithotriteur simple. Mais s'il s'agit de corps durs et longs, comme des tiges de bois, par exemple, ou bien de corps étrangers fragiles et cassants, comme des objets en verre, cette fragmentation aurait des inconvénients graves et même des dangers sérieux, ainsi qu'il est facile de le comprendre, et que certains faits malheureux l'ont démontré. Dans ces cas, il faut préférer l'extraction par l'opération de la taille.

Pour saisir les corps étrangers et les amener au dehors, il n'est pas toujours indiqué de se servir du lithotriteur.

L'auteur fait remarquer que depuis 1830 et l'invention des ingénieux instruments imaginés par Civiale, Leroy d'Etiolles, Ségalas, Heurteloup, etc., le nombre des opérations de taille a considérablement diminué.

M. le rapporteur, après avoir fait ressortir ce que présente d'original le travail de M. Henriet, propose : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remerciement; 2° de déposer son travail aux archives. (Adopté.)

M. Lannelongue communique deux faits qui lui paraissent mériter l'intérêt de la Société de chirurgie. Il s'agit de valvules ou plutôt de cloisons qu'il a rencontrées dans le gros intestin, sur des enfants nouveau-nés.

Le fait le plus récent ramonte à un mois environ. A cette époque, on amena dans son service de l'hôpital Trousseau un enfant nouveau-né atteint d'imperforation de l'anus.

C'était d'ailleurs un enfant présentant un vice de conformation du crâne; il était microcéphale, et, chose remarquable, avait des cheveux extrêmement épais et abondants. Avec cela, il paraissait très vivace, ce qui engagea M. Lannelongue à intervenir.

L'imperforation de l'extrémité inférieure du rectum se présentait dans les conditions suivantes : l'anus est très bien conformé; une sonde cannelée, une sonde de femme, un stylet pénètrent dans cette ouverture jusqu'à une profondeur de 2 centimètres 1/2 environ; les voies urinaires paraissent normales, et il ne s'écoule aucune matière intestinale par l'orifice uréthral.

L'introduction du doigt dans l'ouverture anale, pratiquée non sans peine, ne permet-

©BIU Santé

tait de sentir aucun orifice de communication avec l'intestin; aucune saillie d'anse ou d'ampoule ne venait s'offrir au doigt ni le frapper pendant que l'enfant criait et s'agitait; on ne sentait de tous les côtés que les parois du bassin.

M. Lannelongue, après avoir discuté l'opportunité de l'intervention chirurgicale et d'une opération ayant pour but d'aller à la recherche de l'extrémité inférieure du rectum, bien qu'il ne fût pas possible de sentir d'ampoule rectale, conçut l'idée d'aller à cette recherche par la fosse iliaque. Il découvrit assez facilement l'S iliaque, l'ouvrit, ce qui donna issue aussitôt à un flot de liquide séreux légèrement teinté, et pratiqua la suture de l'intestin aux bords de la plaie extérieure pour établir l'anus contre nature.

Le petit opéré vécut six jours encore et mourut le septième jour après l'opération.

M. Lannelongue est parvenu non sans peine à faire l'autopsie et même à conserver les pièces anatomiques de ce cas intéressant, pièces qu'il mettra, dans la prochaine séance, sous les yeux de ses collègues. Voici ce qu'elles offraient de plus remarquable: Au point de terminaison de l'S iliaque, on voyait succéder brusquement une portion d'intestin représentant le rectum, ayant le calibre d'un porte-plume et une longueur de 11 à 12 centimètres environ jusqu'à l'anus. Des injections pratiquées dans cette portion d'intestin s'arrêtaient également en haut et en bas; rien ne passait par la partie supérieure, rien ne s'écoulait par la partie inférieure. M. Lannelongue, ayant incisé la paroi, trouva la cavité de l'intestin fermée à ses deux extrémités par une valvule ou cloison absolument imperforée et de très peu d'épaisseur. Entre les deux valvules ou cloisons, la portion d'intestin comprise offrait tous les caractères du rectum, mais il était évident qu'elle n'avait jamais été dilatée par la présence des matières. L'épaisseur de ces valvules était d'un millimètre à peine; il eût suffi de presser très peu sur la valvule inférieure avec la sonde cannelée, la sonde de femme ou le stylet pour la faire céder; mais cela n'eût pas suffi évidemment, pour établir le cours des matières qui eussent été arrêtées par la cloison supérieure.

Pour le reste, la microcéphalie était caractérisée par l'aplatissement et l'allongement des parties latérales du crâne; celui-ci avait la forme d'une carène, par suite de l'imbrication du pariétal gauche sous le pariétal droit; les os avaient une grande épaisseur. L'encéphale était réduit à une espèce de poche dans laquelle il n'existait plus que deux ventricules latéraux remplis de liquide comme des kystes à parois très minces. Comment comprendre avec une pareille organisation, ou plutôt avec une pareille désorganisation cérébrale, les allures extrêmement vivaces de cet enfant?

Une autre particularité de cette observation est la grande abondance des cheveux qui étaient très épais chez ce petit sujet. D'autres observations de ce genre ont été faites chez les microcéphales. On a remarqué que lorsque les parois osseuses ont un développement hâtif, le cuir chevelu participe à ce développement qui se révèle par l'extraordinaire abondance des cheveux.

Le deuxième fait communiqué par M. Lannelongue est plus ancien et date de trois ans à trois ans et demi. Il l'avait beaucoup frappé, mais comme M. Lannelongue n'avait pu en trouver l'explication, qui lui a été donnée seulement par le second cas, il n'avait pas cru devoir le communiquer à cette époque. Le cas est d'ailleurs absolument comparable au point de vue des particularités présentées par l'intestin imperforé.

Comme dans le cas précédent, l'enfant avait, un peu au-dessus de l'orifice anal, une valvule ou cloison, offrant les mêmes caractères. M. Lannelongue l'opéra de la même manière. L'enfant était en voie de guérison au vingtième jour après l'opération. Un jour, en explorant le trajet avec une sonde de femme, il crut sentir quelque chose se déchirant sous la sonde, qui s'engagea à la suite dans le petit bassin. Etonné et embarrassé de cet incident inattendu, M. Lannelongue se mit à la recherche du bout inférieur de l'intestin, et l'ayant reconnu, maintint la communication avec la partie supérieure à l'aide d'une sonde à demeure traversant l'anus pour livrer passage aux matières.

Tout se passa bien pendant dix à douze jours, au bout desquels M. Lannelongue ne revit plus le petit malade, que les parents amenaient régulièrement à la consultation. Il suppose que l'enfant avait succombé.

M. Lannelongue croit pouvoir conclure de ces faits qu'il peut se rencontrer dans le canal intestinal, à diverses hauteurs, en particulier dans les dernières parties de l'intestin, des obstacles au cours des matières produits par des valvules ou cloisons dont le développement correspondrait à différentes phases ou à des temps d'arrêt dans le développement de l'intestin. La gouttière intestinale peut cesser de se creuser pendant une période quelconque; cependant les parties latérales continuent de bourgeonner et forment des valvules qui persistent.

Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait demeure patent; il est péremptoirement

©BIU Santé

démontré par les deux observations de M. Lannelongue, qu'il peut se former des obstacles valvulaires à différentes hauteurs de l'intestin. Les recherches de M. Lannelongue lui ont montré d'ailleurs qu'il n'existe à ce sujet dans les auteurs que des indications vagues, mais pas d'observations précises.

La conséquence à tirer de ces faits au point de vue de la thérapeutique opératoire, c'est qu'il ne suffit pas de détruire l'obstacle inférieur pour rétablir définitivement le cours des matières; il faut encore pousser plus loin ses investigations et rechercher s'il n'existe pas de cloison semblable à la partie supérieure. Dans les cas de M. Lannelongue, les valvules étaient très minces, et la moindre pression a suffi dans l'un d'eux, eût suffi dans l'autre, pour les détruire.

Une discussion s'engage sur cette intéressante communication : M. Desprès demande si M. Lannelongue a fait l'examen microscopique. M. Desprès a vu des imperforations par absence de rectum; lui qui s'est montré si souvent l'adversaire du microscope, se refuse absolument à reconnaître la moindre valeur à cette observation sans l'examen microscopique.

M. Lannelongue lui répond que cet examen n'a pas été fait par la raison très simple qu'il n'y avait pas à le faire, puisque l'on était en présence d'un véritable rectum parfaitement reconnaissable à ses caractères extérieurs.

M. Marchand a vu des cas dans lesquels l'intestin n'avait pas de muqueuse et était réduit aux seules tuniques séreuse et musculeuse.

M. Trélat, quoique surpris, dit-il, par la communication de M. Lannelongue, trouve l'occasion de placer une dissertation très élégante et très savante dans laquelle, appliquant les données de l'embryogénie à l'explication des faits en question, il cherche à établir que ces faits rentrent absolument dans la catégorie des faits connus et s'expliquent parfaitement par ce que nous savons sur les phases du développement de l'intestin chez le fœtus.

M. Marchand conteste l'exactitude des informations embryogéniques de M. Trélat.

M. Tillaux déclare qu'à son avis les faits de M. Lannelongue ne rentrent nullement dans la catégorie des faits connus jusqu'ici et ne s'expliquent pas le moins du monde par les données de l'embryogénie.

M. Verneuil fait remarquer judicieusement que toutes les difformités ou malformations ne relèvent pas de l'embryogénie. Il y a des maladies intra-utérines qui peuvent amener la déviation des formations embryogéniques et que l'on ne peut pas expliquer par ces dernières.

M. Lannelongue partage entièrement l'opinion de M. Verneuil; il déclare qu'il existe toute une pathologie intra-utérine dont nous ignorons les premiers linéaments et qui reste à découvrir. Avis aux travailleurs de l'avenir.

— M. Verneuil soumet à l'examen de ses collègues une pièce anatomo-pathologique qui lui a été adressée par un de ses anciens élèves, devenu chirurgien fort distingué de la province. Cette pièce montre avec évidence quelle est la nature des difficultés que les chirurgiens éprouvent lorsqu'il s'agit d'opérer le redressement dans les résections pratiquées pour remédier aux déviations du pied à la suite des fractures du cou-de-pied. On coupe la pointe du tibia, on coupe la malléole externe et, cependant, on ne parvient pas à opérer le redressement. M. Verneuil enseigne que ces difficultés tiennent à la présence d'un troisième fragment; or, la pièce en question est la démonstration péremptoire de l'exactitude de cette assertion.

— M. Terrillon présente deux pièces anatomo-pathologiques. L'une est un kyste de l'ovaire développé dans l'épaisseur du ligament large et ayant déterminé, par des adhérences avec l'uretère et la compression de ce conduit, un commencement d'hydronéphrose. Il résulte de cette disposition anatomique que l'opération de l'ovariotomie est parfois impossible, ou bien qu'elle expose à la section de l'uretère.

La deuxième pièce est relative à un cas d'hémorrhagie mortelle déterminé par l'ulcération et la perforation de l'artère poplitée en contact avec un foyer purulent chez un jeune homme atteint d'ostéo-périostite ancienne du fémur.

M. Pozzi dit avoir observé plusieurs fois l'adhérence de l'uretère et la compression de ce conduit non seulement par des kystes ovariens, mais encore par des tumeurs solides, par des corps fibreux de l'utérus enclavés dans le petit bassin. Dans un cas, il s'est produit une fistule uretéro-abdominale par suite de l'adhérence du kyste avec la paroi abdo-

©BIU Santé

minale. Dans un autre cas la malade a succombé à l'anurie, suite de l'hydronéphrose. Dans tous les cas de tumeurs enclavées dans la cavité du petit bassin, kystiques ou solides, il y a à redouter la compression de l'uretère et l'hydronéphrose.

Les adhérences de l'uretère avec les tumeurs constituent une des plus graves complications de leur opération.

M. Monod signale un fait propre à servir au diagnostic de la compression de l'uretère par les tumeurs du petit bassin. Il a observé une malade chez laquelle, à chaque ponction du kyste, se produisait une véritable débâcle urinaire. A. T.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 21 au 28 février 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1143. — Fièvre typhoïde, 47. — Variole, 1. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 70. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 64. — Phthisie pulmonaire, 240. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 46. — Bronchites aiguës, 30. — Pneumonie, 73. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 36; au sein et mixte, 24; — inconnues, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 107; circulatoire, 70; respiratoire, 61; digestif, 49; génito-urinaire, 32; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulat. et muscles, 8. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 4.

Résumé de la 9e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu notification de 1,143 décès pendant la semaine terminée le 28 février, au lieu de 1,037 qui lui avaient été notifiés pendant la semaine précédente.

La comparaison des chiffres des dernières semaines fait ressortir un accroissement notable pour la Fièvre typhoïde, la Rougeole et surtout la Diphthérie.

La Fièvre typhoïde a causé 47 décès au lieu de 41 et de 26, chiffres relevés pendant les précédents septenaires. L'étude de la répartition locale indique comme plus particulièrement frappés, plusieurs quartiers du Xe et du XIe arrondissement (Porte-Saint-Martin et de l'hôpital-Saint-Louis, Saint-Ambroise, chacun 3 décès; de la Roquette, 4 décès).

La Rougeole, qui semblait en voie de décroissance, a causé cette semaine 31 décès au lieu de 17. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, cette petite épidémie frappe surtout les quatre quartiers du XIIIe arrondissement (9 décès) et le quartier des Epinettes, qui compte toujours un grand nombre de Rougeoles et qui, pendant la semaine actuelle, présente à lui seul 4 décès dus à cette cause. Les cas d'invasion, assez nombreux, qui nous sont signalés par les praticiens de ces quartiers, ne permettent malheureusement pas d'espérer une décroissance prochaine.

Enfin la Diphthérie, dont nous avons dû signaler la fréquence depuis le mois de décembre dernier, a frappé cette semaine plus de victimes qu'elle ne l'avait encore fait depuis le commencement de l'épidémie (70 décès au lieu de 52).

L'étude des différents quartiers montre que les quartiers excentriques sont de beaucoup les plus frappés (le riche arrondissement de Passy étant mis à part). Ainsi, pendant la semaine actuelle, les onze arrondissements de l'intérieur de Paris ont compté 17 décès (dont 6 pour le seul XIe arrondissement), tandis que 46 autres décès appartiennent aux arrondissements excentriques. Le XXe arrondissement est particulièrement frappé par la Diphthérie; il compte à lui seul 13 décès pendant la semaine actuelle.

La Variole (1 décès au lieu de 6), la Scarlatine (2 décès au lieu de 6), continuent à rester très rares. La Coqueluche (13 décès au lieu de 8) reste à l'état stationnaire.

La Bronchite (30 décès au lieu de 39), la Pneumonie (73 décès au lieu de 70) et enfin l'Athrepsie des jeunes enfants (64 décès au lieu de 70), n'ont présenté que des variations sans importance,

Le service de Statistique a reçu notification de 595 mariages. On peut affirmer que ce nombre très élevé, dû à l'approche du Carême, diminuera sensiblement pendant la semaine prochaine et pendant les suivantes.

On a compté, pendant la semaine actuelle, 1,168 naissances d'enfants vivants (577 garçons et 591 filles), dont 871 légitimes et 297 illégitimes; 41 parmi ces derniers ont été reconnus par les deux parents ou par l'un d'eux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris

---

©BIU Santé

FORMULAIRE

TRAITEMENT DU DÉLIRE AIGU. — Ball et Chambard.

Soustraire le malade à une lumière trop vive et à toutes les causes d'excitation ou d'agitation; lui administrer des bains à température modérée pendant la première période, de la belladone pendant la seconde période. — Dans les formes dépressives du délire aigu, prescrire la médication tonique sous toutes ses formes, et en particulier l'extrait de quinquina, à doses un peu élevées. — Rougir la peau au moyen de sinapismes, de pédiluves sinapisés, de frictions pratiquées avec une brosse rude; agir sur l'intestin à l'aide de lavements purgatifs. — Si les malades refusent les aliments, prescrire des lavements nutritifs, puis recourir au procédé de M. Fernet, qui consiste à introduire dans le nez du patient, et jusqu'à l'arrière-cavité des fosses nasales, le bec d'une cuillère ou d'une cafetière construite pour cet usage, et à faire écouler doucement le liquide alimentaire qu'elles contiennent. Celui-ci glisse sur le plan incliné, formé par le plancher des fosses nasales, et tombe directement dans le pharynx, où il est dégluti en dépit des efforts du malade. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les exercices pratiques et démonstrations d'histologie commenceront le 17 mars 1884, sous la direction de M. le docteur Cadiat, agrégé, chef des travaux d'histologie. Ils auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, tous les jours à trois heures de l'après-midi. Les élèves seront exercés au maniement du microscope. Ils feront eux-mêmes les préparations de tous les éléments anatomiques. Ces exercices sont obligatoires pour les élèves de deuxième année et pour les élèves de troisième année (ancien et nouveau régimes). (Nul élève de l'une ou l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par M. le chef des travaux.) Ils sont facultatifs pour les étudiants qui ont seize inscriptions; les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part.

CONCOURS. — Le jury pour le concours du Bureau central en médecine est composé de MM. Hardy, Bergeron, Dumontpallier, Ferrand, Dieulafoy, Du Castel, Straus, Rendu, Désormeaux.

UN OBSERVATOIRE SOUS-MARIN. — Le *Cosmos* nous apprend qu'un observatoire sous-marin est en voie de construction à Nice, d'après les idées de l'ingénieur Toselli. Voici la description qu'il en donne :

L'appareil aura environ dix mètres de haut sur trois de diamètre; la forme sera cylindrique dans le corps et sphérique dans la partie supérieure. Il sera entièrement construit en tôle d'acier et cubera environ 55 mètres cubes d'air, ce qui pourra suffire pendant plusieurs heures aux personnes contenues dans l'appareil pendant sa descente sous les eaux. En outre, il sera placé intérieurement une machine à produire de l'oxygène, en décomposant l'eau de mer. Mais, comme il ne se fera environ que trois descentes à l'heure, il est peu probable que l'on se serve de l'air artificiel obtenu par ce procédé. L'intérieur sera divisé en galeries, dont la plus haute sera destinée aux appareils nécessaires à la direction de l'observatoire, qui seront maniés par un ingénieur et un directeur technique auxquels on adjoindra un professeur d'histoire naturelle.

La seconde partie, c'est-à-dire le fond de l'appareil, sera transformée en un coquet salon capitonné du meilleur goût. Dans ce salon, à hauteur d'homme et de distance en distance, il y aura des hublots ou lentilles de 0 m. 29 de diamètre qui permettront un rayon visuel d'une assez grande distance; en outre, et cela sera certainement le plus curieux, au fond même de l'appareil et au centre du salon, une grande lentille de 0 m. 60 de diamètre, d'une épaisseur double de celle des hublots, permettra de voir le sol sous-marin avec toute sa flore inconnue. Le coût de cette lentille monstre est de 20,000 fr. A une certaine profondeur, des appareils électriques projetteront une vive clarté à travers la masse d'eau et éclaireront le fond de la mer. (*Progrès médical.*)

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

©BIU Santé

Sommaire

I. Bulletin. — II. R. Longuet : L'actinomycose. — III. Bibliothèque. — IV. Correspondance. — V. Revue des Journaux. — VI. Sociétés et Académies savantes : Académie de médecine. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du lait d'Arcy.

BULLETIN

M. le docteur Derivière, professeur d'accouchements à l'Hôtel-Dieu de Blois, nous envoie la relation d'un fait intéressant qui se résume ainsi :

Une robuste paysanne de 34 ans, ayant eu déjà deux accouchements naturels, est prise des premières douleurs dans la journée du 19 janvier; la sage-femme reconnaît l'extrémité céphalique et laisse le travail durer jusqu'au 21, à onze heures du matin. M. Derivière, appelé tardivement, trouve la tête arrêtée au détroit supérieur et défléchie; à droite et en arrière, le doigt s'introduit dans la bouche de l'enfant, signe certain de la déflexion (mento-iliaque droite postérieure). La femme est à bout de forces après quarante-huit heures de travail; les membranes sont rompues depuis longtemps; on n'entend plus les bruits du cœur fœtal. Application du forceps; les branches sont articulées, mais, après quelques tractions, il est facile de voir qu'elles ne tiendront pas, car la tête, non engagée et très mobile, est incomplètement saisie. L'instrument est retiré; la main, introduite dans l'utérus, refoule la partie fœtale vers la fosse iliaque droite, puis s'empare du pied gauche et l'attire au dehors. La jambe droite, le siège viennent ensuite, et la version s'achève en moins de dix minutes. L'enfant est asphyxié, mais des soins immédiats le raniment. Suites de couches naturelles.

La déflexion et l'arrêt de la tête au détroit supérieur, entraînant des dangers pour la vie de l'enfant et pour celle de la mère, qui s'épuise en efforts infructueux, appellent, nous dit M. Derivière, une prompte intervention de l'accoucheur; et il faut, en pareil cas, préférer la version au forceps, à cause des difficultés qu'on éprouve à saisir la tête.

Nous n'hésitons pas à croire que notre confrère, en présence d'une femme épuisée par deux jours de travail et d'un fœtus dont le cœur ne battait plus, devait agir au plus vite et qu'il a été fort bien inspiré; mais il y aurait excès à dire que la déflexion de la tête au détroit supérieur exige toujours une intervention rapide. Cette mauvaise attitude avant l'engagement n'est autre qu'une présentation primitive de la face; or, l'accouchement par la face se termine seul dans la grande majorité des cas, et le principe essentiel est de savoir attendre. Attendre encore, si les contractions subissent un temps d'arrêt; car elles vont reprendre. Si enfin la longueur du travail met en danger la mère ou l'enfant, alors seulement l'accoucheur entre en scène; mais il y a encore une distinction à faire. La partie fœtale est-elle engagée? la version est difficile et dangereuse; le forceps, au contraire, s'applique fort bien au détroit supérieur dans un bassin bien conformé. Est-elle mobile au-dessus de l'excavation, comme dans le fait de M. Derivière? alors la version est meilleure, et le succès rapide obtenu par notre confrère en fait foi.

— Dans une *Etude clinique sur les indications à remplir dans le traitement des fractures des membres* (Paris 1883, Chamerot), M. le docteur Philippe, de Saint-Mandé, plaide chaleureusement la cause des appareils hyponarthéciques à suspension contre les appareils inamovibles. Il trouve aux premiers de notables avantages : assurer l'immobilité des fragments, éviter les douleurs et les mouvements inopportuns du membre, neutra-

©BIU Santé

liser l'action musculaire, permettre au chirurgien de surveiller quotidiennement les progrès de la consolidation. Pour qui sait combien sont légers, simples et efficaces les appareils plâtrés tels que nous les faisons maintenant, les idées de M. Philippe sembleront un peu absolues; mais celui qu'il préconise n'en a pas moins des qualités précieuses et depuis longtemps reconnues, car nos Manuels de petite chirurgie le décrivent avec honneur et l'ont rendu classique. Voici, d'ailleurs, une observation nouvelle dont M. Philippe nous envoie la relation, et que nous publions volontiers comme venant s'ajouter aux faits contenus dans sa brochure.

L..., 32 ans, fait une chute sur le verglas à Galatz (Roumanie), et se fracture les deux os de la jambe droite au-dessus des malléoles, le 16 décembre 1883. Cinq jours après, on applique un bandage plâtré; le blessé quitte Galatz le 25 et arrive à Paris le 28. M. Philippe, appelé le 1er janvier, enlève le bandage et trouve la fracture susdite, avec gonflement des régions malléolaires, ecchymose violacée et douleur assez vive. Le travail de consolidation n'est pas commencé. La boîte-gouttière à suspension est appliquée aussitôt, avec des lotions résolutives. Le 12 janvier, le malade peut soulever la jambe; le 22, il se lève, soutenu par un aide, et appuie légèrement le pied sur le sol. Le 24, il se lève seul et fait quelques pas avec des béquilles. Le 26, il marche en s'appuyant sur deux personnes. Au cours du traitement, on a fait quelques tractions sur le pied pour mettre les fragments en contact, et sans provoquer de douleur. En résumé, la consolidation s'est faite en 23 jours.

Cette observation peut être rapprochée de celle de M. A..., qui eut une fracture de jambe en 1875 et fut consolidé en dix-neuf jours (p. 11 de la brochure). L.-G. R.

L'Actinomycose.

I

C'est Bollinger qui démontra le premier, en 1877, la nature parasitaire d'une tumeur de la mâchoire du bœuf qu'on avait jusqu'alors rapportée à la scrofule, à l'ostéomyélite fongueuse, à l'ostéosarcome ou au *spina ventosa* (1). Il prouva que le prétendu néoplasme était l'œuvre d'un parasite végétal qu'on retrouvait dans des formations analogues de la langue, du pharynx, de la muqueuse gastrique et dans les ganglions correspondants.

Ces tumeurs sont arrondies, parfois lobulées, ou présentent la forme d'une framboise à grains allongés, pédiculés; leur consistance varie du sarcome encéphaloïde au fibrosarcome, selon le développement du stroma conjonctif (2). Grisâtres, vert jaunâtre ou violacés par l'effet d'une vascularisation superficielle développée, les *actinomycomes* mous plus particulièrement, revêtent un aspect caractéristique de la présence, appréciable sous la mince membrane d'enveloppe, de petites nodosités de la grosseur d'une tête d'épingle, rappelant l'apparence du tubercule miliaire frais. Ces nodosités logées dans les vacuoles conjonctives, criblant l'actinomycome à la façon d'une tumeur érectile, sont isolées ou agglomérées en groupes arrondis d'une consistance molle, caséeuse, qui atteignent exceptionnellement le volume d'une noisette ou même d'une noix.

C'est au centre des granulations élémentaires qu'on trouve une ou plusieurs petites masses d'un jaune de soufre, du volume d'un grain de sable,

(1) *Ueber eine neue Pelzkrankheit beim Rinde. Centralbl. f. med. Wiss.*, 1877, n° 27. Bollinger fit une première communication sur ce sujet à la *Société de morphologie et de physiologie* le 16 mai 1876.

(2) Pour la description de l'*Actinomycome* du bœuf, voir *Recueil de médecine vétérinaire*, 1883, n° 5: *Chronique vétérinaire d'Allemagne*, par Zundel.

© BIU Santé

de l'aspect des graines de lycopode, selon la comparaison de Ponfick, qui ne sont que des colonies du parasite, des conglomérats d'actinomycètes. Ces grains forment une poussière molle, s'écrasant comme le suif, mais quelquefois résistant à la pression, criant sous le doigt, résultat d'une incrustation calcaire qui a interrompu toute évolution vitale ultérieure. Ils sont pathognomoniques; ils assurent le diagnostic en l'absence même du microscope. Toutefois, celui-ci est nécessaire à l'examen du parasite, qu'on aperçoit à un faible grossissement, au sein d'une gangue de grandes cellules (cellules géantes?) à protoplasma finement granulé, et de cellules épithélioïdes et lymphoïdes. Son aspect est caractéristique et ne permet la confusion avec aucun autre parasite végétal connu. On peut le comparer à la section transversale d'une pomme de pin, ou encore à une fleur de composée dont les fleurons d'inégale longueur s'inséreraient au centre du capitule et d'un diamètre d'un dixième de millimètre environ. Pour poursuivre cette dernière comparaison, disons que chaque fleuron est représenté par un mince filament d'insertion, terminé à la périphérie en forme de poire ou de massue (*conidie* du champignon). Le filament est plus ou moins long, rectiligne ou contourné, cylindrique ou variqueux. Quelques-uns naissent d'un pédicule commun, à la même hauteur ou à des hauteurs différentes, reproduisent les aspects de l'ombelle, du corymbe, représentent des candélabres, les doigts de la main, les tubercules du dahlia, etc., apparences qu'on obtient par la dissociation artificielle ou spontanée du disque-colonie en ses éléments.

Tel est l'endophyte observé et décrit pour la première fois par Bollinger chez le bœuf, et que Harz, le rapportant aux champignons et le classant dans les schistomycètes, appela *Actinomyces bovis*.

La question de priorité ne peut être ici sérieusement soulevée. Toutefois, deux observateurs italiens semblent avoir vu antérieurement le parasite, et, avec un peu plus de hardiesse de conception, cette découverte fût devenue la leur. De 1868 à 1873, Perroncito avait étudié l'ostéosarcome du bœuf, observé les formes décrites par Bollinger (1) et soupçonné leur nature parasitaire. Il est vrai qu'il nie encore toute relation causale entre le cryptogame et la tumeur maxillaire. Vers la même époque, Rivolta hésita à rattacher au règne végétal ces mêmes productions, malgré leur manière de se comporter vis-à-vis de la solution de potasse; il fit, d'ailleurs sans succès, des tentatives d'inoculation sur le lapin (2). Rivolta se rabat sur le terrain de nomenclature et de classement botanique. Le champignon est pour lui un discomycète et il lui donne le nom de *Sarcomyces bovis*. D'après lui, l'ostéosarcome du bœuf est d'une connaissance bien plus ancienne qu'on ne l'admet généralement, ayant déjà été décrit, entre autres, par Truetta, à Naples, en 1785.

Jusqu'ici, l'intérêt de l'observation de Bollinger n'allait pas au delà d'une acquisition de botanique cryptogamique, en vétérinaire même d'une portée doctrinale et pratique limitée. L'histoire ultérieure de l'actinomycose peut être citée comme le meilleur exemple de l'utilité des études de pathologie comparée.

Ponfick, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Breslau, avait eu l'occasion d'étudier l'actinomycète sur des pièces fraîches mises à sa disposition par Esser, directeur de l'Ecole de Gœttingue. Quelle n'était pas sa surprise, pratiquant, en 1879, l'autopsie d'un sujet ayant succombé dans le marasme à une inflammation chronique du poumon avec carie costale, abcès dorsaux, etc., de retrouver dans le pus des trajets fistuleux les granulations blanc jaunâtre caractéristiques de la présence de l'acti-

(1) *Jahresbericht*, 1879, et *Deutsch. Zeitsch.*, etc., 1879, v. V, p. 33.

(2) *Giornale di med. veter.*, etc., et *Journal de médecine vétérinaire*, 1880, *Revue italienne* par Cornevin.

©BIU Santé

nomycète du bœuf, qu'au surplus l'examen microscopique lui démontra d'une manière irréfragable? Le parasite pathogène de la tumeur maxillaire du bœuf, affection locale et généralement bénigne, trouvait donc chez l'homme un terrain favorable à sa généralisation et déterminait une maladie infectieuse d'un caractère particulier. Quelques jours après, Ponfick développait ces idées dans un travail présenté, avec pièces à l'appui, au Congrès des chirurgiens, sous ce titre : *Sur une forme particulière du phlegmon vertébral* (1).

Or, il était lui-même amené à ranger dans le domaine de l'actinomycose de l'homme, deux faits singuliers publiés un an auparavant par James Israël, sans grand écho de l'opinion, et présentés par cet auteur comme une forme spéciale de pyohémie sous la dépendance d'un parasite végétal (2). De ces deux cas personnels, J. Israël en avait rapproché un troisième, dû à Langenbeck.

Langenbeck, en effet, prenant connaissance des observations et des préparations de J. Israël, n'avait pas hésité à reconnaître trait pour trait ce qu'il avait vu lui-même trente ans auparavant, à Kiel (1845), dans un fait dont il n'avait pas saisi alors toute la signification.

Et ce n'était pas là une de ces assertions vagues, comme il peut en être articulé, non par les moins compétents ni les moins sincères, dans le désir de prendre date. L'observation de Langenbeck est très nette et les planches qui l'accompagnent ne laissent planer aucun doute. De même aucune hésitation possible sur l'absolue identité du champignon vu par Israël, et l'actinomycète de Bollinger et Ponfick. La description organographique d'Israël est peut-être même, par certains côtés, plus complète que celle de Harz et Ponfick. Il a vu et représenté le mycélium, les agglomérats discoïdes du champignon et les bouquets de conidies avec une précision qui ne laisse rien à désirer. Aussi s'est-il cru fondé à revendiquer, dans l'histoire de l'actinomycose, mieux que cette place secondaire et effacée où l'a relégué Ponfick dans sa *Monographie de l'actinomycose chez l'homme*, mémoire publié avec un grand retentissement par le professeur de Breslau, à l'occasion du jubilé professoral de Virchow (3). Cette querelle a fait verser des flots d'encre (4); elle n'est pas encore éteinte. Nous avons pris connaissance de toutes les pièces du procès, des travaux publiés, de la polémique engagée. Les droits de priorité d'Israël nous paraissent indiscutables. Il ne lui a manqué, comme il le dit très bien, que les références d'un botaniste pour donner au champignon qu'il a si bien vu cette étiquette qui a fait fortune, et à la maladie le nom qui restera. Ponfick a établi l'identité du parasite chez l'homme et chez le bœuf; il garde l'honneur d'une intuition plus large et plus compréhensive de l'affection, de vues étiologiques plus précises, du premier travail d'ensemble sur une question neuve.

II

Au moment de la publication de son travail, Ponfick arrivait, en ajoutant 5 observations personnelles (5) à celles d'Israël, de Rosenbach et de Partsch, à un total de 16 observations d'actinomycose chez l'homme, d'une valeur inégale. Aussi pouvait-on juger prématurée toute tentative de syn-

(1) *Ueber eine eigenthumliche F.*, etc. — *Berl. klin. Woch.* 1879, p. 347.

(2) *Neue Beobacht. auf dem Gebiete der Mykosen d. Menschen.* — *Virchow's Archiv.* 1878, v. LXXIX, p. 15.

(3) *Die Actinomykose des Menschen, eine neue Infectionskrankheit*, etc. — Berlin, 1882.

(4) Voir J. Israël. *Virchow's Arch.*, 1882, v. LXXXVII, p. 364, et v. LXXXVIII, p. 191. — Ponfick, *id.*, v. LXXXVII, p. 541, et v. LXXXVIII, p. 195, etc.

(5) Les observations cliniques de ces 5 cas sont dues à Janicke, Partsch, Spitz et Unverricht.

©BIU Santé

thèse clinique et anatomique, qu'il n'abordait qu'avec la plus grande réserve.

Quelques nouveaux cas ont été vus en Allemagne et en Italie.

En rapportant, il y a quelques mois, à la section de chirurgie du 56e Congrès des naturalistes et médecins, à Fribourg en Brisgau, une dernière observation, Middeldorpf ajoutait qu'on en connaissait aujourd'hui 23 cas.

Nous avons pu les réunir; l'exposition sommaire des plus significatives nous paraît la préface obligée de la description de la maladie dans ses grands traits, telle qu'elle ressort, à ce jour, de ces observations mêmes.

Au cours de la discussion soulevée par les premières communications, Esmarch avança avoir observé personnellement 2 cas de *mycose* chez l'homme, dans la région maxillaire. Il est regrettable qu'il n'ait pas suivi l'exemple de Langenbeck et donné au moins le sommaire de ces observations, perdues, en l'état, pour l'histoire de l'actinomycose de l'homme.

I. — Langenbeck, 1845 (1). Homme admis à l'hôpital Frédéric de Kiel dans le dernier degré du marasme et sans connaissance. Dyspnée et symptômes de pleurésie; sclérose dorso-lombaire. Plusieurs fistules rendent un pus séreux, d'une odeur infecte, mêlé d'une grande quantité de granulations du volume d'une graine de pavot, qu'on prit pour des masses tuberculeuses ramollies, et au centre desquelles on trouva les champignons décrits. Mort par œdème pulmonaire. A l'autopsie, pleurésie séro-purulente diaphragmatique gauche. Indurations disséminées des deux poumons sans tubercules. Carie des corps vertébraux depuis les dernières vertèbres dorsales jusqu'au promontoire. Cavité kystique de la première vertèbre lombaire contenant un séquestre et de nombreux champignons.

II. — J. Israël, 1878 (2). Femme de 39 ans; début il y a dix mois, à la suite d'un trauma de la poitrine. Douleurs dans les membres, accès de fièvre, frissons. Toux et crachements de sang. Apparition d'une tumeur au côté gauche du thorax, puis une vingtaine d'abcès, successivement, au mollet, à l'épaule, au cou, etc. Ouverture au bistouri. Pus très odorant; nodosités caractéristiques. Teint cireux; grande faiblesse; matité pulmonaire correspondant à l'abcès pectoral; peu de phénomènes d'auscultation; pas de toux. On se croirait en présence de la pyémie ou de l'endocardite ulcéreuse. A l'autopsie, pleurite généralisée; péricardite adhésive; nombreuses cavités dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche, à parois tapissées de nodosités muriformes, caractéristiques, avec pneumonie interstitielle pigmentaire; carie costale correspondante. Autre petit abcès péri-pleural, à droite, riche en granulations. Abcès de même nature des reins et de la rate.

III. — J. Israël, 1878 (3). Fillette de 9 ans. Petit abcès périostique de la mâchoire inférieure, répondant à la troisième molaire cariée. Incision de l'abcès à la peau. Issue d'un pus grumeleux renfermant de nombreux champignons qu'on retrouve encore dans le canal des racines de la dent enlevée.

IV. — Ponfick, 1879 (4). Homme de 45 ans, mal remis d'une pleurésie gauche ancienne. Depuis six mois, violentes douleurs du dos et des reins; abcès du dos; trajets fistuleux multiples; condensation de la partie inférieure du poumon gauche. Pleurite exsudative terminale à droite, avec péricardite. A l'autopsie, phlegmon prévertébral correspondant au médiastin postérieur. Double foyer péri-pleurétique à gauche et à droite, en arrière

(1) *Virchow's Arch.*, 1878, v. LXXIV, p. 15.
(2) *Virchow's Arch.*, 1878, v. LXXIV, p. 15.
(3) *Virchow's Arch.*, 1878, v. LXXIV, p. 15.
(4) *Loc. cit.*, p. 7.

©BIU Santé

des septième, huitième et neuvième espaces intercostaux, communiquant par de nombreux trajets fistuleux avec des foyers du long dorsal, des muscles de l'épaule, sous-cutanés du dos. Vieille hépatisation de la partie inférieure du poumon gauche avec adhérences. Péricardite récente fibrino-purulente. Carie des incisives inférieures et de la canine droite.

V. — Ponfick, 1879 (1). Femme de 61 ans. Depuis un an, tumeur douloureuse de l'hypogastre, plus saillante à droite. Un abcès se fait jour. Drainage d'un foyer profond. Deux mois avant la mort s'ouvre un deuxième abcès de la fosse iliaque gauche. Péritonite; mort dans le marasme avec des symptômes d'embolie pulmonaire. Carie prévertébrale superficielle, depuis la troisième lombaire jusqu'à la première sacrée, point de départ des abcès iliaques. Périty phlite adhésive. Emphysème pulmonaire. Carie de plusieurs dents.

VI. — Ponfick, 1879 (2). Femme de 45 ans. Trois ans avant la mort, à la suite d'une blessure du pouce droit, tuméfaction douloureuse du bras. Alternatives en bien et en mal de ce côté; affaiblissement général à la suite. Neuf mois avant la mort, tumeur douloureuse du dos, du cou, s'abcédant et laissant plusieurs ouvertures fistuleuses. Symptômes thoraciques ultimes. A l'autopsie, une fistule du cou mène à un foyer purulent prévertébral, et une végétation muriforme (parasitaire) a pénétré dans la veine jugulaire. Tumeur de même nature, de la grosseur d'une pomme, dans l'oreillette et le ventricule; petites productions analogues dans le myocarde et la cavité du péricarde. Péricardite calleuse adhésive. Nombreux foyers semblables dans les deux poumons. Pleurite exsudative double. Infarctus hémorrhagiques récents du lobe pulmonaire inférieur droit. Foyers d'actinomycose dans la rate et le lobe occipital droit.

VII. — J. Israël, 1879 (3). Femme de 24 ans; a souffert d'une affection aiguë du poumon gauche. Péripleurite lente, insidieuse; abcès multiples. Résection costale. Abcès de la cuisse, de la jambe, des lombes. Pleurésie droite. Albuminurie; mort au bout de six mois. Un grand nombre de foyers pulmonaires purulents contenant des conglomérats de champignons. Phlegmon péripleural gauche. Infiltration purulente du diaphragme. Abcès rétro-péritonéal le long des apophyses transverses des vertèbres lombaires, avec issue à l'extérieur à travers les carrés des lombes. Productions métastatiques du foie. Dents saines. On trouve des colonies d'actinomycètes dans les lacunes des amygdales.

R. LONGUET.

(*A suivre.*)

(1) *Loc. cit.*, p. 14 et 16.
(2) *Loc. cit.*, p. 14 et 16.
(3) *Virchow's Archiv.*, 1879, v. LXXVIII, p. 421.

BIBLIOTHÈQUE

HYGIÈNE DES SAISONS, par M. le docteur P. FOISSAC. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1884; in-8° de 275 pages.

M. Foissac a 80 ans bien sonnés, car, s'il en faut croire le Dictionnaire Vapereau, il serait né en 1801; il a été, pendant 55 ans, un médecin fort occupé; il a produit un grand nombre d'ouvrages de longue haleine, et il a conservé, au delà des limites ordinaires de la vie, son activité physique et intellectuelle. Je lui adresserai donc la prière que j'ai adressée à plusieurs savants, nos contemporains, comme lui remarquables par l'intégrité de leur santé et de leurs facultés, malgré leur grand âge. Il devrait rédiger, par le menu, sa propre observation; — nous ne lui demandons pas de confessions, —

© BIU Santé

nous dire quelles ont été, aux différentes époques de sa carrière, ses habitudes sous le rapport des vivres, du travail, de l'exercice, du sommeil, etc., etc. Rien ne l'empêcherait d'adopter, pour nous donner méthodiquement tous les détails désirés, l'ancienne classification en *circumfusa*, *ingesta*, *applicata*, *gesta*, etc., dont il se déclare partisan dans le livre dont nous avons à parler. Il pourrait même y joindre ce qui a trait aux *habitata*, division nouvelle qu'il propose d'ajouter aux autres. Cela fait, nous n'aurions pas un traité d'hygiène, « une hirondelle ne fait pas le printemps, » disent les gens de mon pays ; mais nous en aurions le commencement, et j'imagine que si l'on possédait, par exemple, cent observations ainsi détaillées d'hommes ayant vécu près d'un siècle sans infirmités ; si ces observations concordaient sous le rapport des règles principales de conduite et de régime, il y aurait bien des chances pour que ces règles fussent suivies par les personnes désireuses d'arriver au même résultat. Je devrais dire qu'elles le seraient par tout le monde, car tout le monde me paraît se préoccuper incessamment d'hygiène. Il est même singulier que les plus détestables habitudes prennent l'hygiène pour prétexte. Avez-vous quelquefois regardé des ouvriers chez le marchand de vins ? On leur emplit jusqu'aux bords de grands verres d'une boisson rouge ; ils les vident d'un trait. La boisson, fût-elle bonne, ils ne la sentiraient pas ; mais elle est détestable. Pourquoi la prennent-ils ? Ce n'est point par gourmandise ; interrogez-les. Ils vous répondront que c'est pour se fortifier. S'ils boivent du vin blanc, le matin, à jeun, c'est pour « tuer le ver » ; de l'absinthe, c'est pour se donner de l'appétit ; de l'eau-de-vie, c'est pour faciliter la digestion ; si tant de personnes se calfeutrent dans des espaces confinés, souvent infects, où l'air est effroyablement vicié, c'est pour éviter les courants d'air, sources de toutes les maladies ; si les étudiants en médecine fument, c'est pour neutraliser les miasmes de l'amphithéâtre, etc. Je n'en finirais pas. A notre époque, il n'est pas un travers, pas un vice, pas une bêtise qui ne s'abrite sous l'invocation de l'hygiène.

Je ne prétends pas que ce soit la faute de l'hygiène, mais cela vient peut-être de ce que l'hygiène basée sur l'observation sérieuse, précise, scientifique, n'existe que dans une très faible mesure. Ceci demande explication. Je dis donc que certaines parties de l'hygiène, celles, entre autres, qui dérivent des données positives de la physiologie, sont d'une certitude absolue. Ainsi, pour la quantité d'aliments qui représentent la ration d'entretien ; pour la quantité de mètres cubes d'air qui sont nécessaires à la respiration dans un temps donné, etc., nous savons exactement à quoi nous en tenir. Ici, les prescriptions de l'hygiène sont impératives, sous peine de mort, ou sous peine de maladie immédiate. Mais, la plus grande partie de ce qui constitue la règle détaillée de nos habitudes, de notre conduite, etc., ne repose que sur des légendes non vérifiées et paraît souvent fort arbitraire. N'est-ce pas cette même opinion qu'a exprimée M. le docteur Foissac dans le passage suivant. Il énumère les ouvrages d'hygiène qui ont précédé le sien : « On peut citer, dit-il, parmi les plus complets, les traités de nos contemporains Londe, Rostan, Becquerel, Michel-Lévy, tous, hélas ! morts jeunes, et qui ont donné par leur exemple un démenti aux théories les plus ingénieuses. »

On ne pourrait adresser le même reproche à M. Foissac. J'insiste donc pour qu'il nous donne son auto-observation. Nous avons déjà celle de Cornaro. Qu'y a-t-il de plus intéressant, et pourquoi ne pas continuer la série ?

Le volume dont il s'agit aujourd'hui est in-8°, ai-je dit tout en commençant. Il porte pour titre : *Hygiène des saisons*, et il compte 275 pages. Mais c'est seulement à la page 195 que le sujet proprement dit est abordé par l'auteur. Je suis loin de m'en plaindre ; 80 pages bien remplies des généralités les plus utiles à connaître sur l'hygiène des saisons, c'est assez. Et quand ces généralités revêtent un caractère en quelque sorte personnel par le long contrôle que leur a fait subir l'auteur, au moyen de la méditation, de l'observation et d'immenses lectures, c'est beaucoup.

Le reste du volume, c'est-à-dire un peu plus des deux tiers, est occupé par des considérations sur la médecine du plus haut intérêt, et par une étude des préliminaires de l'hygiène, qui constitue le résumé de tout ce qu'il importe de savoir sur cette division des sciences médicales.

Les considérations générales sur la médecine comprennent, entre autres paragraphes remarquables, l'histoire de la campagne contre l'homœopathie, soutenue dans ce journal même, il y a vingt-cinq ans environ, par MM. Béhier, Gallard et Richelot ; et l'histoire des résultats obtenus à la Maison d'éducation de Saint-Denis, sur la santé des pensionnaires, par les médications différentes employées successivement.

M. le docteur Foissac a été médecin en chef de l'institution pédagogique de la Légion d'honneur de 1870 à 1879 inclusivement.

Ces résultats sont mis en lumière par le tableau des journées de présence des élèves à l'infirmerie pendant quarante ans, tableau dressé avec beaucoup de soin par Mme la

©BIU Santé

directrice de l'infirmerie. On y voit que, pendant la période décennale qui commence à 1840 et finit à 1849, M. Alard étant médecin en chef, le nombre des jours de maladie a été de 128,131. — De 1850 à 1859, M. Longet étant médecin en chef, le nombre des jours de présence n'est plus que de 103,140, et, de 1860 à 1869, de 104,169.

La période de 1870 à 1879, alors que M. Foissac était à la tête du service, offre une diminution progressive du chiffre des jours de maladie. Il n'y a pas une seule année, dans cette période, où les chiffres ne soient inférieurs à ceux des années antérieures dans les autres périodes ; cette infériorité est quelquefois d'un tiers et souvent de moitié.

Il est infiniment regrettable que la mort si tristement prématurée du professeur Parrot ait interrompu la régularité de ces relevés statistiques.

Toujours est-il que M. Foissac attribue à « l'hygiène thérapeutique » par lui mise en usage, la diminution des cas de maladie à la Maison de Saint-Denis, diminution d'autant plus frappante qu'elle coïncide avec l'augmentation du nombre des usines insalubres dans le voisinage :

« Ma première visite générale, dit-il, me fit constater parmi les élèves, les maîtresses et même parmi les personnes du service, un très grand nombre de constitutions débilitées, de tempéraments délicats, et une telle prédominance de l'état anémique, que je dus prescrire un traitement préventif propre à combattre ces fâcheuses dispositions, et la fréquence des maladies qui pouvaient en être la conséquence. Les médicaments les plus fréquemment prescrits, véritable hygiène thérapeutique, furent le vin de quinquina, l'huile de foie de morue simple ou créosotée, les préparations ferrugineuses, le sirop antiscorbutique simple ou iodé, un mélange d'huile de foie de morue, de vin de gentiane et de sirop d'iodure de fer, les bains, les bains de barèges artificiels, quelques eaux minérales aux repas, la gymnastique. »

Les bons effets de cette médecine prophylactique furent immédiats.

Les préliminaires de l'hygiène renferment l'historique de cette science, des considérations critiques fort intéressantes sur les diverses classifications dont elle a été l'objet, et l'exposition très savante des notions de cosmographie nécessaires pour bien comprendre le mécanisme et la succession des saisons.

Il y a de tout dans le livre de M. Foissac... il y a même des fautes typographiques trop nombreuses. Qu'il me permette, en vue d'une deuxième édition, de lui recommander notamment la lecture attentive des pages 143 à 148.

J'y ai trouvé aussi une distraction tout à fait invraisemblable. A propos de la fameuse question du « tout à l'égout », l'auteur écrit, page 113 : « Ce serait avec une douleur profonde, que nous verrions adopté le système barbare consistant à conduire à la Seine toutes les immondices d'une ville de deux millions d'habitants. Le nom du fleuve parisien ne provient-il pas de la salubrité même de son eau? » Comment en proviendrait-il? me suis-je demandé en lisant ce passage.

Là-dessus, je me suis lancé dans des recherches aussi longues qu'infructueuses sur l'étymologie des noms de *Sequana* ou de *Sagena*. Je n'ai pu aboutir qu'à l'idée de flexuosité qui s'applique au cours de la rivière et à l'idée d'enveloppement qui rappelle sa disposition autour de la primitive Lutèce. M. le docteur Foissac a-t-il été surpris par l'assonance, et s'est-il imaginé, pendant une minute d'absence, que l'on écrivait : la Saine? Le lapsus est singulier, et il est amusant.

Il y a encore, dans le livre que nous examinons, une foule d'anecdoctes extrêmement instructives qui ne sont pas un des moindres attraits de l'ouvrage. Les mots bien choisis, bien frappés y abondent. Ce n'est pas à M. Foissac qu'on peut adresser le reproche, souvent mérité par les médecins, d'avoir le goût des citations banales. Toutes celles qu'il fait sont nouvelles ou peu s'en faut, et il est rare qu'on les ait vues ailleurs que dans le texte primitif où il les a lui-même puisées. Ajoutons que la plupart des mots consignés dans son livre ont été recueillis par lui de la bouche des personnages qui les ont prononcés. Il n'est pas, je crois, dans ce siècle, un homme de quelque notoriété, que M. Foissac n'ait connu.

Son faible pour les anecdotes l'entraîne parfois au point de lui faire négliger l'art des transitions. Qu'on me laisse en citer un exemple. Dans le chapitre consacré à l'hygiène de l'hiver, à la page 202, après avoir raconté les horribles souffrances endurées par les explorateurs des mers de glace, il écrit : « La plupart des expéditions polaires n'ont d'intérêt qu'au point de vue géographique. Nous le répétons : nous sommes au nombre des curieux que toute question scientifique a le droit de passionner. C'est avec un regret amer que nous vîmes un secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, membre de l'Académie française, faire franchir le cap de Bonne-Espérance à Christophe Colomb pour aller à la découverte de l'Amérique. On demandera peut-être comment Amédée

©BIU Santé

Latour laissa insérer cette erreur grossière dans l'*Union médicale*; en voici la raison : Flourens s'était réservé la correction des épreuves qui étaient envoyées directement à l'imprimerie. »

L'anecdote est jolie; mais elle n'a aucun lien avec ce qui précède. Il lui manque en outre d'être précisée par l'indication du numéro du journal où cette énormité a paru.

Causeur disert et inépuisable, esprit très cultivé, très raffiné, ayant lu, la plume à la main, tout ce qui a été écrit, doué d'une mémoire prodigieuse et d'une curiosité sans bornes, M. le docteur Foissac est le plus agréable et le plus sûr des guides que l'on puisse choisir pour explorer une partie donnée du domaine des sciences médicales. Il a tous les droits du monde à ne s'astreindre point à un ordre étroitement didactique. Rien n'attache et n'excite comme l'imprévu. Du moins, c'est ce que m'a fait éprouver l'*Hygiène des saisons*, et si j'ai un peu tardé à rendre compte de ce livre, c'est que je l'ai lu. — M. L.

REVUE DES JOURNAUX

Extraits de la Revue de médecine (octobre, novembre et décembre 1883).

(Suite.)

Étude critique et clinique de la doctrine des localisations motrices dans l'écorce des hémisphères cérébraux chez l'homme, par J.-M. Charcot et A. Pitres. — Les auteurs ont réuni toutes les observations publiées jusqu'à ce jour à l'appui de la doctrine des localisations, ainsi que les quelques faits en apparence contradictoires. Leurs conclusions sont qu'il faut diviser l'écorce en zones non motrice et motrice ; les lésions destructives de la première ne provoquent jamais de paralysie permanente ; celles de la seconde provoquent toujours des lésions permanentes du côté opposé du corps. La zone motrice comprend seulement les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et le lobule paracentral. Les hémiplégies *totales*, d'origine corticale, sont produites par des lésions *étendues*, les paralysies partielles par des lésions limitées de ces circonvolutions. Les monoplégies brachio-faciales coïncident avec la lésion de la moitié inférieure des circonvolutions ascendantes ; — brachio-crurales, moitié supérieure de celles-ci ; — faciales et linguales, extrémité inférieure de la frontale ascendante ; — brachiales, tiers moyen de la frontale ascendante ; — crurales, point limité du lobule paracentral. Totales ou partielles, les lésions destructives de la zone motrice s'accompagnent après un certain temps de contracture secondaire des muscles paralysés et de dégénérations descendantes du faisceau pyramidal. Les lésions irritatives de l'écorce peuvent donner lieu à des convulsions épileptiformes (épilepsie partielle, jacksonnienne). Ces convulsions débutent par une aura motrice et peuvent se généraliser ou rester limitées à une moitié du corps (hémispasme) ou à un seul groupe musculaire (monospasme). Les lésions susceptibles de provoquer des symptômes épileptiformes siègent en général dans le voisinage de la région corticale, dont la destruction coïncide avec la paralysie des groupes musculaires primitivement convulsés au début de l'accès, sans qu'il y ait entre la forme de l'épilepsie partielle et la topographie de sa lésion corticale provocatrice de rapport constant comme entre les paralysies d'origine corticale et le siège des lésions destructives qui les produisent.

En regard de plusieurs centaines d'observations concordantes sur lesquelles est fondée la doctrine des localisations, il n'existe pas encore une seule observation contradictoire démonstrative. Les faits donnés comme contradictoires pèchent tous sans exception, ou parce qu'ils se rapportent à des cas complexes (lésions multiples, diffuses, tumeurs) ou parce qu'ils ne sont pas accompagnés de détails suffisants.

Cancer primitif enkysté du foie, cancer secondaire des lymphatiques des ganglions du hile et de la veine porte, par G. Hayem et A. Gilbert. — Outre qu'elle mentionne une triple rareté pathologique, la localisation primitive de cancer sur le foie, l'enkystement du cancer et la carcinose secondaire des branches et du tronc de la veine porte, cette observation semble indiquer que, contrairement aux faits connus, la propagation du carcinome hépatique à la veine porte n'a pas eu lieu directement par continuité de tissus, mais indirectement par la voie des lymphatiques.

Faits cliniques et expérimentaux pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose, par L. Landouzy et H. Martin. — Dans plusieurs séries d'expériences, la tuberculose a été dé-

©BIU Santé

terminée chez des cobayes par l'inoculation de parcelles de placenta de femmes et de femelles tuberculeuses, de fragments de fœtus de femme tuberculeuse et enfin de sperme de cobayes tuberculeux; il semble donc que la transmissibilité héréditaire tuberculeuse soit possible autrement que par le terrain; à côté de l'hérédité du terrain, il y a place pour l'hérédité de la graine. Si l'on peut naître prédisposé à la tuberculose et tuberculisable, on peut encore naître tuberculisé aussi bien que syphilisé.

Contribution à l'étude de l'hémichorée symptomatique dans les lésions corticales, par M. Marboux. — Une observation d'hémichorée simple sans mélange d'hémiplégie et d'hémianesthésie, la constatation à l'autopsie d'un foyer de ramollissement et d'hémorrhagie intéressant un peu la partie postéro-externe de la couche optique et la queue du corps strié, mais intéressant surtout la capsule interne, dans le pied de laquelle il siégeait en plein, semble venir à l'appui de l'opinion émise par M. Charcot et son élève Raymond : « L'hémichorée symptomatique dans les cas observés jusqu'à présent et dans les faits expérimentaux résulte d'une lésion d'un faisceau particulier du pied de la couronne rayonnante, faisceau placé en avant, en dehors du faisceau sensitif et en rapport avec la partie postérieure de la couche optique qu'il couvre de ses fibres. »

Contribution à l'étude de la maladie de Thomsen, par Pierre Marie. — Pour compléter un travail récent publié en collaboration avec G. Ballet, sous l'inspiration de M. Charcot, M. Marie relate un nouveau cas de cette affection qui est constituée, comme on sait, par des spasmes musculaires apparaissant au début des mouvements volontaires et se dissipant par la répétition même de ces mouvements, qui semble congénitale et héréditaire, et qui s'accompagne le plus souvent d'une augmentation de volume des masses musculaires. Le cas publié par M. Marie présente en outre des symptômes tout à fait spéciaux, phénomènes convulsifs débutant par les membres du côté droit et s'étendant même à la face pour atteindre, mais d'une façon moins marquée, le côté gauche. L'analogie de ces phénomènes avec l'épilepsie partielle porte M. Marie à se demander si ce fait doit être considéré comme un cas de maladie de Thomsen avec symptômes convulsifs spéciaux dépendant de cette maladie même ou coïncidant avec des phénomènes de nature comitiale, ou s'il s'agit seulement d'une forme de mal comitial dans laquelle les spasmes musculaires qui s'observent quelquefois chez les épileptiques ont pris un développement beaucoup plus considérable.

CORRESPONDANCE

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans l'article que l'*Union médicale* a publié récemment : « Les nouveaux réactifs de l'albumine dans les urines et leur valeur clinique comparative », diverses objections ont été faites, d'après le docteur James Tyson, à l'emploi du réactif que j'ai proposé il y a déjà quatorze ans. En effet, selon le médecin américain, il faudrait, avant de verser le réactif, aciduler préalablement l'urine, ce qui ne serait, il est vrai, qu'un léger inconvénient; on aurait à craindre, en outre, la redissolution du précipité dans un excès d'albumine, ce qui serait plus grave; enfin, le réactif précipitant aussi les peptones et les alcaloïdes, on ne serait jamais sûr, en voyant l'urine précipiter par le réactif, si c'est à de l'albumine, à des peptones ou à des alcaloïdes qu'on a affaire. C'est à ces objections qui, si elles étaient fondées, enlèveraient au réactif à peu près toute sa valeur, que je viens vous demander la permission de répondre.

Commençons d'abord par rappeler la véritable formule du réactif, ce sera d'autant plus nécessaire que dans le travail de M. Tyson elle a été rapportée très inexactement :

Bichlorure de mercure.	1 gr. 35
Iodure de potassium.	3 gr. 32
Acide acétique.	20 centim. cubes.
Eau distillée.	q. s. pour faire 100 cent. cubes.

Comme on le voit, la composition de cette liqueur est telle que l'acidulation préalable de l'urine est tout à fait inutile. Et comme le composé actif qui se forme par la réaction des deux sels n'est que de l'iodure double de mercure et de potassium, c'est bien à tort quon appellerait cette liqueur *chloro*-iodurée...., puisque le chlorure de potassium n'y joue absolument aucun rôle.

Le premier, j'ai signalé la solubilité du précipité dans un excès d'albumine, mais aussi son insolubilité en présence d'un excès du réactif. C'est pourquoi j'ai recommandé

©BIU Santé

rexpressément d'employer toujours un excès de ce dernier; autrement dit, d'en verse dans l'urine tant que le trouble ou le précipité augmente. Dans ces conditions, la précipitation de l'albumine est complète et sa redissolution dans l'urine est impossible.

Quant aux causes d'erreur dues à la présence possible d'alcaloïdes ou de peptones dans l'urine, elles sont des plus faciles à éviter. En effet, les précipités que donne l'iodure double de mercure et de potassium avec les peptones ou les alcaloïdes se redissolvent si on chauffe le tube qui contient l'urine, et celle-ci redevient alors limpide. Par refroidissement, elle se trouble peu à peu et le précipité se reforme. Ces précipités étant aussi très solubles dans l'alcool, il suffit d'ajouter un peu de celui-ci à l'urine qui a précipité par le réactif, pour que le précipité disparaisse s'il est dû à des peptones ou à des alcaloïdes. Mais si, au contraire, il est albumineux, il persiste par la chaleur ou l'addition d'alcool.

Ainsi, quand une urine précipite ou même simplement se trouble par mon réactif employé en excès, et que ce trouble ne disparait pas quand on chauffe l'urine ou qu'on y verse de l'alcool, on peut affirmer que l'urine contient de l'albumine.

Arrivons maintenant à la sensibilité du réactif D'après mes premières appréciations, il accusait 5 centigrammes d'albumine par litre; c'est, on le voit, au même résultat que M. Tyson est arrivé (1/20,000); mais si, au lieu de verser sans précaution le réactif dans l'urine, on fait couler goutte à goutte l'urine sur le réactif déposé au fond du tube selon la pratique du professeur Bouchard, alors on peut arriver à décupler la sensibilité du réactif. En effet, d'après l'épaisseur et la couleur du disque qui se forme à l'intersection des deux liquides, non seulement il décèle, mais même il dose des quantités extrêmement minimes d'albumine, soit quelques milligrammes par litre. Ceux que cette dernière question intéresserait trouveront exposé avec détails, dans l'intéressante thèse de M. Capitan *Sur les albuminuries transitoires*, ce nouveau procédé de recherches de faibles quantités d'albumine dans l'urine.

Agréez, etc.

C. TANRET.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mars 1884. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de la guerre adresse un exemplaire du tome II des *Archives de médecine et de pharmacie militaires*.

La correspondance non officielle comprend un mémoire de M. le docteur Eustache (de Lille) intitulé : *Etude sur les lochies dans l'état normal et les états pathologiques*.

M. Jules GUÉRIN présente, de la part de M. le docteur William Hunter, chirurgien général de l'armée anglaise en Egypte, le rapport général sur l'épidémie de choléra qui a régné dans ce pays; 2° de la part de M. Bouisson, professeur et doyen honoraire de la Faculté de Montpellier, une brochure intitulée : *Etude historique et critique sur le ome Ier des recherches de M. Jules Guérin sur les difformités congénitales chez le monstre, e fœtus de l'enfant*.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, au nom de M. le docteur Maro, un nouvel inhalateur qui consiste essentiellement en un ventilateur mis en mouvement par un mécanisme d'horlogerie.

M. CHATIN présente : 1° au nom de M. le docteur Léon Périer (de Bordeaux), une note sur un appareil pour le dosage de l'urée; 2° de la part de M. le docteur Antonin Bossu, un exemplaire de la 4e édition d'un ouvrage intitulé : *Botanique et plantes médicinales*.

M. BAUDRIMONT, au nom de la Société des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

M. le docteur CHARPENTIER lit un travail intitulé : *De l'emploi du sulfate de cuivre en obstétrique*. Voici les conclusions de ce travail :

1° Le sulfate de cuivre employé en solution au 1/100e est un antiseptique de premier ordre et qui peut rendre en obstétrique des services signalés.

2° Absolument inoffensif pour les malades, d'un prix très modéré, d'un maniement

©BIU Santé

facile, il joint aux avantages d'être un antiseptique très puissant, ceux d'être un désinfectant pour ainsi dire instantané.

3° Qu'il soit employé sous forme d'injection vaginale ou d'injection intra-utérine, son innocuité est absolue.

4° Le sulfate de cuivre jouit de propriétés astringentes et coagulantes, telles qu'il pourra peut-être un jour être substitué comme hémostatique au perchlorure de fer, sur lequel il a la supériorité de ne pas salir les plaies.

5° La solution à employer doit être la solution au 1/100e chauffée à la température de 36 à 38 degrés centigrades.

6° L'usage de la solution peut être continué pendant les huit ou dix premiers jours, à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures, sans que cela détermine chez les malades autre chose que l'abaissement de la température, la diminution de la fréquence du pouls, c'est-à-dire une amélioration rapide et incontestable.

7° Les chirurgiens ont tout intérêt à essayer cet antiseptique qui, dans un certain nombre de circonstances, et, en particulier, dans les cas de thrombus volumineux de la vulve, nous a permis d'obtenir la guérison et la réparation du foyer sans une goutte de pus. Dans un cas d'abcès fétide de la cloison uréthro-vaginale, il a supprimé tout à la fois du jour au lendemain la fétidité et les symptômes généraux, résultant de l'infection putride, alors que les solutions phéniquées avaient échoué.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur le rapport de M. Blanche relatif à la loi des aliénés.

M. Ball prononce un discours ayant pour but de démontrer la nécessité de réformes dont l'esprit général peut se résumer en ces termes :

L'institution du concours à tous les degrés est le complément nécessaire d'une bonne organisation de l'enseignement de la pathologie mentale.

« Des renseignements dignes de foi, dit M. Ball, me permettent d'ajouter que la commission sénatoriale favorise déjà des projets qui donneront satisfaction dans une certaine mesure aux idées que je viens de défendre devant vous. Le vent enfle donc nos voiles et tout vous convie, Messieurs, à donner la sanction de votre autorité aux mesures libérales qui sont assurées d'avance de l'approbation publique. »

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Des médailles d'argent sont décernées aux docteurs en médecine dont les noms suivent, pour le succès avec lequel ils ont soutenu leur thèse pendant le cours de l'année scolaire 1882-1883 :

M. Boucher : La Salpêtrière de 1656 à 1790. — M. Bouley : Etude historique, expérimentale et clinique de la taille hypogastrique. — M. Germont : Contribution à l'étude des néphrites expérimentales. — M. Leblond : Etude physiologique et thérapeutique de la caféine. — M. Leclerc : Contusions et néoplasmes. — M. Martin (A.-J.) : L'administration sanitaire civile à l'étranger. — M. Miquel : Des organismes vivants de l'atmosphère. — M. Ramonot : La syphilis chez les scrofuleux. — M. Ramonède : Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée. — M. Roux : Des nouvelles acquisitions de la rage.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pierre Lebled décédé à Rochecorbon, le vendredi 22 février 1884 dans sa soixante-douzième année, et de M. François-Etienne Leroy, interne des hôpitaux de Nancy, élève du service de santé militaire qui vient de succomber à une fièvre typhoïde contractée dans son service hospitalier.

Société de médecine de Paris. — Séance du 8 mars 1884. — *Ordre du jour :* 1. Discussion sur la faradisation utérine. — 2. M. Apostoli : Note sur un pessaire. — 3. MM. Fraigniaud et Thevenot : Rapports sur les candidatures de MM. Pineau et Pasquier au titre de membre correspondant. — 4. Communications diverses.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

© BIU Santé

Sommaire

I. R. Longuet : L'actinomycose. — II. E. Lévêque : Etranglement de l'intestin grêle à travers une déchirure du mésentère à son insertion antérieure. — III. Sociétés et Académies savantes : Académie des sciences. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causeries.

L'Actinomycose (1).

VIII. — Ponfick, 1880 (2). Homme de 45 ans. Début à la suite de l'extraction de la dernière molaire droite postérieure. Tuméfaction au niveau de l'articulation temporo-maxillaire droite, s'étendant à la face et au cou. Resserrement des mâchoires ; difficultés de la mastication et de la déglutition. Inanitiation. Succession ininterrompue d'abcès de la région et de fistules persistantes. Mort par épuisement. A l'autopsie, transformation fibreuse des muscles de la mâchoire, criblés de foyers purulents à parois granuleuses. Foyer prévertébral purulent, depuis l'atlas jusqu'à la quatrième vertèbre dorsale, avec productions ostéophytiques. Arthrite suppurée double atloïdo-occipitale, et temporo-maxillaire droite. Apophyse basilaire et grande aile du sphénoïde rongées par des foyers d'actinomycose, et, par places, dans toute leur épaisseur. Thrombose ancienne des deux jugulaires internes. Infiltration caséeuse disséminée des poumons. Ulcérations intestinales. Dégénérescence amyloïde de la rate, des reins, du foie.

IX, X, XI, XII. — Rosenbach, 1880 (3). Ces quatre observations, presque identiques, se rapportent à des foyers d'actinomycose localisés à la région du maxillaire inférieur, avec fusées du côté de l'os malaire ou du cou, issue d'un pus discret, séreux, contenant des granulations, et dont l'origine dentaire est bien établie.

XIII. — Ponfick, 1881 (4). Homme de 23 ans. Début, il y a un an, par une

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 6 mars 1884.
(2) *Loco cit.*, p. 23 et 31.
(3) *Centralbl. f. Chirurg.* 1880, n° 15.
(4) *Loco cit.*, p. 23 et 31.

FEUILLETON

CAUSERIES

La question soulevée ces jours-ci dans la presse médicale, à propos de médecins intéressés comme actionnaires à l'exploitation des sources thermales, touche à cette particularité de notre profession, en vertu de laquelle le médecin ne jouit plus des mêmes droits que le commun des mortels, dès qu'il s'agit des bénéfices qu'il peut retirer de son art. Que ce soit bien ou mal, juste ou injuste, il n'y a pas à le discuter; il faut prendre, sur ce point, nos scrupules et les préjugés du public tels qu'ils sont, et nous y conformer d'autant plus volontiers que si nous y perdons matériellement, nous y gagnons moralement.

Tout ce qu'on nous permet, c'est de vivre de notre métier; et encore n'est-ce là qu'une tolérance très limitée, dont nous ne devons user qu'avec la plus grande discrétion. Aussitôt que l'un des nôtres, s'élevant au-dessus de la masse, s'avise de faire fortune par les moyens les plus légitimes, le public se venge de cette usurpation en racontant des histoires comme celles qui circulent sur toutes les célébrités médicales ou chirurgicales de notre époque, et qui représentent les uns extorquant des sommes fabuleuses au pauvre monde pour un travail insignifiant, les autres mystifiés par d'aimables farceurs qui mettent une liasse de billets de banque dans un portefeuille, et en retirent malicieusement ce qui dépasse le chiffre d'honoraires demandé par le praticien.

Dans le fond de sa pensée, le public ne comprend pas très bien que nous nous fassions payer; passe encore pour les chirurgiens, qui travaillent de leurs bras, et ont

©BIU Santé

douleur aiguë du côté gauche, des vomissements, de l'expectoration. Guérison; récidive trois mois avant la mort. Dyspnée. Douleur dans tout le côté gauche de la poitrine; faiblesse; œdème des jambes, puis anasarque généralisée. Abcès du dos; ouverture, deux jours avant la mort, d'un foyer qui mène sur la onzième côte cariée. Toute la maladie a été presque apyrétique. Vaste foyer prévertébral, en partie rétro-pleural (à la hauteur des huitième et dixième côtes), en partie rétro-péritonéal (deux dernières côtes, rein gauche). Le diaphragme, plusieurs fois perforé, adhère intimement à la rate. Poumon gauche comprimé par le foyer purulent, poumon droit par un hydrothorax. Noyaux de broncho-pneumonie à gauche. Ulcération laryngée. Nombreux foyers d'actinomycose dans les muscles dorsaux, intercostaux, le psoas gauche, le myocarde gauche, la rate. Foie gras. Reins contractés et calcifiés. Trichinose guérie.

XIV. — Partsch, 1881 (1). Le malade a vu croître, depuis trois mois, une tumeur de la grosseur d'un pois au-dessus de l'angle de la mâchoire à droite, ayant pris peu à peu les dimensions d'un œuf de poule. Incision; il ne sort qu'une petite cuillerée d'une sérosité claire, dans laquelle baignent les nodosités caractéristiques. Râclage du foyer; ablation des tissus indurés; il y avait communication avec un autre foyer à la partie interne du masséter. Les molaires sont en partie cariées.

XV. — Partsch, 1881 (2). Femme de 34 ans. Se plaint, depuis longtemps, de douleurs de dents et de parulis récidivantes, à l'occasion des grossesses particulièrement. Il s'est développé, en 1879, une tumeur douloureuse du volume d'une noisette, à l'angle de la mâchoire. Ouverture par la peau; évacuation de granulations. Postérieurement, plusieurs petits abcès dans le voisinage et fistules suppurantes. Resserrement invincible des mâchoires; le maxillaire inférieur est très épaissi. On pratique la résection de la branche montante du maxillaire et de la moitié postérieure de la branche horizontale. Pendant que la guérison s'effectue, il s'est ouvert un petit abcès au bord extérieur du muscle sterno-mastoïdien, et plusieurs autres

(1) *Breslau aerztl. Zeitschrift.* 1881, n° 7, et *Jahresbericht* 1881.
(2) *Loc. cit.*

---

ainsi des droits à un salaire, comme les menuisiers et les couvreurs; mais pour le médecin, avec lequel tout se passe en conversation, sur quoi peut bien se baser cette rémunération, que nous dissimulons par euphémisme sous le nom d'honoraires? Voilà ce que se disent les gens qui trouvent tout naturel de nous déranger, mais fort extraordinaire de nous payer. Nous ne vendons aucune marchandise au mètre ou à la livre; c'est donc par pure complaisance qu'on nous permet de fixer un prix à nos visites, à la condition toutefois d'accepter ce prix si on veut bien nous l'offrir, mais de ne jamais le réclamer. Un négociant qui envoie sa note à la fin de l'année fait une chose toute naturelle; on s'étonne au contraire quand le médecin en fait autant, et il semble qu'il déroge lorsqu'il descend à cette préoccupation vulgaire de vouloir rentrer dans son dû. On se représente fort bien le médecin comme un homme correctement vêtu, voire même cravaté de blanc, arrivant en voiture, causant agréablement, rassurant la famille sur quelques petits bobos, promettant que tout le monde se portera bien au retour de la belle saison, tout cela avec aisance et dignité, et pour l'amour de l'art, mais non dans l'espoir d'un profit.

Nous débitons en effet des articles non cotés sur les tarifs de douanes, tels que du diagnostic, du pronostic, de l'hygiène et de la thérapeutique, denrées impondérables et sans valeur marchande. Quelle peine cela nous donne-t-il d'examiner un malade, de lui tâter le pouls, de lui regarder la langue, de formuler un traitement? Tout cela est si facile que cela ne doit rien coûter. Ce n'est pas du commerce que nous faisons, c'est de la science et de l'humanité; ne nous suffit-il pas de la considération et de la reconnaissance de nos semblables, sans nous abaisser jusqu'à des idées de lucre, indignes d'une profession aussi élevée que la nôtre?

© BIU Santé

au niveau du temporal, contenant le pus et les granulations caractéristiques.

XVI. — Weigert, 1881 (1). Homme de 35 ans. Sans cause précise, sans trauma, éprouve de la douleur dans la région des premières côtes droites. Il se développe, sans fièvre, une tumeur gagnant la base. Incision au niveau de la dixième côte; il sort un peu de pus épais, très odorant. Résection d'un fragment de côte, ramolli par des granulations et fongosités. Guérison retardée par maints incidents. Mort subite, après cinq mois de maladie. Pleurite gauche suppurée, récente, enkystée entre la troisième et la septième côte. Hépatisation du lobe inférieur avec points de ramollissement et cavitaires. Deux autres foyers dans le foie. Il y a, pour ainsi dire, continuité de processus du poumon au foie, à travers le diaphragme altéré. Péricardite fibrino-purulente. Exsudat abondant. Carie des troisième et cinquième côtes. Dégénérescence amyloïde de la rate et des reins. Dans les trajets fistuleux, amas caractéristiques d'actinomycète. On trouve, en outre, un feutrage filamenteux avec pelotonnements en spirales, soit mycélium ou première phase du développement de l'actinomycètes, soit une espèce différente se rapportant au leptothrix ou au streptothrix de Forster, que J. Ismaïl avait déjà vue; en outre, microcoques.

XVII. — Morsdorff et Birch Hirschfeldt, 1882 (2). Sous le masque d'une pleuro-pneumonie, puis d'une pleurésie enkystée, amaigrissement rapide, frissons, fièvre; ouverture de nombreux abcès au côté droit et dans le dos; fistules intarissables aboutissant à un état marastique et à la mort en six mois. Le diagnostic d'actinomycose a été posé pendant la vie. Communication des abcès supérieurs avec la cavité pleurale. Les deux tiers du poumon droit, détruits par des foyers d'actinomycose, sont transformés en un tissu caverneux, gélatiniforme, tapissé de végétations actinomycosiques. Point de foyer aux mâchoires ou aux amygdales; mais on en retrouve à la section de quelques ganglions bronchiques, à la pointe du cœur et dans le rein gauche. On a revu le leptothrix.

(1) *Virchow's Arch.* 1881, t. LXXXIV, p. 275.
(2) *Centralbl. f. d. med. Wissersch.* 1883, n° 11, et *Dresdn. Jahresb.*, etc.

Tout cela est bel et bon; mais cet idéal de désintéressement, acceptable en principe, et compatible même avec la délicatesse et la hauteur de notre mission, soulèverait plusieurs objections dans la pratique. D'abord, on ne peut pas exiger du médecin qu'il pousse le mépris des richesses jusqu'à mourir de faim; il a le droit, comme un autre, de vivre de son art. Car il n'a pas acquis pour rien le privilège d'être aux ordres du public; si son commerce n'a pas l'extrême simplicité de ceux qui consistent à se procurer à bon compte une marchandise, soi-disant de bonne qualité, et à la revendre très cher, même quand elle ne vaut rien, il n'en a pas moins dépensé du temps et de l'argent avant d'entrer dans la carrière, et c'est cette mise de fonds qu'il lui faut retrouver en consultations et en accouchements.

Il y a encore une autre raison pour que le médecin fasse payer ses visites, et même le plus cher possible. C'est l'impérieuse nécessité de mettre un frein à cette tendance du public à abuser de notre bonne volonté et de notre dévouement, et à requérir notre intervention sous les moindres prétextes. Cet empressement de nos clients à multiplier leurs rapports avec nous, est un sentiment flatteur, sans doute, mais dangereux et envahissant; et le seul moyen que nous ayons de ne pas être dérangés pour rien, c'est de mettre un prix à notre dérangement. Sans cela, combien de gens ne résisteraient pas à la tentation de nous faire venir simplement pour nous voir, s'entretenir de leur santé et se faire faire à domicile un petit cours de médecine pour leur usage personnel? Quelle grand'mère ne nous convoquerait en toute hâte, sans que bébé soit malade le moins du monde, mais simplement pour nous le montrer, et nous demander si ses couches sont louables, si nous le trouvons en bon état, s'il vient bien et si nous pensons qu'il aura bientôt sa première dent? Cette attraction funeste du client vers le médecin est sage-

©BIU Santé

XVIII. — Majocci, 1882 (1). Jeune femme de 26 ans. Début par une petite tumeur conique, furonculeuse, au niveau de l'apophyse mastoïde droite, avec un point jaunâtre au centre et une aréole rougeâtre. Suppuration profonde du cou. Abcès pectoral, fièvre forte. Mort en six jours avec symptômes de pyémie. On a retrouvé les éléments parasitaires et les granulations d'actinomycètes dans les foyers purulents et sous l'épaisseur de l'apophyse mastoïde. Abcès de même provenance du foie et des reins.

XIX. — Middeldorpf, 1883 (2). Femme de 32 ans, entrée à la Clinique avec des symptômes de péritonite; deux abcès se développent et s'ouvrent à travers la paroi abdominale. Fistules aboutissant à l'os iliaque et rendant des granulations caractéristiques. Autre abcès au sacrum. Communication de l'intestin et de la vessie avec les foyers purulents. Le traitement ne peut être que symptomatique. La malade est très bas.

III

Deux catégories de faits sont donc à distinguer : ceux où l'actinomycose évolue localement, et ceux où elle aboutit à l'infection générale de l'économie.

Dans les premiers se rangent le fait d'Israël (obs. III), un autre du même auteur que nous avons jugé inutile de rapporter, les quatre observations de Rosenbach (IX-XII) et celle de Partsch (XIV).

Il s'agit d'abcès de la mâchoire inférieure ayant généralement pour point de départ une dent cariée, fusant du côté de l'os malaire ou dans les tissus profonds du cou. Il semble qu'on n'ait affaire qu'à la périostite simple ou à un abcès froid : toutefois le pus révèle déjà des caractères particuliers, la cicatrisation est lente, il s'établit des fistules intarissables; mais la guérison est la règle. Toute l'activité du parasite s'est épuisée sur place. Eliminé dès son entrée dans l'organisme par les abcès qu'il détermine, l'économie se trouve préservée d'une infection ultérieure.

C'est là le seul point clinique commun entre l'actinomycose de l'homme et l'actinomycose du bœuf. Encore le champignon aboutit-il ici à un processus

(1) *Riv. clin. d. Bologna*, 1882, et *Jahresbericht*, 1882.
(2) *Centralbl. f. Chirurg.*, 1883, n° 44.

---

ment tempérée par la sanction pécuniaire de chacune de nos visites. On s'en aperçoit bien lorsqu'on est le médecin attitré de certains mondes, avec appointements fixes et sans rétribution individuelle; sous le couvert de cette honorable gratuité, on ne s'imagine pas à quelles épreuves est mise la patience du médecin, et quelle ingéniosité déploient les clientèles non payantes pour nous mettre à contribution.

A part ces motifs de justice et de convenances qui établissent notre droit absolu à exiger la récompense de nos peines, et à faire payer *nos lumières* comme de simples quinquets, il est certain que la profession médicale est celle qui implique au plus haut degré la pudeur de l'argent. Cela ressort de l'esprit et des termes dans lesquels le public s'occupe couramment de nos affaires. Si l'on disait par hasard qu'un épicier a donné toute sa vie du sucre gratis à ses concitoyens, ce ne serait que pour le plaindre de cette aberration et se demander pourquoi ses parents ne l'ont pas fait mettre à Charenton. S'il s'agit d'un médecin, le plus grand éloge qu'on puisse en faire est de dire qu'il soignait ses malades pour rien. C'est la plus appréciée de toutes nos qualités, et on verrait sans étonnement que ce trait fût la règle, et non pas l'exception chez nous. Il y a toujours, au contraire, une arrière pensée et quelque chose de louche dans l'appréciation du vulgaire sur les médecins qui ont de la fortune ou qui gagnent beaucoup d'argent. Cela ne nous semble pas permis. C'est au point que moi-même j'éprouverais des scrupules à m'enrichir en écrivant des feuilletons, si l'administration de l'*Union médicale* ne me mettait tout à fait à l'aise en me payant fort mal.

Il y a quelque raison, nous devons bien le reconnaître, aux ménagements qu'il faut nous imposer dans toutes les questions où nos intérêts sont en jeu. Notre discernement court assez de dangers, par les seules difficultés de notre art, pour que nous évitions

©BIU Santé

de prolifération, là de destruction. Mais c'est bien par la mâchoire que l'affection débute dans les deux cas. Il est très vraisemblable que la porte d'entrée est le plus souvent, chez l'homme, une dent cariée, éventuellement l'amygdale, très problématiquement enfin, et pour les faits du second ordre, directement le tube digestif ou les voies aériennes. Dans une seule observation (VI), le point de départ aurait été une blessure de la main.

Chez le bœuf, les dents sont généralement saines ; on est forcé d'admettre l'intrusion du parasite dans l'alvéole par le collet de la dent. (Ponfick.)

Mais la différence des réactions suscitées par le parasite, dans les faits qu'il nous reste à envisager, s'accentue au point que certains observateurs ne l'ont pas crue suffisamment justifiée par la différence des terrains, et ont supposé qu'il s'agissait de parasites voisins, morphologiquement distincts cependant (1).

Des abcès froids se développent le long du rachis à diverses hauteurs, sur la paroi thoracique, à l'hypogastre. Ouverts spontanément ou au bistouri, ils donnent une petite quantité de pus séreux, contenant des granulations caractéristiques, conglomérats de parasites, d'une odeur souvent infecte, et laissant des fistules intarissables. La lésion la plus fréquente est la carie superficielle du corps des vertèbres, et les apparences sont celles du phlegmon prévertébral (I, IV, VI, VII, VIII, XIII). Celle des côtes est commune encore (II, VII, XIII, XVI) ; plus rares les lésions du bassin (V, XIX) et de la base du crâne (VIII).

Jamais on n'a observé de suppuration osseuse des membres.

Le plus souvent on a noté tout au début des symptômes pulmonaires, pleurésie, pleuro-pneumonie ; le parasite a envahi la base du poumon ; après y avoir creusé quelques excavations, il détermine soit une pleurésie puru-

(1) Rivolta a retrouvé un champignon très voisin de l'actinomycète dans une tumeur sarcomateuse de la région scrotale du cheval, et admet en conséquence deux espèces à son genre : S. bovis et S. equi (*J. de méd. vét.*, 1880).

En général, il existe entre les travaux italiens et les travaux allemands d'assez grandes dissidences. Cazali, ayant trouvé dans l'expectoration d'une femme atteinte de bronchite putride, des conidies d'actinomycètes (*Riv. cl. de Bolog.*, et *Jahresbericht*, 1882), semble y voir surtout la cause de la fétidité de la sécrétion. Perroncito, en se basant surtout sur a non-inoculabilité (argument qui ne serait plus de mise en présence des derniers travaux) n'admettait pas une relation causale entre le parasite et la tumeur maxillaire.

---

soigneusement de compromettre la recherche de la vérité en y mêlant des attractions matérielles. Si nous pouvons être soupçonnés de prescrire à nos malades, non plus la drogue la plus avantageuse pour eux, mais la plus avantageuse pour nous, nos conseils sont immédiatement frappés de discrédit, et nous évoquons à juste titre le souvenir des industriels qui florissaient autrefois dans la ville d'Orvieto. Il ne faut jamais qu'on puisse dire au médecin : « Vous êtes orfèvre, Monsieur Josse, » car il doit avant tout rester médecin. S'il y a des bénéfices à réaliser en dehors de notre action directe auprès des malades, les pharmaciens s'en chargent, et s'en acquittent pour le mieux. Le domaine des choses médicales doit rester strictement distinct du domaine des choses médicinales. C'est le seul moyen d'éviter toute confusion avec un certain Boas, ainsi appelé sans doute parce qu'il est originaire des pays habités par les serpents du même nom, et qui vient d'être condamné pour exercice illégal de la médecine, compliqué d'escroquerie. Cet étranger prétendait guérir l'épilepsie par un breuvage mystérieux, dit *auxilium orientis*, et qui n'était que du bromure de potassium. Il est fâcheux qu'une qualification aussi heureuse que celle d'*auxilium orientis* n'ait pas conduit son inventeur à de meilleures destinées. Car c'était une jolie trouvaille que cet *auxilium orientis*, le secours de l'Orient, comme on dit *le rempart d'Auvergne* dans le monde des lutteurs. Le secours de l'Orient avait déjà pour ancêtre, en fait de consonnance alléchante, ce fameux *silphium*, qui a peut-être fait la fortune d'un certain nombre de guérisseurs, mais qui est retourné promptement dans la Cyrénaïque d'où il aurait mieux fait de ne jamais sortir. Il est vrai que dans les derniers temps, le *silphium* avait renoncé à se déranger, puisque les pilules qu'on vendait sous son nom ne contenaient plus que du sucre et de l'amidon.

Je me rangerais donc de préférence à l'opinion qui recommande aux médecins de ne

©BIU Santé

lente enkystée, soit une pleurite adhésive, et chemine par cette voie jusqu'aux côtes et aux vertèbres, puis à travers le diaphragme jusqu'au foie, à la rate et aux reins, dont l'envahissement serait plutôt le résultat d'une migration de proche en proche (comme encore celui du péricarde et du cœur) que de transports métastatiques.

Cependant ce dernier mécanisme est possible; dans l'observation VI, l'embole a été pour ainsi dire pris sur le fait. C'est aussi le seul à invoquer pour la formation des abcès sous-cutanés et intra-musculaires des membres (II), dont la suppuration a le caractère des foyers primitifs.

Ce sont les faits analogues à celui de l'observation XIX qui peuvent autoriser à admettre que la porte d'entrée est aussi le tube digestif.

La marche est essentiellement chronique. Le fait de Majocci (XVIII), sur lequel certains détails nous manquent, paraît faire exception par la rapidité de l'évolution. Il n'est pas inadmissible, toutefois, qu'il existe diverses formes de septicémie actinomycétique, de même qu'il existe plusieurs formes de pyémie commune. Dans une observation encore isolée de Pflag (1), l'actinomycose s'était manifestée, dans les poumons d'une vache, par une poussée miliaire qui en imposait absolument pour du tubercule. La possibilité d'une forme pulmonaire miliaire mérite donc d'être envisagée en pathologie humaine.

Le traitement tout imposé de l'actinomycose locale est l'ablation des tissus envahis. Partsch n'a pas hésité, dans un cas (XV), devant la résection du maxillaire. Une fois la généralisation établie, l'intervention ne saurait être que symptomatique et palliative. Le parasite ayant été vu, chez l'animal, subissant l'enkystement calcaire, qui empêche tout travail de réaction ultérieur, peut-être ne doit-on pas désespérer, chez l'homme, d'une semblable terminaison, dans les premières phases de la généralisation.

IV

Il y aurait quelque témérité à vouloir donner plus de précision à ces traits généraux et à tracer dogmatiquement l'histoire d'une maladie née d'hier, et dont la description d'ensemble n'a été qu'esquissée en Allemagne

(1) Lungen, *Actinom.*, etc., *Centralbl. f. d. med. Wiss.*, 1882, n° 14.

---

point prendre d'actions dans les Sociétés fermières des eaux minérales. Je trouve d'abord une certaine puanteur inhérente à toute espèce d'actions, ce qui vient très probablement du peu d'habitude que j'ai d'en respirer les parfums. La qualité d'actionnaires est particulièrement délicate pour nous lorsqu'il s'agit précisément de l'exploitation des eaux minérales; car, déjà sur ce chapitre, nous avons des motifs de nous mettre en garde contre les interprétations malveillantes du public. Le praticien qui exerce auprès d'une source dont il a reconnu les bienfaits, et qu'il est naturellement enclin à vanter, n'est plus tout à fait impartial à l'égard des autres stations. Il faut donc que ses inclinations ne puissent jamais être mises sur le compte d'un intérêt autre que celui des malades; si personne ne peut nous contester le droit de percevoir le prix de nos consultations, on serait moins tolérant si l'on savait que nous percevons aussi un dividende, qui serait comme une dîme prélevée sur la souffrance. La vie n'est pas à bon marché dans les villes d'eaux, et parmi les opérations que notre diplôme nous autorise à pratiquer sur nos clients, ne figure pas celle qui consiste à les écorcher vifs.

Toutes ces considérations n'empêchent pas beaucoup de confrères de cultiver agréablement la réclame, ou tout au moins d'en accepter les coups d'encensoir. Voici, d'ailleurs, quelques échantillons de cette littérature laudative, tels qu'on peut les cueillir fréquemment dans les grands journaux :

∴

« Nous avons eu l'occasion de faire part à nos lecteurs des travaux d'un savant alle-
« mand, qui a définitivement reconnu l'existence d'un parasite dans le rhume de cer-
« veau. Une heureuse application de cette importante découverte vient d'être réalisée

©BIU Santé

même (1). Restant dans notre rôle, nous nous sommes borné à faire ressortir les points communs des principaux faits connus jusqu'à ce jour, en appelant à de plus nombreux éléments d'information, à une plus complète maturité d'observation, pour rectifier ou parfaire ces premiers linéaments.

L'actinomycose n'en est plus à lutter pour l'existence; par l'individualité si tranchée de son champignon radié, par le remarquable accord qui règne dans les faits cliniques et dans l'opinion des chirurgiens considérables qui ont contribué à l'édifier, c'est la dernière des maladies du groupe infectieux parasitaire, peut-être artificiellement grossi dans ces derniers temps, que puisse atteindre l'objection commune : que le parasite est le témoin, non le facteur de la maladie. Il y a, d'ailleurs, aujourd'hui des faits expérimentaux décisifs.

Si, en effet, ces deux dernières années n'ont pas grossi le bilan clinique de l'actinomycose de l'homme autant qu'on aurait pu s'y attendre, surtout d'après le mouvement si fructueux qui avait immédiatement suivi la période d'initiation de l'opinion, l'expérimentation a pris sa revanche de ce chômage. L'actinomycète ne pouvait échapper au sort des bactéridies ou des microcoques : on l'inocule par toutes les voies, on le cultive à outrance.

Les premiers essais d'inoculation de Perroncito, Harz, Bollinger, Siedamgrotzky avaient été infructueux. Ponfick et Johne n'avaient pas tout d'abord été plus heureux; mais Johne a fini par reproduire par inoculation ou par insertion sous la peau ou dans la cavité péritonéale, des tumeurs du même type sur deux veaux et une vache (2). L'incubation, d'après ses expériences, varierait entre 40 et 114 jours. Ponfick n'avait absolument rien obtenu sur les lapins et le chien, soit par l'implantation de fragments d'actinomycomes dans les cavités séreuses, l'insertion sous la peau, l'injection dans les vaisseaux, soit enfin par l'alimentation. Le bœuf est le terrain de

(1) Le Dictionnaire de Ziemssen accorde quelques lignes à l'actinomycose (1883, 14e v., t. I, p. 716) comprise de la façon la plus étroite, et rangée, on ne sait pourquoi, par Neisser parmi les maladies infectieuses cutanées chroniques. L'*Encyclopédie d'Eulenbourg*, en cours de publication depuis 1880, l'a complètement omise, de même que l'*Encyclopédie internationale de chirurgie d'Ashhurst* (1883-84) qui a déjà traité des maladies infectieuses et parasitaires.

(2) *Weiteres zu Kenntniss*, etc. *Centralbl. f. die med. Wiss.*, 1880, n° 15, p. 273.

« par le docteur X..., qui a trouvé le moyen de détruire le parasite du coryza par des « inhalations de benzine. C'est un service considérable rendu à la science et à l'humanité, et qui fait le plus grand honneur au docteur X..., déjà si avantageusement connu « dans les cours étrangères. »

***

« Les Parisiens n'ont pas oublié l'orchestre des Tsiganes, si apprécié lors de sa première visite dans la capitale. Nous allons pouvoir savourer de nouveau cette musique « originale, car les Tsiganes sont revenus à Paris, et ont donné, il y a quelques jours, « une première audition dans les salons du célèbre docteur Z..., où se pressait une « foule aussi nombreuse que choisie. Si tous les malades auxquels le docteur Z... a sauvé « la vie s'étaient donné rendez-vous à cette fête artistique, nous ne serions pas surpris que son bel appartement de l'avenue du Roi-de-Thulé fût trop petit pour les « contenir. »

***

« Un détail que les reporters ont omis de signaler dans le compte rendu de leurs « visites à la reine Pomaré, c'est que l'un des principaux motifs du voyage de S. M. est « de consulter le docteur *** pour un ongle incarné dont elle souffre depuis longtemps, « et qu'elle espère bien ne pas remporter dans ses Etats, grâce aux soins de l'habile « spécialiste. »

©BIU Santé

prédilection du parasite : l'introduction par les voies digestives ne lui fournit cependant aucun résultat; peut-être une effraction préalable de la muqueuse est-elle nécessaire; par l'implantation dans les tissus, les greffes s'entretiennent, sans prospérer sensiblement; tandis que l'injection dans les vaisseaux donna finalement à Ponfick de nombreux foyers actinomycosiques des poumons.

Gutmann (1) n'a obtenu de l'inoculation sous-muqueuse au bord libre de la mâchoire du cheval, du bœuf, de la chèvre, qu'un abcès à pus fétide; mais par inclusion péritonéale, il a déterminé la mort d'une vache au bout de quatre mois, avec une remarquable généralisation de l'endophyte aux principaux organes.

Esser s'est appliqué à obtenir chez le bœuf la reproduction de l'actinomycète propre de l'homme (2), expérience tendant à élucider ce point doctrinal de l'identité ou de la non-identité des deux champignons : il n'a pas réussi. J. Israël y est parvenu sur le chien (3); des granulations d'actinomycose provenant d'un abcès péripleural de l'homme, introduites dans la cavité péritonéale du chien, se sont reproduites.

Dans tous les cas, aucun fait d'observation n'autorise à admettre jusqu'à présent la communication directe des animaux à l'homme; et l'actinomycose ne peut être, à cet égard, rangée à côté de la trichinose, du charbon, de la morve ou de la fièvre aphteuse. L'homme et le bœuf la puisent à une source d'infection commune; on suppose que l'actinomycète, qu'on ne rencontre que chez les herbivores et les omnivores, à l'exclusion des carnivores, est introduit dans l'économie par l'alimentation végétale.

Signalons, en finissant, les essais de culture renouvelés récemment, avec des résultats divers, par Oscar Israël (4).

L'actinomycose a été, jusqu'à présent, surtout observée en Allemagne et en Italie; nous constatons cependant qu'en d'autres points de l'étranger, on ne s'est pas désintéressé de la question (5). Il serait étrange que nous persistions plus longtemps, en France, à nous isoler de ce concert.

R. Longuet.

Etranglement de l'intestin grêle à travers une déchirure du mésentère à son insertion antérieure,

COMPLIQUÉ DE TORSION (VOLVULUS) ET DE RÉTRÉCISSEMENT,

Par Emile Lévêque, interne à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Furrer (Hermann), 19 ans, boulanger, est admis, le 21 juillet 1883, à l'hôpital de Saint-Germain, salle Saint-Eloi, n° 15; service de M. Le Piez, puis de M. Salet, à partir du 1er août.

Aucun antécédent morbide ni héréditaire ni personnel, sauf, à l'âge de 14 ans, un embarras gastrique fébrile, qui céda en trois jours aux purgatifs; aucun écart de régime, jamais d'excès alcooliques ou autres; depuis un an, tendance très grande à la constipation, garde-robe tous les trois jours.

Le 19 juillet 1883, sans cause appréciable, il fut subitement pris de coliques violentes, siégeant surtout au niveau de l'ombilic.

Dans la soirée, le mal s'accroît: vomissements bilieux.

Le lendemain, 20 juillet, mêmes symptômes: vomissements, absence de garde-robes.

(1) *Actinomycosis bovis. Arch. f. vet. Med.*, 1882 et *Jahresbericht*, 1882.
(2) *Die Uebertragung*, etc. — *Preuss. mith.*, etc., 1882 et *Jahresbericht*, 1882.
(3) *Centralbl. f. d. med. Wiss.*, 1883, n° 27.
(4) *Uber die Culturrbark*, etc. — *Virchow's Arch.*, 1884, n° 1.
(5) *Wortley Axe. The Veterinarian*, Londres, 1882, v. VI. — *Bang. hosp. Tid.*, Copenhague, 1883. — Paulowsky, *Ej. klin. Gaz. St-Petersb.*, 1883.

©BIU Santé

Le 21, le malade se rend à pied à l'hôpital, où des lavements furent administrés sans succès.

Etat actuel (22). — Pâleur des téguments, qui, de même que les conjonctives, n'ont pas trace d'ictère; un peu d'abattement. La chaleur de la peau est normale; le pouls petit, régulier, non précipité. Langue humide, couverte d'un léger enduit blanchâtre; anorexie absolue, soif exagérée. Les vomissements verdâtres continuent. Abdomen modérément ballonné; douleurs assez vives, quoique tolérables, intermittentes; la pression les ramène toujours. L'exploration est difficile et ne fait rien découvrir de particulier. Aucune émission de gaz par l'anus, aucune garde-robe depuis quatre jours.

Le toucher rectal n'apprend rien. — Pas de tumeur herniaire.

Rien du côté des autres organes. — Urines normales.

Traitement: glace à l'intérieur, potion de Rivière, application de vessie de glace sur le ventre, lavement purgatif, bouillon et lait glacés.

Le 23, légère amélioration qui ne se maintient pas.

Le 24, ventre un peu plus distendu. Les lavements sont rendus à peine brunâtres et sans matière fécale.

Le 25 et jours suivants, les douleurs paraissent devenir continues et paroxystiques, surtout au niveau et au-dessus de l'ombilic; développement excessif du ventre; tympanisme très prononcé, surtout au-dessus de l'ombilic.

A deux ou trois doigts au-dessus de l'ombilic se voient deux saillies bien circonscrites, légèrement bosselées, peu élastiques, irréductibles, du volume d'une olive un peu aplatie et allongée dans le sens vertical. On pense qu'il s'agit là de paquets adipeux sous-cutanés; cependant, à la rigueur, il pourrait exister un pincement de l'intestin dans un orifice de la ligne blanche. On décide de mettre les tumeurs à nu si l'aggravation continue.

Le 1er août, vomissements liquides, jaunâtres, tenant en suspension des grumeaux de même couleur; odeur fécale caractéristique.

Constipation absolue.

Eructations assez rares; pas de hoquet; peu de dyspnée; aucune altération de la voix. Les autres symptômes persistent. Continuation du traitement précité.

Le 2, même état.

Le 3, aucune modification notable des signes physiques. Chaque fois que le malade veut boire, les douleurs épigastriques redoublent de violence; et, pour mettre fin à ces accès, il se hâte de provoquer le rejet des liquides ingérés en titillant le fond de sa gorge avec les doigts. Les vomissements, en effet, ne tardent pas à suivre, toujours fécaloïdes. D'ailleurs ils se renouvellent spontanément toutes les cinq minutes environ. Ils procurent un soulagement notable, mais très passager. La température, appréciée à la main, paraît normale. Les traits sont tirés, les yeux un peu enfoncés, les lèvres et les joues très pâles. Abattement considérable. Le pouls est plus fréquent et plus faible.

En présence d'un état aussi grave, on croit prudent de se borner à mettre à nu les tumeurs adipeuses déjà signalées au-dessus de l'ombilic. On constate alors que ce sont bien des hernies graisseuses de la ligne blanche, n'ayant aucun rapport avec l'épiploon. On ne songe à la laparotomie que pour l'écarter, à cause de sa gravité, surtout sur un sujet dont les parois abdominales non dépressibles ont toujours rendu la palpation impuissante à faire découvrir le siège de l'étranglement.

Le 4, aucune amélioration. Temp., matin, 36,7; pouls 98. Soir, 37,4; pouls 112.

Les urines, acides, pesant 1010, ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le 5, malgré l'évacuation d'un peu de liquide jaunâtre, l'état du patient ne s'amende pas; la prostration augmente. Temp., matin, 36,8.

Le 6, au matin, mort après dix-huit jours de maladie.

Autopsie vingt-quatre heures après. Rigidité cadavérique conservée.

Cavité abdominale. — Le péritoine, à son ouverture, ne laisse écouler ni sérosité ni pus. Les deux feuillets sont indemnes, sauf en *deux* points. Le *premier* présente une bride fibreuse partant du voisinage de l'ombilic et allant s'insérer à deux anses d'intestin grêle contiguës et adhérentes entre elles, ainsi qu'au mésentère correspondant. Cette bride, très solide, n'exerce pas une pression notable sur les anses intestinales, qui, immobilisées à ce niveau, ne sont pas fléchies d'une façon bien prononcée; les liquides et les gaz y circulent librement. Les anses de l'intestin grêle sont fort distendues, finement injectées en quelques places, mais sans autre adhérence entre elles.

Détachant avec soin le duodénum et le jéjunum, on arrive vers le cinquième inférieur de l'intestin grêle, sur une portion plus distendue, plus rénitente, vascularisée par plaques. C'est là, au-dessous et un peu à droite de l'ombilic, que se trouve la *seconde*

©BIU Santé

altération, la plus importante du péritoine; une anse de l'iléon fait hernie à travers une déchirure du mésentère, nettement détaché au niveau de son insertion à l'intestin, sur lequel on en voit encore la trace. Ce vestige de l'insertion viscérale est longitudinal, presque linéaire, et se continue sans interruption avec l'insertion normale du mésentère voisin non détaché. Le mésentère, ainsi détaché sur une longueur de 6 centimètres, disparaît en arrière au milieu d'adhérences nombreuses qui l'unissent aux anses citées en premier. La portion d'*intestin grêle*, séparée de son mésentère, forme en avant les deux tiers environ d'un anneau, dont l'autre tiers est constitué en arrière par le mésentère détaché et ratatiné. Cet anneau exerce une constriction assez énergique sur la partie inférieure de l'iléon, qui passe en son milieu un peu avant de se jeter dans le cœcum. Cette même portion d'intestin qui est, privée de son mésentère, est tordue sur son axe (*volvulus*) fixée en cette position par des adhérences solides, très rétrécie, puisqu'elle est imperméable aux gaz, aux liquides et au stylet. Cette torsion se fait brusquement en un point très limité, sur une étendue de 1 centimètre à peine, à l'extrémité de la déchirure, près du bout supérieur de l'intestin. Celui-ci est comme oblitéré et très friable; de faibles tractions ont suffi pour y déterminer une légère déchirure. A la suite, il est rétréci, sans torsion, sur une longueur de 5 centimètres. Cette partie rétrécie, qui forme le segment antérieur de l'anneau constricteur, est de la grosseur d'une plume à écrire, et se continue en bas avec le bout supérieur de l'intestin, et en haut avec l'anse herniée, laquelle, décrivant un cercle presque complet, long de 73 centimètres, passe bientôt dans l'anneau entéro-mésentérique déjà décrit, qui l'étrangle et se jette, 3 centimètres plus loin, dans le cœcum. Il porte en ce point la marque de l'anneau et est assez serré pour que les gaz et les liquides ne puissent le traverser; cependant la sonde cannelée, introduite avec précaution, peut passer. On peut aussi passer un stylet entre l'anneau et son contenu, mais en avant seulement, jusqu'aux deux extrémités de la déchirure mésentérique. Les anses sont ainsi maintenues dans cette position par des adhérences, de sorte qu'il est impossible de détordre l'intestin.

Les bords de la déchirure évidemment récente, ne sont pas durs et lisses comme ceux d'une lésion ancienne.

L'*estomac*, quoique ballonné, est petit.

Toute la partie de l'intestin située au-dessus du rétrécissement est fort distendue; l'anse herniée, ainsi que le cœcum et le colon ascendant, ont conservé à peu près leur calibre normal. Le colon transverse diminue rapidement de calibre; le reste du *gros intestin* est affaissé et presque vide. En ouvrant l'intestin, on voit la muqueuse congestionnée et un peu hypertrophiée au-dessus de l'étranglement, normale au-dessous.

D'ailleurs, on trouve : dans le bout supérieur, quantité de gaz et de matières demi-liquides, jaunâtres et d'une odeur infecte ; dans le bout inférieur, très peu de liquide ; le contenu est presque exclusivement gazeux.

Reins notablement injectés à la coupe.

Poumons congestionnés aux bases.

Rien dans les autres organes.

Réflexions. — Cette observation paraît intéressante à cause de la rareté des lésions trouvées à l'autopsie. Tout d'abord, cette hernie de l'iléon à travers la déchirure du mésentère est loin de ressembler à celles qui ont été jusqu'à présent décrites. Dans ces dernières, l'anneau renferme les deux bouts de l'anse herniée ; dans celle-là, un seul bout est contenu et étranglé dans l'anneau, l'autre se continue avec l'anneau lui-même dont il forme une partie. Cette disposition a amené une torsion sur lui-même de l'intestin dépourvu de mésentère et servant d'anneau. D'où rétrécissement et même oblitération.

Ce genre tout spécial de hernie de l'intestin grêle, son étranglement, sa torsion sur son axe (*volvulus*) et le rétrécissement combinés, forment un enchevêtrement compliqué, qui ne paraît mentionné par aucun auteur, et dont il est cependant facile de bien comprendre le mode de formation et le mécanisme, quand on a la pièce entre les mains et qu'on a répété l'expérience sur le cadavre. (Voir la pièce au musée Dupuytren.)

Quant à la cause de ces désordres, on ne peut faire que des conjectures.

© BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 mars 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. Charcot dépose sur le bureau, au nom de MM. Rilliet et Barthez, la nouvelle édition du *Traité des maladies des enfants*.

M. F. de Lesseps rend compte à l'Académie de l'état des travaux à l'isthme de Panama. On a installé des dragues puissantes qui enlèvent 5,000 mètres cubes en dix heures. Si l'on suppose que le travail puisse être soutenu pendant vingt heures par jour, on arrive à une masse de 3,600,000 mètres cubes enlevés par an. Il est probable, dès lors, que plusieurs de ces dragues peuvent fonctionner simultanément, car M. de Lesseps estime que la masse totale des 80,000,000 de mètres cubes qu'il s'agit de déplacer pour que les deux mers se rejoignent, aura disparu en trois ans, et que le canal sera fait en 1888. 15,000 travailleurs, la plupart originaires de la Jamaïque, sont employés à ces travaux gigantesques. Ils gagnent 5 fr. par jour, les dépensent et se portent bien; la mortalité parmi eux n'est pas plus élevée que dans les chantiers d'Europe. La précaution la plus importante, au point de vue de l'hygiène, est d'éviter le froid. « Il n'y a de dangereux que le froid dans les pays chauds, » dit M. de Lesseps.

M. Faye donne lecture des conclusions de la commission chargée d'étudier la proposition de M. l'amiral Mouchez, relative au transfèrement de l'Observatoire hors de Paris. La commission approuve ce projet de transfèrement, en émettant le vœu que le nouvel Observatoire soit placé aussi près que possible de Paris. Elle émet, en outre, le vœu que les anciens bâtiments de l'Observatoire soient conservés dans leur intégrité, et qu'ils soient consacrés exclusivement aux études et aux collections astronomiques.

M. Pasteur présente, au nom de M. Allaire, de Nancy, un mémoire sur les camphres. Le camphre ordinaire dévie à droite la lumière polarisée; M. Allaire a trouvé un camphre qui la dévie à gauche. Il en est de même pour les bornéoles : on en connaissait un droit ; il en existe un gauche.

M. Richet dépose sur le bureau une note de M. Hayem relative à l'hémoglobine. Par sa propriété de fixer l'oxygène, l'hémoglobine constitue ce qu'on a appelé la faculté respiratoire du sang. La plupart des substances qui diminuent ce pouvoir d'absorption de l'oxygène, — et la plus énergique d'entre elles est le nitrite d'amyle — n'agissent en ce sens que sur le sang hors des vaisséaux, tant que le sang circule, tant qu'il est vivant, l'hémoglobine résiste à leur action.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire de la section de géométrie, en remplacement de M. Puiseux, décédé.

La section, par l'organe de son doyen, M. Hermite, avait, dans le comité secret de la précédente séance, présenté la liste suivante de candidats : en première ligne, M. Darboux ; en deuxième ligne, M. Laguerre ; en troisième ligne, M. Halphen ; en quatrième ligne *ex-æquo* et par ordre alphabétique, MM. Appell, E. Picard et H. Poincaré. Sur 53 votants, majorité 27, M. Darboux obtient 47 suffrages. M. Laguerre, 3, et M. Poincaré 2. Il y a un bulletin blanc. En conséquence, M. Darboux est élu.

M. Tresca présente, au nom de M. Billequin, un traité de chimie élémentaire, en langue chinoise. L'auteur a été, pendant dix ans, professeur au collège royal de Pékin, et son livre imprimé aux frais de l'Etat est précédé, en guise de préface, par les attestations des ministres qui rendent témoignage des services rendus par M. Billequin. « On voit, dit en terminant M. Tresca, que la science aussi a ses missionnaires. »

M. Grandidier poursuit l'exposition de ses études sur Madagascar.

M. Mouchez présente une note de M. Beuf sur un mouvement subit de la mer à Montevideo.

Le 14 janvier dernier, la mer à Montevideo a été le théâtre d'un phénomène marin des plus remarquables. Ce jour-là, un peu après 7 heures 30 minutes du matin, tandis que beaucoup de personnes étaient aux bains de mer, les baigneurs qui nageaient en pleine eau se sont aperçus d'une baisse subite de la mer, de sorte qu'ils avaient pied là où quelques minutes auparavant il y avait près de 3 mètres d'eau. Au même instant on a vu, venant du large, dans la direction du sud-sud-ouest, une lame immense qui

©BIU Santé

formait comme une ceinture de plusieurs kilomètres d'étendue, et qui est venue déferler sur la plage avec une violence extraordinaire ; cette lame a été suivie de deux autres qui se sont succédé à une minute d'intervalle.

La crue de la mer, survenue après la dépression dont j'ai parlé, a été d'environ 1 m. 50, comptée au-dessus du niveau moyen, et au bout de peu d'instants la mer a repris son état habituel.

Le temps était presque calme avant, pendant et après le phénomène ; température, 27° à 28° C. Le ciel était légèrement nébuleux, et quelques personnes ont vu comme une sorte de nuage accompagnant le mouvement de l'eau et qui a obscurci le soleil pendant quelques instants.

Un certain nombre de baigneurs ont été entraînés par la mer dans son mouvement de va-et-vient. On a pu les sauver, sauf une dame qui n'a pu être secourue à temps, et qui a été retirée noyée. Une cabane de baigneurs, montée sur roues, qui se trouvait à sec sur la plage, a été voiturée dans tous les sens par les trois volutes, sans que ceux qui y étaient enfermés aient eu à en souffrir.

La hauteur de la crue a pu être mesurée avec certitude, parce que la mer est venue recouvrir un tremplin de baigneur qui, à l'état normal, est à 1 m. 50 au-dessus de l'eau.

L'effet de ce *tremblement de mer*, ainsi que le nomment les habitants du pays, s'est fait sentir sur toute la partie de la côte habitée de Montevideo ; mais il paraît avoir été le plus fort dans la partie comprise entre l'usine à gaz et la rue Zabala.

Jusqu'à présent aucun renseignement n'a permis d'indiquer une cause quelconque à ce phénomène si singulier, qui ne paraît pas s'être étendu beaucoup plus loin que le périmètre de Montevideo, et qui a été absolument insensible à Buenos-Ayres.

M. L.

COURRIER

A UN ABONNÉ. — Nous comptons vous donner bientôt le résumé des observations relatives à l'emploi de l'iodoforme dans les affections organiques du cœur.

HÔPITAL DES ENFANTS. — Le docteur Auguste Ollivier, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, agrégé à la Faculté de médecine, commencera ses conférences cliniques sur les maladies des enfants le lundi 17 mars, à 9 heures du matin, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Visite des malades à 8 heures du matin. — Consultation publique le jeudi à 9 heures.

NÉCROLOGIE. — Chateau (J.-D.-Ern), lauréat de la Faculté de médecine (Prix Corvisart), reçu docteur le 4 mars 1853 (*De la thoracentèse*), médecin consultant à La Bourboule, vient de succomber à une affection cérébrale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 10 mars 1884, à 4 heures très précises au Palais de Justice (Salle d'audiences de la 5e chambre du tribunal civil). — *Ordre du jour* : I. Correspondance. — II. Rapport de la commission d'élections pour le classement des candidats aux places de membres titulaires. — III. Rapport de M. Lutaud, sur les titres d'un candidat à une place de membre correspondant étranger. — IV. Communication de M. Descoust, sur les erreurs de diagnostic auxquelles exposent les éruptions cutanées, chez les enfants. — V. Discussion sur la question de savoir si les pharmaciens sont autorisés à exécuter plusieurs fois la même prescription sans nouvelle ordonnance d'un médecin. — VI. Fractures du crâne chez les nouveau-nés (discussion). — VII. Les aliénés et la sécurité publique.

A CÉDER une clientèle ancienne dans une Station thermale importante.
S'adresser au bureau du Journal.

Nous croyons devoir annoncer à nos lecteurs que le procédé de fabrication imaginé par M. Lebeuf (de Bayonne) pour obtenir des émulsions de goudron, de coaltar, de Tolu, etc., a été adopté par la haute commission de rédaction de la nouvelle édition du Codex, qui a inscrit les formules de ces préparations dans ce dispensaire. C'est évidemment le plus grand éloge qu'on puisse faire des émulsions Lebeuf.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

© BIU Santé

Sommaire

I. E. Troisier : Des nodosités rhumatismales sous-cutanées. — II. De l'action curative de l'iodoforme dans les lésions organiques du cœur. — III. Revue des Journaux. — IV. Sociétés et Académies savantes : Société de chirurgie. — V. Bulletin des décès. — VI. Courrier.

Les nodosités rhumatismales sous-cutanées (1).

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 26 octobre 1883

Par M. E. Troisier, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

III

Si nous envisageons les observations que je viens de citer, nous voyons qu'elles se rapportent presque toutes à des cas de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, et que les nodosités ont fait leur apparition soit dans le cours de l'attaque rhumatismale, soit pendant la convalescence.

Il ne faudrait pas croire cependant que ces nodosités exigent toujours pour se produire une poussée de rhumatisme articulaire; elles peuvent se montrer chez des rhumatisants soit avec d'autres manifestations de la diathèse rhumatismale, soit même isolément. C'est ce que MM. Barlow et Warner ont constaté dans huit cas, comme je l'ai dit plus haut. C'est ce que démontre parfaitement l'observation suivante, qui m'a été communiquée par M. Vulpian.

Obs. III. — M. X..., âgé d'une cinquantaine d'années, hémorrhoïdaire, sujet à de fréquentes migraines dès l'âge de 6 à 7 ans, n'en ayant plus d'ailleurs depuis plusieurs années, a été atteint à plusieurs reprises d'accidents rhumatismaux variés, mais toujours subaigus. Ces accidents ont consisté en douleurs vives et persistantes dans les tendons d'Achille, dans le tissu fibreux qui entoure l'os pisiforme d'un des poignets, dans diverses jointures, surtout dans l'épaule droite. Ces douleurs, qui duraient parfois plusieurs semaines, ne se sont jamais accompagnées de fièvre ou d'un malaise quelconque. M. X... a eu, en outre, assez souvent des éruptions d'eczéma sur les mains. Il a éprouvé encore d'autres accidents, principalement à partir de l'âge de 40 ans. Il a eu plusieurs fois de la dermalgie rhumatismale : la peau d'une main, dans une région plus ou moins restreinte, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, ou sur la face dorsale d'un ou de plusieurs doigts, devenait alors le siège d'une douleur aiguë, brûlante, que le contact exaspérait et qui devenait excessive lors des mouvements qui tendaient la peau de ces régions. Ces douleurs duraient de trois à dix jours. La peau restait normale, comme aspect, dans la région douloureuse. Dans d'autres cas, il se formait sur la face dorsale de la seconde phalange d'un des doigts, surtout du médius ou de l'annulaire d'une des mains, une nodosité assez saillante pour soulever la peau et très facile à reconnaître par la palpation. Cette nodosité était allongée dans le sens de la phalange, comme fusiforme; elle paraissait parfois offrir à peu près le volume d'un grain de blé, et elle était d'une consistance dure, élastique, comme fibromateuse. Elle était légèrement douloureuse d'une façon permanente; la pression ou le choc y déterminait une douleur extrêmement vive (térébrante et brûlante). La nodosité, ordinairement unique, persistait pendant huit, dix, quinze jours, puis disparaissait sans laisser la moindre trace. La peau, à son niveau, ne présentait aucune modification de teinte ou de chaleur; elle n'était pas adhérente à la nodosité, qui paraissait au contraire faire corps avec le périoste de la face dorsale de la phalange. On n'a observé aucun trouble de la santé générale en coïncidence avec l'apparition de chacune de ces petites nodosités. Elles semblaient être produites par le gonflement du tissu fibreux périostique susmentionné (2).

M. X... a vu se former plus récemment une petite nodosité de même nature dans une autre région de la main.

(1) Suite. — Voir le numéro des 2 et 4 mars 1884.

(2) La première partie de cette observation a déjà été insérée dans le mémoire que j'ai publié avec M. Brocq.

©BIU Santé

Le 6 *février* 1883, il éprouve une légère douleur dans un point très limité de la peau de la paume de la main gauche. Ce point est situé à la partie supéro-interne de la région de l'éminence hypothénar, à 15 millimètres au-dessous du pli qui marque la séparation entre cette région et la face palmaire de l'avant-bras. La pression du doigt sur ce point ne révèle aucune induration, mais provoque une vive exacerbation de la douleur.

Le 7, la douleur est plus vive, et l'on sent très bien, à la palpation, une nodosité arrondie, faisant corps avec la partie profonde de la peau. Cette nodosité soulève même la surface de la peau en formant une saillie peu accusée : elle paraît, à la palpation, avoir au moins le volume d'une graine de chènevis; elle est très résistante sous le doigt, comme si elle était formée d'un tissu fibreux compacte. Au centre de la saillie formée par le relief de ce nodule, le tégument est assez pâle, et, tout autour, dans une très faible étendue, il y a, au contraire, une teinte un peu plus rosée que dans les régions circonvoisines. Les sillons qui séparent les rangées de papilles sont un peu plus écartées dans les parties centrales de la saillie que dans son pourtour. La douleur spontanée et continue, ressentie au niveau de la nodosité, est plus accentuée que la veille; celle que l'on provoque par la pression est beaucoup plus vive; elle est térébrante, brûlante et très aiguë. Si l'on ne fait que toucher la peau ou la frotter légèrement en ce point, on y constate un léger engourdissement. Au contact, il semble y avoir une faible élévation de la température à ce niveau.

Le 8, la nodosité offre les mêmes caractères que le 7. Ces caractères ne diffèrent pas, surtout en ce qui concerne la douleur, de ceux que présentaient les nodules sous-cutanés de la face dorsale des doigts; aussi M. X... considère-t-il cette nodosité de la face palmaire de la main comme étant aussi de nature rhumatismale. Il a l'occasion, ce jour-là, de montrer sa main à deux professeurs de la Faculté de médecine, auxquels il ne dit rien de la marche suivie par cet accident morbide; tous deux s'accordent à penser qu'il s'agit d'un petit névrome de la couche profonde de la peau. C'est bien, en effet, le siège de la nodosité. Inutile de dire que ces médecins abandonnent leur première idée dès qu'ils apprennent que cette affection locale date de deux ou trois jours seulement.

Le 9, la douleur est beaucoup moins vive à la pression; la rougeur a disparu. Il y a encore un peu d'engourdissement superficiel de la peau. La saillie est presque aussi marquée que les jours précédents.

Le 11, encore un peu de saillie de la peau. La coloration de la surface est redevenue normale. La douleur tend à disparaître. On reconnaît encore bien, par la palpation, le nodule, dans la profondeur du tégument.

Il s'efface peu à peu les jours suivants, et l'on n'en trouve plus de traces vers le 17 ou le 18 *février*; en même temps, on constate que la sensibilité a repris dans ce point ses caractères physiologiques.

Dans ce cas, la nodosité qui s'est produite à plusieurs reprises sur un des doigts présente tous les caractères des nodosités rhumatismales : siège sous-cutané et adhérence au périoste de la phalange, consistance dure et élastique, évolution rapide, etc. Quant à celle qui s'est développée à la paume de la main, elle diffère certainement du type commun par l'intensité de la douleur, par l'apparition de phénomènes locaux qui ne sont pas habituels, et par sa situation, qui n'était pas à proprement parler sous-cutanée, puisque cette petite tumeur paraissait faire corps avec la face profonde de la peau. Je suis cependant persuadé qu'il s'agissait là d'une véritable nodosité rhumatismale, ayant probablement la même structure que celles dont j'ai parlé jusqu'à présent.

Les nodosités peuvent donc, je le répète, se développer en dehors de toute atteinte articulaire et se présenter de la sorte comme une manifestation isolée du rhumatisme (1).

(1) Une observation publiée par Descot (*Dissertation sur les affections locales des nerfs*, Paris, 1825), et considérée à tort, selon moi, comme un exemple de tubercule sous-cutané douloureux, vient encore à l'appui de cette proposition. Voici cette observation, qui a été remise à l'auteur par Béclard : « Un étudiant en médecine, élève interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers, habitant un appartement situé à plusieurs pieds au-dessous du sol de la cour, et couchant dans une alcôve creusée dans l'épaisseur du mur de l'hôpital, eut, au bout de quelques mois de séjour dans ce lieu insalubre, un accès d'arthritis au

©BIU Santé

IV

La réunion de tous ces faits permet aujourd'hui de donner une description générale des nodosités rhumatismales sous-cutanées et d'indiquer à quels caractères on pourra les reconnaître (1).

Ce sont de petites tumeurs sous-cutanées formant une saillie plus ou moins prononcée; parfois, elles ne sont pas appréciables à la vue, et ce n'est que par la palpation ou par la tension du tégument que l'on peut les découvrir. Lorsqu'elles siègent au niveau des articulations, la flexion ou l'extension (suivant la région qu'elles occupent) exagère ordinairement leur relief.

Leur volume est fort variable. Elles ont le plus souvent les dimensions d'un grain de blé, d'une lentille, d'un pois; quelques-unes cependant ne sont pas plus grosses qu'une tête d'épingle, et d'autres peuvent dépasser le volume d'une amande.

Elles sont sphériques ou ovoïdes, quelquefois elles ont la forme d'un disque; elles sont ordinairement bien circonscrites et leurs bords sont nettement tranchés.

Leur consistance est assez particulière; elle est ferme, mais plutôt élastique que dure, comme fibromateuse (Vulpian) ou comme cartilagineuse (Hirschsprung). Jamais on ne peut les déprimer ni les réduire par la pression.

Ces nodosités sont tout à fait indépendantes de la peau qui les recouvre; celle-ci peut glisser sur elles sans les entraîner. Elles adhèrent soit

gros orteil, et peu de temps après il se développa, sous la peau qui recouvre la veine et le nerf saphène internes à la jambe, une tumeur dure, grosse comme un grain de blé, et qui, toutes les fois qu'elle était touchée par le malade, occasionnait une douleur qui s'étendait comme un choc électrique sur le pied, dans la direction des ramifications du nerf. Ayant obtenu un autre appartement, il fut, au bout de quelques mois, guéri de la névralgie et du tubercule sous-cutané. (M. Béclard fut lui-même le sujet de cette intéressante observation.) » — Broca, en citant cette observation (*Traité des tumeurs*, t. II, p. 473), se demande quelle était la nature de cette petite tumeur. « C'est ce qu'il est bien difficile de déterminer, dit-il; c'était, selon toute probabilité, un engorgement de nature inflammatoire. » — Je la considère pour ma part comme un cas de nodosité rhumatismale.

(1) Je n'ai pas tenu compte, dans cette description, de la seconde partie de l'observation de M. Vulpian. Un seul cas n'est pas suffisant pour créer des variétés nosographiques, et il est préférable de négliger momentanément des faits qui, tout en présentant des analogies avec un type morbide, s'en éloignent cependant par certaines particularités; ce sont des observations d'attente.

J'en dirai autant de l'observation suivante qui m'a été remise par M. H. Leloir, chef de clinique de M. le professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agit d'un jeune homme de 29 ans ayant présenté, depuis l'âge de huit ans, des accidents rhumatismaux nombreux et variés (torticolis, urticaires, eczéma sec, une attaque de rhumatisme articulaire subaigu, douleurs vagues dans les jointures). Depuis trois ans, il a été atteint plusieurs fois des phénomènes suivants: sans raison apparente, il est pris de malaise et de courbature; au bout de deux à trois jours, il éprouve une sensation au niveau de la pulpe digitale des dernières phalanges; cette espèce de gêne douloureuse est exaspérée par la pression; la peau est un peu rouge à ce niveau. Dix à douze heures après l'apparition de ces phénomènes, la tension devient plus forte, et l'on remarque au centre de la pulpe digitale une sorte de papule œdémateuse blanche, de la largeur d'une lentille environ. Cette zone blanche centrale est entourée par une auréole hyperémiée de 2 à 3mm. A la palpation, on constate nettement qu'il existe une véritable induration, comme dans certains érythèmes papuleux. La pression est légèrement douloureuse à ce niveau. Parfois même la partie malade est le siège d'un léger prurit. Ces phénomènes disparaissent au bout des vingt-quatre à quarante-huit heures environ sans laisser de traces. Les doigts atteint sont habituellement le médius, l'annulaire et le pouce; une seule fois cette lésion s'est produite sur la face dorsale de la deuxième phalange du médius et de l'annulaire à gauche.

©BIU Santé

aux tendons qu'elles suivent dans leurs mouvements, soit aux ligaments périarticulaires, soit encore aux aponévroses superficielles ou au périoste. Elles sont plus ou moins mobiles sur les tissus sous-jacents; cependant, celles qui se développent à la surface des os se déplacent difficilement et même paraissent fixes, ce qui s'explique par les connexions qui existent entre le périoste et l'os.

On ne constate à leur niveau ni rougeur (1), ni élévation de la température, ni épaississement de la peau.

Dans certains cas, elles restent indolores (Hirschsprung, Barlow et Warner). Mais, le plus souvent, la pression ou un choc brusque détermine en elles une douleur plus ou moins vive, rarement très forte.

Leur apparition n'est annoncée par aucun phénomène précurseur. Leur accroissement est très rapide, et souvent elles présentent, au bout de quelques heures, leurs plus grandes dimensions; dans ce cas, elles paraissent acquérir dès le début leur volume définitif. Quelquefois, leur évolution est plus lente et leur accroissement graduel.

Elles se montrent ordinairement par poussées successives en l'espace de huit à quinze jours. L'éruption se fait souvent d'une façon simultanée en différentes régions.

Elles restent stationnaires pendant un temps qui varie de quelques jours à plusieurs semaines. Elles ne diminuent de volume que peu à peu; leur résorption est toujours beaucoup moins rapide que leur accroissement.

La résolution de ces nodosités peut être interrompue par une recrudescence.

Leur durée est quelquefois fort courte; en deux ou trois jours leur évolution est terminée. Mais elles ne sont pas toujours aussi fugitives; elles persistent en moyenne pendant quinze jours, trois semaines ou un mois; dans quelques cas, leur existence se prolonge pendant six semaines, deux mois et même davantage. Elles disparaissent toujours sans laisser la moindre trace.

Elles peuvent se montrer au niveau de toutes les articulations (coude, poignet, genou, cou-de-pied, articulations de la main, etc.); au niveau de tous les os superficiels, rotule, malléoles, cubitus, omoplate, crête iliaque, os de la main, et en particulier à la surface du crâne où elles occupent de préférence le front et l'occiput; au voisinage des apophyses épineuses de la colonne vertébrale; sur le pavillon de l'oreille, et à proprement parler dans toutes les régions du corps, puisqu'elles peuvent se développer sur les aponévroses superficielles.

Elles sont isolées et discrètes ou réunies sous forme de groupes et quelquefois confluentes. Leur distribution est souvent symétrique (les deux genoux, les deux poignets, les deux oreilles).

Leur nombre varie de 1 à 50 ou 60.

De l'action curative de l'iodoforme dans les lésions organiques du cœur,

Par M. le professeur Bal. Testa.

Communication faite à la Société médico-chirurgicale camerinaise.

(Extrait du *Journal di clinica e terapia*. — Messine, anno II, fasc. 8-9, 1883).

Moleschott est le premier qui ait fait usage de l'iodoforme dans les affections cardiaques; il fut conduit à employer ce médicament après avoir constaté sur des individus sains que l'iodoforme activait puissamment la force des battements du cœur et donnait de pénibles palpitations. Comment ce médecin a-t-il pu après cela songer à l'action

(1) Exceptionnellement, on remarque une légère rougeur de la peau au début (Hirschsprung, Barlow et Warner).

©BIU Santé

curative de ce médicament dans les affections du centre circulatoire ? on est encore à l'apprendre. Mais ce que la science n'explique pas, l'empirisme essaye de le faire, et il est certain que dans deux cas avec vice fonctionnel de l'organe circulatoire la précieuse poudre fit merveille.

Continuant pour son propre compte les recherches de l'illustre physiologiste, M. le professeur Testa publia le compte rendu de ses observations une première fois dans la *Gazzetta medica italiana de Padoue*, n° 28, 1879. Nous y voyons figurer deux observations d'insuffisance mitrale dans lesquelles l'usage de l'iodoforme donna de brillants résultats.

Le mémoire que nous analysons aujourd'hui porte sur cinq observations. Avant de les rapporter, nous devons dire que M. le professeur Testa, persuadé de la valeur thérapeutique de l'iodoforme, a recherché expérimentalement son mode d'action sur le système circulatoire. Tous les animaux soumis à son influence ont présenté une réduction numérique des battements cardiaques avec augmentation de la force de ceux-ci et plus tard une plus grande tension artérielle. Les doses employées variaient entre 30 et 60 centigr. pour les chiens ; si on les augmentait, des effets contraires ne tardaient pas à se manifester, c'est-à-dire faiblesse cardiaque et diminution de la tension artérielle. M. le professeur Testa signalait ces résultats dans une leçon orale faite le 13 mars 1883. Voici maintenant les faits cliniques.

1re Observation. — B. A. 39 ans, facies cardiaque, dyspnée intense, œdème des membres inférieurs, pouls misérable, irrégulier, battements du cœur précipités, souffle intense au premier temps, entendu dans toute l'aire cardiaque avec maximum d'intensité dans la partie supérieure, au niveau de la crosse de l'aorte, où l'on saisit une autre rumeur plus légère, au second temps. Avec cela, catarrhe bronchique diffus, engorgement hépatique, urines rares et sédimenteuses ; il s'agissait là d'un état de sténose aortique avec insuffisance de la valvule correspondante.

Prescriptions : 7 cent. d'iodoforme en 4 pilules à prendre dans la journée de deux heures en deux heures. — Bouillons, potages et lait.

Aucun changement le lendemain ; mêmes prescriptions ; l'intermittence du pouls disparaît ; le cœur bat plus régulièrement ; bien-être manifeste ; deux autres pilules sont ajoutées le soir.

Le lendemain l'amélioration est évidente ; la dyspnée est diminuée ; les urines sont plus abondantes. On continue le traitement près d'un mois, au bout duquel le malade peut vaquer à ses affaires dans d'excellentes conditions de santé.

2e Observation. — R. G., 40 ans, rhumatisant. Souffle au premier temps au niveau de la mitrale. — Œdème des malléoles : insuffisance mitrale avec dégénérescence athéromateuse des artères. Plusieurs hémoptysies survenues précédemment peuvent être considérées comme symptomatiques de la lésion cardio-vasculaire.

Prescriptions : 7 cent. d'iodoforme en 4 pilules.

L'hémoptysie ne se répète plus qu'une seule fois. Six jours de ce traitement et le malade quittait le lit. M. le professeur Testa a vu maintes fois les bons effets de l'iodoforme dans les hémoptysies de cause cardiaque.

3e Observation. — Autre cas d'insuffisance mitrale chez une dame âgée, atteinte en outre de catarrhe bronchique, même résultat que précédemment.

4e et 5e observations. — Deux nouveaux spécimens d'insuffisance mitrale avec symptômes de stase sanguine pulmonaire et d'arrhythmie cardiaque, guérison en peu de jours par l'iodoforme.

Comme on voit, le médicament préconisé par M. le professeur Testa exerce une action salutaire dans les lésions organiques du cœur ou mieux contre les troubles fonctionnels qui en dépendent, les lésions étant incurables. Le hasard, maintenant, place sous nos yeux un article anglais du docteur Hoepff (*Weekly medical Review*, 7 septembre 1883) qui a pour titre : *Effets de l'empoisonnement par l'iodoforme sur le cœur, le foie*, etc. Nous y voyons que dans quatre cas de mort survenus par intoxication iodoformique, il y eut chaque fois une dégénérescence graisseuse du cœur, du foie et des reins. L'auteur reproduisit expérimentalement ces lésions sur des rats, des cobayes, des porcs, en injectant à ces animaux une faible solution oléagineuse d'iodoforme, dont l'effet immédiat produisit une inflammation parenchymateuse du cœur, du foie et des reins.

C'est donc avec une grande prudence que l'on devra user de ce médicament, au moins tant qu'un plus grand nombre de faits n'aura pas été étudié, et surtout en tenant compte de la rapidité d'action de ce moyen, rapidité qui peut devenir un danger suivant la susceptibilité particulière des individus à traiter.

Dr G. MILLOT-CARPENTIER.

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

Journaux italiens.

Inversion puerpérale chronique complète du corps de l'utérus. — Amputation de l'organe par la ligature élastique. — Guérison. (Note clinique de M. le professeur A. Mazzucchelli, de Pavie, in *Annali universali di medicina e chirurgia*, janvier 1884.) — D'après la statistique de Crosse, sur 400 cas d'inversion, il n'y aurait que 50 cas qui n'appartiendraient pas aux suites de couches; dans le travail de Denucé, sur 100 cas, 88 reconnaissent pour cause l'accouchement. La belle monographie de M. le professeur Trombetta, de Messine (*Giornale internazionale di scienze mediche*, anno V, fasc. 1), résume pour l'Italie l'état de cette intéressante question. L'histoire clinique de l'amputation de l'utérus pour inversion de cet organe ne compte chez nos voisins que sept observations dues, par ordre chronologique, à MM. Martino Barba (*Il Morgagni*, 1872); Landi (in *Raccoglitore medico*, 1875; Palasciano (voy. *Archivio di chirurgia pratica*, 1875); Corradi (in *Lo sperimentale*, 1876); Morisani (in *Morgagni*, 1878); Trombetta (*op. cit.*); enfin, l'observation de M. le professeur Mazzucchelli, déjà parue dans in *Raccoglitore medico*, 20 février 1883. La femme qui sert de thème à la note clinique de cet honorable professeur est âgée de 35 ans; c'est à son septième accouchement que l'accident qui l'amène à l'hôpital lui est arrivé. La sage-femme qui l'assista à ce moment dut faire de grands efforts pour avoir le placenta, qui entraîna à sa suite l'utérus et produisit l'inversion; l'organe ne put être remis dans sa position normale, malgré de nombreuses tentatives et l'emploi du chloroforme. Le traitement fut dès lors forcément palliatif et dirigé en vue de réprimer les pertes de sang abondantes et continuelles qui finirent par compromettre gravement l'état de santé du sujet. Quelques mois plus tard, l'opération s'imposa comme la dernière ressource. L'utérus fut attiré au dehors de la vulve et entouré par un fil en tissu élastique au moyen du serre-nœud à polype de Desault, puis l'organe fut replacé dans le vagin. Treize jours après l'opération, la partie mortifiée étant tombée, et des injections et pulvérisations antiseptiques étant constamment pratiquées, l'opérée put quitter son lit et bientôt après sortir de l'hôpital complètement rétablie.

Les sept observations publiées en Italie eurent toutes un résultat heureux.

Anévrysme de l'aorte ascendante guéri par la galvano-puncture, par M. le docteur Francesco Brancaccio, médecin de l'hôpital des Incurables. (*Rivista internazionale di medicina e chirurgia*. Février 1884, n° 2.) — Depuis Pétrequin, qui en 1831, conçut le premier l'idée d'employer à la cure des anévrysmes l'électro-puncture, jusqu'à nos jours, il y eut un grand nombre de médecins qui fixèrent leur attention sur cette méthode de traitement et en montrèrent cliniquement les avantages. Dans le nombre, Schivardi, Velardini, Ombomi, etc., etc., mais surtout Ciniselli, furent pour l'Italie les apôtres les plus convaincus de la nouvelle méthode.

L'histoire de Raffaele Colucci, âgé de 64 ans, entré le 2 juillet 1883, à l'hôpital des Incurables de Naples, est des plus instructives. Cet homme a des habitudes alcooliques; il raconte qu'à la suite d'un effort musculaire, il ressentit une douleur dans la partie antérieure gauche du thorax, au niveau de la base, douleur qui irradia bientôt en haut de la poitrine et aux deux épaules. Cette douleur resta intermittente pendant un mois, mais finit par être continue; elle s'accompagna de toux et de dyspnée.

L'examen du thorax révèle au-dessus de la mamelle gauche une tumeur pulsatile dont les battements sont isochrones à ceux du cœur. Cette tumeur a pour limites : en haut, le bord supérieur de la seconde côte, à droite le sternum, à gauche la ligne mammillaire et en bas se continue avec le cœur; elle présente ainsi un diamètre de 9 centimètres et un sens longitudinal de 10 centimètres; elle a la forme d'un ovoïde et fait saillie dans sa partie médiane d'environ 2 centimètres au-dessus du niveau du thorax.

Avant de pratiquer la galvano-puncture, le sphygmographe de Marey, appliqué sur les radiales, donna un tracé à peu près horizontal dans toute son étendue; le pouls était filiforme et à peine perceptible.

La pile employée pour l'opération fut celle de Daniel (à 15 éléments). M. le professeur Vizioli dirigea les séances; M. le professeur Domenico Morizani enfonça les aiguilles, au nombre de deux, dans le sac au travers du troisième espace intercostal gauche, à 3 centimètres de profondeur et à 4 centimètres l'une de l'autre, dans la même direction. La première séance dura 16 minutes.

Le soir du même jour, l'opéré accusait un mieux sensible, la tumeur était déjà un

©BIU Santé

peu affaissée; les battements du pouls, de 118, étaient tombés à 90; ils étaient plus forts et les mouvements respiratoires étaient moins fréquents. Le sphygmographe confirma cette amélioration.

Vingt jours après, seconde application du courant avec la même pile, cette fois forte de 20 éléments; la séance ne put durer que 14 minutes, à cause des violentes secousses éprouvées par le malade, et dues certainement à la trop grande intensité du courant.

Deux autres fois encore, on renouvela cette opération, et le malade finit par être complètement guéri.

M. le docteur F. Brancaccio revit cet homme quelque temps après sa sortie de l'hôpital, qui eut lieu le 15 décembre, et le trouva dans les meilleures conditions; le caillot obtenu par le courant électrique ne s'était pas désagrégé.

MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 mars 1884. – Présidence de M. Marc SÉE.

SOMMAIRE. — Nomination d'une commission pour l'examen d'une proposition relative à l'organisation de congrès périodiques de chirurgie en France. — Présentation de brochures. — Présentation de pièces anatomo-pathologiques ; cloisonnement de l'intestin chez le fœtus. — Spina bifida et ulcération de l'anus pendant la période fœtale. — Ulcération artérielle dans un foyer purulent. — De l'intervention chirurgicale dans les adénites tuberculeuses. — Observation d'hystérie grave guérie par l'ablation d'un kyste de l'ovaire et d'un fibrome utérin; discussion.

Au commencement de la séance, une commission de cinq membres a été nommée pour l'examen d'une proposition de M. le docteur Demons (de Bordeaux) relative à l'organisation de congrès périodiques de chirurgie en France. Cette commission se compose de MM. Verneuil, Trélat, Pozzi, Chauvel et Horteloup. La lettre dans laquelle M. Demons expose les motifs de sa proposition a produit une excellente impression ; il est probable que le projet de l'honorable chirurgien de Bordeaux sera très favorablement accueilli par la commission chargée de l'examiner et de faire un rapport à ce sujet.

— M. VERNEUIL dépose sur le bureau la thèse inaugurale de M. Emile Redard, intitulée : *Quelques expériences sur le redressement brusque du genu valgum par l'appareil de M. Collin.*

— M. GUÉNIOT présente, de la part de M. le docteur Franz de Neubauër (de Varsovie), un travail sur une altération particulière et très rare du bassin, produite par le glissement vertébral (spondyli-leisthesis).

— M. LANNELONGUE met sous les yeux de ses collègues les pièces anatomo-pathologiques et les dessins des lésions dont il a communiqué l'observation dans la dernière séance.

Nos lecteurs savent, par le dernier compte rendu, qu'il s'agit d'enfants nouveau-nés chez lesquels M. Lannelongue a rencontré le cloisonnement du rectum par deux valvules complètes situées à distance l'une de l'autre.

Dans le premier cas, après avoir opéré par la méthode de Littre un enfant nouveau-né dont le rectum ne communiquait pas avec l'anus, il lui fut possible, au bout de vingt jours, de conduire une sonde par l'anus artificiel dans le bout inférieur de l'intestin jusqu'au niveau de l'obstacle inférieur ; il incisa cet obstacle et rétablit de la sorte le canal intestinal. Malheureusement le petit malade fut perdu de vue.

Dans le second cas, le petit malade ayant succombé quelques jours après l'ouverture de l'anus artificiel, M. Lannelongue a pu recueillir les pièces pathologiques et les faire dessiner de manière à montrer jusqu'à l'évidence la nature des lésions dont il s'agit. Les pièces et les dessins faits sur nature le lendemain de la mort, permettent de constater l'existence de deux cloisons ou valvules complètes dans la dernière partie du gros intestin. La première de ces cloisons est située à 3 centimètres et demi au-dessus de l'anus bien conformé ; la seconde cloison est à 11 centimètres de la même ouverture anale. Entre les deux existe un intestin normal dont le calibre est seulement plus petit parce qu'il n'a pas été distendu par le méconium.

M. Lannelongue appelle l'attention sur le peu d'épaisseur de ces valvules ou diaphragmes formés par la muqueuse rectale seule, peut-être même amincie ; il eût suffi

©BIU Santé

de la pression d'une sonde pour les détruire et rétablir la perméabilité du canal intestinal, comme cela est arrivé pour le premier malade, chez lequel il lui a été possible de rétablir le cours des matières par la voie naturelle en incisant l'obstacle inférieur, la cloison supérieure ayant cédé sous la seule pression d'une sonde exploratrice.

La conséquence de ces faits, au point de vue de la médecine opératoire, est que, dans certains cas d'imperforation du rectum, il ne faut pas perdre l'espoir, après avoir ouvert un anus artificiel sur l'S iliaque, de rétablir le cours des matières par l'anus normal, en détruisant les obstacles, si d'ailleurs l'exploration à l'aide de la sonde permet de reconnaître que ces cloisons n'offrent pas une grande épaisseur ni une grande résistance.

On a contesté, mercredi dernier, dans la discussion qui a suivi la communication de M. Lannelongue, que le cordon creux situé entre les deux valvules, fût véritablement l'intestin. Or, l'examen histologique minutieux qui a été fait de ce canal, montre qu'il s'agit bien là d'un intestin complet comprenant une couche externe celluleuse, deux plans de fibres musculaires et une membrane muqueuse munie de ses glandes ordinaires. Il n'y a donc pas de doute à avoir sur la nature de ce cordon creux, dont le calibre n'est si réduit que parce qu'il n'a pas été distendu par le méconium.

Pour démontrer, pièces en mains, combien M. Verneuil avait raison lorsque, dans la dernière séance, il disait que beaucoup de malformations congénitales sont dues non pas, comme on le croit généralement, à des arrêts ou à des insuffisances de développement, mais à des maladies intra-utérines, M. Lannelongue met encore sous les yeux de ses collègues deux dessins représentant l'un la région anale d'un enfant venu au monde avec une ulcération de cette région, l'autre un spina-bifida d'une nature toute particulière et résultant d'ulcérations suivies d'adhérences cicatricielles développées pendant le cours de la vie embryonnaire.

M. Trélat ne voudrait pas qu'après avoir longtemps attribué toutes les malformations congénitales à des influences purement tératologiques, on se jetât, par réaction, dans un excès contraire, en considérant tous les vices de conformation comme dus à des causes du ressort de la pathologie ordinaire : sans méconnaître, ce qui serait aller contre l'évidence, que le fœtus est soumis à tous les modes de l'action pathologique, M. Trélat, en ce qui concerne le cas particulier communiqué par M. Lannelongue, se trouve corroboré dans ses précédentes appréciations par l'examen nouveau et plus approfondi qu'il a fait de la question. Il ne met pas en doute, en comparant les données de l'embryologie avec l'examen des pièces anatomiques mises sous les yeux de la Société, qu'il y ait corrélation parfaite entre les phases diverses du développement de l'intestin et les lésions que l'on constate sur ces pièces; il est évident pour lui que l'altération dont il s'agit appartient non pas à l'ordre des faits pathologiques, mais à l'ordre des faits tératologiques.

— M. Gillette présente une pièce anatomo-pathologique relative à un cas d'ulcération artérielle au contact d'un foyer purulent. Le sujet de cette observation est un jeune homme entré dans le service de M. Gillette, à l'hôpital Tenon, pour un abcès énorme étendu de la quatrième vertèbre dorsale jusqu'au niveau de la partie moyenne de la cuisse. Peu après son entrée à l'hôpital, il eut deux hémorrhagies artérielles dont la dernière presque foudroyante enleva le malade en quelques heures, malgré la ligature de l'artère. La pièce montre que l'ulcération a son siège dans une branche collatérale de la honteuse externe.

— M. Henri Cazin, chirurgien en chef de l'hôpital de Berck-sur-Mer, membre correspondant, demande à présenter quelques observations au sujet de la question si controversée de l'intervention chirurgicale dans les adénites tuberculeuses. Suivant lui la discussion récente n'a pas donné lieu à des conclusions précises. Si certains chirurgiens prétendent détruire à tout prix, presque dès son apparition, tout foyer suspect, d'autres respectent les tuberculoses ganglionnaires, quelque étendue qu'elles atteignent, quelque danger qu'elles présentent.

M. Cazin déclare se rallier à l'opinion moyenne.

L'hôpital maritime de Berck-sur-Mer est, sous le rapport de l'étude des engorgements ganglionnaires, un champ d'observation des plus riches. Les résultats favorables obtenus dans cette station maritime avant que M. Cazin prît la direction du service, doivent être en majeure partie rapportés, suivant lui, à l'influence des bains de mer, et surtout à l'immersion constante dans l'air marin. C'est grâce, il faut bien le dire, à la prolongation du séjour, à la durée considérable de la cure (qui atteignent, dans certains cas, 450 jours), que l'on arrivait à obtenir des proportions de succès considérables, plus de 75 p. 100. Lorsque M. Cazin prit le prit le service en 1879, la moyenne du séjour était de 376 jours. Il comprit la nécessité de procéder plus énergiquement, plus radicalement, et il est arrivé

© BIU Santé

à cette conclusion que, si l'on devait respecter les engorgements ganglionnaires non abcédés, non ulcérés, de volume moyen, il fallait supprimer les hypertrophies considérables, après un essai suffisamment prolongé de l'action résolutive de l'hydrothérapie marine.

Quant aux adénites tuberculeuses suppurées ou ulcérées, M. Cazin les combat toutes par l'ablation à l'aide du thermo-cautère. Il a recours à cette méthode de préférence à l'instrument tranchant, qu'il réserve pour l'enlèvement des ganglions non ulcérés.

Il pratique l'énucléation dans tous les cas où la peau est malade, où il existe des trajets fistuleux ou de ces scrofulides ulcéro-fongueuses qui se développent autour des ganglions malades, quelque étendues que soient les lésions, quelque nombreuses que soient les glandes envahies.

D'une façon générale, à moins d'avoir la main forcée par des délabrements et une suppuration considérables réclamant l'intervention immédiate, M. Cazin laisse l'enfant s'acclimater, se fortifier pendant les deux premiers mois de son séjour, avant d'intervenir. Quelquefois il intervient lors même que l'état général laisse encore un peu à désirer et lorsqu'il y a menace de généralisation; et l'on est tout étonné de voir la constitution se relever rapidement sous l'influence de l'atmosphère marine, quand les parties à supprimer ont disparu.

M. Cazin associe le râclage à l'aide de la curette de Volkmann, à la cautérisation; en un mot, il transforme les surfaces malades et anfractueuses en plaies nettes. S'il existe des lésions multiples et occupant les deux côtés du cou, il en opère un seul à la fois; mais, de ce côté, il enlève tous les ganglions, même les plus petits, dût-il prolonger la séance, réputant mauvaise toute opération incomplète qui aura pour effet à peu près inévitable de provoquer sur les ganglions à moitié malades laissés en place une poussée congestive, inflammatoire, véritable coup de fouet qui accélère la création de nouveaux foyers de tuberculose.

Grâce à l'emploi du thermo-cautère et des pinces hémostatiques, M. Cazin a très rarement l'occasion de faire des ligatures d'artérioles. Arrivé dans les régions profondes, au voisinage des vaisseaux, il abandonne le thermo-cautère et se contente soit du dos du bistouri, soit d'une spatule ou simplement du doigt.

Le pansement consiste dans l'application d'une mousseline trempée dans l'eau alcoolisée ou phéniquée recouverte de charpie imbibée de la même solution; le tout recouvert de taffetas gommé.

Sur un nombre de 102 opérations, M. Cazin n'a eu que deux morts chez deux adultes très gravement atteints.

M. Cazin ne recherche pas la réunion immédiate, et cependant la cicatrisation marche avec une rapidité extrême. Les cicatrices sont ordinairement régulières et plates, pourvu que l'on ait soin d'en suivre les progrès et de réprimer ce qu'elles peuvent avoir d'exubérant.

Sur 335 enfants, M. Cazin a pratiqué 102 opérations. Les opérés ont donné 83 0/0 de guérisons; les non opérés 68,77 0/0.

En résumé, dit en terminant M. Cazin, si l'on n'a pas encore le droit d'affirmer qu'il faut enlever tout foyer tuberculeux, comme on détruit une pustule maligne, comme on supprime un cancer, l'ablation des ganglions tuberculeux, surtout lorsqu'ils sont ulcérés, est une opération légitime. Elle est exempte de dangers, si l'on suit les règles ci-dessus indiquées; elle donne de plus beaux résultats que l'expectation; elle laisse après elle des cicatrices moins hideuses et peut-être diminue-t-elle les chances de tuberculisation générale.

— M. Pozzi communique une observation d'hystérie grave guérie par l'ablation d'un kyste de l'ovaire et d'un fibrome de l'utérus par la voie abdominale.

Le sujet de cette observation est une femme de 45 ans qui portait depuis dix ans une tumeur dans le côté gauche de la cavité abdominale. Cette femme était épuisée par des métrorrhagies abondantes. Elle avait, en outre, des crises d'hystéro-épilepsie, avec tendances érotiques très accusées, de l'hémi-anesthésie, de l'hémiparésie et une amaurose d'un côté. Elle était réduite, sous ces diverses influences, à un état de langueur des plus graves.

L'examen par la palpation, le toucher rectal et vaginal permit à M. Pozzi de diagnostiquer une tumeur solide dans sa plus grande partie.

Comme il devenait urgent d'intervenir pour débarrasser la malade de cette épine à laquelle il était rationnel d'attribuer les hémorrhagies et les crises qui l'épuisaient, M. Pozzi proposa l'opération, qui fut acceptée. Elle amena l'extraction d'une tumeur demi-solide et demi-liquide, composée d'un kyste contenant environ un litre de sérosité et d'un corps fibreux du volume d'une grosse orange, incomplètement pédiculé. La sec-

©BIU Santé

tion du pédicule provoqua une hémorrhagie qui ne put être arrêtée que par la cautérisation au fer rouge et des ligatures au catgut.

Les suites de l'opération ont été des plus heureuses, et la malade se trouve aujourd'hui complètement guérie non seulement de l'opération, mais encore des accidents redoutables hémorrhagiques et hystériques qui avaient mis sa vie en danger.

M. Pozzi pense que la question de l'influence de la castration (opération de Battey), au point de vue de la cure des phénomènes de l'hystérie grave, mériterait d'être étudiée en France comme elle l'a été à l'étranger, particulièrement en Allemagne et en Amérique. La castration, au dire de ses partisans, enlèverait l'épine qui est le point de départ des réflexes morbides et amènerait la guérison des malades. Toutefois, il faut prendre garde que le traumatisme, le choc opératoire, comme toute commotion physique ou morale intense, a souvent pour effet de provoquer les crises hystériques, et ce n'est pas sur ses suites immédiates qu'il faudrait juger de l'efficacité de l'opération.

M. Terrier, bien qu'il incline à partager les idées suggérées à M. Pozzi par les résultats obtenus chez la malade dont il vient de communiquer l'observation, croit devoir cependant relater un fait dans lequel l'opération a été suivie de résultats tout différents.

Sur une malade qu'il a opérée dernièrement, avec le concours de M. Richelot, d'un kyste para-ovarien multiloculaire, il a observé, à la suite de cette ablation, des crises hystériques qui n'existaient pas avant l'opération et qui ont présenté une grande intensité. Il est regrettable, au point de vue de la solution du problème, que les deux ovaires n'aient pu être enlevés, car l'ablation d'un seul ovaire laise la question indécise.

M. Reclus pense pouvoir apporter bientôt des éléments plus complets pour la solution de la question, car il a eu l'occasion d'enlever, il y a deux mois, les deux ovaires d'une femme atteinte de kyste de ces organes. Au cours de la cicatrisation de sa dernière opération, cette femme a eu des crises hystériques; mais, au bout de quelques semaines, elle a quitté l'hôpital dans un état de grande amélioration du côté de ces accidents, qui ont peut-être cessé à l'heure qu'il est. M. Reclus promet de s'en informer.

M. Gillette estime que l'ablation de l'ovaire sain faite en vue de remédier à des accidents d'hystérie, ainsi que l'a proposé et pratiqué le chirurgien américain Battey, doit être rejetée de toute bonne pratique chirurgicale. La castration est tout au moins une opération dangereuse, qui ne doit être faite que sur des indications formelles et d'une précision absolue.

M. Polaillon a proposé l'opération de Battey à une femme atteinte de névralgie de l'ovaire qui lui rendait la vie insupportable et qui devait certainement la pousser au suicide un jour ou l'autre; après avoir épuisé chez elle tout l'arsenal de la thérapeutique ordinaire, il n'a pas cru pouvoir mieux faire que de lui proposer cette opération, qui du reste n'a pas été acceptée; la malade est sortie de l'hôpital, et M. Polaillon ne l'a plus revue.

M. Terrier dit que M. Gillette est dans l'erreur quand il croit que l'opération de Battey a été faite en général sur des ovaires sains. Ordinairement, au contraire, on les trouve malades, dégénérés, adhérents. D'ailleurs, il est souvent fort difficile de distinguer un ovaire sain d'un ovaire malade; plusieurs cliniciens du plus grand mérite se sont parfois trouvés fort embarrassés à cet égard. Pour lui, contrairement à l'opinion de M. Gillette, il tient l'opération de Battey pour rationnelle et raisonnable; il l'a proposée dans des cas de métrorrhagie grave, et il sait qu'elle a été pratiquée avec succès dans un cas de ce genre par M. le professeur Duplay. Il ne faut donc pas condamner *à priori* cette opération avant de l'avoir étudiée.

M. Pozzi fait remarquer que la castration féminine n'a pas été pratiquée seulement pour les cas d'accidents nerveux, comme semble le croire M. Gillette. Une statistique nous apprend qu'elle a été faite dans 66 cas de corps fibreux de l'utérus, et a été suivie de succès, excepté dans 12 cas qui se sont terminés par la mort. Tous les chirurgiens qui ont pratiqué cette opération s'en déclarent partisans dans certains cas de corps fibreux utérins.

A. T.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 2 au 9 mars 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1140. — Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 3. — Rougeole, 38. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 18. — Diphthérie, croup, 75. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 6. — Infec-

©BIU Santé

tions puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 66. — Phthisie pulmonaire, 226. — Autres tuberculoses, 16. — Autres affections générales, 53. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 56. — Bronchites aiguës, 45. — Pneumonie, 72. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 36; au sein et mixte, 25; — inconnues, 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 98; circulatoire, 60 ; respiratoire, 78; digestif, 53; génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulat. et muscles, 5. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 7.

Résumé de la 10e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu pendant la semaine actuelle communication de 1,140 décès au lieu de 1,143 qui avaient été comptés pendant la semaine précédente.

En ce qui concerne les maladies épidémiques, la comparaison des chiffres des deux dernières semaines fait constater l'état stationnaire pour la plupart d'entre elles, mais une aggravation pour la Rougeole et surtout pour la Diphthérie.

La Fièvre typhoïde (29 décès au lieu de 47) présente un nombre de décès à peu près moyen.

La Variole (3 décès au lieu de 1) continue à être remarquablement rare quoique l'hiver soit la saison où elle se propage le plus aisément.

La Scarlatine (3 décès au lieu de 2), la Coqueluche (18 décès au lieu de 13), l'Erysipèle (6 décès au lieu de 4) et l'Infection puerpérale (3 décès dans chacune des deux dernières semaines) n'ont subi que des variations peu importantes. Au contraire on ne peut s'empêcher de remarquer que la Rougeole a, depuis un mois environ, une tendance à se répandre. Le nombre des décès dus à cette cause a atteint successivement 21, 30, 17, 31, 38. Ces deux derniers chiffres sont supérieurs à la moyenne. La Rougeole continue pourtant à faire très peu de victimes dans les quartiers du centre (cette semaine, 5 décès seulement dans l'ensemble des dix premiers arrondissements) ; l'arrondissement de Passy présente aussi une remarquable immunité. Au contraire, les quartiers pauvres supportent une forte mortalité par Rougeole ; nous remarquons surtout le quartier des Epinettes qui, depuis le commencement de l'année, perd régulièrement chaque semaine un ou plusieurs petits malades.

Enfin nous attirons l'attention sur la fréquence de la Diphthérie. Le nombre des décès dus chaque semaine à cette cause, a été successivement 43, 60, 52, 70 et enfin, pendant la semaine actuelle, 75. Les mois d'hiver sont ceux où la Diphthérie se propage le plus, en sorte qu'un nombre d'environ 40 à 45 décès dans la saison que nous traversons, ne serait pas supérieur à ce que l'on devait attendre.

On remarque surtout la fréquence de la Diphthérie dans les trois quartiers voisins de La Roquette, Sainte-Marguerite et les Quinze-Vingts, qui entourent l'hôpital Trousseau. La Diphthérie est également fréquente dans les quatre quartiers du XXe arrondissement (Belleville, Charonne, etc.).

Le nombre des décès par Bronchite aiguë est monté subitement de 30 à 45. Cette aggravation ne paraît pas avoir atteint les enfants (15 décès de 0 à 5 ans au lieu de 21), mais seulement les adultes et les vieillards (28 décès au lieu de 7). La Pneumonie (72 décès au lieu de 73) reste stationnaire depuis plusieurs semaines.

L'Athrepsie des jeunes enfants (69 au lieu de 64) n'a subi qu'une variation insignifiante.

Comme nous l'avions prévu dans le dernier Bulletin, le nombre des mariages s'est considérablement abaissé pendant la première semaine du Carême (339 mariages au lieu de 595).

Le service de statistique a reçu notification de 1,297 naissances d'enfants vivants (664 garçons et 633 filles), dont 907 légitimes et 390 illégitimes. Parmi ces derniers 73 ont été reconnus immédiatement par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Concours. — Les candidats inscrits pour le concours qui doit s'ouvrir le jeudi 20 mars 1884 pour deux places de chirurgien du Bureau central sont au nombre de dix-neuf.

Ce sont MM. les docteurs : Bazy, Brun, Campenon, Castex, Garnier, Jalaguier, Jarja-

©BIU Santé

vay, Jullien, Labbé, Le Bec, Marchand, Nélaton, Nepveu, Petit-Vendol, Picqué, Prengrueber, Ramonède, Remy et Routier.

Hôpital Trousseau. — M. le docteur Cadet de Gassicourt recommencera ses *leçons cliniques sur les maladies de l'enfance* le jeudi 13 mars, à 10 heures, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Faculté de médecine de Paris. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le mardi 18 mars 1884, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques. Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique (ancien collège Rollin) tous les jours de une heure à quatre heures. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année qui doivent en justifier pour prendre la seizième inscription; ils sont facultatifs pour les étudiants pourvus de seize inscriptions. Les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part.

Société de biologie. — M. le docteur Blanchard a été élu membre titulaire de la Société de biologie.

Nécrologie. — Manec (Pierre-Joseph), ancien chirurgien des hôpitaux de Paris, est mort célibataire à la Blanche, son pays natal, le 15 février, dans sa 85e année, laissant une fortune considérable gagnée dans l'exercice de sa profession.

Né le 15 octobre 1799, à Montpezat (Lot-et-Garonne), il soutint, le 12 septembre 1826, sa thèse *Sur la hernie crurale*, devint chef des travaux anatomiques de l'administration de l'Assistance publique, et fut nommé chirurgien de l'hôpital de la Charité. Le 31 décembre 1859, il prit sa retraite avec le titre de chirurgien honoraire.

Manec avait largement collaboré au Traité d'anatomie descriptive de Jules Cloquet; il avait publié en 1832 un Traité de la ligature des artères qui eut deux éditions, des tableaux représentant l'axe cérébro-spinal et le nerf grand sympathique.

Société protectrice de l'enfance. — Dans sa séance générale, tenue le 17 février dernier, à la Sorbonne, la Société protectrice de l'enfance de Paris a décerné son prix annuel de 500 francs à M. le docteur Legendre de Saint-Léger-sous-Beuvray (Saône-et-Loire), déjà couronné en 1881 et en 1882.

La question mise au concours pour 1883 était la suivante :

Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les localités, quelle a été l'influence de la loi Roussel sur l'industrie nourricière.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 1er mars 1884, M. le docteur Ayme, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Assistance publique. — Le président de la République, après avis du conseil d'État, vient d'autoriser le directeur de l'Assistance publique à accepter les legs qui lui ont été faits par M. William Galignani et consistant :

1° En soixante-dix mille francs (70,000 fr.) de rente 3 0/0 sur l'Etat ;

2° En deux immeubles sis à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, 87, rue de l'Echiquier, 38, et rue d'Enghien, 39;

3° En un terrain situé boulevard Bineau, 53 et 55, d'une contenance totale de 7,169 mètres, le tout à la charge de fonder, à Neuilly-sur-Seine, une maison de retraite, conformément aux prescriptions contenues dans ledit testament.

Rien que la revente des terrains et immeubles produira certainement plus d'un million; avec les 70,000 francs de rente restants, l'Assistance publique pourra entretenir les pensionnaires admis dans le nouvel hospice.

Récompenses. — Par arrêté ministériel, en date du 29 février 1884, les récompenses suivantes ont été décernées aux docteurs en médecine et pharmaciens dont les noms suivent, qui se sont signalés par leur participation active aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1881.

Médaille d'or. — M. le docteur Nivet (Puy-de-Dôme).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Lande (Gironde); Dubreuilh (Gironde), Thonion (Haute-Savoie), Fouquet (Morbihan), Jablonski (Vienne), et Dhuicque, pharmacien (Oise).

Médaille de bronze. — M. Grandin, pharmacien (Indre-et-Loire).

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le professeur Denucé est maintenu pour cinq ans dans ses fonctions de doyen.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

©BIU Santé

Sommaire

I. Bulletin. — II. Delefosse : Deux observations de calculeux traités, l'un par la lithotritie rapide, l'autre par la taille périnéale médio-bilatérale. — Réflexions. — III. Bibliothèque. — IV. Revue des Journaux. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Variétés. — VII. Thèses de doctorat. — VIII. Courrier. — IX. Feuilleton. — X. Analyse du lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 11 mars. — L'élection d'aujourd'hui était fort disputée, et jusqu'au dernier moment personne ne savait quelle serait l'issue de la lutte. M. Siredey en sort victorieux avec 48 suffrages, M. Bouchard en obtient 37.

Comme au jour où fut nommé M. Ball, le résultat du scrutin, quel qu'il fût, devait honorer l'Académie. Pour notre part, nous applaudissons sans réserve au succès d'un collègue éminent, qui est des nôtres ; et nous le félicitons d'autant plus volontiers que notre conscience est tranquille, car dans l'opinion de l'Académie personne n'est vaincu et M. Bouchard a sa place marquée à la prochaine élection.

— On peut louer la circulaire que M. Quentin, directeur général de l'Assistance publique, vient d'envoyer à tous les chefs de services hospitaliers. Nous avons blâmé, il y a quelques mois, son arrêté sur la bière ; ce jour-là, M. Quentin s'y était mal pris. Mais aujourd'hui, son appel aux médecins, moins sommaire et mieux présenté, mérite qu'on y prenne garde. C'est faire œuvre de bonne administration que de chercher à réduire des dépenses qui de jour en jour s'accroissent dans des proportions sans nul rapport avec l'augmentation des besoins. Il y a certainement, dans nos hôpitaux, d'étranges abus, un coulage effréné ; les médecins, sans perdre leur liberté d'action ni s'occuper d'une besogne qui ne les concerne pas, peuvent aider l'administration à reconquérir l'autorité perdue, à la condition de ne pas couvrir aveuglément toutes les irrégularités d'une signature donnée à la légère, et d'accepter les quelques mesures qu'on leur propose pour assurer la bonne tenue des cahiers de visite et empêcher les virements

FEUILLETON

JULES PARROT

(1829-1883)

ÉLOGE LU A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, DANS LA SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1883,

Par M. Troisier, médecin de l'hôpital Tenon,
Agrégé à la Faculté de médecine.

Messieurs,

Le 5 août dernier, le professeur Parrot succombait à l'âge de 53 ans. Après deux mois d'une cruelle maladie, pendant laquelle un de nos collègues, son plus vieil et son plus cher ami, donna l'exemple d'un dévouement admirable, il était enlevé à sa famille et à la science. Ses obsèques eurent lieu, selon son désir, dans son pays natal et elles se firent avec la plus grande simplicité. Aucune délégation, aucun discours ; il l'avait voulu ainsi. Mais il nous était permis d'honorer sa mémoire dans la séance consacrée à nos morts, hélas! trop nombreux cette année... J'ai accepté cette mission comme un pieux devoir.

Jules Parrot naquit le 1er novembre 1829 à Excideuil (Dordogne). La tendance naturelle de son esprit l'avait sans doute porté vers la médecine ; mais il y avait chez lui des

©BIU Santé

illicites en aliments et autres substances. Devons-nous refuser notre concours à des réformes urgentes, qui peuvent être accomplies « sans nuire, bien entendu, aux intérêts des malades » ?

M. Quentin gémit à bon droit sur l'exagération des dépenses et l'oubli des principes d'économie. Les chiffres sont éloquents : de 1855 à 1882, la dépense en alcool s'est élevée de 1,256 litres à 77,755; en eau-de-vie camphrée, de 3,467 à 23,013; en vin cordial, de 35 à 3,191; en eaux minérales naturelles, de 1,168 à 18,508. Et pendant cette période, le nombre des journées, qui était de 5 millions, s'est élevé à 7. On le voit, l'accroissement du nombre des journées n'est pas extrême, et celui des dépenses est immodéré.

Sur quelques points, il y a des augmentations légitimes : de 0, l'acide phénique monte à plus de 5,000 litres et personne ne doit s'en plaindre. Mais déjà la pepsine (de 0 à 43,750 kilogrammes) étonne un peu notre scepticisme de chirurgien. Et le sucre (de 102,611 à 201,597), le sirop d'écorces d'oranges (de 205 à 6,942), le sirop tartrique (de 8,925 à 47,055), la glycérine (de 202 à 16,120), quel gouffre peut les engloutir?

L'étonnement diminue quand on vient à lire les cahiers et les bons sur lesquels nous apposons à la hâte des fragments de signatures illisibles, et quand on y voit la preuve que « souvent le malade serait dans l'impossibilité absolue de consommer les aliments » que nous lui prescrivons sans le savoir; que le vin de Bordeaux ou de Banyuls est alloué à des malades bien portants qui mangent quatre portions, et dont l'estomac solide ne réclame pas ces douceurs; que parfois « on trouve le vin de quinquina prescrit à tous les malades d'une salle entière. » C'est une véritable débauche, et nous comprenons maintenant pourquoi, dans l'espace de vingt-cinq ans, les hôpitaux sont arrivés à boire annuellement 2 millions de litres de vin ordinaire au lieu d'un, et 128,000 litres de Banyuls au lieu de 17,000; pourquoi enfin la consommation du lait dépasse aujourd'hui 2,700,000 litres et coûte plus de 700,000 francs.

Maintenant, il ne faudrait pas dire que, si les hôpitaux sont mal administrés, c'est la faute des médecins. Le corps médical n'est pas responsable de la moralité des infirmiers à 15 frans par mois, ni des limonades que dégustent les internes en pharmacie. On ne nous consulte pas souvent sur le régime des malades, et nous sommes souvent écœurés à la vue des ali-

---

qualités si variées qu'il eût certainement brillé dans toute autre carrière. Il fut nommé interne des hôpitaux en 1852 et reçu docteur en 1857. Trois ans plus tard, il obtenait le titre d'agrégé. Enfin, en 1862, il conquérait la place si désirée de médecin des hôpitaux. Toutes ces luttes l'avaient épuisé, et, pendant deux années, il dut aller chercher sous le climat de l'Algérie le calme et le repos; il revint guéri.

Jusque-là M. Parrot avait fort peu produit; mais ses premiers essais portaient déjà la marque de son originalité. Etant interne, il avait publié ses *Considérations sur le zona*, mémoire dans lequel il affirme un des premiers la pathogénie nerveuse de cette affection. Sa thèse inaugurale intitulée : *Propositions de médecine*, contient une *Etude sur le râle crépitant* où il démontre que ce bruit est dû au décollement brusque des parois alvéolaires affaissées; il ignorait que cette explication avait déjà été émise par Carr et adoptée par Wintrich. Un peu plus tard, il donnait son *Etude sur la sueur de sang et les hémorrhagies névropathiques*, un chef-d'œuvre de critique médicale. Sa thèse d'agrégation : *De la mort apparente*, montre encore ce que l'on pouvait attendre de lui.

Elève de Beau, pour lequel il a toujours conservé un souvenir touchant, il dirigea d'abord ses recherches cliniques vers les affections du cœur. On lui doit la connaissance du *Bruit de souffle cardiaque symptomatique de l'asystolie*. Dans son *Etude sur le siège et le mécanisme des bruits cardiaques dits anémiques*, il émet l'hypothèse que ces bruits se produisent à l'orifice auriculo-ventriculaire droit, et qu'ils sont dus à l'insuffisance de la valvule tricuspide; pour consacrer ce fait, il propose de les appeler tricuspidiens. A cette étude se rattache son mémoire sur les *Murmures vasculaires inorganiques de la région du cou*. Il aimait tout ce qui touche à la pathologie cardiaque. Quelle finesse d'auscultation ne lui avons-nous pas connue? et à l'amphithéâtre, avec quel soin,

©BIU Santé

ments qui grèvent si lourdement le budget de l'Assistance publique. Si malgré l'extrême simplicité des écuelles qui chaque matin sont déposées sur les tables de nuit, entre un urinal et un crachoir, l'Administration se ruine, c'est à elle d'en faire son *mea culpa*. — L.-G. R.

Deux observations de calculeux traités, l'un par la lithotritie rapide, l'autre par la taille périnéale médio-bilatérale. — Réflexions.

Lues à la Société de médecine dans la séance du 26 janvier 1884,

Par M. Delefosse.

Messieurs,

La chirurgie a réalisé des progrès surprenants depuis quelques années, surprenants non seulement par leur perfection, mais aussi par la rapidité avec laquelle les méthodes nouvelles se sont substituées aux anciennes, si toutefois on peut appliquer l'épithète d'anciennes à des méthodes datant à peine de trente ans. C'est qu'en chirurgie, comme dans les autres branches scientifiques, les innovations marchent à pas de géants. Le traitement des calculeux n'est pas resté en arrière et on peut dire que, depuis dix ans, il est complètement changé. En effet, si nous jetons un coup d'œil sur les écrits publiés en 1872, par exemple, nous voyons que deux méthodes étaient surtout en honneur, la lithotritie à séances courtes et répétées et la taille périnéale; la taille hypogastrique était tellement abandonnée que Caudmont, dans sa longue pratique, ne l'a pas faite une seule fois. Aujourd'hui, la lithotritie à séances prolongées et rares, la taille hypogastrique ont les faveurs des chirurgiens en général. Il est vrai que, si les deux genres de lithotritie présentent beaucoup de points communs, il n'en est plus de même de la taille hypogastrique : on peut dire qu'il ne reste plus de l'ancienne opération que le nom qui vient du lieu d'élection.

Tout changement dans le manuel opératoire traverse plusieurs périodes avant d'être complètement admis dans la pratique et de prendre droit de cité dans les livres classiques. Le premier période comprend un temps d'incubation, puis vient le période d'essai, et enfin le période d'adoption.

Je considère que la lithotritie rapide et la taille hypogastrique sont actuellement à la période d'essai, c'est-à-dire au moment où chacun doit apporter ses matériaux à la construction de l'édifice, doit communiquer les observations qui peuvent être utiles pour aider le choix du chirurgien. C'est ce motif qui m'a engagé à vous soumettre

---

avec quelle précision il notait les moindres modifications de structure, les plus légères différences de mensuration ! Il a eu l'idée ingénieuse de comparer le poids du cerveau à celui du cœur, espérant trouver ainsi un indice plus certain du développement cérébral suivant les races et suivant les âges; ces recherches sont restées inédites. Je signalerai ici sa communication faite au Congrès de Montpellier (1879) sur le *Plateau des orifices artériels du cœur*, dans laquelle il décrit une disposition anatomique qui n'avait pas encore été signalée.

En 1867, le hasard des mutations de services dans les hôpitaux place M. Parrot à l'hospice des Enfants-Assistés. Il ne devait y faire qu'un court séjour, m'a-t-il dit souvent, mais il y trouve une mine inépuisable ; il s'y attache. Denis, Billard, Valleix, M. Henri Roger, avaient déjà fouillé le terrain ; il le remue de nouveau, et c'est là qu'il puise tous les matériaux qui lui ont permis de renouveler pour ainsi dire la pathologie du premier âge.

Ses études sur la *Stéatose viscérale par inanition chez le nouveau-né*, sur le muguet et en particulier le *Muguet de l'estomac* qui n'était pas connu, sur le *Ramollissement* et sur l'*Hémorrhagie de l'encéphale chez le nouveau-né*, sur l'*Infarctus uratique des reins*, sur l'*Encéphalopathie urémique et le tétanos des nouveau-nés*, forment la substance même de son œuvre principale, je veux parler de l'Athrepsie. Avant M. Parrot, presque toutes les affections gastro-intestinales des nouveau-nés, le muguet, l'érythème, les ulcérations buccales, l'endurcissement du tissu cellulaire, certaines variétés de convulsions, etc., étaient isolés dans la nosographie et considérés par la plupart des auteurs comme des entités morbides. Il fit voir qu'il s'agissait là de manifestations variées d'un même mal : il montra que toutes ces affections ont pour point de départ constant un désordre des

©BIU Santé

d'abord l'historique succinct de deux opérations et à m'étendre un peu plus longuement sur les conséquences qui peuvent en découler.

Dans le premier cas, il s'agit d'un malade de 66 ans, atteint d'une pierre grosse comme un œuf de poule, de nature phosphatique; ses urines étaient légèrement purulentes et contenaient 80 grammes de sucre par litre ; il fallut trois séances de lithotritie de plus d'une heure chacune, à huit jours d'intervalle, pour débarrasser complètement la vessie du corps étranger. Pendant un mois que dura le traitement, le malade n'eut aucun accident fébrile, pas même les nuits qui suivirent les séances. Aujourd'hui, il est complètement guéri, mange, boit, dort, comme s'il n'avait jamais rien eu, et son diabète est considérablement diminué; je place sous vos yeux la boîte contenant les débris provenant du broiement.

L'exposé succinct de cette observation étant fait, je développerai les côtés qui me paraissent offrir quelque intérêt, ainsi que je l'ai indiqué plus haut. D'abord, la formation de cette pierre est assez intéressante. Comme je l'ai déjà dit, M. X... était diabétique à un degré très élevé; atteint d'une soif difficile à calmer, il buvait par jour une grande quantité d'eau; d'un autre côté, la vessie ne se vidait pas par suite d'un engorgement sénile de la prostate assez volumineux. Ayant été amené à faire faire l'analyse de cette eau, je reconnus qu'elle était très séliniteuse. On avait donc ainsi l'explication de la formation de la pierre : diabète occasionnant une soif très vive, soif calmée par de l'eau très séliniteuse; cette eau arrivait dans la vessie sous forme d'urine très chargée en phosphates; elle séjournait très longtemps dans le réservoir urinaire par suite de rétention prostatique et, devenant alcaline, un dépôt très considérable de phosphate se produisait. J'insiste sur ce dernier point, car on peut objecter que les urines étant alcalines laissaient déposer les phosphates; mais que, d'après Neubauer et Vogel, les sels de chaux ingérés ne passent pas, ou seulement en très petite quantité dans l'urine, et que la proportion totale des phosphates séparés normalement n'éprouve, par ce fait, aucune augmentation importante.

Je crois qu'ici il est difficile de nier l'influence du liquide ingéré. M. X... buvait six à huit litres d'eau par jour, et cette eau était fortement séléniteuse.

Un second point offrant une certaine particularité, c'est que la pierre, quoique d'un énorme volume, gênait peu le malade : il avait bien depuis deux ou trois ans des envies un peu plus fréquentes d'uriner, mais cela ne l'empêchait pas de se livrer journellement à son plaisir favori, la chasse, et, cette année, le jour de l'ouverture, c'est-à-dire trois semaines avant l'opération, il avait pu chasser toute la journée, ayant quelques douleurs, mais sans véritable souffrance. D'ailleurs, ces cas ne sont pas rares : entre autres celui d'un malade, chasseur aussi, qui exécuta un saut très violent pour franchir un fossé; il sentit immédiatement une vive douleur au col; par l'exploration vésicale faite quelques jours après, on reconnaît une pierre très grosse qui jusqu'à présent

---

fonctions digestives, qu'elles s'engendrent successivement et que ce qui domine dans leur progression et dans leur enchaînement, c'est un trouble profond de la nutrition, un arrêt du travail formateur. De là, le nom d'athrepsie qu'il donna à cette maladie ainsi constituée. On sait que ce nom fit fortune, et l'on peut affirmer qu'il restera classique; telle est l'importance d'un mot expressif et répondant à la réalité des choses. Mais avec quel art M. Parrot a su présenter son sujet ! Quel tableau saisissant il a tracé du mal ! Quelle vérité d'observation et en même temps quelle belle conception clinique !

Après l'athrepsie viennent ses travaux sur les *Altérations osseuses de la syphilis héréditaire*; ici, M. Parrot fit une véritable découverte anatomo-pathologique. Sa première publication sur ce sujet date de 1872, elle est intitulée : *Sur une pseudo-paralysie causée par une altération du système osseux chez les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire.* Ai-je besoin de vous rappeler en quoi consiste cette affection dont notre cher président, M. Millard, nous a récemment prouvé la curabilité ? Ce fut là pour M. Parrot le point de départ d'une série de recherches qu'il a poursuivies jusqu'à la veille de sa mort. Il démontra que la syphilis héréditaire détermine sur le squelette des enfants nouveau-nés des altérations pour ainsi dire constantes, aussi caractéristiques que celles du foie ou des poumons. Vous connaissez toutes les preuves qu'il a accumulées en faveur de cette opinion que personne ne conteste aujourd'hui. Mais il alla plus loin : il fit voir que ces lésions osseuses, arrivées à une certaine période, présentent une grande analogie avec celles du *rachitis* et il arriva à penser que cette dernière affection devait avoir une origine syphilitique. « Il y a là, dit-il, quelque part, une sorte de transformisme morbide, d'hybridité pathologique. La syphilis a appelé en quelque sorte le rachitis qui d'abord

©BIU Santé

n'avait aucunement gêné le malade. Ces phénomènes tiennent à ce que la pierre se loge dans le cul-de-sac vésical, derrière la prostate, et ne vient pas alors titiller le col. J'ajouterai que, quand on pratiquait la lithotritie à l'état de veille, un engorgement sénile de la prostate avec bas-fond était considéré comme un avantage en empêchant les fragments du calcul de se porter sur le col.

Je m'arrêterai ausssi un instant sur le choix de l'opération; si l'on ne considère que le volume de la pierre et l'état des organes urinaires, la taille semblait préférable à la lithotritie, et j'ajouterai, la taille hypogastrique plus favorable que la taille périnéale, vu la quantité relativement grande de liquide que l'on pouvait injecter dans la cavité vésicale; mais le malade était diabétique à un haut degré, et je crus prudent de renoncer au bistouri. Je résolus d'employer la lithotritie rapide, et la première séance eut lieu le 15 octobre, séance précédée bien entendu d'un traitement préparatoire de huit jours, consistant en sondages et lavages, traitement qui nous permit de constater la facilité de la vessie à se laisser distendre sans se révolter, l'intégrité du canal et l'introduction possible de sondes de gros calibre. Je suis de ceux qui considèrent ce traitement préparatoire comme aussi indispensable avec la lithotritie rapide qu'avec l'ancienne. Les avantages que l'on en retire ne laissent aucun doute sur son utilité.

Aidé de MM. les docteurs Boutreben, Rey et Piogey, le malade étant endormi, j'introduisis l'instrument, introduction qui se fit facilement, et pendant près d'une heure le broiement eut lieu sans discontinuer; il en fut de même pour les deux autres séances. Cependant, dans chaque opération, je fus obligé de retirer l'instrument trois et quatre fois, car ce dernier s'engorgeait vite, la pierre étant de nature phosphatique.

J'appellerai votre attention sur ce fait important, que trois séances de plus d'une heure eurent lieu à huit jours d'intervalle, que dans chaque séance l'instrument fut introduit plusieurs fois, et qu'il n'en résulta pour l'opéré aucun accès fébrile ni symptôme morbide d'aucune sorte. Ce fait semblerait donner raison à la méthode de Bigelow qui regarde comme inoffensive l'introduction répétée d'instruments; mais il faut observer que nous avions ici affaire à un cas exceptionnel, que les organes n'étaient pas irrités, qu'en un mot le malade possédait une vessie en zinc (terme consacré). Je me suis élevé, comme beaucoup de chirurgiens français, contre cette pratique qui est mauvaise en général dans la plupart des cas; les exceptions ici ne peuvent confirmer la règle.

Cet engorgement de l'instrument que l'on ne peut éviter quand la pierre est de nature phosphatique, malgré la perfection des instruments actuels, eût été, avec le volume du calcul, la cause du choix de la taille hypogastrique à employer si le malade n'avait pas été diabétique.

Dans l'intervalle des séances, l'opéré est resté au lit, et quoiqu'il eût de nombreux fragments dans la vessie, il n'a pas souffert. Si j'avais suivi le procédé américain, j'au-

---

s'est combiné avec elle et l'a ensuite absorbée peu à peu à son profit (1). » Cette hypothèse, formulée d'abord d'une façon dubitative, devint bientôt la clef de voûte de toutes ses recherches. Il savait que ses idées n'étaient pas acceptées sans réserve; mais avec quelle conviction il les a défendues! Que de labeurs représentés aujourd'hui par la plus belle collection anatomique qu'il y ait au monde sur le rachitis, et par un ouvrage qui ne sera pas perdu pour la science, mais auquel il manquera toujours sa dernière main! — A cette question se rattachent la *Syphilis dentaire* et la *Syphilis préhistorique*.

Vous citerai-je encore ses *Recherches sur le développement du cerveau chez les enfants du premier âge*, sa description de la *Tubulhématie rénale*, ses notes sur l'*Anatomie pathologique de la paralysie infantile* (avec M. Joffroy), sur la *Fièvre herpétique*, sur la *Dislocation des os du crâne dans la méningite chez les enfants*, sur les *Perforations crâniennes spontanées chez les enfants du premier âge*, son étude sur l'*Adénopathie topographique de la région céphalo-cervicale* et tant d'autres mémoires consacrés aux maladies de l'enfance?

M. Parrot a écrit pour le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, les articles: *Agonie*, *Angine de poitrine*, *Asthme*, *Asystolie*, *Cardite*, *Ramollissement cérébral*, *Chlorose*, *Chromidrose*, *Cœur* (pathologie générale).

Ce n'est pas tout; il s'était passionné pour l'anthropologie, et dans plusieurs publications insérées dans les *Matériaux pour l'histoire primitive et naturelle de l'homme*, dans la *Revue d'anthropologie*, dans les *Comptes rendus de l'Association française pour l'avancement des sciences* il décrivit la grotte d'Excideuil (âge du renne), qu'il avait découverte et

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1873, p. 392.

©BIU Santé

rai fini l'opération quand même dans une séance, par crainte des accidents causés par ces fragments; et, vu le volume de la pierre, vu l'engorgement forcé du lithotriteur, il aurait fallu tenir le malade pendant plus de trois heures sous le chloroforme, introduire l'instrument et la sonde un très grand nombre de fois; il m'est impossible et d'accepter cette manière de voir et surtout, je l'avoue, de l'employer; je ne crois pas qu'un chirurgien puisse broyer une pierre pendant trois heures.

Enfin, Messieurs, si vous voulez bien examiner les débris contenus dans cette boîte, vous verrez d'abord que la pierre n'était pas unique, mais qu'il y avait deux ou trois satellites dont un très petit qui est sorti intact par la sonde, puisque les morceaux ne sont assez gros, et que sans adopter la théorie de M. Bigelow, qui veut que l'on évacue le plus possible sans beaucoup broyer, je n'ai pas suivi non plus exactement le précepte de M. le professeur Guyon, que « l'évacuation c'est le broiement ». Quand la pierre n'engorge pas l'instrument, qu'elle est moyenne, que le canal ne peut accepter une sonde de gros calibre, ce dernier aphorisme me paraît très juste; mais ici son application m'eût demandé deux séances de plus, et comme je m'étais assuré d'abord que le canal de mon opéré acceptait la sonde coudée de Bigelow, je n'ai pas cru devoir me priver de son avantage, et la vessie a été débarrassée de ses débris par des injections d'eau tiède lancées avec la seringue ordinaire après l'introduction de la sonde dont Bigelow se sert avec l'aspirateur.

J'ajouterai, à propos de ce dernier instrument, que je ne m'en suis pas servi ; ce qui n'a pas empêché le malade d'être complètement guéri et de ne plus avoir de pierre dans sa vessie. Je ne me permettrai pas de nier son utilité, puisqu'il est très recommandé par des chirurgiens d'une haute compétence dans la matière, mais pour ma part, il ne m'a pas donné de résultat pratique, et je n'en ai pas encore reconnu la nécessité absolue.

Cette observation m'a donc paru intéressante, par la formation de la pierre, sa présence peu douloureuse malgré son volume, le choix de l'opération, et enfin par les diverses particularités se rattachant au manuel opératoire, particularités qui prouvent que l'éclectisme est nécessaire dans le traitement des calculeux, et que chaque cas particulier ne peut accepter une règle uniforme.

Le deuxième malade dont j'ai l'honneur de vous communiquer l'observation est pour ainsi dire l'antithèse du premier: urines purulentes, vessie ne pouvant contenir que 60 gr. d'urine, très intolérante, deux petits calculs que vous voyez ici; fièvre intense, douleurs intolérables, envies d'uriner toutes les cinq minutes.

M. Y..., âgé d'environ 60 ans, souffrait horriblement depuis deux ou trois mois, lorsque je le vis pour la première fois. Les pierres étant petites et d'acide urique, je résolus d'essayer la lithotritie rapide et de débarrasser le malade en une séance, car la prostate n'était pas volumineuse et la vessie très irritée; je me trouvais en présence d'un cas

---

explorée. Il était un des fondateur de la Société d'anthropologie et il en avait été le président en 1881.

M. Parrot était membre de l'Académie de médecine; il appartenait à la Faculté depuis 1876. Le succès de ses conférences avait attiré l'attention sur lui et l'Ecole voulut se l'attacher; à la mort de Lorain, il fut nommé professeur de l'Histoire de la médecine. Il abordait cet enseignement avec quelque appréhension; et n'est-ce pas faire le plus bel éloge de sa modestie que de citer le passage suivant de sa première leçon? Il parlait de son prédécesseur : « Votre esprit et votre cœur, disait-il, ont gardé le souvenir des remarquables qualités que la nature et le travail lui avaient données... Pour moi, j'ai la conscience de lui être inférieur, et je sens qu'il faudra de ma part des efforts constants pour que la comparaison que vous ferez entre Lorain et moi ne me soit pas trop désavantageuse. »

Depuis plusieurs années, M. Parrot avait acquis en pédiatrique une autorité incontestable; aussi était-il naturellement désigné pour occuper la chaire de clinique des maladies des enfants, qui fut créée en 1879. Il obtint que la nouvelle chaire fût installée à l'hospice des Enfants-Assistés, qu'il considérait comme l'hôpital le plus favorable à l'enseignement des maladies de l'enfance, et où il désirait poursuivre ses travaux. C'est là qu'il déploya une ardeur que nous blâmions tous et qui devait précipiter sa fin. J'ai le cœur encore serré lorsque je me rappelle ces longues heures qu'il passait dans les salles de l'infirmerie et à l'amphithéâtre, ce double foyer d'infection!

Vous parlerai-je maintenant de l'homme? c'était une nature généreuse élevée, un caractère honnête et droit, un esprit plein de finesse et de distinction, ce que révélait sa physionomie tout entière. Son souvenir vivra longtemps parmi nous!

© BIU Santé

diamétralement opposé au précédent, et les fragments calculeux pouvaient occasionner des accidents. Je fis un traitement préparatoire de quinze jours, avec bains de siège, cataplasmes, injections vésicales, repos au lit. Le jour de l'opération, aidé de MM. les docteurs Réal, Piogey et Rey, je me mis en demeure de pratiquer la lithotritie; mais il fut vite reconnu que le malade ne pouvait être profondément endormi sans des craintes de suffocation imminente; je reculai l'opération de vingt-quatre heures, pour faire prendre au malade une potion au chloral, de manière à favoriser la chloroformisation.

Le lendemain, M. Y... étant endormi, j'introduisis une injection de 80 gr. dans la vessie, puis l'instrument lithotriteur; mais à peine avais-je fait deux pesées, que le malade se réveilla assez pour vider sa vessie, dont les parois vinrent serrer les mors du lithotriteur et empêcher de le manœuvrer; on essaya d'endormir le malade plus profondément, les accidents de la veille se reproduisirent; force fut donc de renoncer à la lithotritie et d'avoir recours à la taille. J'eus d'abord l'idée d'employer la taille hypogastrique, mais l'indocilité de la vessie ne permettant pas l'introduction d'une goutte de liquide, je ne pus me servir de ce manuel opératoire; je dus recourir à la taille médio-bilatérale; les deux pierres furent très facilement saisies. Comme vous le voyez ici, les deux pinces du lithotriteur avaient attaqué l'une des pierres; j'allai à la recherche des fragments.

Dans la suite, il y eut peu de fièvre; pendant longtemps, des douleurs en urinant. Aujourd'hui, le malade reprend ses occupations après trois mois de traitement; il est complètement remis. Cependant, je fais continuer les injections pour obtenir une dilatation vésicale plus grande.

Cette observation me paraît surtout intéressante par le choix de l'opération : à ne considérer que le volume des pierres, leur nature, j'ajouterai l'état des organes urinaires au moment propice, la lithotritie rapide se trouvait indiquée; au maximum, en quarante minutes, le malade eût été débarrassé, mais j'ai été arrêté par une insubordination complète à l'agent anesthésique, la lithotritie rapide ne pouvant être faite que dans la résolution absolue, je me suis trouvé en présence d'un cas réfractaire. Ainsi, voici deux observations où le choix de l'opération a été en grande partie basé sur des considérations complètement étrangères aux causes appréciées ordinairement: dans le premier, la diathèse; dans le deuxième, la difficulté d'anesthésier.

D'un autre côté, chez M. Y..., l'observation m'a paru intéressante, en ce que si l'on peut considérer la taille hypogastrique comme la moins dangereuse et la plus facile des tailles, grâce au traitement antiseptique, au ballon rectal et à la dilatation vésicale, son application sera toujours rendue plus difficile par la contractilité de la vessie, contractilité qui, dans le cas de calculs, est souvent plus exagérée qu'on ne le croit.

Les observations de taille hypogastrique se multiplient; cette opération est partout à l'essai; la lithotritie rapide tend de plus en plus à régner; apporter comme je l'ai dit plus haut, le tribut de mon expérience, telle a été l'idée de ce travail.

J'ajouterai un mot. Dans une récente communication à la Société de chirurgie, M. Monod démontrant l'innocuité et la facilité de la taille hypogastrique, a émis la crainte que cette opération ne se substituât à tous les autres procédés de traitement des calculeux, même à la lithotritie ; ce qu'il faut éviter, cette dernière opération devant être considérée comme la meilleure dans la généralité des cas. J'irai plus loin que mon confrère, et je suis malheureusement convaincu que si la taille hypogastrique donne réellement les magnifiques résultats indiqués par ceux qui la préconisent, la lithotritie rapide deviendra, pour beaucoup de chirurgiens, l'opération d'exception, au lieu d'être l'opération de règle. C'est que la lithotritie rapide, qui constitue un progrès pour l'opéré, est devenue, dans les mains du chirurgien, une arme à deux tranchants. Son maniement ne supporte pas la médiocrité. Avec la lithotritie ancienne, le chirurgien inexpérimenté pouvait quelquefois faire mal l'opération, sans danger sérieux pour le patient; avec la lithotritie rapide, il tuera infailliblement le malade.

BIBLIOTHÈQUE

DE L'INFLUENCE DE L'EAU POTABLE SUR LA SANTÉ PUBLIQUE, OU RECHERCHES SUR L'HYGIÈNE, par M. le docteur MICHEL. — Paris, 1884; Delahaye et Lecrosnier.

Sous ce titre un peu trop général, notre honoré confrère du département de la Haute-Marne fait connaître d'utiles et intéressants détails sur les origines des épidé-

©BIU Santé

mies de fièvre typhoïde dont la ville de Chaumont a été si souvent le foyer. Ce petit livre a été écrit avec une ardeur convaincue et mérite d'être lu avec sympathie, parce qu'il est l'œuvre d'un observateur patient, d'un praticien dévoué aux intérêts de ses concitoyens.

Les conclusions de M. Michel viennent à l'appui des arguments souvent invoqués en faveur de la théorie microbique de la dothiénentérie et de l'influence des eaux potables sur son développement. Tant que la ville de Chaumont fut alimentée par des eaux fécales, l'épidémie fit de nombreux ravages; mais dès le jour où, vaincue par la sage opiniâtreté de notre confrère et éclairée par ses savantes recherches, la municipalité fit puiser l'eau à d'autres sources moins impures, l'hygiène de la ville s'améliora. Cette brochure, malgré ses longueurs de style, fait honneur à la profession et montre, une fois de plus, l'utilité pour les pouvoirs publics, en semblables matières, de prendre conseil de savants autorisés et de personnalités indépendantes. La ténacité de M. Michel et son exemple honorent donc le corps médical de la Haute-Marne et la profession médicale tout entière. — Ch. E.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE EN 1882. — Etudes statistiques, par M. DURAND-CLAYE, ingénieur des ponts et chaussées. — Nancy, 1883; Berger-Levrault.

Ce mémoire du savant ingénieur de la ville de Paris renferme de nombreux documents statistiques sur l'épidémie typhoïdique de 1882. Etudiant la maladie au point de vue topographique, tenant compte des facteurs si divers dont on a invoqué l'influence dans sa pathogénie, il signale dans des tableaux nombreux, les rapports qui ont existé entre les phénomènes météorologiques et ceux qu'on peut attribuer à l'état géologique des différents quartiers parisiens, à leur hydrologie, enfin à leurs égouts et à l'hygiène des habitations. Cette brochure se termine par cette sage conclusion : dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, il existe un ensemble de « causes et de conditions qui influent chacune « pour leur part sur le résultat final, qui se *somment*, pour employer une expression « mathématique, en une sorte d'*équation générale* ». Ce mémoire, un des plus importants qui aient été publiés sur la pathogénie de la fièvre typhoïde, fait partie d'une série d'études entreprises par M. Durand-Claye. Nous aurons donc l'occasion de discuter plus longuement leurs résultats qu'aujourd'hui nous nous bornons à signaler et qui sont tout à l'honneur de cet hygiéniste distingué C. ELOY.

DE L'HÉRÉDITÉ MORBIDE ET DE SES MANIFESTATIONS VÉSANIQUES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par le docteur J. SAUTON. — Paris; Delahaye et Lecrosnier, 1883.

Ces recherches ont d'abord été entreprises dans le but de connaître l'influence de l'hérédité sur l'explosion de la folie. Le rôle de cette hérédité étant démontré par les faits, M. Sauton a voulu savoir si les diverses conceptions délirantes des paralytiques généraux ne reconnaissaient pas la même cause que les troubles psychiques des aliénés proprement dits. Par l'analyse de 80 observations, dont 64 inédites, l'auteur de cet intéressant mémoire inaugural arrive à cette conclusion, que la paralysie générale prend place hors du groupe des vésanies et dans celui des psychopathies, que ses conceptions délirantes relèvent d'antécédents héréditaires ou personnels, et qu'elles se montrent seulement chez les individus prédisposés à la vésanie. — C.-L. D.

LA LONGÉVITÉ ET LES MOYENS DE L'ACQUÉRIR, par M. Joseph RICHARDSON, traduit de l'anglais par M. BARRUÉ. — Paris, 1884; Asselin.

Ce petit volume fait partie de la collection américaine de livres élémentaires d'hygiène. Sous une forme familière, l'auteur explique au lecteur et lui énumère les principales règles de l'hygiène usuelle. Son but est de leur apprendre à éviter les maladies contagieuses, à choisir ses vêtements, à prévenir la viciation de l'air ou de l'eau, à découvrir les impuretés des aliments, etc., etc., toutes questions qu'il est utile de mettre à la portée de toutes les intelligences. Ce petit livre aura donc un succès populaire, en attendant un ouvrage semblable, écrit par un Français et pour les Français. Enseignée sous cette forme littéraire, les notions d'hygiène auraient l'avantage de se vulgariser sans devenir vulgaires. — C.-L. D.

DE L'ARRÊT DES GRAVIERS RÉNAUX DANS L'URETÈRE, par M. le docteur PATEZON. — Saint-Dizier, 1883; Henriot et Godard.

Les observations qui font l'objet de cette brochure témoignent une fois de plus, que même en s'arrêtant dans l'uretère les graviers rénaux peuvent ne pas toujours donner lieu à des accidents de haute gravité. Dans d'autres cas, cependant, il n'en est pas

©BIU Santé

ainsi, de sorte que la clinique a tout profit à reconnaître les symptômes indicateurs de cette migration.

Ces derniers seraient les suivants d'après notre estimé confrère : 1° un point douloureux fixé sur le trajet de l'uretère, précédé de coliques néphrétiques, et cessant après l'expulsion du gravier ; 2° l'absence de tout corps étranger intra-vésical démontrée, soit par l'exploration directe, soit par le défaut des signes révélateurs de la pierre dans la vessie.

Enfin, l'auteur assigne pour point d'arrêt de ces graviers, l'endroit ou l'uretère pénètre dans l'épaisseur de la paroi vésicale. S'abstenant de discussions et d'hypothèses théoriques, M. Patezon reste, dans ce petit mémoire, sur le terrain de l'observation, de sorte que ses conclusions sont celles d'un observateur impartial et d'un prudent clinicien.

C. E.

REVUE DES JOURNAUX

De la ligature des artères dans le goître, par M. Arthur New, à l'hôpital de la mission (Kashmir). — Ce médecin a traité par le procédé suivant plusieurs cas de goitres vasculaires. Ayant remarqué la dilatation constante des artères thyroïdiennes supérieures dans cette affection, il a pratiqué la ligature de ces vaisseaux. Après les avoir isolés des veines et des tissus environnants et au moyen d'un porte-fil recourbé, il les liait avec le catgut. Les extrémités de ce fil ramenées sur la peau étaient fixées à un fragment de liège et, en quelques jours, il obtenait la diminution graduelle du calibre des vaisseaux et du volume de la tumeur. (*The Lancet*, 22 décembre 1883, p. 1104.) — C. L. D.

Du nitrite d'éthyle, par M. Lenck. — Analogue au nitrite d'amyle, à la nitro-glycérine et aux nitrites en général, cette substance diminuerait la pression artérielle pendant deux ou trois heures et augmenterait les battements du cœur. Au point de vue thérapeutique, elle pourrait être employée pour produire la diminution de la tension et des pulsations artérielles, et par conséquent pour produire la diurèse et la diaphorèse.

L'auteur n'hésite pas à la recommander pour combattre les angines de poitrine, et lui donne rang à côté du nitrite d'amyle et de la nitro-glycérine. (*The Practitionner;* octobre 1883.) — C. L. D.

Du traitement de la leucémie et de la pseudo-leucémie par les inhalations d'oxygène, par Kirnberger. — D'après l'auteur, ces inhalations retarderaient les altérations morbides qu'on observe dans cette affection.

Un enfant, inutilement soumis au traitement par le fer, l'arsenic et la quinine, éprouva une amélioration notable de leur emploi combiné avec l'administration de la quinine. Le nombre des corpuscules rouges était dans la proportion de 1 à 90 au début du traitement; à la fin, il était devenu normal. L'inappétence, les nausées, l'augmentation du volume de la rate avaient disparu. (*Deutch. med. Wochensch.*; 10 octobre 1883.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mars 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Bitot, professeur à la Faculté de Bordeaux. (Accepté.)

2° Une lettre adressée par M. le secrétaire de la Société de géographie de Toulouse, annonçant qu'une Exposition de géographie aura lieu prochainement dans cette ville.

M. Constantin Paul offre, de la part de M. le docteur Poncet, chirurgien des hôpitaux de Marseille, une brochure intitulée : *De l'influence de la congestion chronique du foie dans la genèse des maladies.*

M. Guéniot présente, de la part de M. le docteur Dauchez, ancien interne des hôpi-

©BIU Santé

taux, une brochure intitulée : *Des éruptions vaccinales généralisées* (vaccinides) *et de quelques dermatoses suscitées ou rappelées par la vaccination.*

M. Gautier 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.

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La commission, par l'organe de son rapporteur M. Ball, classe les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Bouchard; — en deuxième ligne, M. Siredey; — en troisième ligne, M. Damaschino; — en quatrième ligne, M. Cadet de Gassicourt; — en cinquième ligne, M. Sanné.

Le nombre des votants étant de 85, majorité 43, M. Siredey obtient 48 suffrages, M. Bouchard, 37.

En conséquence, M. Siredey ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie.

M. Mercié lit un travail intitulé : *Nouveau traitement des rétrécissements de la trompe d'Eustache par l'électrolyse.*

D'après l'auteur, ce moyen aurait réussi dans des cas où la dilatation par les autres procédés, et particulièrement à l'aide des bougies, avait échoué.

M. Bucquoy lit le rapport général officiel sur les épidémies qui ont sévi en France pendant l'année 1882.

M. le rapporteur appelle plus particulièrement l'attention sur les épidémies de fièvre typhoïde, surtout sur une épidémie qui a sévi dans le département de l'Yonne, et sur laquelle M. le docteur Dionis des Carrières a adressé un rapport des plus remarquables, dans lequel il cherche à montrer que la contamination des eaux potables, par les matières fécales provenant d'individus atteints de fièvre typhoïde, a été la cause de l'épidémie.

La lecture du rapport sera continuée dans la prochaine séance.

— La séance est levée à quatre heures quarante-cinq.

VARIÉTÉS

LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ MILITAIRES EN FRANCE ET EN ALGÉRIE

Quand, par la pensée, on retourne aux premières années de l'occupation de l'Algérie et à la mortalité de nos soldats à cette époque, on est surpris de voir une plume autorisée déclarer qu'actuellement, « la proportion des décès aux maladies traitées dans les « hôpitaux est, à très peu près, la même en Algérie qu'en France. » M. le docteur Maillot, dont le nom honore notre pays et dont la bienfaisante science a depuis longtemps acquis d'impérissables droits à la reconnaissance de la colonie africaine et de la mère-patrie, est l'auteur de cette affirmation. Il suffisait de la motiver par sa longue expérience; mais cependant, comme au temps lointain où, aide-major de l'hôpital de Bone, il préparait l'avènement définitif thérapeutique et clinique de la quinine dans la médication des fièvres palustres, M. Maillot est fidèle au principe classique de ne rien avancer qu'on ne le prouve.

Il invoque donc, à l'appui de son opinion, le témoignage des chiffres.

Prenant pour point de comparaison la morbidité et la mortalité des corps de troupes du gouvernement de Paris, dont les effectifs sont à peu près équivalents à ceux des garnisons de l'Algérie, il interroge la statistique. Que répond-elle ? Certes, la morbidité de l'armée d'Afrique est plus élevée; la mortalité totale surpasse d'un tiers environ celle des troupes du gouvernement de Paris; mais si, au lieu de s'en tenir à la brutalité des chiffres, on examine la mortalité relative, on constate que la proportion des malades aux morts est notablement inférieure. De là une preuve incontestable de la puissance de la thérapeutique contre les affections de ce pays.

En 1877, 1878, 1879 et 1880, la morbidité militaire totale en France et en Algérie est représentée par 137,043 entrées dans les hôpitaux, et la mortalité par 4,833 décès, soit 1 décès pour 28 malades. En examinant les chiffres partiels, M. Maillot montre, dans une lettre récente à la *Gazette des hôpitaux*, que pendant la même période, on comptait en Algérie 86,298 entrées et 2,747 décès, tandis qu'en France la morbidité était repré-

©BIU Santé

sentée par 50,745 entrées et la mortalité par 2,086 décès, soit en Algérie une proportion de 1 mort sur 31 malades et dans la garnison du gouvernement de Paris de 1 mort sur 24. Ces chiffres sont démonstratifs.

Les travaux de colonisation et d'assainissement ont une grande part dans ces heureux résultats, mais le mérite en revient surtout à l'activité laborieuse du corps de santé militaire et à l'énergie que M. Maillot met en œuvre pour éclaircir la pathogénie des maladies coloniales et en fixer la thérapeutique quinine. Ces chiffres, après tant d'autres preuves et après de si longues années, confirment encore une fois la valeur de l'œuvre et l'indomptable énergie de l'aide-major de l'hôpital de Bone, devenu depuis l'éminent président du conseil de santé des armées. — C. Eloy.

Faculté de médecine de Paris

Thèses de doctorat du 1er au 15 mars 1884.

Le 2 et le 3, pas de thèses.

Mardi 4. — M. Saubost : Accidents cérébraux au début de la pneumonie chez les enfants. (Président, M. Germain Sée.) — M. Maigret : De la créosote en thérapeutique. (Président, M. Laboulbène.)

Mercredi 5. — M. Regnard : Quelques expériences avec le nouvel appareil Collin pour le redressement brusque du genu valgum. (Président, M. Verneuil.) — M. Pascalis : De l'épididymite syphilitique. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 6. — Mlle Kraft : Traitement de l'empyème par la pleurotomie complètement antiseptique. (Président, M. Ball.) — M. Chachereau : Un kyste hydatique du poumon ; urticaire hydatique. (Président, M. Cornil.) — M. Arnaud : Contribution à l'étude de l'endométrite dans la blennorrhagie. (Président, M. Cornil.) — M. Jollet : De l'influence de la rougeole sur le développement et la marche des arthrites. (Président, M. Hardy.) — M. Speckhahn : De la guérison rapide ou immédiate de l'entorse du pied par le massage. (Président, M. Lefort.)

Vendredi 7 et samedi 8. — Pas de thèses.

Lundi 10. — M. Hache : Etude clinique sur les cystites. (Président, M. Guyon.) — M. Andret : Des manifestations cutanées de la blennorrhagie. (Président, M. Charcot.)

Mardi 11. — Pas de thèses.

Mercredi 12. — M. Labonne : Contribution à l'étude des suites des fractures de la rotule et de leur thérapeutique. (Président, M. Verneuil.) — M. Malécot : De la spermatorrhée. (Président, M. Guyon.)

Jeudi 13. — Pas de thèses.

Vendredi 14. — M. Daucourt : Résultats cliniques éloignés des opérations césariennes et de Porro. (Président, M. Guyon.) — M. Jourdin : Contribution à l'étude des lésions congénitales de l'artère pulmonaire et de la cloison interventriculaire. (Président, M. Potain.) — M. Auvard : De la pince à os et du crânioclaste. (Président, M. Tarnier.) — M. Morival : Traitement des vomissements incoercibles pendant la grossesse. (Président, M. Tarnier.)

Samedi 15. — M. Delotte : Des migrations de l'empyème dans la région lombaire. (Président, M. Lefort.) — M. Revolat : De l'insuffisance des droits internes et de son traitement par la ténotomie partielle. (Président, M. Panas.)

Thèses pour le doctorat soutenues devant la faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, pendant les mois de novembre, décembre 1883, janvier, février 1884.

Vincent (Achille) : Recherches sur l'élimination de l'iodure de potassium par les urines (9 novembre). — Noskowski (Stanislas-Antoine-Louis de Lada) : Etude sur l'arsenic et en particulier sur la valeur de ses préparations facilement solubles dans le traitement préservatif et curatif des maladies tuberculeuses (30 novembre). — Montgolfier (René de) : Contribution à l'étude des convulsions de l'enfance étudiées spécialement au point de vue de l'hérédité (17 décembre). — Denarié (Amédée) : Contribution à l'étude de la syphilis cornéenne, gomme de la cornée (18 décembre). — Kocher (Adolphe) : De la criminalité chez les Arabes au point de vue de la pratique médico-judiciaire en Algérie (21 décembre). — Boy (Jules) : Du poumon cardiaque (sclérose pulmonaire) (23 décembre). — Penet (Joseph-Léon) : Des traumatismes du cristallin au point de vue médico-judiciaire (19 janvier). — Laurent (J.-B.) : Contribution à l'étude du délire dans les maladies du cœur (16 février).

©BIU Santé

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boites EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

HÔPITAL BICHAT. — *Conférences de clinique et de thérapeutique médicales.* — M. le docteur Henri Huchard continuera ces conférences tous les dimanches, à *dix heures* (au lieu de 10 heures 1/2), à l'hôpital Bichat. La cinquième conférence de dimanche prochain, 16 mars, aura pour sujet : *L'angine de poitrine des arthritiques et des neuro-arthritiques.*

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL EN CHIRURGIE. — Le jury de ce concours, dont nous avons annoncé la date, est ainsi constitué : MM. Richet, Trélat, Saint-Germain, Lannelongue, Péan, Pozzi, Sévestre.

— M. le docteur Boutin nous apprend qu'il a reçu la visite du faux Linas, l'escroc qui nous a été signalé par M. le docteur Piogey (*Union méd.*, 21 février), et qu'il l'a mis simplement à la porte. Nous regrettons qu'il n'ait pas été plus sévère, et nous portons le fait à la connaissance de nos lecteurs, car il peut leur être utile de savoir que le faux Linas continue ses visites aux médecins.

BANQUET DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Ce banquet aura lieu le 19 mars, à 7 heures du soir, dans les salons de Véfour, 15, rue Beaujolais, au Palais-Royal.

La cotisation est de 15 francs.

On souscrit chez les docteurs dont les noms suivent : Chevallereau, 9, rue de Rivoli; — Commenge, 18, avenue Victoria; — Gibert, 38, rue Keller; — Guyet, 13, rue Castellane; — Le Noir, 22, rue du Bouloi; — Passant, 39, rue de Grenelle; — Richard (Paul), 104, rue de Rivoli.

ENSEIGNEMENT LIBRE. — Le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophthalmologie (semestre d'été) le lundi 17 mars, à 8 heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté (amphithéâtre n° 3), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet : *Médecine opératoire oculaire; — Exercices pratiques pour les élèves inscrits.*

Se faire inscrire de 1 heure à 3, rue de l'Ancienne-Comédie, ou à l'Ecole pratique, auprès du garçon d'amphithéâtre.

NÉCROLOGIE. — Le docteur Marmy, médecin inspecteur du service de santé militaire en retraite, vient de mourir à Lyon à l'âge de 68 ans. Une foule émue et recueillie où se pressaient toutes les notabilités médicales, scientifiques et littéraires de Lyon, assistait à ses obsèques. Sur sa tombe, M. le médecin principal Pallé a rappelé les principales étapes de la carrière du défunt qui, en Algérie, en Crimée, à Lyon ou il fut longtemps médecin en chef, et dans les hautes fonctions d'inspecteur du service de santé, s'est constamment montré l'homme de devoir et de science, le collègue dévoué et sympathique.

Le docteur Marmy était commandeur de la Légion d'honneur, il venait d'être nommé président pour 1884 de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Lyon, et il était un des membres les plus actifs de la Société protectrice de l'enfance de cette ville.

Il a été emporté en quelques jours par une albuminurie compliquant un diabète dont il souffrait depuis longtemps, et qu'il avait eu le courage de dissimuler jusqu'au dernier moment, à la sollicitude de sa famille et de ses amis.

On lui doit la publication d'un certain nombre de travaux de valeur (entre autres sur le typhus d'Orient) dans la collection du *Recueil des mémoires de médecine et de pharmacie militaires*; mais son œuvre capitale est une *Topographie médicale du département du Rhône et de la ville de Lyon*, en collaboration avec le docteur Quesnois (1866). — R. L.

— M. R..., pharmacien de 2e classe, marié, sans enfants, demande une gérance ou une place de premier élève dans une pharmacie. Bonnes références.

S'adresser au Bureau du Journal.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

©BIU Santé

Sommaire

I. E. Troisier : Des nodosités rhumatismales sous-cutanées. — II. Intérêts professionnels. — III. Correspondance. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causeries.

Les nodosités rhumatismales sous-cutanées (1).

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 26 octobre 1883

Par M. E. Troisier, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

V

Quel est le siège anatomique de ces nodosités?

Je l'ai déjà dit, c'est dans l'épaisseur ou à la surface des ligaments, des tendons, des aponévroses et du périoste qu'elles se développent. Il était possible de le supposer d'après certains caractères cliniques, tels que leur déplacement avec les tendons, leur adhérence aux tissus fibreux qui entourent les articulations, leur connexion manifeste avec le périoste. « Il est évident, dit M. Meynet, que ce sont surtout les tissus fibreux qui sont atteints, les jointures, le périoste, les tendons. ..... Toutes ces tumeurs sont mobiles, et si quelques-unes paraissent adhérentes aux os, il est facile de voir que dans certaines attitudes, où le relâchement du membre est complet, on peut les faire mouvoir et glisser sur les os sous-jacents. D'ailleurs l'évolution rapide de ces tumeurs éloigne l'idée d'exostose. Il ne paraît pas douteux que le périoste ne soit lui-même le siège du néoplasme. » — « Elles semblent, dit M. Ern. Besnier, avoir leur siège anatomique dans l'atmosphère celluleuse des tendons ou du périoste. » C'est aussi ce que nous avions admis, M. Brocq et moi.

Plusieurs autopsies sont venues confirmer cette hypothèse.

Dans le cas rapporté par M. Hirschsprung, on trouva, à la partie postérieure de chaque olécrâne, une nodosité de la grosseur d'un pois, qui sié-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro des 2, 4 et 11 mars 1884.

FEUILLETON.

CAUSERIES

Je viens de recevoir le quatrième volume de l'*Index-Catalogue* de la bibliothèque annexée au service du chirurgien général de l'armée des Etats-Unis, à Washington, rédigé sous la direction de M. le docteur John S. Billings. Ce volume, qui s'étend de la lettre E à Fizes, comprend 4802 titres d'ouvrages par noms d'auteurs, représentant 1926 volumes et 3,883 brochures, et, par ordre des matières, 12,361 titres de livres et 48,977 titres d'articles de journaux. Les quatre volumes ensemble contiennent les titres par noms d'auteurs de 35,425 ouvrages, représentant 24,967 volumes et 27,479 brochures, et, par ordre de matières, 41,483 titres d'ouvrages, et 149,737 articles de journaux, plus 4,335 portraits. Je crois qu'à ce point de vue, comme à beaucoup d'autres, le nouveau monde n'a plus rien à envier à l'ancien. Que M. Billings veuille bien agréer les sincères compliments du soussigné.

Les principaux articles de ce volume sont relatifs à Ear (oreille), soit 35 pages de deux colonnes. — Education, renfermant tout ce qui a trait à l'éducation et à l'instruction médicales du monde entier, 60 pages. — Epilepsy, 28 pages. — Erysipèle; excisions; eye (œil), 100 pages. — Femur; fever (toutes les fièvres), 298 pages. — Fistule, 39 pages. Je suis heureux de signaler la bibliographie de ces articles, et de ceux moins importants qui se trouvent dans les lettres intermédiaires, comme *Eczema*, *Elbow-joint* (coude),

©BIU Santé

geait dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais qui était adhérente au tendon du triceps brachial.

MM. Barlow et Warner de leur côté donnent trois cas suivis de l'examen nécroscopique : dans l'un (obs. V de leur mémoire), ils trouvèrent un nodule de la grosseur d'une graine de chanvre, intimement soudé au tendon du triceps, à son insertion olécranienne; dans le second (obs. VII), ils virent des nodosités attachées aux expansions tendineuses qui entourent les genoux et les coudes; dans le troisième, enfin (obs. XVII), ils en constatèrent dans le fascia profond (au niveau de la onzième vertèbre dorsale), dans l'épaisseur des aponévroses superficielle et profonde des temporaux et sur le péricrâne; ces dernières, qui étaient de la grosseur d'une tête d'épingle, avaient déterminé sur le crâne de petites dépressions à leur niveau.

Ces nodosités prennent donc naissance sur les tendons, les ligaments, les aponévroses, le périoste, et végètent à leur surface; elles occupent le tissu cellulaire sous-cutané, mais elles ne s'y développent jamais primitivement, et pendant toute leur durée elles ne paraissent contracter aucune adhérence avec lui. Elles restent également toujours indépendantes de la peau.

Ne se développent-elles que sur les membranes fibreuses superficielles? Cela n'est pas probable et je suis disposé à croire qu'elles peuvent se produire sur le périoste de tous les os, sur les aponévroses profondes, partout enfin où existe du tissu fibreux. C'est un point qui ne sera éclairci que par l'anatomie pathologique.

VI

Les autopsies dont je viens de parler nous renseignent également sur la structure de ces nodosités. Singulières productions! D'une consistance presque fibreuse, et cependant fugaces et résolutives, au point qu'elles disparaissent, sans laisser trace de leur passage! N'y a-t-il pas là comme une invraisemblance? — Quelle est donc leur constitution anatomique? M. Jaccoud avait pensé qu'elles étaient dues « à l'infiltration et à l'hyperplasie circonscrite des éléments connectifs ». On peut dire aujourd'hui que cette supposition ne s'éloigne pas trop de la réalité.

MM. Barlow et Warner disent que ces corps sont semi-transparents et qu'ils présentent quelque ressemblance avec les grains de sagou cuit. Quant à leur structure histologique, elle serait, pour M. Hirschsprung,

---

Elephantiasis, *Ethnology*, *Face*, *Finger* (doigt), à l'attention des rédacteurs de travaux originaux et de *Revues générales*.

***

Je voudrais pouvoir leur recommander avec la même bienveillance une autre publication qui vient de paraître à la fin du mois de janvier pour la première fois, et qui porte le titre alléchant de *Revue bibliographique universelle des sciences médicales*. Le rédacteur en chef, que je n'ai pas l'honneur de connaître, et qui, quoique docteur, ne figure pas dans l'*Annuaire*, a eu, je le crains, des collaborateurs un peu trop pressés, car ils se sont beaucoup plus servis de leurs ciseaux que de leur plume. Bien que les articles ne soient pas signés, et que leur extraction ne soit pas indiquée, j'ai pu, le hasard aidant, reconnaître la provenance de plusieurs de ces articles. Le premier, intitulé : *Le choléra, étiologie et prophylaxie*, par le docteur A. Proust, est tout uniment le compte rendu d'un livre que vous connaissez bien, compte rendu emprunté à feu le *Parlement;* le second, intitulé : *De l'utilité de la vivisection*, par M. le docteur Leneveu, est encore un compte rendu tiré du même *Parlement*; un autre, signé du professeur Picot (de Bordeaux), est le compte rendu de l'ouvrage du professeur Peter : *Traité clinique et pratique des maladies du cœur et de la crosse de l'aorte*, article emprunté à la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, mais sans la prévenir; la *Gazette des hôpitaux* a été mise aussi à contribution pour un article de M. le docteur Foissac : *Sur les fièvres intermittentes et rémittentes des pays chauds*, d'après (et non *depuis*, comme le fait dire une coquille à la *Revue bibliographique*) les travaux du docteur Maillot, et divers autres articles tirés du *Journal de thérapeutique*, du *Journal de médecine de Paris*, enfin, pour en revenir encore une fois au

©BIU Santé

celle du tissu conjonctif plus ou moins modifié. Ce tissu, dans le cas observé par cet auteur, était composé de fibres, de cellules fusiformes disposées en séries, de cellules irrégulières et aplaties, séparées par une substance fondamentale assez homogène; en quelques points, il y avait des accumulations de cellules à noyaux ronds, plus grandes que les cellules du tissu de granulation ordinaire; çà et là on voyait quelques vaisseaux; enfin, par places, on distinguait des cellules en voie de nécrobiose. « On peut donc considérer ces nodosités, ajoute M. Hirschsprung, comme des néoformations conjonctives très probablement de nature inflammatoire chronique, avec tendance à la nécrobiose; elles proviennent évidemment des tendons dont elles rappellent la structure d'une manière frappante. »

MM. Barlow et Warner, qui firent la biopsie (1) d'une de ces nodosités, déclarent qu'elles ont beaucoup de ressemblance avec le tissu de granulation en voie d'organisation. « A la coupe, disent-ils, ce nodule présentait des stries onduleuses de tissu fibreux, des cellules fusiformes pourvues de noyaux et des vaisseaux. » Puis, dans leurs conclusions, ils comparent ces nodules aux végétations des valvules du cœur et regardent le tissu dont ils sont formés comme « appartenant absolument au tissu fibreux ».

Tels sont les résultats des examens pratiqués par M. Hirschsprung et par MM. Barlow et Warner; ces résultats sont assez concordants. Mais faut-il accepter l'interprétation proposée par ces auteurs et déclarer avec eux que ces nodosités sont constituées par du véritable tissu fibreux? Cette manière de voir ne paraît pas ressortir absolument du texte même de leurs observations, et il y a peut-être quelque exagération à les considérer comme du tissu fibreux (2). Pour ma part, je me représente ce tissu, d'après les descriptions que je viens de reproduire, comme un tissu embryonnaire présentant en quelques points une organisation plus ou moins avancée et subissant par places un travail nécrobiotique ou de résorption moléculaire? Il s'agirait là de néoplasies conjonctives prenant naissance sur le tissu fibreux, mais ne subissant jamais une évolution assez complète pour que

(1) Selon l'heureuse expression de M. Ern. Besnier.

(2) Il est regrettable que les mémoires de ces auteurs ne soient pas accompagnés de figures.

Parlement, le compte rendu que la Chronique scientifique de ce journal a fait du Congrès international des médecins des colonies.

Cette manière simple et facile de faire un journal est un progrès très sensible sur celle qui est employée par la *Revue des sciences médicales* de M. Hayem et par la *Revue internationale des sciences* de M. de Lanessan, qui se donnent encore la peine de faire rédiger spécialement des articles pour leurs recueils ; mais je doute que la nouvelle venue ait le même succès que ses ainées. Maintenant que le *Parlement* a cessé de paraître, que notre confrère me permette de lui dire que son successeur le *Journal des Débats*, que le *Siècle*, le *XIXe Siècle*, la *République française*, la *France*, etc., ont des chroniques scientifiques fort bien faites auxquelles il pourra puiser suivant ses besoins.

***

Notre vénéré confrère, M. le docteur V. Nive (de Clermont-Ferrand), m'a fait l'honneur de citer mes opinions sur la vivisection, dans un discours sur le médecin, ses études psychologiques, son utilité, ses devoirs, discours prononcé à la séance de rentrée des Facultés de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Clermont, le 22 novembre 1883. Il y a bien des choses dans ce discours ; les unes, trop vitalistes, ne seraient peut-être pas très bien accueillies à Paris ; je ne veux donc pas en parler ; les autres sont l'exposé des récentes acquisitions de la science, dont M. Nivet est resté le fervent disciple ; toutes montrent que notre distingué confrère, s'il n'a rien oublié de son éducation médicale première, n'en a pas moins suivi pas à pas et bien accueilli les progrès accomplis dans notre art, et qu'il est resté le digne représentant de ces médecins

©BIU Santé

l'on puisse les regarder comme du tissu fibreux proprement dit. Cette structure permet d'ailleurs d'expliquer plus facilement leur existence passagère et leur tendance à disparaître spontanément.

VII

Le diagnostic des nodosités rhumatismales ne peut présenter aujourd'hui de réelle difficulté, et l'on devra les reconnaître lorsqu'on verra survenir chez un rhumatisant, au pourtour des articulations ou à la surface des os, de petites tumeurs sous-cutanées plus ou moins mobiles sur les parties sous-jacentes, d'une consistance dure et un peu élastique, à bords nets, indolentes ou peu douloureuses, sans modification de la peau à leur niveau. La brusquerie de leur apparition et leur durée habituellement fort courte les distinguent de toutes les tumeurs sous-cutanées persistantes, telles que les tubercules sous-cutanés douloureux, les tophus de la goutte, etc. L'érythème noueux en diffère par la coloration rouge de la peau au niveau des nodosités et par le siège de ces tumeurs noueuses « qui semblent comme enchâssées par leur base dans l'*épaisseur de la peau* du tissu cellulaire. » (Trousseau.)

Les seules affections avec lesquelles on pourrait les confondre au premier abord sont les exostoses et les gommes syphilitiques.

Lorsque les nodosités se développent sur le périoste, elles paraissent fixes, mais en réalité elles ne sont pas absolument adhérentes aux os ; il est souvent possible de les déplacer, surtout lorsqu'elles sont en voie de résorption; elles sont, en outre, mieux circonscrites que les exostoses ou les périostoses sous-cutanées. — Quant aux gommes sous-cutanées, elles présentent évidemment quelque ressemblance avec les nodosités rhumatismales, car elles se présentent ordinairement sous la forme de petites tumeurs globuleuses, dures, d'abord indolentes et tout à fait mobiles ; mais bientôt elles adhèrent à la peau, elles changent de consistance et elles prennent les apparences d'une tumeur inflammatoire ; autant de caractères qui les éloignent des nodosités rhumatismales. J'ajoute que le diagnostic n'est vraiment délicat que si les nodosités surviennent en dehors d'une

---

« laborieux, instruits, probes et charitables » dont il a si bien tracé le caractère dans son discours.

* * *

L'*Armée du Salut* est en train de renouveler les exploits accomplis il y a un peu plus d'un siècle au cimetière Saint-Médard par les convulsionnaires, sur la tombe du diacre Pâris. Il n'était pas difficile de prévoir ce résultat. Pour qui connaît les épidémies d'hystéro-démonopathie observées depuis une trentaine d'années à Josselin, en Bretagne, à Morzines, en Savoie, à Verzégnis, dans le Tyrol (1879), etc., il était facile de prédire que l'association d'un grand nombre de personnes du sexe faible, fanatisées, crédules, amènerait dans un délai plus ou moins rapproché les pratiques extravagantes des anciennes possédées, et les scènes hystéroïdes (je crois que j'invente ce mot) qui ont attiré tant de spectateurs mondains à la Salpêtrière dans ces dernières années.

Je tiens ces renseignements d'un de mes amis habitant Londres, médecin instruit, qui a assisté en observateur à une des séances des salvationistes, dans une église. Après une prédication, dans laquelle l'imagination endiablée de miss Booth s'était donné libre carrière, une partie des spectateurs tombée en extase, prit les poses si bien décrites et dessinées par notre artistique confrère M. Paul Richer ; une autre, poussant des cris, gesticulant, se roulait par terre, se frappait la tête contre les bancs, les murs, se mettait en emprostho ou en opisthotonos comme de véritables tétaniques, ou se livraient à des sauts à faire envie aux clowns disloqués de l'Hippodrome. D'autres restaient paisiblement à genoux sur une chaise, près d'une table, dans l'attitude de la prière ou du recueillement; puis tout à coup, tressaillant comme si elles avaient reçu la commotion

©BIU Santé

attaque de rhumatisme, ou si par hasard elles se montrent chez un rhumatisant entaché de syphilis (1).

(1) M. le professeur Fournier m'a communiqué deux cas de nodosités rhumatismales observées chez des syphilitiques, qui ont été considérées pendant quelque temps comme des gommes sous-cutanées. Voici le résumé de ces intéressantes observations:

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 41 ans qui avait eu des attaques de rhumatisme articulaire aigu en 1862, 1874 et 1880, et qui avait contracté la syphilis en 1874 (chancre induré et accidents secondaires). En janvier 1881 apparurent trois exostoses frontales, bientôt suivies de syphilides siégeant sur le dos et de lésions des fosses nasales; le malade entra à Saint-Louis et fut soumis au traitement mixte. Il était sur le point de quitter l'hôpital, dans les premiers jours d'avril, quand il fut pris de douleurs articulaires dans les genoux; peu de temps après, il se produisit, en l'espace d'une nuit, deux tumeurs sur la fesse gauche. L'une était grosse comme une petite noix, l'autre comme une noisette; elles étaient dures, bien circonscrites, mobiles et siégeaient dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elles ressemblaient tout à fait à des gommes. Dans la même journée, deux autres tumeurs, plus petites, apparurent sur la fesse droite. Le lendemain, 5 avril, il s'en montra deux sur la cuisse gauche; le 6, deux sur la cuisse droite. En présence de ce mode d'apparition, M. Fournier abandonna le diagnostic qu'il avait porté le premier jour, et pensa qu'il s'agissait de nodosités rhumatismales. Le 16, apparition d'une nodosité sur l'abdomen. A partir de ce moment, toutes ces tumeurs diminuèrent peu à peu de volume et disparurent au bout de quelques jours; les douleurs articulaires cessèrent également, et le malade sortit de l'hôpital complètement guéri dans les premiers jours de mai.

La seconde observation est celle d'un homme de 32 ans, qui entra à l'hôpital pour un rhumatisme subaigu, caractérisé par des douleurs articulaires et musculaires, et par de l'épanchement dans le genou gauche. Le jour de l'entrée du malade, on constatait sur le front, au-dessus de l'œil gauche, une tuméfaction grosse comme une noisette, paraissant faire corps avec l'os et que l'on considéra comme une périostite spécifique; cet homme avait contracté la syphilis deux ans auparavant. Mais il raconta que cette petite tumeur avait déjà disparu et qu'elle s'était reproduite plusieurs fois depuis qu'il était atteint de rhumatisme. M. Fournier porta alors le diagnostic de nodosité rhumatismale, et prescrivit le salicylate de soude. Trois jours après l'entrée du malade à l'hôpital, le rhumatisme était apaisé et la nodosité frontale commençait à diminuer de volume; au bout d'une semaine environ, elle avait tout à fait disparu et le malade était guéri.

A ce propos, je dois dire que mes deux malades (Obs. I et II) n'étaient pas syphilitiques.

---

d'une forte pile électrique, elles bondissaient par dessus leurs tables, en arc de cercle, retombaient sur les mains, et après une série de sauts plus ou moins périlleux, autant pour elles que pour celles qui se trouvaient sur leur passage, reprenaient leur attitude première, jusqu'à ce qu'une nouvelle secousse les lançât de nouveau en avant et en l'air.

La pruderie bien connue des Anglaises n'avait rien à voir dans ces exercices; mais c'était navrant, dit mon ami, de voir de jeunes créatures, parfois très jolies, malgré leur désordre, se livrer à des culbutes et à des cabrioles dont ses souvenirs les plus échevelés de Bullier ne pouvaient lui donner qu'une idée très atténuée. Et cela dans une église!

Mais la libre Angleterre ne serait plus la libre Angleterre, si l'Armée du Salut ne pouvait s'y livrer en toute liberté à ses ébats; et si ladite église devient une cour des miracles, je suis persuadé que le gouvernement n'osera jamais s'aviser d'en fermer la porte, ni un mauvais plaisant d'écrire sur celle-ci :

De par le roi défense à Dieu
De faire miracle en ce lieu!

***

J'ai découpé ce qui suit dans un journal; mais comme lui-même l'avait aussi emprunté à un autre, je ne le citerai pas, laissant au premier le mérite de son invention :

« Le *Petit Marseillais*, qui est à l'occasion un journal de médecine, signale un procédé d'alimentation ou plutôt de médication qui est assez original, mais que nous nous garderons bien de recommander :

©BIU Santé

VIII

Revenons maintenant sur les *nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques* décrites par M. Féréol. Ce sont de petites tumeurs qui siègent habituellement sur le front, où elles forment une saillie souvent mal délimitée, sans changement de coloration de la peau, tout à fait indolentes même à la pression. Elles se développent dans l'épaisseur de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané : « On dirait, écrit M. Féréol, un œdème local, œdème dur, circonscrit, quelque chose de très analogue à l'érythème noueux, mais sans érythème, sans rougeur. » Quelquefois elles se déplacent spontanément. Enfin, elles ne durent habituellement qu'un jour et elles s'évanouissent aussi rapidement qu'elles se sont montrées (1). — Ai-je besoin de dire que les

(1) Je crois devoir mettre sous les yeux du lecteur le texte de l'observation qui forme la description même de M. Féréol :

« Depuis plus de quinze ans, dit-il, j'ai observé à plusieurs reprises, chez une dame, des nodosités superficielles qui se produisent, du jour au lendemain, sur la peau du front, où elles forment de petites bosses rondes, d'une dureté élastique, à contour très net, sans changement de coloration de la peau, sans douleur aucune, même à une pression assez forte, sans démangeaisons ni picotements ni chaleur. Ces nodosités, qui varient de la grosseur d'une noisette à celle d'un petit pois, ne sont jamais très nombreuses; quelquefois, il n'y en a qu'une; d'autres fois, deux ou trois, jamais davantage; et quand il y en a plusieurs, elles sont souvent inégales et situées à des hauteurs différentes, sans symétrie; elles sont mobiles avec la peau sur les parties profondes, du moins le plus souvent; quelquefois elles m'ont paru faire corps avec le périoste. — C'est ordinairement au réveil que ces saillies noueuses se montrent; elles ont pris naissance pendant le sommeil, sans que la nuit ait été troublée par aucun malaise.

La première fois que je vis ces tumeurs, je pensai tout de suite à des gommes dont elles avaient tout à fait l'apparence.

La subite apparition de ces tumeurs, leur indolence absolue ne donnaient guère de probabilité à cette hypothèse; mais leur évolution enleva toute espèce de doute. En vingt-quatre heures elles avaient presque disparu, et le surlendemain il n'y en avait plus aucune trace. La peau du front avait repris son aspect habituel; et il eût été impossible de soupçonner l'endroit où les grosseurs avaient apparu quarante-huit heures auparavant.

Depuis quinze ans, j'ai bien observé de vingt-cinq à trente fois ce singulier phénomène chez cette dame, qui est du reste d'une assez bonne santé, mais de race arthri-

---

« On sait que les animaux herbivores absorbent en broutant une assez grande quantité de terre et de sable. Les poules et la plupart des oiseaux, de leur côté, ne peuvent pas digérer s'ils n'avalent des grains de sable en même temps que le grain qu'ils mangent. La terre et le sable ainsi absorbés agissent mécaniquement sur la digestion en rendant la masse alimentaire contenue dans l'estomac plus poreuse et par suite plus perméable aux liquides de l'estomac. Il vient d'être prouvé que le sable peut agir également sur la digestion de l'homme.

« Un Américain, M. Webb-Barber, qui digérait fort mal et dont l'estomac fonctionnait difficilement, s'est guéri en mangeant du sable, du sable commun de rivière. Puisque les poulets mangent du sable pour faire leur digestion, M. Webb-Barber se demanda pourquoi les hommes n'en feraient pas autant avec le même résultat. Il prit sa dose de sable chaque jour et il est parfaitement guéri. Le juge Anderson, commissaire à l'agriculture, a également l'habitude de déjeuner avec du sable, et son estomac s'en trouve bien.

« *The medical Press* dit que ce traitement des maladies d'estomac va se généraliser, et bientôt les médecins enverront leurs malades sur telle ou telle grève ou dans telle carrière renommée pour y faire une cure de sable.

« Marseille est naturellement indiquée pour une station de ce genre, et ce n'est pas le sable qui manque! ne fût-ce qu'à Montredon, il y est en assez grande abondance pour permettre une foule de cures merveilleuses. Désormais on n'ira plus prendre des bains de mer à Montredon, on s'y donnera rendez-vous pour absorber, selon la formule, une certaine quantité de sable. »

Le *Petit Marseillais* prêche pour son saint, ce qui est naturel; mais si la cure de

© BIU Santé

nodosités rhumatismales, dont je viens de vous entretenir, diffèrent de ces nodosités éphémères par leur siège anatomique, par leur structure et par leur durée qui, bien que parfois fort courte, se prolonge cependant au delà de vingt-quatre heures. Cependant comme j'avais lu dans l'observation de M. Féréol que les nodosités dont il parlait « avaient quelquefois paru faire corps avec le périoste », ce qui est un des caractères de celles que j'avais vues chez mon premier malade, j'avais d'abord pensé que l'on pouvait réunir ces deux sortes de nodosités dans une même description. Mais c'était un tort; c'est ce que j'ai reconnu, lorsqu'un second cas de nodosités rhumatismales s'est présenté à mon observation et c'est précisément pour me renseigner exactement que je priai M. Féréol de venir voir mon malade.

Ayant commis cette confusion, j'avais été nécessairement amené à désigner toutes ces nodosités sous un seul et même nom, et je leur avais donné celui de *nodosités éphémères* que M. Féréol avait employé. Aujourd'hui, n'admettant plus l'identité que j'avais cherché à établir, je me demande si l'épithète *éphémère* qui convient à merveille aux nodosités signalées par M. Féréol peut s'appliquer à celles que je viens de décrire. N'est-ce pas détourner ce mot de son acception habituelle? Je pourrais le maintenir et justifier le sens que je lui attribue ici par les exemples que cite Littré, « ouvrages, publications éphémères (1) », ce qui signifie de courte

tique. Elle n'a jamais eu de rhumatisme jusqu'à présent; mais elle a un pityriasis rebelle du cuir chevelu; elle est sujette à des migraines très fortes, qui reviennent tous les mois, ou à peu près. Il m'a toujours été impossible de saisir la moindre corrélation entre ce phénomène et le retour de la menstruation; quelquefois, il se produisait deux ou trois fois pendant un mois; puis, il y avait une série de plusieurs mois pendant lesquels il manquait. Assez souvent cependant j'ai pu noter que cette singulière fluxion cutanée se manifestait au voisinage d'un accès de migraine, le lendemain ou la veille ou le jour même; mais, plus d'une fois, il s'est manifesté en l'absence de toute migraine. »

M. Davaine a reproduit dans sa thèse inaugurale (*Contribution à l'histoire du rhumatisme. — Œdème rhumatismal. Nodosités éphémères rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané*, 1879) les observations de M. Féréol et il a développé la même opinion.

(1) Ephémère, qui ne dure, qui ne vit qu'un jour. Par extension, momentané, passager; ouvrages, publications éphémères. (Littré.)

---

sable devient à la mode, ce qui est possible, je pense qu'il y a des plages sablonneuses ailleurs qu'à Marseille, où le fond et les bords de la mer ne jouissent pas d'une réputation bien grande de propreté. Et dam! si on se met à manger du sable, encore faut-il que ce soit du vrai sable.

* * *

Aujourd'hui j'ai encore un mot de la fin, et je demande la permission de le placer.

Bébé a une fluxion et un mal de dent atroce. Il pleure, il gémit, la maison n'a pas dormi depuis quarante-huit heures. Sa mère essaie de le consoler. « Ça ne durera pas, et puis on arrachera cette vilaine dent, et il n'y paraîtra plus. — Oui, mais ça me fait bien mal et je ne peux pas l'ôter tout de suite; au moins toi, si tu avais mal aux dents, tu pourrais les retirer comme tu fais tous les soirs! »

Simplissime.

— Le célèbre docteur Radcliffe, médecin de la reine Anne, était un original dont les boutades n'épargnaient pas sa royale clientèle. Appelé pour secourir la reine à ses derniers moments, il refusa de se déranger disant qu'il avait pris médecine. Revêche avec tout le monde, il rencontrait quelquefois son maître.

Il ne pouvait payer une note sans disputer, et réglant un jour un paveur, il l'accusait d'avoir manqué son travail et répandu une couche de terre à la surface pour mieux tromper son client... « Suis-je le seul après tout, docteur, répliqua l'ouvrier, dont la besogne manquée se cacherait sous la terre? »

©BIU Santé

durée, qui dure peu. Mais ce serait, j'en conviens d'avance, retomber dans la confusion que je désire éviter (1).

En tout cas, les nodosités dont je viens de tracer l'histoire, méritent bien le nom de *nodosités rhumatismales*. Elles appartiennent réellement au rhumatisme par leur coexistence avec d'autres manifestations rhumatismales, et par leur évolution qui rappelle jusqu'à un certain point la mobilité habituelle et la fugacité des accidents rhumatismaux; ma communication toute entière est consacrée à cette démonstration (2).

J'ajoute, en terminant, qu'elles ne présentent jamais de gravité et qu'elles n'exigent aucun traitement local.

(1) On a vu, d'après le nouveau titre donné à ce mémoire, que j'ai abandonné le mot *éphémère*.

(2) Je dois à l'obligeance de mon ami le docteur Cartaz l'indication des travaux suivants que je ne connaissais pas à l'époque où je fis ma communication; on en trouvera l'analyse dans la Revue d'Hayem. Duckworth, *Subcutaneous rhumatismal nodes*. (*The Lancet*, 2 déc. 1882.) — Stephen Mackenzie, *Subcutaneous nodules, with very indefinites connexions to rheumatism*. (*The Lancet*, 5 mai 1883.) — Duckworth, *Rheumatismal cutaneous, subcutaneous and periostal nodules*. (*The Lancet*, 1883.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De l'institution d'un ordre des médecins,

Par le docteur Surmay,

Médecin et chirurgien de l'hôpital de Ham, membre correspondant de la Société de chirurgie, Vice-président de l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin.

« L'institution des conseils médicaux servant d'intermédiaire « entre le corps médical et la société, entre le corps médical « et chacun de ses membres, ayant à la fois des fonctions de « protection et de moralisation, une telle institution n'est pas « seulement utile, elle est indispensable. »
(Congrès médical de 1845. — *Rapport du docteur Cerise*, p. 175.)

« Quant à nous, nous croyons que tout l'avenir de la méde- « cine en France repose sur la solution de cette question : Y « aura-t-il ou n'y aura-t-il point des conseils médicaux élus « dans le corps médical tout entier, chargés de le représenter « auprès de la société pour faire valoir ses droits et auprès de « chacun de ses membres pour faire valoir son honneur? »
(Congrès médical de 1845. — *Rapport du docteur Cerise*, p. 180.)

La question qui fait le sujet de cette étude n'est pas nouvelle. On pourrait dire que depuis la suppression de l'ancienne Faculté de médecine elle n'a cessé de préoccuper le corps médical de France. En 1845, le Congrès médical avait demandé l'établissement de *conseils médicaux*, et cette institution figurait dans le projet de loi préparé par M. de Salvandy, alors ministre d'instruction publique, voté par la Chambre des pairs à la fin de la session de 1847 et déposé à la Chambre des députés le 3 janvier 1848. Survint la révolution de février, et le projet fut englouti dans le naufrage. A plusieurs reprises, dans les premières années de l'Association générale des médecins de France, la question reparut et fut traitée dans les Sociétés locales. Mais alors l'Association naissante donnait des espérances illimitées et l'Empire n'inspirait qu'une confiance tempérée par beaucoup de crainte. On se complut dans ces belles espérances, on crut que dans ses développements futurs l'Association suffirait à tout, et cette grande affaire fut ajournée.

L'Association s'est agrandie, moins toutefois qu'on ne s'y attendait (1); elle a gagné en considération; même l'État, par l'organe de ses préfets, lui a quelquefois fait l'honneur de la consulter, quand il y a vu son intérêt. Mais rien n'est changé de ses attribu-

(1) 6,014 membres en 1864, 8,250 environ en 1882; augmentation d'environ 100 membres par année.

©BIU Santé

tions originelles. Société de secours mutuels elle est née, Société de secours mutuels elle est restée.

Sur l'action moralisatrice de l'Association on s'est fait, je le crains, de grandes illusions. Les avertissements, les réprimandes, les exclusions sont, il est vrai, infiniment rares. Est-ce effet de la sélection naturelle, perfection presque idéale ou impuissance? La réponse, je crois, est facile: la discipline et l'intérêt ne peuvent s'associer sans quelques concessions. Et pourtant, après vingt-six années de durée, l'Association n'a pu encore réunir que la moitié à peine des médecins de France. On ne s'est pas moins abusé, et moi-même tout le premier, sur la puissance protectrice de l'Association. Tout récemment, en 1880 (1), on tenta, dans le sein de l'Association, d'organiser la défense des intérêts médicaux contre les Sociétés de secours mutuels. Aussitôt, le ministre intervint: il nous fut enjoint de n'avoir plus à délibérer sur ce sujet et de ne nous occuper désormais que de choses concernant la mutualité. On nous fit entendre qu'en sortant de cette étroite spécialité, l'Association s'exposait à se voir retirer les quelques privilèges qui lui avaient été concédés par faveur spéciale. C'était barrer le chemin à des questionneurs mal engagés par trop de confiance, mais ce n'était supprimer ni les questionneurs ni la question. Eux et elle reparurent immédiatement sous le nom de *syndiqués* et de *syndicats*. C'est toujours, au fond, la même chose dont il s'agit, et c'est d'obtenir pour la profession médicale une constitution qui lui donne les garanties de considération, de protection et de défense qui sont l'apanage d'autres professions dont l'importance sociale n'est pas au-dessus de la sienne. Il y a là un malaise profond dont nous souffrons depuis près d'un siècle et qui est arrivé, à l'heure actuelle, à l'état de crise aiguë. Il me paraît évident qu'une solution est prochaine. C'est dans le but de contribuer à préparer cette solution et à l'obtenir aussi bonne que possible et pour la société et pour la profession médicale, que j'ai entrepris le présent travail. J'espère y démontrer que l'*ordre des médecins*, loin de porter préjudice aux établissements existants, les fortifierait au contraire, et que lui seul est capable de leur faire produire tout le bien qu'on en attend, mais qu'abandonnés à eux-mêmes, ils seront toujours impuissants à réaliser.

I

De tout temps, la communauté d'intérêts ou de sentiments a donné lieu à l'association. Ainsi se sont formées les anciennes corporations dont le rôle fut si important sous l'ancien régime, et parmi lesquelles se faisait remarquer aux premiers rangs l'ancienne Faculté de médecine. Ces corporations se laissèrent aller à de tels abus et finirent par porter de si graves atteintes à la liberté et à l'initiative individuelle, que la Révolution les abolit, et fit bien. Elle eût mieux fait en les réformant. Aussi les vit-on renaître sous des formes et des noms nouveaux. D'abord l'ordre des avocats, qui, supprimé par la Constituante, fut rétabli par l'Empire et affranchi par la Restauration. Suivirent les corporations des avoués, des huissiers, des notaires, etc. A la place des anciennes corporations, maîtrises, jurandes, on vit se former des Associations volontaires sous les noms de Chambres de commerce, Sociétés industrielles, Sociétés de compagnonnage; puis ces Associations demandèrent des juridictions spéciales, et l'on créa les Tribunaux de commerce, les Conseils de prud'hommes; enfin parurent les Syndicats, dont la situation et le rôle sont si considérables aujourd'hui. Au milieu de ce mouvement, qui n'a cessé d'entraîner les professions à se fortifier par la solidarité et la concession de privilèges rationnels, les médecins sont restés immobiles et isolés.

Rien de plus naturel que cet entraînement, rien de plus légitime que les institutions auxquelles il a donné lieu. Aussi n'est-il pas borné à notre pays et, sous des formes diverses, on le voit partout. En ce qui concerne la défense devant les tribunaux, dans tous les Etats de l'Europe, aux Etats-Unis d'Amérique, en Turquie même, il existe une corporation, ou bien l'on tend à la constitution d'une corporation non seulement soumise à certaines garanties de savoir et de moralité qu'on exige de ses membres, mais jouissant à des degrés divers de l'autonomie.

Le rôle du médecin est-il donc moindre que celui de l'avocat? Disciple de la science dont le sujet est l'homme tout entier, ouvrier de l'art dont l'objet est l'allègement des maux attachés à la condition humaine, chargé de la plus grosse affaire de ce monde, la conservation de la vie, rien ne lui est étranger. Admis au plus intime du foyer domestique, rien ne lui est caché. N'est-il pas toujours l'ami, le confident, le conseiller désin-

(1) Voir *Annuaire de l'Association générale des médecins de France*, exercice 1880. *Médecins et Sociétés de secours mutuels*, par le docteur Surmay, et exercice 1881, Rapport du docteur Bucquoy.

©BIU Santé

téressé, le consolateur, souvent le sauveur, souvent aussi l'arbitre suprême? L'avocat accuse aussi bien qu'il défend, le magistrat qui juge absout ou condamne, le prêtre ne porte ses consolations qu'à ceux de sa religion, seul le ministère du médecin est absolu et universel, tandis que les autres sont contingents et limités; secourir l'homme et rendre sa condition meilleure, voilà son but unique et constant. Partout où la médecine intervient, — et où n'intervient-elle pas? — le dernier mot lui appartient. Passez en revue tout ce qui concerne l'homme, droits, devoirs, intérêts de toutes sortes, justice, religion, politique, partout vous rencontrerez une autorité au delà de laquelle il n'y en a plus d'autre, et c'est l'autorité médicale. Eh bien, si vous avez raison de demander à l'avocat, à l'avoué, à l'huissier, qui sont les auxiliaires de la justice, au notaire qui représente l'Etat en donnant la forme légale et l'authenticité aux actes les plus importants que les citoyens passent entre eux; si, dis-je, à raison des graves intérêts dont ils ont la charge, vous leur demandez des garanties de savoir et de moralité, quelles exigences, et plus grandes encore, ne devez-vous pas montrer à l'égard du médecin? Si vous accordez aux professions que je viens de citer le privilège d'une sorte d'autonomie qui leur permette d'exercer sur leurs membres un contrôle et une surveillance afin d'en assurer l'honorabilité, pourquoi en exclure la profession médicale dont, sans contredit, la mission ne le cède à aucune ni en prix ni en grandeur, et dont la responsabilité n'a pas d'égale?

Si j'examine maintenant la profession médicale au point de vue de ses intérêts spéciaux, personne ne contestera qu'ils soient aussi importants et aussi respectables que ceux de n'importe quelle autre. Et si la technicité, — qu'on me pardonne l'expression, — des rapports des commerçants et des industriels entre eux et avec le public, des patrons et des ouvriers les uns envers les autres, a paru suffisante pour justifier l'institution de juridictions spéciales, la technicité des rapports des médecins entre eux et envers le public est-elle moindre et n'autorise-t-elle pas au même titre une juridiction spéciale?

Ainsi, soit que l'on considère dans notre profession le côté moral et social, soit que l'on ait particulièrement en vue ses intérêts spéciaux, on arrive promptement à se convaincre qu'elle a pour le moins autant de droits au privilège de l'autonomie que les professions qui en ont été dotées jusqu'à présent.

Le principe de l'institution d'un *ordre des médecins* est donc fondé.

Il s'agit maintenant d'examiner si, dans la pratique, cette institution ne présenterait pas des inconvénients, des dangers ou même des difficultés insurmontables, et quels avantages en résulteraient. Mais auparavant il faut établir, au moins dans ses grandes lignes, la constitution de l'*ordre des médecins*.

II

L'*ordre des médecins* aurait la garde de l'honorabilité et de tous les intérêts professionnels du corps médical. A l'Etat appartiendrait l'investiture scientifique; à l'*ordre des médecins*, l'investiture morale.

Il y aurait, dans chaque arrondissement, une *chambre médicale* élue, et, au-dessus des *chambres médicales*, un *conseil général* de l'ordre siégeant à Paris, dont les membres seraient en partie désignés par la loi et en partie élus.

Les chambres et le conseil général seraient des chambres professionnelles et des tribunaux spéciaux.

Les chambres d'arrondissement dresseraient la liste des médecins ayant le droit d'exercer, et nul ne pourrait exercer s'il n'était admis par la chambre et inscrit sur la liste. Nul ne pourrait être inquiété à raison de ses doctrines médicales.

Les chambres médicales auraient sur les médecins de leur ressort le droit d'avertissement, de réprimande, de censure, d'amende, de suspension et d'interdiction. Pour la suspension et l'interdiction, il y aurait appel facultatif devant le conseil général, qui jugerait en dernier ressort. Elles jugeraient en dernier ressort les différends entre les médecins, et, dans des limites déterminées par la loi, les différends entre médecins et clients.

Le conseil général serait la plus haute représentation et l'autorité suprême de l'ordre. En outre de ses attributs juridiques, il dresserait, chaque année, la liste officielle des médecins ayant le droit d'exercer en France et centraliserait les actes et les travaux des chambres médicales. Par ses soins, serait rédigé et publié un *Bulletin officiel de l'ordre des médecins* contenant les actes et les travaux des chambres et du conseil général, et tous autres documents qu'il importerait de porter à la connaissance des membres de l'ordre. Il donnerait communication, à qui de droit, des actes de l'ordre dont la publication importerait à la bonne exécution de la loi sur l'exercice de la médecine. (*A suivre.*)

© BIU Santé

CORRESPONDANCE

4 mars, 1884.

Monsieur et honoré confrère,

Je lis dans votre numéro du 4 mars, à l'article « Formulaire », *Traitement du délire aigu:* « Si les malades refusent les aliments, prescrire des lavements nutritifs, puis recourir au procédé de M. Fernet, qui consiste, etc. »

J'ai été pendant dix mois l'élève assidu et reconnaissant de M. le docteur Fernet, et je me garderais bien de chercher à diminuer la valeur de ses travaux. Mais lui-même serait, je crois, le premier à dire que le procédé auquel on donne son nom ne lui appartient pas, bien qu'il en ait reparlé il y a quelques mois.

Hippocrate, en parlant de l'obstacle que le trismus tétanique apporte à l'introduction des aliments, a dit: « Il faut faire boire par le nez. » Mais, sans remonter si loin, un de mes bons amis, le docteur Langlois, aujourd'hui médecin à Pontivy, a décrit soigneusement ce procédé dans sa thèse: *De l'alimentation par les narines*, soutenue le 3 juillet 1875. Le regretté professeur Lorain, qui en avait inspiré le sujet, a remercié le docteur Langlois d'avoir présenté un travail inaugural sérieux, et, chose rare, écrit en bon et élégant français. Un autre de mes amis, le docteur Romain, actuellement à Valence, dans sa thèse soutenue le 13 août 1875: *Etude sur quelques applications des appareils aspirateurs*, rappelle à son tour l'alimentation par les narines, applicable à tous les cas où la voie buccale est fermée soit temporairement, soit définitivement, et conseille de lire la thèse inspirée par le professeur Lorain à M. le docteur Langlois. Mais ce n'est pas là que j'en voulais venir

Je reprends votre article: « ... On introduit dans le nez du patient, et jusqu'à l'arrière-cavité des fosses nasales, le bec d'une cuillère ou d'une cafetière construite pour cet usage, et on fait écouler doucement le liquide alimentaire qu'elles contiennent. » J'ai souvent employé ce procédé, principalement chez des moribonds, alors qu'ils ne font plus de mouvements pour avaler, et que, cependant, ceux qui les entourent demandent au médecin de ne pas rester inactif. Eh bien, il ne faut pas verser le liquide dans les narines, comme le laisse entendre l'article mentionné. Si doucement qu'on agisse, on provoque ainsi de petits accès de suffocation. Il faut, suivant la méthode indiquée par le docteur Langlois, présenter la cuillère au bord des narines, sans chercher à y verser le liquide; celui-ci « disparaît comme emporté par une évaporation instantanée. C'est l'air inspiré qui le prend et lui sert en quelque sorte de véhicule jusqu'à l'épiglotte, d'où il le laisse tomber seul dans l'œsophage » Par ce procédé, on n'introduit à la fois que la dose de liquide strictement nécessaire.

Vous me pardonnerez, monsieur et honoré confrère, la longueur de cette lettre; mais, à part la question de priorité, j'ai pensé qu'il n'était pas sans intérêt d'indiquer le *modus faciendi* en question plus exactement qu'on ne l'avait fait.

Agréez, etc.

Dr Th. BÉNARD.
Médecin de l'hôpital de La Roche-Guyon (Seine-et-Oise).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 mars 1884. — Présidence de M. ROLLAND.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Darboux, en remplacement de M. Puiseux. Sur l'invitation de M. LE PRÉSIDENT, le nouvel académicien, présent à la séance, prend place parmi ses confrères.

M. CHASLES écrit, d'Amiens, qu'il a été témoin d'un orage extraordinaire pendant lequel la foudre, à deux reprises, s'est montrée sous la forme de boule. Une flamme bleue, semblable à la flamme du punch, a pénétré dans une salle à manger en suivant le fil d'un téléphone; elle a fait le tour de la table où avaient pris place plusieurs convives, elle a effleuré le maître de la maison, dont la main a été engourdie pendant quelques instants; puis elle est sortie sans laisser aucune odeur à sa suite. Après sa sortie, un violent coup de tonnerre s'est fait entendre.

©BIU Santé

M. le Secrétaire perpétuel a reçu de M. Lefort, petit-gendre de M. Biot, une lettre autographe de Méchain, extrêmement intéressante. Il en fera insérer les principaux passages dans le prochain numéro des *Comptes rendus*. Méchain est mort en 1805, huit mois après avoir écrit la lettre dont il s'agit. On sait qu'il avait été chargé de mesurer la distance qui sépare Rhodez de Barcelone, et qu'il consacra plusieurs années à cette tâche laborieuse. Il avait volontairement omis de faire connaître une de ses observations qu'il croyait en désaccord avec des observations antérieures, et il ne se consola jamais de ce manque de sincérité. On croit qu'il mourut de chagrin ou qu'il se suicida.

M. Dufour a mesuré la hauteur des lueurs crépusculaires qui ont occupé le monde savant à la fin de l'année dernière. Il estime que les poussières atmosphériques qui donnaient lieu au phénomène ne s'élevaient pas à plus de 12 ou 15 kilomètres au-dessus de la terre.

M. Berthelot rappelle à ce propos que cette hauteur, calculée par d'autres observateurs, a été évaluée à 50 kilomètres.

M. Faye donne au tableau l'explication des irrégularités de formes présentées par la comète Pons-Brooks.

M. de Quatrefages présente, au nom de M. P. Dabry de Thiersant, un volume grand in-8°, intitulé : *De l'origine des Indiens du nouveau monde et de leur civilisation*; — et un autre volume in-8°, intitulé : *Traité élémentaire de physique médicale*, par le docteur W. Wundt, traduite par le docteur F. Monoyer, 2e édit. revue et augmentée, par le docteur A. Imbert.

M. Richet dépose sur le bureau, pour le concours Montyon, un mémoire in-4° de M. le docteur Marc Sée, comprenant des *Recherches sur l'anatomie et la physiologie du cœur*.

— Avant quatre heures, l'Académie se forme en comité secret et, comme la séance a été ouverte à trois heures vingt minutes, il en résulte que cette séance a duré un peu plus d'une demi-heure. — M. L.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de thérapeutique et de matière médicale.* — M. le professeur Hayem reprendra ses leçons le jeudi 20 mars à 5 heures (grand amphithéâtre).

Programme de cette année : Des médications.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cangrain, de Fougerolles-du-Plessis (Mayenne).

Personnel médical des bureaux de bienfaisance. — M. le docteur Coumétou (Paul-Léon), demeurant rue Mouton-Duvernet, 1, est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XIVe arrondissement de Paris.

Legs. — Par décret, en date du 21 février 1884, le conseil de la Société de secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer est autorisé à accepter le legs gratuit d'une somme de 2,000 francs fait à cette œuvre par M. le professeur Houzé de l'Aulnoit, suivant son testament olographe du 16 octobre 1882.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 fr. fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'Administration avant le 15 août 1884 au plus tard.

Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général.

L'**Elixir chlorhydro-pepsique Grez** spécifique des dyspepsies, de l'anorexie et de l'anémie (Gubler, Fremy, etc.), contient 50 centigrammes de pepsine par cuillerée à bouche.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

©BIU Santé

Sommaire

I. Reliquet : Fistule uréthro-prostatique périnéale et rectale. — Guérison. — II. Intérêts professionnels. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — Société médico-pratique. — IV. Courrier. — V. Feuilleton.

Fistule uréthro-prostatique périnéale et rectale. — Guérison.

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 9 février 1884.

Par M. Reliquet.

En septembre 1878, M. X..., 22 ans, Hispano-Américain, me demande s'il peut être débarrassé de l'affection qui trouble absolument sa vie. Il me remet l'exposé de sa maladie fait par le médecin qui l'a soigné chez lui et dont voici le résumé :

En décembre 1876, chaudepisse que le malade traite sans consulter. Deux mois après, l'écoulement étant passé, subitement apparaissent tous les symptômes d'une prostatite aiguë. D'abord difficulté de miction, puis rétention complète qui nécessite le cathétérisme, ténesme rectal, sensation de corps volumineux dans le rectum, qui empêche la sortie des matières fécales. L'introduction de la canule pour le lavement est difficile. Le toucher rectal et l'application du spéculum ani, font reconnaître l'existence d'une tuméfaction saillante dans le rectum et attenant manifestement à la prostate. Mais on ne perçoit pas de fluctuation.

Heureusement le 18 mars 1876, après un long temps de souffrance excessive, au moment d'un effort violent de défécation, la tumeur s'ouvre dans l'intestin et il sort par l'anus environ 500 grammes de pus.

A la fin de mars, l'écoulement de pus par l'anus diminue beaucoup ; il se forme une tuméfaction au côté droit du périnée tout près de l'anus qui est incisé le 31 mars. Par cette ouverture, il s'écoule beaucoup de pus. Un tube à drainage introduit pénètre jusqu'à une profondeur de 20 centimètres sur le côté du rectum. Mais ce tube fonctionne mal ; on le retire, l'ouverture libre se ferme peu à peu.

Au milieu d'avril le pus recommence à sortir par l'anus et il y a un gonflement notable dans le triangle droit du périnée qui se prolonge en arrière vers la zone ischio-anale. Le 19 avril une large incision est faite sur cette tuméfaction ; il s'écoule une grande quantité de pus. L'index introduit dans la plaie se trouve dans une grande cavité dont il ne peut toucher les parois supérieures. Le pus cesse de sortir par l'anus, mais il sort abondamment par l'incision en diminuant de plus en plus. Jamais il n'est sorti de matières fécales par la plaie.

FEUILLETON

GEORGES HOMOLLE

(1845-1883)

NOTICE LUE A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, DANS LA SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1883,

Par M. Rendu, médecin de l'hôpital Necker.

Messieurs,

L'année qui vient de s'écouler a vu s'éteindre un de nos plus jeunes et de nos plus estimés collègues, le docteur Georges Homolle. Reçu médecin des hôpitaux il y a trois ans à peine, il était de ceux auxquels on pouvait d'avance prédire un brillant avenir, et les succès de ses débuts dans la carrière témoignaient de ce qu'il aurait pu faire, si la maladie lui en eût laissé le temps. Lorsque l'on voit combien d'articles sérieux, d'œuvres de longue haleine sont sortis de sa plume féconde dans ces courtes années où il a donné la mesure de sa valeur médicale, on ne peut s'empêcher d'admirer sa puissance de travail et de déplorer la mort prématurée qui nous l'a ravi âgé de 38 ans, en pleine maturité d'esprit, en pleine vigueur d'intelligence.

Homolle était en effet, avant tout, un infatigable travailleur. Né d'une de ces familles de l'ancienne bourgeoisie de Paris, où le talent et l'honorabilité sont de tradition héré-

©BIU Santé

La rétention du début persiste. Le malade se sonde trois à quatre fois par 24 heures. Mais jamais par l'urèthre il ne s'est écoulé de pus. Deux fois, l'urine, évacuée par la sonde, a été teintée de sang.

La plaie s'étant refermée, pour faire cesser les clapiers, on fait un large débridement. La miction normale se rétablit peu à peu, mais la large poche suppurante prérectale ne diminue que très lentement et la plaie extérieure persiste.

Cependant, tout semblait marcher vers une guérison, lorsque le 22 septembre 1877, le malade, en urinant, se sentit mouillé par l'urine qui lui coulait le long des cuisses. L'urine sort par la plaie, et à chaque miction il en passe 15 à 20 grammes par cette voie.

Immédiatement le malade se sonde toutes les fois qu'il a besoin d'uriner. On cherche à dilater l'urèthre en passant des sondes Mayor de plus en plus grosses. Après deux mois, vers la fin de novembre 1877, la sonde est mise de côté, l'urine ne passe plus par la plaie. La poche prérectale a sensiblement diminué et l'ouverture cutanée est presque fermée.

Mais le 11 décembre, l'urine repasse à nouveau par la plaie. On reprend la sonde à chaque miction. Après quelques jours il ne passe plus d'urine par la fistule. Lorsque le 1er janvier 1878, sans cause apparente, il y a une irritation violente du col vésical accompagnée d'un écoulement continuel d'urine par la plaie même en dehors des mictions. Le passage de la sonde, très douloureux, ne peut pas être supporté. Cet état aigu s'atténue lentement. L'incontinence permanente cesse le 22 janvier. La sonde commence à être supportée ; mais l'urine passe toujours plus ou moins par la plaie jusqu'au 11 mars.

Alors le malade vient en Europe, où il consulte. Lorsque je le vois, le 2 septembre 1878, il me dit que l'urine passe abondamment par la plaie, et que depuis un examen fait il y a un mois, l'urine passe aussi par l'anus. Il m'est facile de constater ces faits. Je vois l'urine sortir par la plaie et par l'anus.

La constitution générale du malade est d'apparence assez bonne; cependant il est un peu pâle et se fatigue très vite; il tousse facilement au moindre froid depuis qu'il est en Europe. Il y a des antécédents d'affection de poitrine dans sa famille. Pendant son voyage, il a eu à plusieurs reprises des abcès autour de l'incision primitive qui ont été ouverts et qui l'ont beaucoup fatigué.

Depuis le triangle droit du périnée jusqu'à la limite postérieure de la saillie de la fesse droite, existe une tuméfaction dure, rouge violacé, rénitente à la pression, présentant une ouverture de 3 centimètres de long, antéro-postérieure, allant du périnée vers le côté de l'anus; puis plusieurs autres plus petites en arrière et sur la fesse, lesquelles sont plus ou moins fermées. Avec la sonde cannelée, je reconnais facilement le décollement qui se prolonge en arrière vers la fesse. Mais ma sonde cannelée de 12 cen-

---

ditaire, il avait subi, dès son enfance, l'influence salutaire de l'exemple, et appris l'amour du travail rien qu'en voyant la vie réglée, laborieuse et utile de ceux qui l'entouraient. Son père, médecin des plus distingués, en même temps que chimiste et pharmacien de premier ordre, lui servit toujours de conseil et de modèle. Sa constante ambition fut de marcher sur les traces paternelles et de parcourir avec une égale distinction la carrière médicale. En attendant, il faisait silencieusement, au lycée Louis-le-Grand, de fortes études littéraires, et préludait à ses succès futurs en rapportant chaque année à sa famille des nominations au concours général. Nul doute qu'il n'ait dû à cette sérieuse éducation première la concision et la fermeté de style qui lui donnèrent plus tard tant de supériorité dans ses concours ultérieurs.

En 1869, il fut nommé interne; à cette époque, c'était déjà un esprit réfléchi, d'une maturité précoce, aimant à creuser les questions médicales et à chercher les finesses de l'observation clinique. Pendant cinq ans, il se livre à un labeur opiniâtre, passant toutes ses journées dans son service d'hôpital, accumulant les observations, les lectures, se familiarisant avec les recherches de laboratoire, collaborant avec son père à un travail important sur la digitaline et préparant d'immenses matériaux pour l'avenir. Entre temps, il concourt pour le prix de l'internat, obtient la médaille d'argent en 1874 et, l'année suivante, emporte de haute lutte le titre de chef de clinique de la Faculté. Dès lors, il était désigné pour les succès futurs.

De cette époque datent ses premiers mémoires, et d'emblée la valeur de ses travaux attire l'attention. Frappé, pendant son internat à l'hôpital des Enfants, de l'effroyable contagion de la diphthérie, il avait, dès l'année 1873, cherché à résoudre expérimentalement le problème, et, dans une série d'inoculations très bien conduites, il avait essayé d'isoler le principe infectieux de cette terrible maladie. Bien que ces courageuses expé-

©BIU Santé

timètres conduite en haut, pénètre tout entière le long du rectum sans rencontrer la paroi supérieure de la cavité.

Le malade est très habitué à se sonder; il se passe devant moi une sonde en étain avec la plus grande facilité et se vide bien la vessie.

La vessie est très calme et se dilate facilement jusqu'à plus de 500 centimètres cubes; de là la nécessité de trois cathétérismes, quatre au plus par vingt-quatre heures.

L'urèthre, très libre, n'est pas irrité. Depuis les accidents de cystite, janvier 1878, jamais il ne sort de pus ou de matières fécales par le canal. De temps en temps, il sort par le méat une petite masse muco-purulente un peu dense, mais rien de plus.

Par le toucher rectal, on constate la face supérieure de la masse indurée de la fesse droite, et on sent la paroi rectale épaissie, rien de plus.

Je ne cherche pas à introduire mon doigt dans la plaie craignant d'ouvrir davantage la fistule urinaire. De même je me garde bien d'explorer l'urèthre pour trouver avec une petite sonde exploratrice de la prostate, l'orifice uréthral de la fistule.

Ce jeune homme, après avoir consulté beaucoup de chirurgiens, ayant recueilli les opinions de chacun, et par suite très hésitant, reste à Paris pendant un mois avant de prendre une décision. Pendant ce temps, il a une poussée d'abcès, que j'ouvre largement. J'introduis très librement mon doigt dans la plaie et je constate que la prostate, peu volumineuse, sans bosselures, d'une consistance normale uniforme, présente à son centre comme un infundibulum; j'ai exactement la sensation d'avoir le doigt sur l'orifice évasé d'un conduit creusé dans les tissus. Quant à l'exploration de la paroi de la poche avec le doigt, elle ne m'indique rien de plus que ce qui avait été constaté, c'est-à-dire une amplitude énorme, impossibilité de toucher le sommet de la cavité.

D'une part, devant la liberté absolue de l'urèthre, le calme complet de la vessie, qui ne nécessitait que trois à quatre cathétérismes par vingt-quatre heures, et l'habileté du malade à se passer la sonde; d'autre part, devant ce vaste cloaque, où l'urine pénètre dès que le malade urine sans la sonde; où les matières fécales passent constamment et causent des abcès incessants. Et devant l'affaiblissement général, je propose au malade de faire largement l'opération de la fistule à l'anus. Et pendant la cicatrisation forcément lente de la vaste plaie ainsi faite, de lui imposer le séjour au lit avec un régime qui puisse le faire engraisser, et de ne plus uriner sans la sonde. Le malade accepta.

Toujours préoccupé de l'état général du malade, surtout devant l'aspect pâle un peu amaigri qu'il avait pris depuis son séjour de cinq semaines à Paris; craignant cette phthisie à marche lente, si commune chez les Hispano-Américains, phthisie qui prend chez eux si facilement une marche plus rapide lorsqu'ils sont dans un climat plus froid que le leur, je priai le docteur Thevenot de venir examiner mon malade. Il constata des râles muqueux au-dessous de la clavicule gauche, mais sans caractères bien nets. Les

---

riences n'aient pas amené de résultats décisifs, elles n'ont pas moins contribué à mettre en relief ce fait que la fausse membrane et le pus diphthéritique sont infiniment plus infectieux que le sang, malgré l'évidente altération de ce dernier liquide. Elles ont surtout marqué une étape dans la voie où depuis tant de pathologistes se sont engagés, et qui a déjà fourni des résultats féconds.

En 1875, Homolle prit le titre de docteur. Sa thèse, *Sur les scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne*, est restée le document le plus complet que nous possédions sur cette question litigieuse. Dans ce travail, les tendances de l'esprit généralisateur de notre collègue et sa connaissance approfondie de la pathologie générale se montrent d'une façon remarquable; il indique à côté des faits de lupus indiscutables, certaines scrofulides complexes où la syphilis tardive d'après lui peut jouer son rôle, et prélude ainsi aux remarquables travaux que devait produire, quelques années plus tard, le regretté professeur Parrot sur le même sujet.

A partir de cette époque, les nombreuses publications de notre collègue témoignent de ses aptitudes multiples. Membre assidu de la Société anatomique, il y fait connaître de nombreux cas relatifs à l'anatomie pathologique des maladies de l'enfance. Dans le même ordre d'idées, il publie, en 1875 (*Union médicale*, n° 138), la relation d'une épidémie de pemphigus aigu chez des nouveau-nés. En même temps il collabore, avec son ancien maître, M. le docteur Roger, à deux importantes monographies sur la rougeole et la chorée, qui jusqu'à présent n'ont pas vu le jour.

La *Revue des sciences médicales* venait de se fonder. Dès la première heure, il en devient l'un des rédacteurs principaux; grâce à sa connaissance des langues anglaise, allemande et italienne, il se tient au courant de la plupart des publications étrangères, et il en résume les productions les plus originales. A côté de ce travail de compilation

©BIU Santé

crachats, rares, sont muqueux (1), épais et jaunâtres. Pas de signes physiques de tubercules; mais bronchite chronique limitée, et s'étendant facilement, d'après le dire du malade.

L'examen direct de la face postérieure de la prostate me laissa penser aussi qu'il n'y avait pas de tubercules dans cet organe, en raison de sa consistance générale uniforme.

Après avoir purgé la veille et avoir soigneusement vidé l'intestin, le matin, au moyen d'un grand lavement donné avec une très longue canule en gomme, l'opération est faite le 13 octobre 1878. MM. les docteurs Thevenot et Rizat m'assistent. La vessie est vidée par la sonde. Le malade est chloroformisé, couché sur le côté droit, les cuisses fléchies sur le tronc; la cavité est lavée avec de l'eau phéniquée à 6 pour 1000, ainsi que l'extérieur. Je commence par dilater l'anus pour introduire mes doigts le plus haut possible dans l'intestin.

J'engage dans la plaie une longue et solide sonde cannelée qui pénètre jusqu'à une profondeur de 14 centimètres. C'est le cul-de-sac le plus élevé de la poche. Les doigts et presque la main introduite dans l'anus, j'arrive avec l'index à sentir, à travers la paroi rectale, l'extrémité de la sonde cannelée. Avec celle-ci, je traverse cette paroi rectale en la comprimant sur mon doigt.

Je passe le fil de fer du constricteur de Maisonneuve, et cet instrument manié très lentement, je fais la section par écrasement de tout ce haut pont recto-anal et cutané.

Quand il ne reste plus que la peau à couper, le fil de fer se casse, mais il est facilement remplacé.

L'opération est faite à blanc, ce que je voulais.

L'écartement des lèvres laisse voir une énorme plaie qui est immédiatement lavée à grande eau avec l'eau phéniquée à 6 pour 1000. J'en explore attentivement la surface; je ne trouve pas de décollements latéraux ou supérieurs nécessitant une nouvelle section. En aucun point, je ne trouve de nodosités, de petites tumeurs dénotant l'existence de tubercules soit dans la prostate, dont l'infundibulum médian est la seule lésion, soit dans les vésicules séminales, qui sont absolument saines.

De longues mèches de charpie, imbibées d'eau phéniquée à 6 pour 1,000, sont placées sur toute la surface de la plaie, en ayant soin de laisser libre la section postérieure du rectum pour la sortie des gaz. A l'extérieur, je place des compresses imbibées d'eau phéniquée recouvertes d'un taffetas gommé, et le tout est maintenu par le bandage en T.

Je sonde le malade toutes les six heures, avant le besoin d'uriner, jusqu'au lendemain.

(1) A cette époque, il n'était pas encore question des bacilles de la tuberculose que, maintenant, dans les cas analogues, je recherche toujours.

---

ingrat, mais incontestablement utile, il trouve le moyen d'étudier, sous la forme de revues générales, une série de questions à l'ordre du jour. Dans ces analyses critiques, véritables modèles d'exposition et de méthode, il donne l'état actuel de la science, discute es points en litige, les théories contradictoires, avec une précision de style et une sûreté de jugement qui font de la plupart de ces articles autant de monographies presque complètes. Je citerai, parmi ses écrits les plus importants, l'exposé des récents travaux sur la diphthérie (t. VIII, 1876), les trois revues sur les formes cliniques de la fièvre typhoïde (t. X, 1878), l'étiologie de cette affection et son traitement (t. X et XI, 1878), enfin, une très remarquable étude d'ensemble sur la pleurésie, qui constitue peut-être le meilleur chapitre que nous possédions sur la matière.

Ces travaux d'érudition devenaient pour notre collègue l'occasion de recherches expérimentales et cliniques personnelles. Aussi, en 1875, il publiait une étude de thérapeutique très soignée sur l'emploi d'un double tube à demeure dans le traitement de l'empyème; la même année, il faisait connaître le résultat de recherches faites en collaboration avec M. Potain sur la tension intra-thoracique dans les épanchements pleuraux. Il montrait, le manomètre en main, que la décompression brusque du poumon, en substituant une pression négative à une pression positive, devenait la cause d'accidents congestifs graves; et il en concluait que la constatation de la tension intra-pleurale devait être le plus sûr guide du médecin dans l'évacuation des collections thoraciques. Deux ans plus tard, il revenait encore sur cette question en étudiant d'une manière générale les moyens de déterminer pratiquement la pression sanguine artérielle.

Le talent d'écrivain dont Homolle donnait journellement tant de preuves le recommandait tout naturellement à l'attention du corps médical; aussi, depuis longemps, lui avait-on offert une place parmi les principaux rédacteurs du *Dictionnaire de médecine et*

©BIU Santé

La température axillaire reste à 37°, et il n'y a aucune gêne générale ou locale.

Le 14 octobre, j'enlève le pansement et je donne un grand lavement; j'introduis, en suivant la paroi postérieure de l'intestin, une longue canule en gomme olivaire et très molle jusqu'à 25 centimètres; je laisse arriver le liquide, eau tiède, très lentement dans l'intestin. Un litre est ainsi rejeté. Le lavement rendu, je lave bien avec l'eau phéniquée, au moyen d'une seringue, la plaie; je la sèche avec des linges, et le malade, étant couché sur le côté droit, urine. Alors, je vois sortir de l'infundibulum de la face postérieure de la prostate, l'urine. J'applique le doigt sur cet infundibulum, et il ne sort plus d'urine.

A partir de ce moment, le malade reste au lit; il se fait uriner lui-même trois ou quatre fois par vingt-quatre heures, en se passant sa sonde en étain.

Matin et soir, le pansement enlevé, on lui donne le grand lavement d'eau tiède, additionné, selon le besoin, de deux cuillerées de gros miel ou de glycérine, exactement comme je viens de le décrire. Puis, le pansement est refait.

Je donne au malade du rhum créosoté à 7 grammes pour 500: d'abord une cuillerée, matin et soir, dans un verre d'eau, en mangeant. Après cinq jours, je donne deux cuillerées le matin et une le soir; puis à continuer, deux cuillerées, matin et soir. L'appétit devient excellent; bientôt, l'aspect général du malade devient très bon, et il engraisse.

Le cinquième jour après l'opération, on se sert d'eau phéniquée à 3 pour 1,000, et on ne donne plus qu'un grand lavement le matin.

En faisant le pansement, j'observe absolument la règle imposée dans la fistule à l'anus: toute la surface de la plaie étalée et recouverte de charpie imbibée d'eau phéniquée, je veux avoir absolument une cicatrisation de surface, sans qu'en un point les parois puissent s'accoler l'une à l'autre.

Tout se passe à souhait: pas d'excitation vésico-uréthrale nécessitant des cathétérismes trop fréquents; toujours pas d'écoulement de pus ou de mucus par l'urèthre. La toux et les crachats qui nous préoccupaient ont cessé. La plaie, très belle, devient une surface plane couverte de bourgeons charnus de très bonne nature.

Le malade, prévenu bien souvent par moi, que les suites de son opération seraient très longues, qu'il y aurait une cicatrisation très longue à se faire, était d'un moral excellent et acceptait très bien sa situation.

Le 1er février 1879, deux mois et demi après l'opération, la plaie est large comme le doigt et longue de six à sept centimètres. Le malade me demande d'uriner sans la sonde. Il le fait devant moi, il passe sept à huit gouttes d'urine par la plaie. Immédiatement l'état moral change, et malgré tout ce que je peux lui dire, il se désespère. Alors, sous l'influence de son entourage, il fait venir sans moi un médecin, lequel, sachant que je soignais ce malade, appela un chirurgien. Je m'aperçois qu'il a été touché à la plaie, elle

---

de chirurgie pratique. D'emblée, il avait été chargé des plus importants articles de pathologie, et il n'avait pas reculé devant la longueur de la tâche qui lui était confiée. Ses principales œuvres, dans le dictionnaire, sont l'article Rhumatisme, qui même après la monographie magistrale de M. Besnier soutient sans défaveur la comparaison et se distingue par la précision et la sobriété de l'exposition; la Sciatique, étude clinique nette et méthodique; la Syphilis, œuvre considérable où l'histoire de la maladie est esquissée à larges traits, sans que l'intérêt de la question principale se trouve diminué par le détail des innombrables manifestations locales de la diathèse. Dans cet article remarquable, Homolle montre le virus pénétrant dans l'organisme, l'envahissant, le transformant pour ainsi dire; il nous fait connaître ce que l'on sait de son origine parasitaire, les conditions qui activent son développement; l'influence de la débilité native, des diathèses préexistantes qui favorisent l'éclosion et la culture des germes infectieux et inversement les moyens d'atténuation du virus dans l'individu et à travers les générations.

Enfin, au moment où la mort est venue le surprendre, Homolle mettait la dernière main à un article d'ensemble sur la fièvre typhoïde depuis longtemps travaillé, plusieurs fois remanié et mis au courant des recherches les plus récentes. C'est là, pour ainsi dire, son testament scientifique.

Telle est, Messieurs, l'œuvre de notre collègue; œuvre considérable, je ne crains pas de le dire, et qui suffira certainement à sauver son nom de l'oubli. Mais ce serait faire d'Homolle un portrait incomplet que de voir en lui exclusivement l'érudit et le médecin. Chez lui, l'homme valait mieux encore que le savant. Tous ceux qui l'ont connu dans l'intimité, et qui ont pu apprécier ses rares qualités personnelles, n'oublieront jamais la droiture de son caractère, l'honnêteté scrupuleuse de sa vie, son dévouement qui ne

©BIU Santé

est irritée, saignante, il a de la toux, des crachats, l'état général n'est plus aussi bon. Alors le malade me demande de me trouver en consultation avec le médecin, le chirurgien et mon maître M. le professeur Gosselin qui, appelé sur la demande du malade, par les deux confrères, avait refusé d'examiner le malade sans que je sois présent.

La consultation a lieu le 10 janvier 1879. MM. les docteurs Leclerc et Thevenot assistent à la consultation. M. Gosselin approuve tout ce que j'ai fait, les autres confrères ne font pas d'objections.

Je remets le malade à son régime de rester coucher, de se sonder pour uriner, de prendre de grands lavements avec la longue canule.

Il reprend immédiatement son rhum créosoté et, deux jours après, la sécrétion bronchique et la toux avaient disparu.

Le 15 février 1879, la cicatrice complète est linéaire. Le malade urine librement sans qu'une seule goutte d'urine passe par l'anus. L'embonpoint existant est démontré par la nécessité d'avoir des vêtements plus larges.

Je suis resté en relation avec ce malade qui est retourné chez lui trois mois après sa guérison. La guérison s'est toujours maintenue.

M. Segond, dans son travail : *Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon périprostatique,* dit, page 150 : « Le traitement des fistules uréthro-rectales et uréthro-périnéales consécutives aux suppurations prostatiques, est, on le voit, fort incertain dans ces résultats. Pour quelques succès il compte bien des revers. » C'est là une assertion très juste. Aussi je dois rechercher pourquoi j'ai obtenu ici une guérison.

Dans ce fait tous les phénomènes phlegmonieux se sont localisés du côté de la face rectale de la prostate ; la suppuration, au lieu de se faire jour par l'urèthre a produit le vaste décollement de la face antérieure du rectum et ce n'est que consécutivement que l'ouverture de l'urèthre à travers la prostate s'est produite.

Du côté de l'urèthre rien ne dénote une altération des tissus. Pas d'écoulement muco-purulent notable, soit continu soit dans le premier jet d'urine rendu. Aussi, pas d'excitation vésicale, envies fréquentes d'uriner, douleur en urinant, qui provoquent l'existence des excavations prostatiques uréthrales.

L'urèthre est libre, la vessie se laisse bien distendre. De là les conditions si favorables pour le cathétérisme, à chaque miction, lequel a toujours été bien supporté sans le moindre incident.

Ainsi la première indication du traitement : faire que l'urine ne pénètre plus dans le trajet fistuleux, a été heureusement remplie.

Le sujet étant jeune, sa prostate n'offrant aucune altération organique, ni l'induration générale de son tissu propre aux gens plus âgés, les parois des trajets fistuleux ont pu se rapprocher, et à mesure que l'énorme perte de tissus cellulo-graisseux s'est renouvelée, que le vaste vide s'est comblé, les conditions de guérison se sont complétées.

---

savait pas calculer, son amour profond pour la vie de famille. Cette intensité d'affection et cette délicatesse de sentiments qui devaient être pour lui autant d'éléments de bonheur, contribuèrent à doubler l'amertume des dernières années de sa vie. Un instant, en 1876, il fut véritablement heureux; son union avec une compagne d'un caractère élevé avait comblé ses vœux; ses succès dans la carrière étaient assurés. Dix-huit mois après, une catastrophe déplorable enlevait la jeune femme à son affection, et du même coup, tranchait leurs deux existences. A partir de ce moment, en effet, notre pauvre collègue se sentit frappé au cœur, et l'on peut dire, sans exagération, qu'il a mis cinq années à mourir. Dès le premier instant, il n'eut aucune illusion sur la nature du mal qui le minait; sachant ses jours comptés, il se réfugia dans le travail comme dans sa suprême consolation. Tous ceux qui l'ont suivi, dans les douloureuses étapes de sa dernière maladie, se rappellent avec quelle fermeté stoïque il concentrait toutes ses forces à parachever son œuvre, comme s'il eût voulu disputer l'avenir aux semaines fugitives. Seule l'énergie morale le soutenait et lui permettait de mettre la dernière main à son travail. Un moment vint enfin où les forces lui manquèrent, et il attendit la mort tranquillement avec le calme d'un philosophe et la foi d'un croyant.

Telle a été, Messieurs, la vie de Georges Homolle. Ami intime de notre cher collègue, l'ayant suivi depuis les bancs du collège dans ses joies et dans ses tristesses, j'ai voulu vous retracer cette existence si courte, mais remplie et fécondée par le travail; j'ai surtout essayé de faire revivre sa physionomie morale. Homolle était un esprit d'élite qui, avec des dehors modestes et sous une apparence de froideur, cachait des qualités de premier ordre; c'était surtout, chose rare à toutes les époques, un caractère. Puisse cet hommage rendu à sa mémoire apporter à sa famille non pas une consolation, mais le témoignage de l'estime qu'il inspirait à tous ses collègues!

© BIU Santé

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES RÉFORMES DE LA LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE DEVANT LE PARLEMENT.

La commission de la Chambre des députés, chargée d'examiner la proposition de loi sur l'exercice de la médecine, s'est constituée et réunie, mercredi dernier, pour commencer ses travaux. Tous ses membres, à l'exception d'un seul, M. Roudier, appartiennent à la profession médicale.

Dans cette séance, elle a pris des résolutions qui, si elles sont ratifiées par la Chambre, auront les plus graves conséquences pour l'exercice et l'enseignement de la médecine. En premier lieu, elle a décidé l'adoption de l'article Ier, qui consacre définitivement l'abolition du grade d'officier de santé et l'unification des titres. Désormais, il ne recevrait plus que des docteurs en médecine jusqu'à extinction par décès ou accession au doctorat des officiers de santé actuellement en exercice.

En second lieu, la commission leur accorde des conditions de faveur en leur donnant dès à présent le droit d'exercer sur tous les points du territoire, et leur interdisant seulement la pratique de certaines opérations délicates.

Enfin, pour faciliter leur accès au doctorat, la commission demande qu'après six années d'exercice, l'officier de santé puisse acquérir le diplôme de docteur en médecine en passant seulement deux examens et une thèse. C'est peu assurément.

Aujourd'hui, nous nous bornerons à enregistrer ces décisions sans les apprécier. Néanmoins, dès à présent, nous espérons qu'avant d'être consacrées par le vote des Chambres, elles seront amendées. Dans ce but, il serait désirable qu'une enquête sérieuse fût ouverte auprès des Associations médicales du pays, car les réformes doivent être celles de tout le monde et non pas l'œuvre de quelques-uns.

C'est aux Sociétés médicales de solliciter cette enquête, de la provoquer de la part de la commission et des pouvoirs publics. Cette commission n'aura certainement pas la mauvaise grâce de refuser leurs avis légalement exprimés. D'autre part, cette initiative sera utile à la commission elle-même, dont les réformes soulèvent la fâcheuse opposition de quelques médecins députés. C'est donc au corps médical de prendre lui-même la défense de ses intérêts professionnels et moraux, et de ne pas attendre le vote de décisions fermes pour réclamer inopportunément. — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 mars 1884. — Présidence de M. Polaillon.

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

La correspondance imprimée comprend les journaux de la quinzaine : le *Progrès médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Compte rendu général des Académies et des Sociétés médicales*, le *Concours médical*, la *Gazette médicale de Picardie*, le *Journal des sages-femmes*, la *Revue médicale et scientifique d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*.

A propos du procès-verbal, M. Delasiauve confirme l'opinion de M. Christian et rappelle que la présence de l'albuminurie a été indiquée comme permettant de distinguer l'éclampsie de l'épilepsie.

M. Duroziez : Je présente un exemplaire de mon travail sur le diagnostic des bruits organiques et inorganiques du cœur. J'ai été surpris de voir quel développement est donné aujourd'hui aux bruits extra-cardiaques. On décrit comme tels des bruits qui sont absolument chlorotiques. Il y a là un malentendu qui ne peut qu'amener de la confusion chez les débutants. Je démontre dans mon travail l'existence de bruits chlorotiques au second temps, au cœur tout comme aux jugulaires.

M. de Beauvais annonce à la Société la mort de M. le docteur Rougier, de Marseille, membre correspondant.

L'ordre du jour appelle la discussion de la note de M. Apostoli sur la faradisation utérine double.

DISCUSSION SUR LA FARADISATION UTÉRINE.

M. Thevenot : Je croyais avoir suffisamment pesé les termes du rapport, *Sur un nou-*

©BIU Santé

veau procédé de faradisation utérine, pour n'avoir plus à intervenir, mais voici que dans sa réponse, bienveillante d'ailleurs, M. Apostoli, en désaccord sur quelques points avec moi, m'a pris à partie, et je me vois forcé de lui répondre au nom de la commission.

M. Apostoli me fait dire qu'il n'y a pas intérêt à diminuer, à atténuer la douleur. Je n'ai pas dit cela; il m'aura mal compris ou je ne me serai pas assez clairement expliqué.

Dans le procédé Tripier, il y deux sensations douloureuses : l'une qui a pour siège la peau de la région pubienne, l'autre qui a pour siège l'utérus; ces deux sensations, peu nettes, se confondent en partie.

Dans le procédé Apostoli, la douleur cutanée, la sensation de pincement, de piqûre, de brûlure est supprimée; il reste la sensation profonde, la sensation utérine, qui devient d'une netteté parfaite, et qui est comparée par presque toutes les femmes aux douleurs de l'accouchement ou de la dysménorrhée. Cette douleur de la contraction utérine est excessivement variable suivant les femmes; tandis que quelques-unes la supportent sans se plaindre, elle en exaspère d'autres. Peut-être suis-je tombé sur quelques exceptions, mais plusieurs malades m'ont dit : cette douleur est exaspérante, et je crois que je préfère encore celle que causait l'ancien procédé. Voilà pourquoi je disais que la douleur n'était pas tellement atténuée ou diminuée que si le procédé Apostoli ne présentait que ce seul avantage, il n'y avait pas lieu d'abandonner le procédé Tripier. Je faisais d'ailleurs quelques réserves et je n'ai nulle difficulté à reconnaître que d'une façon générale la douleur paraît plus supportable avec le procédé Apostoli.

J'avais dit dans mon rapport qu'en se servant du procédé Tripier, il suffisait d'introduire l'excitateur interne dans la cavité cervicale, ce qui est à peu près sans danger; que, dans le procédé Apostoli, il fallait nécessairement introduire l'excitateur bipolaire dans la cavité utérine, ce qui n'était pas toujours sans inconvénient. S'il est un principe incontesté en chirurgie, c'est que, toutes les fois qu'on peut se dispenser d'introduire un instrument dans la vessie ou dans l'utérus, il faut le faire. Un procédé qui ne vous oblige pas à ce sondage est donc préférable. Mais voilà que M. Apostoli affirme que M. Tripier enfonce son excitateur interne le plus qu'il peut, jusqu'au fond de l'utérus s'il le peut. Il va de soi que, s'il en est ainsi, le procédé Tripier ne présente plus l'avantage que je lui reconnaissais. Seulement, l'affirmation de M. Apostoli me surprend fort. M. Tripier prétend, en fait, qu'on peut faradiser un segment quelconque de l'utérus. Si, l'excitateur étant posé sur le pubis, l'autre est introduit jusqu'au fond de l'utérus, M. Tripier ne faradise, en ce cas, qu'un segment très petit, presque insignifiant, de l'utérus, et il n'y a guère à sortir de ce dilemme: ou bien, par ce procédé, il ne faradise pas l'utérus; ou bien, s'il le faradise, toute sa doctrine de la localisation tombe par terre. J'étais donc logiquement en droit de dire que M. Tripier ne peut pas introduire son excitateur interne dans la cavité utérine.

Il paraît, enfin, que j'ai prêté à M. Apostoli des opinions et même des craintes qu'il n'a pas. J'ai cru qu'il redoutait quelque peu la faradisation de l'atmosphère péri-utérine, qu'il craignait de la porter sur ces vestiges de cellulites pelviennes. Il paraît qu'il n'en est rien; j'en suis très heureux, d'autant plus heureux que M. Apostoli nous annonce qu'*il met la dernière main à un mémoire étendu consacré à cette question qu'il fouille depuis deux ans*.

Mais, si j'ai prêté à M. Apostoli cette opinion, c'est bien un peu sa faute. Une des conclusions de son premier mémoire est la suivante : *Je concentre, par mon procédé, la faradisation dans l'utérus*. Voilà qui est clair. Or, dans sa réponse au rapport de la commission, il écrit : *Je rayonne autour de l'utérus*. Mais ces termes impliquent contradiction : ou bien vous concentrez, ou bien vous rayonnez, mais vous ne pouvez pas à la fois faire l'un et l'autre.

Le fait est qu'avec le procédé Apostoli, avec l'excitateur bipolaire introduit dans la cavité utérine, l'utérus tout entier se trouve également faradisé, puis la faradisation, franchissant les limites de l'utérus, exerce son action sur l'atmosphère péri-utérine par une sorte de rayonnement qui peut être utilisé avec grand profit dans l'inflammation ancienne du petit bassin. C'est là un des avantages les plus marqués de son procédé, celui peut-être que j'apprécie le plus. Mais M. Apostoli reconnaîtra que si je lui ai prêté une opinion qui n'est pas la sienne, la faute en est à lui.

Dans sa seconde communication, M. Apostoli avance une assertion qui a paru à votre commission au moins prématurée. Il affirme qu'on ne pourra plus dire, avec Scanzoni, que la métrite chronique ne guérit pas. Lorsque Scanzoni parlait ainsi, il faisait allusion à ces métrites entrées dans la seconde période, alors qu'une partie du muscle utérin a subi la transformation scléreuse, alors que ce tissu de nouvelle formation, ce tissu rétractile étouffe, en quelque sorte, peu à peu tout ce qu'il reste de tissu physio-

©BIU Santé

logique. Or, pouvons-nous affirmer que, grâce à la faradisation, on guérira ces lésions? Je crois fort que l'intervention de M. Apostoli ne l'ait mené un peu loin.

Dans sa seconde communication, M. Apostoli revient avec insistance sur l'accident survenu dans le service de M. Tarnier.

Une femme du service de M. Tarnier fut faradisée quatre fois par M. Apostoli, le spéculum Cusco étant en place; les trois premières faradisations furent bien supportées, la quatrième fut suivie d'accidents mortels. On trouva à l'autopsie du pus autour de l'utérus et une péritonite généralisée. MM. Tripier et Apostoli affirment que le spéculum Cusco doit ici être seul incriminé. Voilà qui a lieu de surprendre, lorsque M. Apostoli nous dit lui-même qu'il n'avait pas examiné la malade ; que, peut-être, il y avait autour de cet utérus de la cellulite ou de la pelvi-péritonite à l'état subaigu. Comment, avouant qu'il n'a pas examiné cette malade, peut-il affirmer que le spéculum doit seul être ici incriminé. Car, enfin, M. Apostoli n'aurait pas faradisé des tissus atteints de cellulite ou de pelvi-péritonite subaiguë. Il aurait auparavant employé d'autres moyens, moyens qu'il appelle un peu dédaigneusement, les *méthodes classiques*, et qu'il importe pourtant bien de ne pas négliger dans ces péri-métrites et para-métrites subaiguës.

J'en ai fini. Je voudrais cependant, en terminant, demander un mot d'explication à M. Apostoli. C'est à propos du titre de sa seconde communication : *Procédé de faradisation utérine double*. C'est cette *faradisation double* que je ne comprends pas.

L'excitateur est bipolaire, il est double. Mais la faradisation comment peut-elle devenir jamais double? C'est ce mot double qui me paraît exiger une explication.

M. Apostoli : Je crois qu'entre M. Thevenot et moi, il n'y a qu'une dissidence de mots ; nos idées étant à peu près communes, il sera facile, je l'espère, de faire cesser tout malentendu par une courte réponse.

1° M. Thevenot croit jusqu'à présent que la douleur dans mon procédé ne lui paraît pas suffisamment atténuée ou diminuée pour croire que, si je n'avais que ce seul avantage à présenter, il n'y aurait pas lieu d'abandonner le procédé Tripier.

C'est à l'avenir à se prononcer à ce sujet ; en dehors des considérations théoriques qui pour moi ont une grande importance, telle que la suppression du pôle cutané ou extérieur, l'expérience clinique apportera sur cette question une lumière complète, qui corroborera, j'ai tout lieu de le croire, mon affirmation basée sur une épreuve déjà longue. Je dois ajouter qu'il faudra se garder d'associer dans une même comparaison des utérus normaux avec des utérus enflammés et qu'il faudra créer une catégorie séparée pour les utérus dits *irritables* qui appartiennent le plus souvent à des *hystériques* qui réagissent d'une façon extrême au passage du courant, quelque faible qu'il soit.

2° Contrairement à ce que j'ai avancé, me basant sur les textes et les faits indiscutables, M. Thevenot nous dit que M. Tripier ne doit pas enfoncer son excitateur dans la cavité utérine pour être *logique avec lui-même*.

Et d'abord, je suis loin, je le répète, et je l'ai accordé à M. Thevenot dans mon deuxième rapport, d'accepter les yeux fermés, toute la doctrine de Tripier qui, vraie au fond, souffre revision sur quelques points.

J'affirme seulement que Tripier fait comme moi et enfonce son instrument dans l'utérus. Est-ce logique? Remplit-il son but de redressement dans les flexions et versions? Peut-il, comme il le prétend, localiser aussi exactement en avant ou en arrière l'action électrique? Ceci n'est nullement en cause dans le débat actuel. Un fait unique m'intéresse à cette heure et pas d'autre. C'est que *Tripier et moi avons le même procédé d'intervention de la sonde*.

3° M. Thevenot me reproche de ne pas m'être exprimé clairement en disant dans mon rapport que *je concentrais la faradisation dans l'utérus*, ce qui lui semble contredit par l'affirmation du *rayonnement électrique* dans le deuxième rapport.

Je m'explique : par le mot *concentration*, je n'ai évidemment en vue que la *localisation des pôles* dans l'utérus. J'enlève celui de la peau (procédé Tripier) et je les place tous deux dans l'utérus. Je fais aussi une *concentration polaire et uniquement polaire*, c'est-à-dire de l'entrée et de la sortie du courant qui émerge de la sonde qui en est le véhicule.

Mais dans l'*espace interpolaire*, c'est-à-dire dans l'intervalle, si petit qu'il soit, qui sépare les deux pôles (et qui est ici de près de deux centimètres), que se passe-t-il? Je commettrais l'*erreur physique* la plus grande en affirmant que le courant va d'un pôle à l'autre, que le circuit d'un courant faradique se ferme par le chemin le plus court, par la ligne droite, et par conséquent par la muqueuse intra-utérine. Non, la concentration ou l'emprisonnement absolu du courant, du circuit interpolaire ne saurait exister. En vertu de sa *tension*, le courant faradique, qui peut rayonner à de grandes distances, va d'un pôle à l'autre en prenant des lignes bien diverses et en décrivant des *paraboles*

©BIU Santé

plus ou moins grandes. Il suit la voie la mieux conductrice, se disperse et se fragmente à l'infini et intéresse ainsi dans sa diffusion non seulement le tissu utérin lui-même, mais aussi la *périphérie utérine*. Mes deux termes n'impliquent donc pas contradiction? Je *concentre* et je *rayonne à la fois:* je *concentre par les pôles*, dont je dispose à mon gré; je *rayonne* malgré moi, et souvent heureusement, par le *circuit interpolaire*.

4° M. Thevenot me prête une assertion qui, si elle était vraie, serait dans ma bouche plus que prématurée. Je n'ai jamais dit que, grâce à la faradisation, le verdict de Scanzoni était levé, et que la métrite chronique était curable. Non, certes; ce qui est tissu *fibreux* est et restera probablement au-dessus de nos ressources thérapeutiques. Mais à propos de l'inaction, de l'impuissance ou même des prétentions des procédés classiques qui arrêtent la marche et les progrès de la gynécologie en se refusant à toute intervention intra-utérine, je répondais dans mon mémoire, non à M. Thevenot, mais à ces *classiques*, et je leur disais: Non, vous n'avez pas tout fait, car il reste encore beaucoup à faire, témoin la *métrite chronique*, les *fibromes*, les *phlegmasies péri-utérines*, etc.; et en présence de ces *desiderata* de la thérapeutique, vous n'avez pas le droit, vous qui ne pouvez plus rien donner de nouveau, d'être trop sévères pour un traitement naissant qui ne demande qu'à faire ses preuves en toute bonne foi, et qui, s'il ne peut guérir notamment la métrite chronique à la dernière période, peut du moins espérer soulager et amoindrir certains territoires fluxionnaires des utérus ainsi envahis, et cela d'une façon plus sûre et plus complète que vous ne le faites jusqu'ici.

5° Je suis obligé de n'être pas encore de l'avis de M. Thevenot quant à mon accident survenu chez M. Tarnier, et je persiste à croire que la plus grande somme de responsabilité pèse sur le spéculum, en ayant le soin d'ajouter que la phlegmasie péri-utérine probable, préexistante, donne encore plus la légitime explication de la gravité du pronostic du traumatisme du spéculum Cusco.

M. Thevenot veut éliminer totalement le spéculum et faire endosser toute la responsabilité à la faradisation agissant sur des tissus atteints de *cellulite*. Je lui ai déjà répondu dans mon mémoire, par anticipation, que, pour légitimer cette hypothèse, il faut expliquer pourquoi la faradisation n'aurait été nuisible que la quatrième fois, après avoir été bienfaisante les trois premières, et pourquoi le spéculum, d'autre part, n'aurait jamais pu être offensif même le jour où il a provoqué une douleur très aiguë au moment de son extraction.

Aujourd'hui, j'apporte une nouvelle réponse : je ne crains plus de faradiser (sans spéculum) des femmes atteintes de *péri-métrites subaiguës*, et j'espère démontrer que c'est, dans des conditions opératoires données, la thérapeutique la plus efficace et la plus rapide.

6° Ma dernière réponse se trouve implicitement contenue dans les développements que je viens de présenter. Je maintiens mon titre de *faradisation utérine double*, auquel on pourrait joindre, pour éviter toute controverse, le mot : *bipolaire*. Cela veut dire que non seulement les deux pôles sont appliqués dans l'utérus, mais, en plus, qu'à chaque passage du courant, il y a une *action double et simultanée : l'une au pôle positif et l'autre au pôle négatif. Chaque pôle a son choc.* Dans le procédé Tripier, c'était l'abdomen et l'utérus qui, à chaque ouverture ou fermeture du courant, étaient simultanément frappés. Ici, c'est l'utérus tout entier à ses deux extrémités qui reçoit instantanément l'influence du passage du courant qui se différencie à chaque pôle. La faradisation est donc tantôt simple (procédé Tripier) lorsqu'elle n'utilise qu'un seul pôle, et tantôt double, comme je l'ai proposé lorsqu'elle met les deux pôles à contribution.

M. Baraduc n'emploie que le courant unipolaire, et, pour éviter la douleur cutanée, il change la forme du pôle cutané. Il remplace l'électrode par un réseau de fil de laiton maintenu dans une bande de toile appliquée sur l'abdomen, afin de diffuser ainsi le courant. On observe de petites contractions fibrillaires des muscles de la paroi abdominale; la douleur est bien moins vive et l'action suffisamment prolongée.

M. Apostoli : C'est très juste; la douleur à la peau est en raison de la dimension géométrique de l'électrode. Aussi, Tripier emploie-t-il deux pôles cutanés réunis par un fil, ou, pour parler plus exactement, une bifurcation du pôle cutané. Cette méthode est donc absolument classique.

M. Fraigniaud lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Pineau, du Château-d'Oleron, au titre de membre correspondant.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Thevenot lit un rapport sur la candidature de M. Pasquier, d'Evreux, au titre de membre correspondant.

© Santé

Les conclusions de ce rapport sont également mises aux voix et adoptées.

M. Apostoli donne lecture d'une note sur un pessaire en bois *conservé pendant six ans et demi* sans discontinuité.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, A. Marchal.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séances de juin et juillet 1883. — Présidence de M. Finot.

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

La correspondance imprimée comprend : deux numéros du *Bulletin de la Société de médecine du Nord*, et plusieurs numéros de la *Revue médicale française et étrangère*.

M. Huchard donne des nouvelles de la santé de M. Labarraque et prie la Société de déléguer un de ses membres pour aller le voir officiellement au nom de ses collègues (Adopté.)

M. le Président annonce à la Société la nomination de M. Michel au titre d'officier de l'Instruction publique.

M. Gellé présente un travail intitulé : *Du vertige de Ménière dans ses rapports avec les lésions des fenêtres ronde et ovale*, et en donne le résumé suivant :

Le diagnostic des lésions des parties cachées de l'oreille moyenne est à peu près impossible, dans l'état actuel de nos connaissances. Dans cette étude du vertige auriculaire, M. Gellé cherche à connaître l'état anatomo-pathologique des fenêtres labyrinthiques.

L'exploration ne pouvant être poursuivie par les moyens ordinaires, et son but étant surtout d'étudier la mobilité et l'élasticité des fenêtres et des organes connexes, M. Gellé a imaginé le dispositif suivant.

L'expérience est basée sur deux faits d'observation : 1° les pressions imprimées à la colonne d'air du conduit auditif se transmettent au tympan et de là au labyrinthe par la platine de l'étrier; 2° le son d'un corps en vibration appliqué sur le crâne arrive à l'oreille, transmis par les os, puis par l'air de la caisse, enfin par la platine de l'étrier, porte d'entrée de l'oreille interne.

Or, si par des pressions graduées on ébranle cet osselet au moment du passage du son crânien, le sujet sentira les modifications apportées par là à la sensation sonore.

Si l'étrier est mobile et élastique, les rémittences du son seront reproduites *ad libitum* à chaque poussée de l'air; c'est l'état normal. Si, au contraire, il est immobile, aucune modification n'aura lieu. Enfin, si les ligaments sont amollis, les pressions auront un effet exagéré, et l'étrier subira un déplacement en dedans tout à fait anormal. Or, s'il était déjà repoussé vers le labyrinthe par suite de l'enfonçure du tympan, ce dernier aura pour effet de le porter au terme de sa course dans la fenêtre ovale et de l'y fixer immobile. De même, si l'étrier possède cette mobilité exagérée, et que la fenêtre ronde ne puisse obéir ni céder à son déplacement en dedans, soit par raidissement et sclérose de son tissu, soit parce qu'une prolifération muqueuse, ou une couche de liquide ou le pus s'opposent à son jeu ordinaire ou même parce que ce jeu reste insuffisant, et n'est plus en rapport avec l'étendue du déplacement que subit l'étrier; toujours est-il qu'en ces divers cas, il y a au moment des pressions une compression ou une commotion du contenu labyrinthique, lequel réagit à sa façon sous forme de bourdonnement ou de vertige.

C'est, en effet, ce que l'on observe, et les phénomènes de vertige sont alors fortement provoqués par les *pressions centripètes*, c'est le nom que M. Gellé a donné à l'épreuve précédente au moyen de laquelle, interprétant les sensations du sujet, il peut arriver à connaître l'état de la mobilité et de l'élasticité des fenêtres ovale et ronde.

Le travail de M. Gellé est basé sur l'examen de 126 malades de tout ordre.

De ces 126 cas, 53 sont des vertiges de Ménière; or, dans la majorité des cas de vertige de Ménière (par accès ou état vertigineux), l'auteur a pu constater par ses procédés nouveaux une lésion grave au niveau des fenêtres ovale ou ronde, associée ou non à d'autres lésions de l'oreille moyenne; 22 fois sur 53 cas de vertige, il a pu provoquer par les pressions des troubles vertigineux très nets.

Sur les 31 cas où le vertige n'était pas provoqué, il a constaté, au moment de la pression centripète, 11 fois l'extinction du son du diapason appliqué au crâne.

Vingt fois l'effet de pression a été nul (épreuve négative), c'est-à-dire que le son du diapason ne subissait ni rémittences ni intermittences; il s'éteignait graduellement.

©BIU Santé

Dans les 73 faits d'otite chronique qui n'offraient aucun trouble vertigineux, 31 fois on a pu trouver soit l'extinction du son, soit l'épreuve négative.

Ainsi, 46 fois sur 53 cas de vertige, il y a eu des signes de lésion du côté des fenêtres, et seulement 31 fois sur 73 cas en l'absence du symptôme vertige.

Il y a donc aussi des lésions de ces fenêtres, sans production de vertige. Cela s'explique par la pathogénie complexe de celui-ci qui exige pour se produire : 1° l'existence d'un état anatomo-pathologique (ramollissement de l'oreille moyenne, mobilité exagérée de l'étrier ou obstacle aux oscillations de la fenêtre ronde) qui constitue la prédisposition; puis 2° un acte qui provoque le déplacement brusque des osselets, et produise le choc labyrinthique (déglutition, éternuement, bâillement, acte de se moucher, congestion aiguë, toux).

Une troisième condition est nécessaire sans doute aussi : la présence d'un état morbide du contenu labyrinthique. Un certain degré d'accroissement de l'excitabilité du nerf acoustique expliquerait la production des actes vertigineux dans certains cas rebelles, où l'on trouve l'ouïe douloureuse et le vertige par excitation sensorielle associés aux lésions que les pressions centripètes font reconnaître.

Au point de vue du pronostic l'épreuve des pressions centripèdes a une valeur précieuse, qui tient à l'importance majeure des parties auriculaires qu'elles permettent d'étudier, elle contrôle très sûrement les données de l'inspection de l'oreille. Nombre de fois en effet, les rémittences du son perçu, nettes et à volonté, ont permis de prévoir une amélioration alors que l'examen du tympan faisait découvrir des lésions d'apparence le plus grave et la plus trompeuse.

Le travail de M. Gellé est accompagné de vingt observations résumées; on y voit les divers modes du vertige de Ménière : le traumatique, l'expérimental ou provoqué, la congestif, l'arthritique, le réflexe, le tabétique; celui par hyperesthésie sensorielle; ceux qui naissent sous l'influence d'actes de la vie ordinaire, le bâillement, la déglutition, la mastication, l'effort de se moucher; celui que cause la douche de Politzer, etc.

M. Gellé termine son travail par une rapide analyse des indications et par l'exposé des traitements qui y satisfont, tels que ceux par le salicylate de soude et le colchique, le sulfate de quinine, les purgatifs, les calmants, l'hydrothérapie; mais surtout il insiste sur le traitement local par la cautérisation du tympan au moyen du cautère électrique.

M. Prat a la parole à propos de la conservation des cadavres, et des expériences ordonnées par le Conseil municipal.

Une discussion s'engage à ce sujet et aussi à propos des terrains des cimetières et de la fabrication des cercueils. MM. Julliard, Lutaud et Finot prennent successivement la parole.

M. Peyrot donne lecture d'un mémoire *sur les accidents provoqués par l'application de la teinture d'arnica à la surface du derme.* (Sera publié.)

A propos de la communication de M. Peyrot, M. Julliard parle de l'action de l'arnica pris à l'intérieur. Il cite des accidents (nausées, vertiges, vomissements) survenus après l'ingestion de huit à douze gouttes d'alcoolature. A propos du degré d'alcool dans la teinture, il fait observer qu'on emploie l'alcool à 60° pour les teintures que l'on prépare avec des plantes sèches et que l'emploi de l'alcool à 90° est réservé pour la préparation des alcoolatures que l'on fait avec des plantes fraîches. De là des différences possibles dans l'action externe ou interne. Dans le Codex même, il n'est pas question de teinture d'arnica, mais seulement d'alcoolature.

Le secrétaire annuel, Dr Tripet.

COURRIER

Erratum. — Numéro du jeudi 6 mars (l'Actinomycose), p. 409, ligne 17 : au lieu de « sclérose dorso-lombaire », lire « scoliose dorso-lombaire ».

Faculté de médecine de Paris. — M. Artault, bachelier ès lettres et ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur-adjoint des travaux pratiques d'histoire naturelle (zoologie), en remplacement de M. Brumauld de Montgazon, démissionnaire.

Un congé, sans traitement, est accordé, du 1er février au 1er décembre 1884, à M. Lesage, aide au laboratoire des cliniques, à l'Hôtel-Dieu.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Maurice Notta : La méthode antiseptique et les maladies puerpérales. — II. Intérêts professionnels. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Courrier.

La méthode antiseptique et les maladies puerpérales.

Il faut rendre justice aux efforts qui ont été faits dans ces dernières années pour triompher des anciennes routines et introduire dans la pratique des accouchements la méthode antiseptique, dont la chirurgie a tant à s'applaudir. En vain quelques esprits chagrins prétendent que la mortalité des femmes en couches et des nouveau-nés n'a pas diminué. Qu'ils comparent les statistiques actuelles à celles d'il y a vingt ans (1), et qu'ils se rappellent la fréquence et la gravité des épidémies puerpérales d'alors ! N'en déplaise aux vulgarisateurs des pansements sales, c'est par l'acide phénique, le sublimé, etc., c'est par l'antisepsie pratiquée avec une rigoureuse exactitude et portant sur les plus minutieux détails, que nous obtenons la prophylaxie des maladies puerpérales. Les faits sont là pour juger la méthode.

Quand on a lu le remarquable livre de M. Siredey (2), il est impossible de nier que la contagion puerpérale se fasse toujours après l'accouchement et en dehors de l'accouchée par hétéro-infection, et non comme on le supposait, par auto-infection. La malade puerpérale n'a donc rien de spécial, et, comme le dit M. Siredey, « c'est une malade atteinte d'une plaie, une *blessée* en un mot, exposée à toutes les complications des plaies chirurgicales. » Par cela même, l'utilité de la méthode antiseptique nous semble évidente, et c'est non seulement son utilité mais sa *nécessité*, tant dans la clientèle de la ville que dans la pratique hospitalière, que nous voudrions mettre bien en lumière, ainsi que les heureuses conséquences pratiques qui en résultent.

Grâce aux recherches de Pasteur et de ses élèves, la pathogénie des maladies puerpérales s'éclaire aujourd'hui d'un jour nouveau. Les théories humorales, les influences saisonnières, la constitution médicale, le génie épidémique, ce *quid ignotum diabolicum aut divinum* ont fait leur temps, et ces erreurs doivent aller rejoindre dans le domaine de l'oubli les théories surannées dont l'obscurité ne sert souvent qu'à masquer notre ignorance. C'est sur les ruines de ces anciennes théories que s'élève la théorie parasitaire, qui a été présentée avec autant de talent que de conviction par M. Doléris (3), et qui a rallié de nos jours un grand nombre de partisans. Fervent adepte de la doctrine de Pasteur, Doléris a appuyé son opinion sur un grand nombre d'observations cliniques et de recherches faites sous la direction et dans le laboratoire du maître ; et il est incontestable que cette théorie, qui paraît expliquer si naturellement la pathogénie de l'infection puerpérale, est très séduisante. Mais quel que soit l'agent, qu'il s'agisse d'un microbe spécifique, ou d'un principe septique appelé germe, ferment ou miasme, toujours est-il qu'il s'agit d'un parasite analogue aux parasites des malades infectieuses, et que c'est en dehors de la malade qu'il faut chercher le contage et l'agent de transmission. Comme chez les blessés et les opérés, les germes de la septicémie puerpérale sont apportés soit par l'air ambiant, soit par les objets de pansement ou les instruments, soit par les mains de l'accoucheur. Les maladies puerpérales

(1) De Beurmann, Th. de Paris, 1879.

(2) *Les maladies puerpérales*, Masson, 1884.

(3) *Essai sur la pathogénie et la thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches*, Th. de Paris, 1880.

©BIU Santé

rentrent donc dans la classe des maladies parasitaires, et c'est en supprimant ou en modifiant les agents qui servent d'intermédiaire entre le principe infectieux et la nouvelle accouchée, que l'on empêchera le développement de l'infection puerpérale. Voilà le but de la méthode antiseptique, telle qu'on l'emploie aujourd'hui dans les hôpitaux de Paris, en dépit des obstacles et des incertitudes de la première heure.

De tous les agents de transmission, un des plus dangereux, qui n'a pas été peut-être un des moins fréquents, est le médecin lui-même, qui apporte le germe infectieux dans ses vêtements, avec ses instruments, plus souvent même avec ses mains. Nombre d'exemples sont là pour le prouver, dans lesquels on suit pour ainsi dire l'ennemi pas à pas. Ici le contage est apporté par un chirurgien qui soigne en ville un phlegmon gangréneux de la cuisse, là par un médecin qui vient de quitter un malade atteint d'érysipèle, ou bien par un interne qui se rend de la salle d'autopsie à la salle d'accouchements; dans d'autres cas, l'accoucheur porte sur lui une petite plaie, dont la suppuration suffit pour empoisonner sa malade. Tel est ce médecin qui avait un ozène ou cet autre qui portait au cou un séton; l'un et l'autre sont obligés de cesser de faire des accouchements à cause des accidents de septicémie puerpérale qui surviennent dans leur clientèle, sans qu'ils puissent tout d'abord les expliquer. Quelle responsabilité pour l'accoucheur, et que de soins à prendre non seulement par lui, mais par toutes les personnes qui soignent les accouchées, sages-femmes, infirmières, élèves! La vieille médecine était impuissante parce qu'elle ignorait la cause du mal; mais aujourd'hui qu'on possède la clef de ces cas si bizarres d'infection puerpérale se déclarant chez des jeunes femmes qui avaient toutes les apparences de la santé, et qui succombaient malgré leur bonne constitution et après un accouchement souvent très simple, aujourd'hui qu'on sait à quoi sont dues ces épidémies si redoutables qui faisaient jadis des hécatombes de victimes, tout accoucheur doit se tracer une règle de conduite immuable, et s'imposer les précautions nécessaires. C'est sur ces principes essentiellement pratiques que nous allons insister, parce qu'ils font actuellement partie des devoirs et de l'honnêteté professionnels. Le praticien n'a plus le droit de se réfugier derrière son ignorance pour excuser ses erreurs; il serait responsable d'apporter la contagion là où on lui demande le secours de son art.

Quel est donc ce catéchisme de l'accoucheur? Il est bien simple et peut se résumer ainsi : s'abstenir de faire de la médecine et de la chirurgie dans un hôpital infecté (à plus forte raison de l'anatomie pathologique), et employer la méthode antiseptique dans toute sa rigueur. Sans préconiser tel ou tel spécifique, nous croyons que tous les agents antiseptiques remplissent les conditions voulues. Que l'on donne la préférence à une solution d'acide phénique, de chlorure de zinc, de sublimé ou de sulfate de cuivre, peu importe! Le grand point est d'appliquer la méthode d'une façon méticuleuse ; et, quand on connaît la gravité des conséquences auxquelles peut vous exposer la moindre négligence, on n'hésite pas à pécher par excès plutôt que par défaut. La chambre de la parturiente, les objets de literie, les instruments, les pièces de pansement, les vêtements, les mains mêmes de l'accoucheur, tout doit y passer. Au point de vue de la prophylaxie des maladies puerpérales, cette rigoureuse antisepsie doit être complétée par les soins à donner aux femmes en couches, pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement, et par l'hygiène des locaux (maternités, accouchements à domicile). Dans la pratique hospitalière, il est nécessaire de séparer complètement les services d'accouchements des services de médecine et de chirurgie, et d'employer un personnel spécial (internes, sages-femmes, infirmières) qui prendra les précautions indiquées, et ne fréquentera ni les amphithéâtres, ni les salles de dissection, pas même les salles de malades. A l'heure qu'il est, cette ré-

forme indispensable n'a pas encore été faite dans beaucoup d'hôpitaux de province, même dans des hôpitaux importants, et nous pourrions citer certain service hospitalier où l'on observe assez souvent de l'infection puerpérale, due, croyons-nous, à ce que la direction de ce service est confiée à un jeune et actif chirurgien, qui prend, il est vrai, de grandes précautions antiseptiques, mais qui est obligé d'employer le même personnel pour son service de chirurgie et son service d'accouchements C'est à l'administration de chacun de ces hôpitaux qu'incombe le devoir de remédier à l'ancien état de choses, en se guidant sur les réformes accomplies dans les hôpitaux de Paris : il y va non seulement de l'intérêt, mais de la vie des malades!

Telles sont les règles sévères auxquelles nous avons vu s'astreindre les accoucheurs des hôpitaux de Paris, et c'est par ces moyens qu'ils arrivent à prévenir les maladies puerpérales. Nous assistons au début d'une ère nouvelle dans l'histoire des maladies puerpérales; l'amélioration des statistiques, la rareté de l'infection puerpérale, la rareté plus grande encore des épidémies sont les premiers fruits qu'a permis de récolter la méthode antiseptique. Quand ces réformes seront devenues générales, quand ces habitudes de propreté antiseptique auront pénétré dans les mœurs médicales, faisant pour ainsi dire partie du bagage scientifique de tout praticien honnête et consciencieux, les épidémies puerpérales n'existeront plus qu'à l'état de souvenir, et l'infection puerpérale deviendra aussi rare dans les services d'accouchements que l'est devenue l'infection purulente dans les services de chirurgie. Voilà ce qu'auront fait les maîtres éminents qui propagent ces nouvelles théories par leur enseignement et par leurs livres, et les accoucheurs qui donnent à ces théories la sanction irréfutable de la pratique. Le temps jugera et consacrera leur œuvre d'une façon définitive : en attendant, ils ont droit les uns et les autres au respect que méritent tous ceux qui poursuivent un but noble et désintéressé. Grâce à eux et à la méthode antiseptique, on peut dire que, dès aujourd'hui, dans la pratique obstétricale, *nova rerum nascitur ordo!* c'est du moins notre conviction.

Maurice NOTTA.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De l'institution d'un ordre des médecins (1),

Par le docteur SURMAY,

Médecin et chirurgien de l'hôpital de Ham, membre correspondant de la Société de chirurgie, Vice-président de l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin.

III

Telle serait, en substance, l'organisation de l'ordre des médecins. Quelles objections pourraient opposer à cette institution les médecins, l'Etat, le public?

Il y a des gens si ombrageux qu'ils se cabrent tout d'abord devant toute nouveauté, et si jaloux de liberté, qu'à la moindre réglementation ils tombent en garde. Il y a des médecins qui, au nom de la sainte liberté, regarderont avec méfiance ce qui leur paraîtra la restauration d'un établissement renversé par la Révolution. A ces gens nerveux, à ces confrères si portés aux alarmes, je dirai que, moi aussi, j'aime la liberté. Je l'aime si bien, qu'à mon avis, s'il est au monde quelque chose de plus précieux que la vie, c'est la liberté. Mais la vraie liberté n'est pas de faire tout ce que l'on veut, et c'est pourquoi il y a des lois. Il y en a même une qui fait de la médecine un monopole; ces médecins libéraux en demanderaient-ils l'abrogation? S'ils ne se sentent pas blessés de ce que la loi leur impose des épreuves sévères d'instruction avant d'entrer en possession de ce monopole, en quoi seraient-ils gênés par un article de plus qui les obligerait à en jouir

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 mars 1884.

©BIU Santé

honnêtement? Quand vous entrez dans un syndicat ou même dans une simple association, ne prenez-vous pas l'engagement d'exercer honorablement la médecine? Vous me direz qu'il s'agit là d'une servitude volontaire. Mais le jour où, volontairement, vous secouerez cette servitude, ne sera-ce pas que vous aurez cessé d'être honnête? et l'honnêteté n'est pas seulement une vertu médicale, elle est avant tout une obligation humaine.

Entendez-vous les avocats se plaindre de n'être pas libres?

Tous les médecins expriment les mêmes doléances sur l'insuffisance de la loi relativement à l'exercice illégal, au charlatanisme diplômé, à l'absence d'union et de solidarité, à l'isolement qui livrent le médecin à toutes les exploitations. L'ordre des médecins donne les moyens de remédier à tout cela, et que prend-il en retour? Le médecin loyal aura-t-il moins de liberté pour faire le bien? Il en aura plus, au contraire, car il sera moins en butte à la concurrence des déloyaux; cela est si vrai que, dans un pays où la médecine est absolument libre, aux Etats-Unis d'Amérique, on voit se former des associations de médecins honnêtes dont l'objet est de garantir l'indépendance et l'honneur professionnels vis-à-vis de ceux qui ne le sont pas. Ces associations sont restrictives de liberté sans doute, mais de liberté malsaine et coupable. Si ce n'est pas cette liberté que l'on veut défendre, de quelle autre veut-on parler?

Craindrait-on que les chambres médicales ne devinssent oppressives? Ce serait une exception parmi les professions qui jouissent du privilège de l'autonomie et, d'ailleurs, il y aura au-dessus d'elles le Conseil général de l'ordre.

Sur quoi s'exercerait cette oppression? Si ce ne peut être sur les mœurs professionnelles, serait-ce sur les doctrines médicales? Il y eut en effet, autrefois, des doctrines qui étaient comme des religions; l'ancienne Faculté de médecine, qui était à la fois corps enseignant et corporation professionnelle, ne s'est guère montrée libérale, et ce n'est pas par la tolérance qu'elle a brillé. Mais ces temps sont loin et ne reviendront plus. Si l'intolérance doctrinaire pouvait renaître, on la rencontrerait dans les Facultés. Y pense-t-on seulement? N'y voit-on pas s'épanouir la plus large liberté? Au surplus, un article de la loi dont j'ai donné l'esquisse garantit la liberté des doctrines. Pourvu du diplôme obtenu devant une Faculté de l'Etat, inscrit sur la liste d'une chambre médicale, vous pourrez suivre Hippocrate ou Galien, vous serez vitaliste, dynamiste ou organicien; vous choisirez entre les microbes et les microzymas, ou vous rejeterez les uns et les autres; vous vous livrerez à l'étude et aux applications de l'électricité, du magnétisme, des métaux, de l'eau froide ou de l'eau chaude; vous serez même disciple d'Hahneman, si la foi vous a touché, ou vous resterez dans une réserve prudente et vous ferez de la simple expectation; vous serez libre dans les limites de l'honnêteté, des bonnes mœurs, de l'ordre et de la sécurité publics.

Serait-ce par la politique qu'on redouterait les excès des chambres médicales? La politique, certes, est fort envahissante, et il ne faudrait pas jurer que, par les élections, elle ne parvînt à s'introduire dans les conseils de l'ordre; mais, une fois entrée, je me demande, en vérité, ce qu'elle y pourrait faire.

Craindra-t-on qu'en retour de quelques privilèges d'autonomie qui nous seraient accordés, l'Etat ne nous impose des obligations nouvelles? L'Etat peut légiférer, il n'y a pas à craindre qu'en obligations il aille jamais au delà de nos traditions.

L'Etat, qui non seulement admet, mais a rétabli de sa propre autorité l'ordre des avocats, se refuserait-il à reconnaître l'ordre des médecins? Au point de vue politique, les chambres médicales offriraient-elles plus de dangers que les autres? Il semble qu'au contraire, par la nature de leur ministère, les médecins soient plus étrangers à la politique que tous ceux dont l'étude ou les applications du droit forment la profession. Si le corps médical abusait de son organisation en corporation pour conquérir ou exercer une influence politique dangereuse, l'Etat aurait contre lui les armes dont il dispose contre les associations illicites ou détournées de leur objet.

Mais le rôle social de la médecine est considérable. Des services publics de la plus grande importance sont confiés aux médecins; ces services ne pourraient-ils se trouver en péril par le fait de la puissante organisation du corps médical? A cela je réponds que, si l'Etat veut avoir pour ces services toutes les garanties qu'il est en droit d'exiger, il est sûr de les trouver dans l'organisation du corps médical tel que je la propose, qu'il est certain que les médecins sacrifiés jusqu'à présent se montreront plus exigeants, mais qu'en retour des garanties qui lui seront offertes, il est impossible que l'Etat ne reconnaisse pas celles qui lui sont demandées, et qu'en somme il n'y aura plus dès lors, entre l'Etat et les médecins, que des rapports conformes à la justice et au bien de la société.

Les objections viendraient-elles donc du public, qui verrait avec appréhension la juri-

diction spéciale réclamée par les médecins? Mais pourquoi le public redouterait-il plus les chambres médicales que les tribunaux de commerce? D'un côté comme de l'autre, il y a appel devant la justice commune.

Le public demande toutes les garanties possibles sur le savoir et sur l'honorabilité des médecins : l'ordre des médecins les lui assure.

Les médecins ne pourraient-ils pas se coaliser et exploiter leurs clients? Pourquoi redouter la coalition des médecins plus que celle des commerçants ou des industriels? Ceux qu'effrait la possibilité de la coalition médicale ne se coalisent-ils pas entre eux et de toutes les manières? La grève des médecins serait une calamité horrible, j'en conviens ; faut-il pourtant que tout le monde puisse se coaliser contre les médecins et qu'eux seuls soient privés de tous les moyens de se défendre que possèdent les autres? La discipline sévère maintenue par les chambres médicales et le Conseil général sera, du reste, une garantie contre tout excès.

Il n'y a donc pas d'objection sérieuse contre l'institution de l'ordre des médecins, et l'on peut dire que cette institution est aussi fondée que souhaitable.

Mais est-elle pratique, et donnera-t-elle à l'exécution ce que la théorie promet? C'est ce qu'il me reste à examiner. *(A suivre.)*

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mars 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire. — Présentations. — Observations à l'occasion du procès-verbal de la précédente séance : sur la communication de M. Lannelongue relative au cloisonnement du rectum et au *spina bifida* de cause pathologique. — Sur la communication de M. Pozzi, relative à un cas de guérison d'hystérie grave par l'ablation d'un kyste de l'ovaire et d'un corps fibreux utérin. — Présentation de malade : polype naso-pharyngien récidivé ; discussion. — Élection d'un membre titulaire. — Présentation d'instrument.

MM. Verneuil, Chauvel, Lannelongue présentent diverses brochures.

— M. Larger, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la communication de M. Lannelongue, cite une observation qui lui paraît offrir avec le cas de M. Lannelongue la plus grande analogie. Il s'agit d'un enfant atteint d'imperforation de l'anus, chez lequel un chirurgien avait pratiqué l'incision d'une cloison située à une très petite distance de l'orifice anal ; le cours des matières ne se rétablit pas à la suite de l'opération, et, l'enfant ayant succombé, on constata à l'autopsie l'existence d'un deuxième septum au-dessus de celui qui avait été incisé.

A une question qui lui est posée par M. Lannelongue, M. Larger répond que le siège précis de la deuxième cloison n'est pas indiqué dans la relation de cette observation.

M. Pozzi croit devoir présenter quelques réserves au sujet de l'explication donnée par M. Lannelongue de certains cas de *spina bifida* qu'il attribue à des ulcérations préalables et à des adhérences consécutives de l'amnios, ce dont il trouve la preuve dans l'aspect cicatriciel de l'enveloppe extérieure de la tumeur. Suivant M. Pozzi, il serait peut-être plus rationnel d'expliquer ces faits par un arrêt de développement affectant la peau aussi bien que les parties profondes et donnant lieu précisément à cette apparence de tissu cicatriciel qui a tant frappé M. Lannelongue. Il paraît inutile à M. Pozzi de faire une nouvelle hypothèse pour expliquer des faits qui trouvent dans la doctrine de l'arrêt de développement leur explication naturelle. C'est, en effet, par pure induction et parce qu'il a trouvé sur le même enfant un *spina bifida* combiné avec des ulcérations de la région anale, que M. Lannelongue a conclu à l'influence de la même cause pathologique dans la production des deux ordres d'altération. Sans l'existence des ulcérations anales, il n'eût pas songé à expliquer le *spina bifida* par l'hypothèse d'une ulcération déterminée pendant la période de la vie embryonnaire.

M. Lannelongue répond qu'il distingue plusieurs catégories de *spina bifida* : une première catégorie dans laquelle les enveloppes, peau et méninges, sont absolument intactes ; une deuxième catégorie, dans laquelle la peau n'est nullement développée, fait complètement défaut ; la surface extérieure de la tumeur n'est plus représentée que par une membrane mince, transparente, laissant voir le liquide et, au-dessous, la moelle ; ce

©BIU Santé

deuxième groupe, assez nombreux, résulte, comme le précédent, de la hernie des enveloppes de la moelle, distendues par l'accumulation du liquide, et ayant empêché, dans ce cas, la formation de la peau ; enfin une troisième catégorie comprend les cas dans lesquels la malformation résulte d'un travail pathologique d'ulcération qui part de l'amnios, détermine consécutivement l'adhérence de cette membrane, par suite de laquelle la peau, à son tour, ne se développe pas ou se développe incomplètement, et qui empêche également la formation des lames postérieures des arcs vertébraux. L'enveloppe de la tumeur est formée par un tissu pathologique particulier dans lequel on ne retrouve plus ni la peau ni les méninges, mais seulement des îlots de tissu cutané et fibreux. Les enfants atteints de cette catégorie de *spina bifida*, viennent au monde avec des ulcérations diverses, si toutefois on peut donner le nom d'ulcérations tel que nous le comprenons à ces altérations développées pendant la vie embryonnaire ou fœtale, c'est-à-dire à l'abri du contact de l'air et en dehors des conditions habituelles de la formation du pus. C'est une question de savoir s'il existe des suppurations intra-utérines. M. Lannelongue a interrogé mères et sages-femmes pour savoir si ces enfants avaient présenté à leur naissance un liquide analogue au pus, et il n'a pu obtenir d'elles de renseignement précis à cet égard.

Quoi qu'il en soit sur ce point, M. Lannelongue maintient que la pièce qu'il a présentée, dans la dernière séance, est un exemple de *spina bifida* résultant d'un travail pathologique d'ulcération pendant la vie embryonnaire.

M. Pozzi insiste et répète que le fait de l'existence, à la surface extérieure du *spina bifida*, d'un tissu d'apparence cicatricielle ne prouve pas que le cas de *spina bifida* communiqué par M. Lannelongue doive être attribué à une cause pathologique ; jusqu'à preuve plus décisive, il convient de s'en tenir à la doctrine de l'arrêt de développement qui suffit à l'explication des faits.

M. Trélat admet l'interprétation de M. Lannelongue, mais seulement dans une certaine mesure. L'embryologie nous apprend que les arcs postérieurs des vertèbres se forment à une époque précoce, probablement avant la fin du premier mois, c'est-à-dire une époque où la peau est insuffisamment développée. La cause invoquée par M. Lannelongue, ayant une action de dehors en dedans, devrait donc intervenir de très bonne heure pour empêcher le développement de l'arc vertébral.

M. Lannelongue rappelle qu'il a précisément indiqué la période primitive correspondant au développement de l'amnios comme celle où se produit l'ulcération, cause du *spina bifida* d'origine pathologique.

Suivant lui, le mot « arrêt de développement » ne veut rien dire, au fond; c'est la constatation pure et simple d'un fait, ce n'est pas une explication, encore moins une loi; celle-ci résulte, en effet, de la connaissance de la série des conditions à l'aide desquelles un fait se produit. Ce n'est pas tout de parler d'arrêt de développement, il faudrait encore savoir quelle est la cause qui le produit.

M. Trélat proteste contre l'appréciation injuste que M. Lannelongue vient d'émettre au sujet de la doctrine des arrêts de développement considérée en elle-même. L'étude des diverses phases du développement de la formation embryonnaire et de leurs arrêts a été éminemment féconde, et a permis d'expliquer et de prévoir une foule de faits qu'il était auparavant absolument impossible de comprendre.

Quant à l'étude des causes des arrêts de développement, c'est là une question absolument inabordable à l'heure qu'il est.

— M. Terrier croit devoir compléter en quelques mots l'observation de la malade dont il a parlé dans la dernière séance, à propos de la communication de M. Pozzi relative à un cas de guérison d'accidents hystériques graves par l'ablation d'un kyste de l'ovaire et d'un corps fibreux de l'utérus.

Le sujet de l'observation de M. Terrier est une jeune femme à laquelle il a enlevé, il y a trois semaines, un kyste para-ovarien, y compris l'ovaire du même côté, et qui, à la suite de cette opération, a été prise d'attaques d'hystérie d'une intensité extrême qu'elle n'avait pas auparavant. Depuis quelque temps, les crises ont diminué. Or, comme cette malade avait une fissure anale qui la faisait cruellement souffrir, et dont elle demandait à être débarrassée, M. Terrier a fait hier sur elle une sorte d'expérimentation en lui pratiquant l'opération de la fissure. Pendant la chloroformisation, elle eut une violente attaque d'hystérie, et elle en eut une seconde, dans la journée, après l'opération.

Ainsi, chez cette femme, les accidents hystériques ont paru après l'ablation de l'ovaire et, après s'être apaisés, ils ont reparu, sous l'influence d'un traumatisme opératoire, malgré l'ablation de l'ovaire.

©B... Santé

Il ne faudrait donc pas tirer des conclusions prématurées des faits dans lesquels, comme dans l'observation de la malade de M. Pozzi, on a vu des accidents hystériformes plus ou moins graves disparaître à la suite de l'ablation de l'ovaire, et il convient de se rappeler qu'il y a d'autres cas où cette même opération a fait naître des crises hystériques qui n'existaient pas auparavant.

M. Marjolin dit que le cas de M. Terrier lui remet en mémoire un fait très intéressant de la pratique de son père. Celui-ci avait pour cliente une dame du monde qui était tombée dans des accès de mélancolie profonde par suite d'une fissure à l'anus excessivement douloureuse. Après l'opération de la fissure anale, tous les accidents cessèrent comme par enchantement, et la malade recouvra une santé parfaite.

— M. Verneuil présente un jeune homme de 19 ans qui offre un cas exceptionnel, peut-être unique dans la science, et au sujet duquel l'éminent chirurgien, très perplexe, demande formellement l'avis de ses collègues.

En 1876, le malade éprouva pour la première fois les signes classiques de l'existence d'un polype naso-pharyngien : obstruction de la fosse nasale, enchiffrènement, nasonnement de la voix, gêne de la respiration par le nez, épistaxis. L'ouïe du côté gauche s'est rapidement affaiblie, mais le malade n'a jamais ressenti aucune douleur. Un jour, à l'aide d'un miroir, il aperçut la tumeur faisant saillie dans la narine gauche; il s'adressa à un médecin qui essaya sans succès d'en faire l'extirpation à l'aide d'une pince.

Pendant deux années, la tumeur augmenta de volume et les autres symptômes s'accusèrent de plus en plus : difficulté de respirer par le nez, céphalalgies fréquentes et assez intenses, épistaxis répétées et peu abondantes; il n'y avait pas de déformations de la face, sauf une légère exophthalmie du côté gauche.

Le 15 décembre 1878, MM. les docteurs Sarazin (de Bourges) et Petitfils (de Vierzon), diagnostiquaient un polype naso-pharyngien et pratiquaient la résection du maxillaire supérieur pour enlever la tumeur. L'opération fut accidentée par une hémorrhagie abondante. La tumeur, très dure, était du volume d'un gros œuf de poule. La guérison fut complète au bout d'un mois; l'ouïe récupéra sa finesse normale; seule l'exophthalmie persista.

Une année se passa sans accident, puis reparurent les hémorrhagies répétées par le nez et la bouche, et l'accroissement du volume de la joue, dont la tuméfaction est depuis trois mois restée stationnaire.

Actuellement le malade présente une tumeur volumineuse occupant toute la moitié gauche de la face. Cette tumeur envahit la fosse nasale du côté gauche et s'enfonce dans les sinus, la cavité orbitaire, les fosses zygomatique et temporale; elle comble tout l'espace occupé autrefois par l'apophyse palatine du maxillaire supérieur. La joue forme antérieurement une saillie atteignant le volume d'une petite tête de fœtus. Régulièrement tendue, elle est soulevée dans la région temporale par un prolongement de la tumeur qui s'étend en bas jusqu'à la base de la mâchoire inférieure. Dans le sens antéro-postérieur, elle mesure de 13 à 14 centimètres, et, verticalement, environ 10 centimètres. La peau, distendue, ne présente pas de changement de coloration, sauf un peu de rougeur due à de très fines arborisations vasculaires. Elle est mobile sur la tumeur. L'exophthalmie est très marquée à gauche, mais n'entraîne aucun trouble de la vue.

A un travers de doigt au-dessous du bord de la paupière inférieure, à la naissance du nez et sous la narine gauche se dessine la trace cicatricielle de l'opération antérieure. Dans le fond de la narine gauche se montre une petite tumeur bleuâtre. Une masse molle, d'un rouge vineux, complète la voûte palatine, au lieu et place de la portion osseuse enlevée. La muqueuse buccale est rejetée par la tumeur vers la partie inférieure et interne de la cavité buccale. L'arrière-bouche, le pharynx, ne présentent rien d'anormal.

Par la *palpation* on constate la mollesse de la tuméfaction, et la pression la réduit de plus de moitié. La tumeur est en outre animée de battements isochrones aux pulsations artérielles.

Par l'*auscultation*, on trouve un souffle doux, systolique à chaque battement.

La compression de la carotide primitive du côté gauche ne modifie pas sensiblement ce phénomène. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

Le malade ne ressent aucune douleur, mais il est très incommodé par les battements de la tumeur qui retentissent dans l'oreille gauche.

La respiration par la narine gauche, comme par la narine droite, est impossible.

Quelques épistaxis rares et peu abondantes se sont produites. De temps en temps, petite hémoorhagie de la partie de la tumeur qui correspond à la voûte palatine.

©BIU Santé

L'état général est bon; rien au cœur ni aux poumons; les urines sont normales.

Le 4 février, M. Verneuil a fait dans la portion palatine de la tumeur une injection avec la liqueur de Piazza. Dans la nuit suivante, il est survenu des douleurs assez vives et quelques vomissements. La tumeur s'est un peu gonflée; tout est rentré dans l'ordre le troisième jour.

Une deuxième et une troisième injections avec la même liqueur ont été pratiquées sur la joue le 12 et le 22 février. La deuxième a été suivie des mêmes accidents que la première, et même plus intenses; il y a eu en outre une petite hémorrhagie par la bouche. La troisième injection n'a déterminé ni douleur ni accidents.

La tumeur a légèrement augmenté de volume, surtout à la région temporale; elle est moins réductible; sa consistance ne s'est pas sensiblement modifiée.

M. Verneuil avoue sa perplexité en présence d'un cas semblable, et c'est pourquoi il demande l'avis de la Société. Ce jeune homme a eu des hémorrhagies qui se reproduiront; il est menacé de mourir, un jour ou l'autre, par le fait de sa tumeur. Il faut donc intervenir si l'on ne veut pas le laisser mourir; mais que faire? Il est impossible de songer à une extirpation extemporanée qui exposerait le malade à mourir pendant l'opération. M. Verneuil avait pensé à faire des ligatures préalables; mais lesquelles? de la carotide? mais la compression de cette artère ne modifie ni les battements ni le bruit de souffle. L'alimentation de la tumeur paraît se faire plutôt par la base du crâne, par conséquent par les artères vertébrales. Faut-il faire la ligature successive des deux carotides et des deux vertébrales? Cette opération est praticable, elle a été pratiquée, mais au prix de quels risques? Faut-il pratiquer ces ligatures comme moyen de modifier la tumeur? Faut-il recourir encore aux injections interstitielles? Faut-il enfin attaquer la tumeur par le cautère actuel ou par les flèches caustiques? Il y a, quel que soit le point que l'on envisage, des raisons pour ou contre, et, finalement, aucune solution satisfaisante ne vient mettre un terme à la perplexité du chirurgien.

M. Desprès croit qu'il s'agit ici d'une de ces tumeurs qu'on a improprement appelées polypes naso-pharyngiens, et qui ne sont rien autre chose que des tumeurs à myéloplaxes, ou sarcomes vasculaires ayant leur siège dans le maxillaire supérieur. Cette tumeur lui paraît très opérable soit par l'instrument tranchant, soit par le thermocautère, soit par les flèches de chlorure de zinc, mais la récidive est à peu près inévitable.

M. Trélat partage l'opinion de M. Verneuil sur la nature de la tumeur qui lui paraît être très probablement un polype naso-pharyngien à récidive vasculaire.

Il lui a semblé, dans l'examen un peu rapide auquel il s'est livré, que la compression de la carotide atténuait dans une forte mesure le bruit de souffle perçu par l'auscultation. C'est là un point important à vérifier.

Quoi qu'il en soit, M. Trélat ne pense pas que l'on puisse directement attaquer une pareille tumeur sans s'exposer à une hémorrhagie mortelle. Si, d'ailleurs, un examen plus approfondi démontrait que la carotide participe dans une forte proportion à l'alimentation de la tumeur, il serait d'avis de faire d'abord une ligature préalable à laquelle on laisserait tout le temps de produire son effet; puis, au bout de quinze jours, trois semaines, un mois, on attaquerait la tumeur par les flèches au chlorure de zinc.

Dans un cas analogue, chez un jeune homme dont la tumeur avait récidivé à la suite d'une première opération, M. Trélat obtint un succès complet par des cautérisations répétées, mais très rapides, avec le galvano-cautère chauffé à blanc. Le malade resta en traitement dans les salles pendant deux années, après lesquelles il sortait complètement guéri.

M. Tillaux partage la manière de voir de M. Trélat; il lui a semblé également que le bruit de souffle s'atténuait notablement par la compression de la carotide; il est d'avis d'opérer, mais il n'oserait le faire sans la ligature préalable de la carotide externe, qui aurait pour effet de diminuer notablement l'hémorrhagie.

M. Verneuil, en remerciant ses collègues qui ont bien voulu l'aider de leurs conseils, dit qu'il ne saurait adopter l'opinion de MM. Trélat et Tillaux sur la source d'alimentation de la tumeur; il croit que malheureusement cette alimentation se fait surtout par la base du crâne, c'est-à-dire par les artères vertébrales. La ligature de la carotide externe ne pourrait rien contre l'hémorrhagie. Avant de prendre une décision, il soumettra le malade à un examen encore plus approfondi et réclamera de nouveaux renseignements de M. Sarazin qui a pu l'observer presque au début.

— M. le docteur Barrère présente un appareil pour la contention des hernies inguinales et crurales et donne lecture d'une note à ce sujet.

— Un scrutin a lieu pour l'élection d'un membre titulaire. Les candidats étaient classés dans l'ordre suivant :

En première ligne : M. Bouilly; en deuxième *ex æquo* : MM. Humbert, Kirmisson, Peyrot; en troisième *ex æquo* : MM. Henriet et Schwartz.

Le nombre des votants étant de 29, majorité 14, M. Bouilly obtient 25 suffrages, M. Humbert 2, M. Kirmisson 2.

En conséquence M. Bouilly, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de la Société de chirurgie. A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mars 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

Sommaire. — *Les pleurésies pulsatiles. — La prophylaxie de la tuberculose. La sclérose pulmonaire.*

M. Lacombe présente de la part de M. Hallopeau empêché un Traité élémentaire de pathologie générale qui vient de paraître.

M. Troisier dépose au nom de M. Hermet une traduction que celui-ci vient de faire des Etudes cliniques de Hutchinson sur quelques affections de l'œil et de l'oreille qui doivent être rapportées à la *syphilis héréditaire*. Cet ouvrage qui a paru en 1863 est épuisé en Angleterre ; le traducteur a eu grand'peine à se procurer l'exemplaire dont il s'est servi, et le public français lui sera reconnaissant d'avoir rendu accessibles à tout le monde les faits si intéressants recueillis par le médecin anglais.

M. Féréol veut parler à la Société d'un malade qu'il a présenté à l'Académie et qui, après avoir été atteint d'une *pleurésie purulente pulsatile* avec fistule pleurale secondaire, a subi l'opération d'Estlander et se trouve aujourd'hui complètement guéri. Cet homme avait offert un cas typique de l'affection rarissime étudiée avec tant de soin par M. le docteur Comby dans sa thèse inaugurale et dans un récent mémoire des *Archives de médecine*, l'empyème pulsatile. Ce jeune et distingué confrère a eu la bonne fortune de pouvoir suivre 4 de ces cas, dont il a rapproché 23 autres, recueillis dans divers auteurs. Il a fixé les caractères cliniques de cet état pathologique et formulé un certain nombre de conclusions, parmi lesquelles plusieurs sont absolument incontestables, mais quelques-unes peuvent donner prise à la critique.

Parmi les cas d'empyème pulsatile, il faut établir une distinction complète entre l'empyème total et l'empyème pulsatile partiel, caractérisé par la présence d'une saillie fluctuante et pulsatile limitée à un espace intercostal, généralement située dans la région précordiale ; c'est l'empyème de nécessité, qui n'est pas très rare et dont presque tous les membres de la Société ont dû rencontrer des cas dans leur pratique. L'empyème pulsatile total présente, d'après M. Comby, les caractères suivants : il est lié à la présence d'un épanchement purulent abondant, il siège à gauche, est constamment suivi d'un pneumothorax, et paraît reconnaître comme conditions génératrices nécessaires l'existence d'adhérences pleuro-péricardiques et la rétraction et l'affaissement d'une portion étendue du poumon qui se trouve ainsi irrémédiablement anéantie. Le malade ne guérit jamais, et l'opération d'Estlander pourra peut-être apporter dans quelques cas un soulagement temporaire.

Voici les critiques que M. Féréol croit devoir opposer à certaines de ces conclusions. Le pronostic a été trop assombri. Le malade peut guérir par l'évacuation spontanée du pus soit à travers la paroi costale, comme dans un cas d'Auguste Bérard, soit à travers les bronches. La résection d'une portion de plusieurs côtes, opération dont M. Letiévant dispute la priorité à Estlander, peut amener la guérison complète, puisque le malade observé par M. Féréol, opéré et soigné par M. Berger, se porte à merveille. Il conserve peut-être en lui le germe d'une affection ultérieure, puisque une pleurésie purulente comme celle-là est souvent liée à la tuberculose, mais en tout cas son poumon a recouvré l'intégrité de ses fonctions.

C'est surtout relativement à la genèse des pulsations que M. Féréol proposera une explication différente de celle que M. Comby a émise. M. Noël Guéneau de Mussy amené à parler incidemment dans sa clinique médicale de la pleurésie pulsatile, s'est demandé déjà si, l'incompressibilité du liquide étant admise, le phénomène de l'expansion pulsatile n'est pas lié à la présence d'un gaz dans la plèvre ou à l'existence d'une portion considérable de poumon encore perméable ; il était loin donc d'admettre, comme M. Comby, l'affaissement total et irrémédiable du poumon rétracté. M. Féréol va plus

©BIU Santé

loin. Les pulsations thoraciques ne sont pas simplement dues à la transmission des battements du cœur, leur impulsion est plus grande, leurs ondulations enregistrées par la méthode graphique ont une amplitude plus considérable que celles du tracé cardiaque.

C'est à la présence de l'air dans la plèvre que doit être attribué le phénomène. Il ne faut pas oublier que le pneumothorax a toujours été constaté après l'évacuation du pus; ne l'aurait-il pas été avant, si on l'avait recherché avec tout le soin nécessaire ? La condition qui paraît être nécessaire à la production de l'empyème pulsatile serait, d'après M. Féréol, l'existence d'un pneumothorax de petite étendue sans communication avec les bronches, parce que, dans le cas de fistule broncho-pleurale, l'air contenu dans la plèvre serait à chaque systole refoulé dans l'arbre aérien et ne viendrait pas transmettre les pulsations à la paroi thoracique. Si l'on admet au contraire qu'il existe un pneumothorax fermé, l'air intra-pleural formera une bulle gazeuse mobile, une sorte de coussinet élastique, quelque chose comme le ballon de caoutchouc des appareils enregistreurs de Marey qui transmet en les amplifiant les chocs qu'il subit.

On objectera peut être à cette hypothèse que, si une fois dans les observations personnelles de M. Comby, suivies d'autopsie, on a trouvé la fistule pleurale fermée, deux fois elle était persistante et librement ouverte. Mais on peut répondre à cette objection en invoquant soit l'existence d'un clapet ou d'une soupape, qui, déjà signalée par M. Oulmont, a été étudiée à nouveau par Weil, d'Heidelberg, soit une situation telle de l'orifice fistuleux qu'il se trouve noyé dans le liquide, les bulles d'air introduites par les bronches montant à la surface sans retour possible et constituant ainsi un pneumothorax latent. Il est certain que le malade de M. Féréol avait un pneumothorax limité, latent et intermittent, comme si une bulle gazeuse se fût dérobée à certains moments par sa mobilité à la recherche stéthoscopique.

M. Debove présente en hommage à la Société les *Leçons sur la tuberculose parasitaire* qu'il a faites à la Pitié, lorsqu'il avait l'honneur de remplacer le regretté professeur Lasègue. M. Debove a été entraîné à choisir ce sujet par la conviction qu'avait fait naître depuis longtemps chez lui les impérissables travaux de M. Villemin. Il rappelle que tout récemment il a communiqué un cas de pneumonie chronique ulcéreuse dans lequel le diagnostic différentiel avec la phthisie n'a pu être établi que par l'absence de bacilles dans les crachats. Tout dernièrement encore, il diagnostiquait tuberculeux un épanchement purulent de l'oreille par la présence des bacilles en l'absence d'autres signes, et l'événement lui donnait raison.

M. Villemin remercie M. Debove des paroles flatteuses qu'il lui a adressées, et propose à la Société d'inscrire à son ordre du jour la question de la *prophylaxie de la tuberculose*.

Nous sommes en retard sur les Allemands au point de vue de l'application pratique de nos découvertes scientifiques. Depuis un an et plus, les médecins allemands ont fait adopter dans l'armée des mesures très rigoureuses dans ce sens. Un examen attentif des jeunes conscrits au point de vue de la tuberculose et le renvoi immédiat dans leurs foyers des suspects présentent le double avantage de prolonger la vie des sujets atteints en les mettant dans de meilleures conditions hygiéniques et de prévenir la contamination des sujets sains, qui doit se faire dans les casernes avec une fréquence aussi grande que dans la classe misérable.

Des mesures semblables pourraient être appliquées chez nous par suite de l'initiative médicale. Dans les hôpitaux on pourrait spécifier, à défaut d'un isolement absolu impraticable, qu'il convient d'éloigner autant que possible des tuberculeux les malades atteints d'inflammations aiguës des bronches ou du poumon qui sont dans les conditions les plus favorables à la contamination.

M. Villemin rappelle qu'en 1869 il avait essayé de poser quelques bases à des conclusions de ce genre ; mais il prêchait alors dans le désert; aujourd'hui que les choses ont changé de face, le moment serait propice pour réveiller l'attention du public médical dans ce sens. Il sera difficile de convertir à la doctrine de la contagiosité de la tuberculose les générations médicales actuelles qui répugnent à l'admettre, mais il importe d'y amener les générations futures; aussi faut-il féliciter M. Debove des soins qu'il a pris d'éclairer sur ce point les étudiants et les jeunes médecins, ses auditeurs.

M. Bucquoy propose de confier à une commission, choisie par le bureau, le soin d'étudier la question et de fixer le moment où elle sera mise à l'ordre du jour de la façon la plus profitable. Cette commission se composera de MM. Villemin, Millard, Grancher, Debove et C. Paul.

M. Du Castel lit un mémoire *Sur les signes cliniques de la sclérose du poumon.*

La valeur de cet état pathologique dans les affections du poumon a été négligée quelque peu. On s'explique qu'on se soit préoccupé de son rôle dans les affections aiguës localisées du poumon, où elle est cliniquement effacée. Dans la phthisie, M. Grancher a montré combien elle avait d'importance, il a pu qualifier avec justesse le tubercule de néoplasie fibro-caséeuse. C'est bien la sclérose qui représente l'effort curateur devant amener l'enkystement des foyers caséeux. Mais si son importance anatomique est considérable, il est encore difficile d'en préciser les caractères cliniques.

Au contraire, il existe toute une catégorie de malades, chez lesquels la sclérose prédomine aussi bien cliniquement qu'anatomiquement.

Les processus sclérogènes du poumon ont été bien étudiés en Angleterre; en France, les recherches de MM. Renault (de Lyon), Bar, Regimbeau, Hanot et Balzer ont ouvert la voie; il reste encore beaucoup de lacunes.

Pourtant il existe un type de sclérose offrant une évolution spéciale et des caractères très particuliers.

Le début se fait tantôt par une affection aiguë des voies respiratoires, à laquelle succède un travail de sclérose insidieux, tantôt celui-ci s'établit progressivement, chez des sujets dont l'appareil broncho-pulmonaire est soumis à des irritations réitérées par inhalation de poussières professionnelles.

Une fois établie, la sclérose pulmonaire est reconnaissable aux symptômes suivants.

La toux, peu intense d'abord, devient quinteuse, pénible, coqueluchoïde.

Le matin surtout, le malade expectore péniblement des crachats petits, muco-purulents ou perlés. M. Debove n'a pas constaté l'odeur fétide signalée par les auteurs anglais; il est probable qu'elle n'apparaît que dans les cas où existe de la dilatation bronchique ou du sphacèle des extrémités bronchiques.

La toux peut être assez violente pour être suivie du rejet de mucosités abondantes et de vomissements.

Un fait très caractéristique est la présence d'une manière fréquente de sang dans les crachats, soit sous forme de simples filets, soit de crachats de sang presque pur, toujours en petite quantité, mais si réitérés que les malades finissent par n'y plus attacher d'importance.

La dyspnée est assez précoce, mais elle n'existe pas au repos; c'est un essoufflement que détermine toute marche un peu rapide, l'ascension des escaliers, les mouvements des bras.

Chez quelques sujets se montrent des douleurs thoraciques, consistant surtout en une sensation de constriction qui les rend anxieux.

Les signes stéthoscopiques sont les suivants. A la partie antérieure du thorax existe un aspect emphysémateux à caractères spéciaux. Ce n'est pas la poitrine globuleuse, c'est un emphysème localisé sous-claviculaire et rétro-mammaire, avec les caractères propres à cette lésion, exagération de la sonorité, modifications du murmure respiratoire. On n'entend pas de râles, sauf en cas de complications.

A la partie postérieure existe en un point localisé une matité très prononcée, un souffle plus ou moins intense, même caverneux, si l'induration qui le cause est au voisinage des grosses bronches. On peut quelquefois percevoir de la pectoriloquie aphone. Ce n'est que par exception que des râles s'entendent au niveau de cette induration.

Le siège de celle-ci est le plus souvent au sommet, dans les fosses sus et sous-épineuses, assez souvent au niveau des grosses bronches, dont les maladies semblent favoriser la production d'une sorte de cône d'induration. M. Charcot, dans sa thèse *Sur la pneumonie chronique,* insistait sur la fréquence de cette lésion dans les parties inférieures, mais c'était à la suite de broncho-pneumonies qu'elle s'était produite.

A un certain moment apparaissent des signes de dilatation du cœur droit, qu'exagère toute marche rapide et que traduisent les signes stéthoscopiques, ainsi que la dilatation des veines du cou. Cette dilatation des cavités droites explique peut-être la dyspnée spéciale à ces malades, dyspnée plus marquée que celle des tuberculeux même, malgré la limitation de la lésion.

L'état général se maintient bon pendant de nombreuses années; ce n'est qu'à la longue qu'apparaît l'émaciation.

Mais la marche de l'affection est interrompue souvent par des crises aiguës qui peuvent éclater tous les ans ou tous les deux ans. L'exagération de la dyspnée, l'apparition d'une fièvre modérée, l'intensité plus grande de la toux, dont les quintes deviennent par leur violence presque identiques à celles de la coqueluche, caractérisent ces poussées aiguës. L'auscultation révèle alors dans les points d'induration des râles fins, éclatant par bouffées, un peu de souffle. L'expectoration se modifie; elle devient

©BIU Santé

remarquablement abondante, le malade emplit plusieurs crachoirs par jour de crachats muqueux, épais, adhérents au fond du vase et aérés. Jamais on n'y a trouvé de bacilles.

Sont-ce là de simples poussées de bronchite? Cela n'est pas probable; l'expectoration est trop abondante, on ne voit point les crachats présenter successivement l'aspect muqueux, muco-purulent et purulent, décrit minutieusement par nos devanciers. Ils ressemblent plutôt au blanc d'œuf battu, à l'expectoration albumineuse qui suit la thoracentèse; en somme, ils ont les caractères de la congestion pulmonaire, ils coïncident avec des râles fins semblables à ceux que M. Grancher signale dans la spléno-pneumonie. Un observateur allemand, Hamburger, a noté comme phénomène caractéristique des poussées de pleurésie sèche; celles-ci traduisent probablement la congestion pulmonaire qui s'accompagne si souvent de pleurésie, comme l'a remarqué M. Potain.

Ces poussées congestives sont en relation intime avec la scène finale qui consiste souvent en une broncho-pneumonie mortelle. Chez certains malades se produisent des accidents gangréneux, des abcès pulmonaires multiples.

La fin de la communication de M. Du Castel est remise à la prochaine séance.

M. C. Paul présente à la Société ses ingénieux thermomètres à ventouse pour températures locales.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 28 avril 1884, à midi et demi. Tous les élèves de la Faculté de médecine de Paris sont admis à y prendre part. Le registre d'inscriptions sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 3 mars au jeudi 3 avril 1884 inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1884; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1888.

Société protectrice de l'enfance. — Grand bal d'enfants paré et costumé donné sous le patronage des jeunes membres bienfaiteurs de l'œuvre, le jeudi de la mi-carême, 20 mars 1884, à une heure, dans les salons de l'Hôtel Continental, 3, rue Castiglione. — Prix du billet : 3 francs.

Sont membres titulaires ceux qui payent une cotisation annuelle de 10 francs, et ont été agréés par le Bureau. — Le titre de membre correspondant est dévolu aux souscripteurs qui, demeurant hors du département de la Seine, payent annuellement une cotisation de 10 francs. — Sont membres bienfaiteurs les enfants de 1 jour à 16 ans, qui payent une cotisation annuelle de 3 francs. — Ces cotisations pourront être rachetées moyennant un versement, une fois effectué, de 100 francs pour les membres correspondants, et de 25 francs pour les bienfaiteurs.

Exposition internationale d'hygiène. — M. Ch. Hérisson, ministre du commerce, vient de nommer une commission chargée d'assurer la participation de la France à l'exposition internationale d'hygiène qui s'ouvrira à Londres le 1er mai. Cette commission, qui va se réunir prochainement, est composée de :

MM. Würtz, sénateur, président; docteur Fauvel, inspecteur général des services sanitaires, vice-président; Nicolas, conseiller d'Etat, directeur du commerce extérieur; Jacquemart, inspecteur général de l'enseignement technique; Marié-Davy, président de la Société française d'hygiène; docteur Proust, président de la Société de médecine publique; Faure-Dujarric, architecte, inspecteur du ministère du commerce; docteur Martin, commissaire général de la section française.

Faculté mixte de Lyon. — Par arrêté ministériel, en date du 7 mars 1884, la chaire de physiologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante.

Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur rappelant le sirop de **GIGON A LA NARCÉINE** employé avec succès dans la Coqueluche, la Bronchite, l'Asthme et chez les personnes trop sensibles à l'action de l'opium et de la morphine.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Intérêts professionnels. — III. Bibliothèque. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Variétés. — VI. Bulletin des décès de la ville de Paris. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 18 mars. — Aujourd'hui a pris fin la discussion, ou plutôt la suite de discours lus à la tribune à propos de la loi de 1838 sur les aliénés. Ce n'était pas une discussion à proprement parler, mais plutôt une conversation écrite entre les membres de la commission. Il ne faut pas s'en plaindre, car un corps savant discute comme il veut, et il n'est pas nécessaire que des hommes de combat l'agitent sans cesse pour que la lumière se fasse et que de bons avis soient donnés. Dans l'espèce, les hommes les plus compétents avaient tenu à dire leur pensée; après les consultations présentées par MM. Billod, Luys, Mesnet, Lunier, Ball, M. Blanche a résumé les opinions de ses collègues et soutenu les conclusions du rapport très approfondi qu'il avait élaboré; l'Académie les a votées sans opposition.

La question des mouvements du cerveau est un peu vieille. Ne pourrait-on, cependant, lui donner un regain de jeunesse? M. Luys, qui poursuit des recherches de topographie crânio-cérébrale, semble disposé à le croire; avant l'ouverture de la séance, il nous a montré un schéma destiné à faire comprendre les attitudes variées de l'encéphale suivant la position du corps, et il pense que les chirurgiens pourraient en profiter dans les cas où la trépanation est opportune. Que le cerveau soit mobile dans sa boîte, c'est ce que prouve à elle seule la présence de la séreuse arachnoïdienne, et on comprend à peine que certains physiologistes aient pu nié l'évidence et que d'autres aient dû la défendre; mais que les mouvements d'un cerveau plein de sang dans un crâne intact soient identiques aux déplacements qu'on observe à travers une brèche artificielle sur un cadavre assis ou couché, voilà ce qui n'est pas encore établi. La pièce ingénieusement préparée par M. Luys et qui, avec un trait de scie et quelques épingles, résume pour ainsi dire ses expériences cadavériques, ne démontre pas absolument le fait en litige, mais elle parle aux yeux et donne à l'opinion de son auteur un haut degré de vraisemblance. Le travail de M. Luys sera lu, sans doute, mardi prochain.

— Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur le sujet traité par M. le docteur Surmay, de Ham : la création d'un Ordre des médecins. Si la question n'est pas absolument nouvelle, car bien souvent déjà nous avons entendu des confrères éminents regretter l'absence de cette institution tutélaire, du moins elle gagne à être rajeunie par la plume d'un médecin qui a souvent traité avec compétence et dignité les problèmes de déontologie médicale, et qui nous donne aujourd'hui, non pas une idée abstraite, mais un projet mûrement élaboré, une discussion serrée où les arguments sont bien mis en lumière, les objections prévues et réfutées.

Nous ne savons pas quel accueil réserve à la proposition de M. Surmay notre époque si inquiète, si émue des intérêts professionnels. Pour notre part, nous la croyons excellente; mais, en dépit des comparaisons judicieuses de notre confrère, nous avons toujours quelque peine à admettre que la médecine soit un métier comme un autre et puisse être soumise aux mêmes juridictions. Pour ne citer qu'un seul point, l'auteur ne dit-il pas que dans l'Ordre des médecins, auquel serait confiée notre « investiture

©BIU Santé

morale », « nul ne pourrait être inquiété à raison de ses doctrines médicales »? Et plus loin : « Vous pourrez suivre Hippocrate ou Galien...; vous serez même disciple d'Hahneman, si la foi vous a touché...; vous serez libre dans les limites de l'honnêteté... » L'auteur a parfaitement raison, les procès d'opinions sont impossibles. Ainsi, les doctrines en *thie* ou en *trie*, les traitements systématiques des guérisseurs sans vergogne seront fatalement compris « dans les limites de l'honnêteté ». Pensez à la nuée de charlatans que, par la force des choses, vous accueillez dans l'Ordre des médecins.

Notre science et notre rôle dans la société sont de telle nature, qu'une foule de vilenies échappent, mieux que dans tout autre métier, aux règlements et aux lois. Mais, d'autre part, si l'Ordre des médecins n'est pas destiné à rendre les hommes parfaits, il pourrait du moins les tenir en bride et les améliorer. Il corrigerait nombre d'abus et prendrait dans sa main des intérêts qui en ce moment vont à la dérive. Aussi nous paraît-il fort regrettable que la proposition de M. Surmay soit menacée du sort de tant d'autres, à cause de l'incorrigible habitude que nous avons d'agir isolément ou par petits groupes, plus souvent encore de ne pas agir du tout et, en somme, de ne jamais nous entendre. — L.-G. R.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De l'institution d'un ordre des médecins (1),

Par le docteur SURMAY,

Médecin et chirurgien de l'hôpital de Ham, membre correspondant de la Société de chirurgie, Vice président de l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin.

IV

La formation et le fonctionnement des conseils médicaux ne donnera pas lieu à plus de difficultés qu'il n'y en a pour les autres chambres professionnelles, y compris les chambres et les tribunaux de commerce. La déontologie médicale n'est ni plus subtile, ni plus délicate, ni plus épineuse que celle de beaucoup d'autres professions libérales et, en particulier, que celle des professions qui appartiennent à l'ordre judiciaire. Vis-à-vis de l'avocat, de l'avoué, du notaire, etc., la loi a prévu bien des méfaits qu'elle punit, et ce n'est pas en général sur ces méfaits que les chambres de discipline instruisent et prononcent. A côté de ces actes faciles à déterminer, je dirais presque tangibles, il y en a d'autres que la loi ne peut prévoir dans leur infinie variété, et qui sont pourtant de première importance aussi bien à l'égard du public qu'à l'égard des membres de la profession. Ce sont ceux où la dignité et la probité professionnelles sont en jeu, et c'est à cause d'eux que les chambres de discipline ont été créées; et elles l'ont été, en réalité, pour suppléer à l'insuffisance radicale de la loi. Ce sont choses fort délicates, sans nul doute, et pourtant les décisions souveraines des chambres professionnelles sont acceptées sans conteste. Pourquoi en serait-il autrement dans le corps médical? Les mêmes raisons y justifient les mêmes institutions et, ici comme là, les matières à régler échapperont le plus souvent à toute prévision comme à toute définition concrète et positive. Notez que la loi s'est montrée très sévère à l'égard des professions de l'ordre judiciaire; qu'elle a prévu et déterminé pour elles des cas d'incapacité, tandis que, hormis le manque de diplôme et de patente, il n'en existe aucun pour les médecins. Et pourtant, en dehors de cela, elle a laissé aux chambres de discipline un champ de juridiction où leur appréciation est souveraine et a des effets aussi sévères que ceux de la loi elle-même. Combien plus étendu, dans l'état actuel, devrait donc être le champ livré à la juridiction des chambres médicales, et combien plus de faits facilement déterminables elles y rencontreraient! Et, si les sentences prononcées par les chambres professionnelles existantes sont respectées et exécutées sans conteste, on ne voit pas pourquoi il n'en serait pas de même de celles des chambres médicales. J'ajouterai que les sentences de ces dernières, en ce qu'elles ont de plus grave, la suspension

(1) Suite. — Voir les numéros des 15 et 18 mars 1884.

© Santé

et l'interdiction, auront une garantie de justice qui n'existe pas ailleurs, c'est la sanction du conseil général qui sera comme notre cour de cassation.

Ainsi, dans la profession médicale comme dans celles qui sont actuellement régies par des chambres de discipline, les choses soumises à l'appréciation de ces chambres sont absolument les mêmes, et il ne sera pas plus difficile à une chambre médicale de démontrer l'indignité d'un médecin qu'il ne l'est au conseil des avocats de démontrer l'indignité d'un avocat.

Quant à l'exécution des sentences, s'il se présente une difficulté, ce ne peut être qu'en ce qui concerne la suspension et l'interdiction. Cette difficulté est réelle. Loin de fermer les yeux sur elle et de m'en détourner, je veux l'aborder de front, et je dis qu'elle est la seule qui existe dans le fonctionnement de l'institution que je préconise. Il est facile d'exclure un avocat du barreau, de fermer l'étude d'un avoué, d'un notaire, d'ôter sa charge à un agent de change, d'interdire les ventes à un commissaire-priseur ; il est difficile d'empêcher un médecin de faire de la médecine. Il n'y a pourtant là rien d'insurmontable, et voici ce que je propose :

Au 1er janvier de chaque année, par les soins du ministre de l'intérieur, il sera affiché dans toutes les mairies la liste officielle des médecins ayant le droit d'exercer, liste dressée par le conseil général de l'Ordre. Tout médecin non inscrit sur cette liste ou, depuis l'établissement de celle-ci, sur la liste d'une chambre médicale, et qui exercera, en quelque façon que ce soit, la médecine, sera passible du maximum de la peine édictée contre l'exercice illégal. Il sera, sous des peines sévères, défendu aux pharmaciens de délivrer des médicaments sur ordonnances signées d'un médecin non inscrit sur une de ces listes. Si l'on veut une exécution encore plus sûre du jugement, celui-ci sera communiqué par le conseil général au ministre de la justice, le ministre le transmettra à tous les parquets, ceux-ci aux juges de paix et les juges de paix aux pharmaciens de leur canton. Le public sera instruit par l'affichage annuel de la liste officielle. On pourrait même prescrire l'affichage de la liste officielle et des jugements dans toutes les officines pharmaceutiques. La loi contre l'ivresse publique et sur les débits de boissons n'est-elle pas affichée dans tous les cabarets et autres lieux de consommation ? Enfin toutes les sentences quelconques rendues par les chambres médicales et par le conseil général seraient portées à la connaissance des médecins par le *Bulletin officiel de l'ordre* que chaque médecin serait tenu de recevoir comme chaque maire est tenu de recevoir le *Bulletin administratif*.

Ce sera bien sévère ? Mais est-il moins sévère d'interdire un avocat ou un notaire indigne ?

V

Voilà donc les chambres médicales établies, l'ordre des médecins institué, il fonctionne. Les choses en iront-elles mieux ?

Demandez aux avocats s'ils désirent l'abolition de leur ordre, s'ils tiennent à cette institution et aux privilèges dont elle jouit ? La réponse est certaine. Je pourrais m'en tenir là et dire que ce qui est bon pour les avocats doit être enviable pour nous. Mais examinons les choses de plus près.

Ouvrez le beau livre de Maurice Raynaud, « *Les Médecins au temps de Molière* », et vous y lirez à la page 17 les lignes suivantes : « La Faculté était une corporation où les « médecins trouvaient cette étroite solidarité, cet appui mutuel que peut seule donner la « confraternité la plus intime. De là une législation intérieure prévoyant et réglant « jusqu'aux plus petits détails de la pratique journalière, s'imposant aux nouveaux « venus avec une autorité au-dessus de toute contestation et exigeant avant tout le « sacrifice constant des intérêts de chacun à l'intérêt de tous (page 17). » Plus loin : « L'ancienne Faculté remplissait auprès des pouvoirs publics le rôle aujourd'hui dévolu « à l'Académie de médecine et aux conseils d'hygiène (page 23). »

Continuez cette lecture si pleine d'intérêt et vous verrez qu' « au doyen appartenait de « requérir contre le confrère qui avait commis une faute grave les peines disciplinaires « depuis la simple amende jusqu'à l'exclusion... » ...Qu'avant de recevoir la licence qui conférait le droit d'exercer la médecine, les candidats devaient fournir à la Faculté toutes sortes de renseignements sur leurs mœurs, leurs antécédents, leur famille, leurs relations, etc., et qu'avant de recevoir en grande solennité le grade de docteur auquel était attaché le droit de faire partie de la Faculté et de prendre part à ses actes, le candidat devait subir une nouvelle enquête pareille à la première.

Tout cela est bien loin. Aujourd'hui, pour exercer la médecine, il suffit d'avoir un diplôme et de payer patente. En apparence ce diplôme confère un monopole, mais ce qu'ont fait de ce monopole les mœurs médicales et autres, la loi et les tribunaux, nous

©BIU Santé

ne le savons que trop. A son premier pas dans la carrière, c'est-à-dire quand il se présente à l'Ecole pour prendre sa première inscription, on exige du candidat qu'il présente un certificat de bonnes vie et mœurs et l'on sait comment cela s'obtient et ce que cela signifie. Le diplôme en poche, vous pouvez être à tous les titres le plus méprisable des hommes, vous pouvez commettre tous les délits et tous les crimes ; vous serez puni si vous êtes pris et condamné, mais personne ne pourra vous retirer le droit d'exercer la médecine. Vous l'exercerez même dans la prison ou dans le bagne et, quand vous en serez sorti, vous pourrez marcher au milieu de vos confrères, la tête haute et plus fier qu'eux, car la confiance publique vous pardonnera vos défaillances et chassera, pour vous y remettre, l'honnête médecin de la place que vous aviez laissée vacante. La loi, en certains cas, enlève au condamné ses droits civiques, il n'est plus électeur, il n'est plus éligible, il peut être mort civilement, il est toujours médecin s'il a son diplôme et il a toujours le droit de pratiquer son art. Brave confrère qui me lisez, ne sentez-vous pas la rougeur vous monter au front ? On peut dire que cela témoigne de la haute idée qu'a la Société de l'importance de la médecine. Mais nous, ne dirons-nous pas, avec plus de raison, que pour que le monopole d'un tel ministère soit accordé à une classe de citoyens il ne suffit pas que ces citoyens soient instruits et habiles, il faut encore qu'ils soient honnêtes.

Si le médecin muni de son diplôme et de son privilège n'est qu'instruit et honnête, il risque fort d'être victime, victime de la concurrence déloyale sous toutes les formes, de l'ignorance, de l'injustice, de l'ingratitude du public, victime des exigences de tout le monde et du représentant de tout le monde, l'Etat, et victime sans défense, presque sans protection. Le commerçant, l'industriel, l'ouvrier ont, pour protéger leurs intérêts et les défendre contre tout préjudice, les chambres commerciales et industrielles, les tribunaux de commerce, les conseils de prud'hommes, les syndicats ; l'avocat, le notaire, l'huissier, l'agent de change ont leur chambre de discipline. Le médecin n'a rien, il est seul contre ses confrères et contre tout le monde, et l'on pourrait presque dire que tout le monde s'associe contre lui. Il en est réduit à solliciter son admission dans une Société de secours mutuels, je ne peux pas dire pour s'assurer, mais seulement pour espérer la bouchée de pain des dernières extrémités. Il a essayé de faire de sa Société de secours mutuels une association de protection et de défense ; au nom de la loi, on l'a arrêté net. Il s'est retourné du côté des syndicats, et il semble, à l'heure qu'il est, que les syndicats soient le salut. Arrêtons-nous donc un instant sur la question des syndicats, question d'actualité s'il en fût.

Qu'est-ce qu'un syndicat? C'est une association libre et volontaire de personnes ayant les mêmes intérêts dans le but de protéger et de défendre ces intérêts. Association libre et volontaire, remarquez-le bien. Tous les membres d'une profession ne feront donc pas nécessairement partie du syndicat; il pourra même y avoir plusieurs syndicats dans la même profession, et il pourra arriver que ces diverses associations ne s'entendent pas entre elles et même se combattent. Dans tous les cas, comme ces associations restent particulières et libres, elles n'auront d'action que sur les membres qui les composent et n'en auront aucune sur les autres qui restent en dehors. De plus, comme elles sont libres et volontaires, leur action sur leurs propres membres sera faible parce qu'elle sera dépourvue de sanction efficace. Qu'il s'agisse d'intérêt matériel ou d'intérêt moral, le sociétaire infidèle ou malintentionné se retirera pour échapper au verdict de ses pairs, et viendra grossir le nombre de ceux qui, pour ne pas s'y soumettre, sont restés en dehors de l'association. Eh bien, n'est-ce pas justement contre ceux-là que l'association s'est faite? et voilà l'association devenue inutile ou à peu près. Il y a pis. Cette association formée dans de bonnes intentions peut, par l'excès même de son principe, devenir oppressive, tyrannique, injuste, aveugle et vis-à-vis de ses propres membres et vis-à-vis des autres et du public lui-même. Il peut même arriver qu'il se forme un syndicat de malintentionnés. Il faudrait donc, au-dessus des syndicats, une surveillance qui en assurât la moralité et la bonne direction, et je dirai plus loin quel sera l'organe de cette surveillance.

A entendre le bruit que mènent les syndicats, il semble qu'il s'agisse d'une chose toute nouvelle dans la profession médicale et qu'on doive en attendre des merveilles. Il me semble, au contraire, qu'il n'y a là, au fond, qu'une chose aussi ancienne que la profession même. Est-ce que dans chaque localité, dans chaque contrée, il n'y a pas entre les médecins une entente tacite sur les conditions de la pratique? Est-ce que, lorsque le besoin de modifier ces conditions se fait sentir, il ne se fait pas une nouvelle entente? Est-ce que cette convention n'est pas la règle pour tous les praticiens loyaux? Est-ce qu'en vérité lorsqu'on aura voté solennellement et écrit les articles de cette convention et qu'on lui aura donné le nom de syndicat, on aura ajouté quelque chose à son

©BIU Santé

autorité? Est-ce que le titre de syndicat en rendra les articles plus obligatoires et ceux qui y auront souscrit plus honnêtes et plus fidèles à leurs engagements? Les conditions si variées de la pratique se prêtent-elles d'ailleurs à une codification si précise et si arrêtée?

Dira-t-on que pour les intérêts généraux de la profession il en va autrement, et que ce n'est que par une solide association, c'est-à-dire par les syndicats, que les médecins seront en force vis-à-vis des pouvoirs publics, des administrations de tout genre, des Sociétés et des corps constitués, même des Sociétés de secours mutuels, pour réclamer et obtenir? J'en tombe d'accord et me voici revenu à l'organe qui devra surveiller et diriger les syndicats; cet organe n'est autre que l'ordre des médecins constitué comme il convient.

Cet ordre des médecins n'excluera ni association de secours mutuels comme est actuellement l'Association générale des médecins de France, ni syndicats; au contraire, lui seul est capable de faire produire à ces institutions tout le bien qu'elles peuvent donner. Que les médecins s'associent pour secourir les infortunés de la profession ou pour défendre leurs intérêts matériels, l'Ordre sera là pour les diriger, les encourager, les soutenir dans la voie du bien, et l'assistance n'en aura que plus de ressources et la revendication plus de force.

Une loi proposée au Parlement donne aux syndicats professionnels la personnalité civile, le droit d'ester en justice, de recevoir des legs, de distribuer des secours, de servir des pensions et des rentes viagères aux sociétaires, de se fédérer. Si cette loi était votée, la profession médicale en pourrait tirer de grands avantages, et la situation serait incontestablement meilleure qu'elle n'est dans l'état actuel. A défaut de l'ordre des médecins, il faudrait certainement s'empresser d'organiser la fédération des syndicats médicaux et substituer cette institution à l'Association générale des médecins de France. Mais, d'une part, on peut douter que tous les médecins consentent à entre dans les syndicats, et que tous les syndicats veuillent entrer dans une seule fédération, et d'autre part, cela se fît-il, la fédération de tous les syndicats médicaux n'offrirait jamais ni aux médecins ni à la société les garanties de toute nature que donnerait l'ordre des médecins.

C'est donc toujours à l'ordre des médecins qu'il faut revenir, si l'on veut que la profession médicale tienne dans l'organisme social le rang qui lui appartient.

Et, après cela, aurons-nous la perfection? Tous les médecins seront-ils des modèles de toutes les vertus? N'y aura-t-il plus parmi nous ni indignes, ni infortunés, ni sacrifiés? Bien candide qui le croirait. Mais ici, comme partout, la loi fera plus de bien par le mal qu'elle préviendra que par celui qu'elle réprimera. Et puis n'est-ce rien pour une profession que la loi en fasse une obligation d'honneur en même temps que de science et de capacité pour ceux qui prétendent à l'exercer? N'est-ce rien aussi pour elle que d'être vis-à-vis des pouvoirs publics un conseil et une force, et, vis-à-vis de tous ses membres, une protection vigilante et efficace?

Voilà, en effet, ce que serait l'ordre des médecins, et voilà ce qu'a été pendant des siècles l'ancienne Faculté de médecine. Voilà aussi ce qu'a fait pour le corps médical d'Angleterre le « *medical act* » de 1858.

Cette loi constitue, sous le nom de *General Council of medical education and registration of the united Kingdom*, un conseil général auquel est conférée la surveillance de l'enseignement et de la pratique de la médecine et de la chirurgie, et l'enregistrement des personnes qualifiées pour exercer la médecine et la chirurgie dans toute l'étendue du royaume. En vertu de cette loi, le candidat à l'un des titres reconnus valables pour l'exercice de la médecine ou de la chirurgie, ne peut être inquiété à raison des doctrines médicales ou chirurgicales qu'il professe. Tout praticien convaincu d'indignité (*felony*) dans l'exercice de sa profession est rayé du registre tenu par le conseil. Toute personne inscrite sur le registre du conseil comme ayant qualification pour exercer la médecine et la chirurgie a le droit d'exercer la médecine et la chirurgie dans toute l'étendue du Royaume-Uni, et de réclamer devant les tribunaux des honoraires pour tout acte de sa profession. Les personnes inscrites sur le registre et qualifiées comme il est dit plus haut, ont seules le droit de réclamer des honoraires en justice, pour quelque acte médical que ce soit. Elles peuvent seules être attachées aux hôpitaux et établissements de bienfaisance publics ou privés, être médecins de Sociétés ou administrations quelconques, faire partie de commissions d'hygiène, être appelées comme experts devant les tribunaux, et, en général, exercer de quelque façon que ce soit la médecine publique.

En laissant au malade la liberté de se faire soigner comme il lui convient, nos voisins ont voulu que la loi ne reconnût comme médecin que celui-là seul qui a fourni les preuves d'honorabilité et de savoir.

©BIU Santé

Eh bien, la constitution du corps médical anglais, celle meilleure encore que nous donnerait la création de l'ordre des médecins, ne sont-ils pas préférables à la situation hybride qui n'est entièrement ni le monopole, ni la liberté, ni la considération, ni l'indifférence, à cet état d'abandon, d'isolement, d'impuissance, d'exploitation, presque d'humiliation que la Révolution a légués à la médecine française ? Est-ce vraiment une situation normale et défendable que celle où l'on voit le plus précieux des monopoles livré à peu près sans défense à toutes les concurrences, et la profession qu'on pourrait dire la première de toutes et la plus noble par son objet dépourvue de toute garantie morale.

Tourmentés du besoin d'union et de solidarité, impuissants jusqu'ici à les réaliser librement, reconnaissons du moins que, pour en jouir, il faut qu'elles nous soient imposées. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

LES EAUX MINÉRALES DANS LES AFFECTIONS CHIRURGICALES, par le docteur E. ROCHARD. — Paris. G. Masson; 1884.

Voici, je crois, le premier livre qui ait été écrit sur un pareil sujet. Si je me trompe sur ce point, je suis au moins certain que jusqu'alors aucun travail du même genre n'a été fait sur des bases aussi sérieuses, ainsi que nous l'apprend M. Jules Rochard dans la préface qu'il a consacrée au livre de son fils. Les documents dont ce livre est le résumé, sont les rapports adressés chaque année par les médecins inspecteurs des stations d'eaux minérales au ministère de la guerre, sur les militaires envoyés dans ces stations, et au ministère du commerce sur les civils qui y vont *faire une saison*. Les recherches faites par M. Eugène Rochard ont porté sur 42,000 observations recueillies pendant une période de cinquante ans environ. Ces chiffres sont assez nombreux pour répondre victorieusement aux critiques qu'on pouvait être tenté de faire à des conclusions basées sur la méthode numérique. En effet, comme le dit très bien M. Jules Rochard : « les calculs portaient sur des milliers de faits recueillis par des médecins investi du même caractère, dans le même milieu, sous l'influence des mêmes agents thérapeutiques, et classés de la même façon en vue d'une statistique à venir. Il n'y avait pas de diagnostic à porter, pas de résultat à interpréter. Chaque observation donnait, en quelques lignes, l'âge et la constitution du sujet, le nom de la maladie, les traitements antérieurs, le nombre de bains, de douches, de verres d'eau pris pendant la cure, les effets immédiats de celle-ci, son résultat définitif constaté l'année suivante, et cela en termes toujours identiques de telle façon qu'on n'avait plus qu'à les compter.

Le livre de M. E. Rochard se divise en deux parties principales : dans la première, il énumère les résultats obtenus dans le traitement des diverses maladies chirurgicales (lésions traumatiques, scrofule, tuberculose locale, syphilis, maladies cutanées) aux eaux sulfureuses et chlorurées sodiques; dans la seconde, il déduit des renseignements fournis par l'étude précédente, les indications relatives au traitement de ces affections.

Les sources sont naturellement des eaux françaises; ce sont, parmi les sulfureuses : Barèges, Amélie-les-Bains, Saint-Antoine-de-Guagno (Corse), Bagnères-de-Luchon, Saint-Sauveur, Cauterets, Aix en Savoie et Aix-les-Bains, Challes et Marlioz, Ax, Saint-Honoré, Bagnères-de-Bigorre, Gréoulz, Allevard, Cambo; — parmi les eaux chlorurées sodiques : Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Balaruc, La Bourboule, Lamotte-les-Bains, Salins (Savoie), Bourbon-Lancy, Uriage, Hammam-Meskoutine (Algérie), Bains de la Reine (Algérie), Hammam-Melouane, Hammam-Rira (Algérie), Niederbronn, Salins (Jura), Salées de Béarn, et enfin les boues minérales de Saint-Amand, Dax et Barbotan.

Cette énumération de nos richesses thermales et l'indication précise de leurs propriétés curatives viennent à l'appui des auteurs qui, depuis le regretté Gubler, se sont efforcés de démontrer que la France ne devait être tributaire sous ce rapport d'aucun pays étranger. En faisant une œuvre éminemment scientifique qui deviendra le *vade mecum* obligé de tous les médecins, M. E. Rochard a fait une œuvre tout aussi patriotique. On ne peut donc craindre de perdre son temps en lisant ce livre écrit « de bonne foi ».

L.-H. PETIT.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 mars 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet, de la part de M. le préfet de la Haute-Marne, un ouvrage manuscrit de M. le docteur Renard, médecin-inspecteur des eaux thermales de Bourbonne. (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Hanot, qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie pathologique;

2° Une note de M. le docteur Sandras, relative à un appareil à la fois inhalateur et insufflateur de son invention.

M. Mathias Duval présente, au nom de M. le docteur Testut (de Bordeaux), trois brochures intitulées : 1° *Recherches sur quelques muscles surnuméraires de la région scapulaire antéro-interne.* — 2° *Le long fléchisseur propre du pouce chez l'homme et chez les singes.* — 3° *Contribution à l'anatomie comparée des races nègres.*

M. Constantin Paul présente, de la part de M. le docteur Desnos, médecin de l'hôpital de la Charité, une brochure intitulée : *Eloges* d'Eugène-Raymond Archambault et d'Ernest-Charles Lasègue.

M. Bourdon présente, au nom de M. le docteur Souligoux, médecin consultant à Vichy, une brochure intitulée : *De la dilatation de l'estomac et de son traitement par le lavage stomacal et les alcalins.*

M. Bouley offre en hommage, un volume intitulée : *La nature vivante de la contagion. Contagiosité de la tuberculose.*

M. Leblanc offre en hommage deux brochures intitulées : 1° *Microbes et inoculations virulentes;* — 2° *Rapport général sur les maladies contagieuses observées en 1883 dans le département de la Seine.*

M. Giraud-Teulon présente, de la part de M. le docteur Duroziez, ancien chef de clinique de la Faculté, une brochure intitulée : *Diagnostic des bruits organiques et inorganiques du cœur.*

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Petresen, de Bukarest, un volume intitulé : *Eléments de thérapeutique et de matière médicale.*

M. Armand Gautier offre en hommage un volume intitulé : *La sophistication des vins, méthode analytique et procédés pour reconnaître la fraude.*

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le projet de loi relatif aux aliénés.

M. Blanche, rapporteur, répond brièvement aux objections qui ont été adressées à son rapport; il montre que la plupart des desiderata signalés par les divers membres qui ont pris part à la discussion, ont reçu implicitement satisfaction dans les conclusions. Il analyse en quelques mots plusieurs documents qui ont été adressés au cours de la discussion par des médecins étrangers à l'Académie : MM. Maheux (de Caen), Mignot (de Chantelle), Benoits, médecin-major à l'hôpital militaire de Vincennes; il termine en soumettant à l'approbation de l'Académie les nouvelles conclusions suivantes :

1° La loi du 30 juin 1838 inspirée par les sentiments les plus élevés d'humanité et de respect de la liberté individuelle, a été un bienfait pour les aliénés; elle a assuré la protection de leurs personnes et de leurs biens, en même temps qu'elle leur a procuré les soins médicaux, dont ils étaient presque complètement privés jusque-là. Elle ne mérite pas les accusations dont elle a été l'objet, mais on doit reconnaître que depuis l'époque où elle a été promulguée, grâce aux progrès de la science certains besoins se sont produits, se sont développés, auxquels elle ne donne pas complètement satisfaction.

2° Parmi les dispositions du projet de loi, destinées à remplir ces nouvelles obligations, les unes constituent des améliorations positives à l'état de choses actuel, d'autres peuvent être critiquées, certaines enfin nous paraissent devoir être, dans la pratique,

©BIU Santé

d'une application très difficile et quelquefois même impossible. Nous devons en outre faire remarquer que plusieurs d'entre elles auront pour effet d'augmenter les dépenses de l'Etat et des départements.

3° Le principe fondamental du nouveau projet de loi est l'intervention de la justice dans toutes les mesures concernant les aliénés. Ce principe est juste : la folie entraîne presque toujours, pour celui qui en est atteint, la privation presque complète de sa liberté, en même temps que l'impossibilité de gérer ses affaires et de veiller à ses intérêts. Or, d'après les règles générales de notre droit, c'est à l'autorité judiciaire seule qu'il appartient de suspendre ou de supprimer la liberté individuelle. C'est elle qui seule aussi a qualité pour protéger les incapables. Il y a donc un double motif pour que toutes les mesures relatives aux aliénés soient prises par la justice ou soumises à son contrôle. C'est toutefois au médecin qu'il appartient d'indiquer et de prescrire ces mesures et lui seul doit en conserver l'initiative. En effet, les aliénés étant des malades, le médecin seul est compétent pour apprécier la nature du mal ainsi que les mesures de traitement et de protection qui sont nécessaires.

4° C'est par application du même principe de l'intervention de la justice que le projet de loi assimile à un asile, sous le rapport de la surveillance, toute maison dans laquelle un aliéné sera traité, même seul, à moins que ce ne soit sous la surveillance immédiate de son tuteur ou d'un proche parent habitant dans la même maison. Cette prescription légale, toute nouvelle en France, quoiqu'elle existe dans d'autres pays, est de nature à prévenir des abus déplorables que l'on ne peut révoquer en doute et auxquels nous espérons qu'elle mettra fin.

5° Une autre innovation consiste dans l'obligation de présenter à l'avenir pour l'admission d'un aliéné dans l'asile, deux certificats distincts, ou un certificat signé de deux médecins, et la loi prescrit que ces certificats soient très détaillés et fournissent tous les renseignements de nature à prouver la nécessité de l'internement. Sans doute cette prescription de la double signature semblerait devoir ajouter une garantie de plus au respect de la liberté individuelle, mais, sans y voir une atteinte portée à la dignité du médecin, ni un amoindrissement de sa légitime autorité, nous déclarons qu'elle se heurtera le plus souvent à de très grandes difficultés dans la pratique, et que, si elle n'est pas tempérée par les restrictions que nous avons indiquées, elle pourra même offrir de graves dangers.

6° En vertu d'une disposition nouvelle, tout placement d'un aliéné dans un asile, que ce placement soit volontaire ou d'office, ne sera d'abord que provisoire et ne deviendra définitif qu'après la sanction de la justice. C'est là un corollaire de la pensée principale qui a présidé à la préparation du projet de loi, et nous avons montré combien il serait à souhaiter que le magistrat, lors de sa visite, fût investi du droit de déclarer immédiatement le placement définitif, droit dont il userait, dans le plus grand nombre des cas, et nous pensons en outre qu'il serait indispensable que le médecin de l'asile eût toute autorité pour placer, pendant la période provisoire, le malade dans les conditions qu'il jugerait les plus favorables à sa sécurité et à son traitement.

7° Quant au placement d'office et au placement d'urgence, nous nous félicitons, pour la sécurité publique, que le projet de loi les rende plus prompts et plus faciles, et nous voudrions, en outre, que l'autorité publique eût désormais le droit de prendre des mesures préventives en profitant de tous ses moyens d'information lorsqu'un aliéné lui est signalé comme dangereux.

8° Pour ce qui concerne les condamnés devenus aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine, et les aliénés dits criminels, ou ceux considérés comme exceptionnellement dangereux, nous sommes absolument partisan de la création d'un ou de plusieurs asiles d'Etat, et nous ne pouvons qu'approuver toutes les garanties d'examen et de contrôle que l'on exigera dorénavant pour la mise en liberté de ces aliénés, mise en liberté que la justice pourra seule ordonner.

9° Nous donnons aussi notre approbation à de nouvelles mesures proposées, soit pour permettre aux interdits de présenter directement à la justice leur requête à fin de mise en liberté, soit pour garantir la gestion des biens et des intérêts des aliénés.

10° Enfin nous demandons que toutes les affaires concernant le service des aliénés soient centralisées au ministère de l'intérieur et qu'il y soit créé, soit une direction, soit une division, assistée d'un conseil supérieur dont nous avons indiqué la composition et les attributions et démontré la grande utilité.

Nous ne doutons pas que ce conseil, dans l'ordre de ses travaux, ne mette au premier rang la question du concours et ne s'empresse de proposer qu'il soit institué pour la nomination du personnel médical des asiles d'aliénés, ainsi que cela existe aujourd'hui

à Paris pour les médecins des quartiers d'hospices affectés aux aliénés et administrés par l'Assistance publique.

Cette institution du concours serait d'ailleurs parfaitement légitime et réalisable maintenant que les facultés de médecine sont pourvues d'un enseignement officiel de l'aliénation mentale, et que, de plus, des cours particuliers fonctionnent régulièrement au grand profit des élèves.

Nous émettons aussi le vœu que le Conseil supérieur avise aux moyens d'assurer dans toute la France, aux aliénés sortant des asiles, la protection qui leur est si indispensable quand ils rentrent dans les conditions de la vie ordinaire, alors qu'ils sont accueillis tout au moins avec méfiance et le plus souvent repoussés comme des êtres incapables ou dangereux. (Applaudissements.)

Les conclusions de la commission sont successivement mises aux voix et adoptées à l'unanimité, de même que l'ensemble de ces conclusions, après un échange d'observations entre MM. Léon Le Fort, Bourdon, Brouardel, Jules Béclard, Théophile Roussel, Constantin Paul et M. le rapporteur.

M. Bergeron lit le rapport sur le concours du prix Capuron. La question posée était : *De l'influence des bains de mer sur la scrofule.*

A cinq heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions de ce rapport.

VARIÉTÉS

LA RÉORGANISATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE EN AUTRICHE.

Jusqu'à ce jour, le nombre des médecins militaires du cadre actif ne dépassait pas 852, et cet effectif était loin de répondre aux besoins sanitaires d'une campagne même de courte durée et de moyenne importance. Aussi, dans la dernière expédition de Bosnie, le service était en défaut, et, malgré leurs efforts, les médecins militaires ne purent satisfaire même aux nécessités du service des garnisons.

Une réforme proposée et adoptée par le médecin inspecteur Hoor est à la veille d'être adoptée. Un premier obstacle était d'assurer le recrutement du personnel ; obstacle aussi difficile à vaincre en Autriche que dans quelques autres Etats européens. Jusqu'à présent, le recrutement se faisait par de jeunes docteurs civils qui, après six mois d'un stage, étaient envoyés dans les régiments. Ils étaient peu nombreux, aussi une Académie de médecine militaire va être établie ; elle comprendra trois cents élèves, et la durée des études y sera de cinq années. On espère, par cette création, éviter les inconvénients du système des bourses annuelles accordées à un certain nombre d'étudiants militaires, système analogue à celui qui a été appliqué en France depuis dix ans.

Enfin, dans le but de retenir sous les drapeaux les médecins militaires dont l'effectif doit être porté de 852 à 970, on doit leur accorder des avantages considérables. Le rang d'officiers et le caractère de combattants leur seront donnés. Désormais, ils auront une autorité absolue dans les hôpitaux militaires et les établissements sanitaires ; enfin, on évitera de les changer trop souvent de garnison et on leur donnera toutes les facilités de se créer une clientèle civile. Cette réorganisation du service de santé militaire autrichien n'est pas exempte de défauts ; elle ne peut servir de modèle, mais, en tout cas, elle est intéressante à connaître à titre de document. — C.-L. D.

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Séance du 29 février 1884.

M. le docteur Voisin présente un rapport sur les travaux, en 1882, des Commissions d'hygiène instituées dans le ressort de la Préfecture de police. Il fait ressortir l'importance et le développement qu'ont pris ces commissions dont le zèle et le dévouement ne font que s'accroître. Ainsi que les années précédentes, le rapport de M. le docteur Voisin sera publié avec les rapports généraux des Commissions d'hygiène.

M. le docteur Loiseau, chargé de faire une enquête sur divers cas de rougeole dans les Ve et XIIIe arrondissements, fait connaître que cette épidémie n'a pas eu un caractère

©BIU Santé

sérieux. Sept cas seulement se sont produits dans l'école signalée qui est fréquentée par 160 enfants, et il n'y a pas lieu d'en demander la fermeture. D'après M. le Rapporteur, il suffit qu'une surveillance attentive soit exercée par le médecin de l'école, que les enfants affectés ou suspects de contagion soient séparés immédiatement de leurs camarades et que les classes et les préaux couverts soient largement aérés.

M. le baron Larrey rend compte ensuite de la visite qu'il a faite dans un immeuble de la rue Beethoven, où trois enfants ont succombé aux atteintes du croup dans l'espace de huit jours. Cet immeuble est composé de trois masures; les chambres sont encombrées, la misère et la malpropreté y sont extrêmes. Les constructions sont dans un tel état qu'on devrait les démolir complètement, dans l'intérêt de la santé publique.

D'autre part, M. le docteur Levraud a visité également quelques maisons rue Désirée, où des cas de rougeole suivis de croup ont été observés. M. le Rapporteur n'a pas remarqué de causes permanentes d'insalubrité dans les immeubles contaminés, ni de filiation dans le développement de la maladie, mais il a relevé la négligence des parents, négligence malheureusement trop fréquente dans la classe ouvrière, quand aux mesures d'assainissement pendant la maladie et après le décès. Il a demandé que l'Administration et les médecins réunissent leurs efforts pour vaincre l'inertie de la population en présence du danger de la contagion.

M. le docteur Ollivier a rappelé à cette occasion que les malades atteints de diphthérie devraient, comme les varioleux et les typhoïques, être transportés à l'hôpital dans les voitures spéciales construites par les soins de la Préfecture de police.

On sait que ces voitures sont gratuitement à la disposition du public. Il suffit, pour les mettre en mouvement, de s'adresser à un commissariat de police, lequel envoie immédiatement un télégramme à la Préfecture. MM. les médecins des bureaux de bienfaisance devraient le faire savoir à leurs malades.

Ces observations ont été approuvées par le Conseil qui a décidé, en outre, qu'une Commission prise dans son sein et formée de MM. Ollivier, Levraud, Béclard, Bouchardat, Schutzenberger et Pasteur, rédigerait une instruction sur les mesures prophylactiques à recommander contre la diphthérie.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 9 au 16 mars 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1193. — Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 1. — Rougeole, 35. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 69. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 71. — Phthisie pulmonaire, 243. — Autres tuberculoses, 22. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 59. — Bronchites aiguës, 39. — Pneumonie, 92. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 35; au sein et mixte, 27; — inconnues, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 99; circulatoire, 85; respiratoire, 79; digestif, 43; génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulat. et muscles, 7. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 5.

Résumé de la 11e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu notification de 1,193 décès au lieu de 1,140 qui avaient été comptés pendant la semaine précédente.

La comparaison des chiffres des deux dernières semaines fait remarquer un accroissement, probablement passager, de la Fièvre typhoïde (38 décès au lieu de 29) et une atténuation pour la Coqueluche (7 décès au lieu de 18).

Les autres maladies épidémiques n'ont présenté que des variations sans importance. La Variole (1 décès au lieu de 3) continue à être extrêmement rare. La Scarlatine (5 décès au lieu de 3), rare aussi, est, depuis quelques semaines, plus fréquente qu'elle ne l'était pendant les quatre derniers mois de l'année dernière.

La Rougeole (35 décès au lieu de 38) se montre fréquente depuis quatre ou cinq semaines. L'observation de cette semaine confirme la remarque que nous formulions dans notre dernier bulletin statistique : c'est que la Rougeole fait le plus grand nombre de ses victimes dans les quartiers excentriques. Cette semaine, sur 35 décès par Rougeole nous n'en comptons que 6 dans les dix arrondissements du centre de Paris. L'épidémie locale qui sévit depuis cinq semaines dans les quartiers de La Salpêtrière et de La Gare, continue et s'étend sur les deux autres quartiers du XIIIe arrondissement.

La Diphthérie, dont la fréquence est si digne d'attirer l'attention, a présenté une très légère atténuation (69 décès au lieu de 75). La Diphthérie, comme la Rougeole, ne frappe

guère que les arrondissements excentriques. Dans les dix premiers arrondissements, qui sont ceux du centre de la ville, nous ne comptons que 13 décès. Au contraire, tous les faubourgs sont plus ou moins frappés, à une exception près, et l'on peut dire que cette exception même confirme la règle, car elle concerne l'arrondissement de Passy, dont la population est généralement aisée; cet arrondissement ne compte pas un seul décès par diphthérie depuis trois semaines.

La Bronchite a causé 39 décès au lieu de 45. La Pneumonie, 92 au lieu de 72. L'Athrepsie des jeunes enfants reste stationnaire (68 décès au lieu de 69).

Le service de statistique a reçu notification de 337 mariages, nombre dont la faiblesse relative doit être attribuée au Carême, et de la naissance de 1,382 enfants vivants (685 garçons et 697 filles), dont 1,033 légitimes et 349 illégitimes. Parmi ces derniers 72 ont été reconnus immédiatement par un des deux parents ou par les deux.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE LES DOULEURS DU MAMELON. — Barker.

Acide tannique		8 grammes.
Hydrolat de roses.	àà	60 —
Glycérine pure		

Faites dissoudre. — Imbibez de la charpie avec cette solution, et appliquez-la sur le mamelon douloureux. — Si une ulcération a commencé à se produire, il est prudent de cesser de nourrir, et de badigeonner le mamelon avec une solution de nitrate d'argent contenant 0 gr. 60 cent. de sel, pour 30 grammes d'eau distillée. — N. G.

COURRIER

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu le 20 et le 21 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

MM. les présidents et délégués de Sociétés locales sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans le grand amphithéâtre de l'Administration générale, le dimanche 20 avril, et le lundi 21, *à une heure*.

Dans sa vingt-troisième assemblée générale, l'Association a décidé qu'afin de faciliter l'étude des questions mises à l'ordre du jour, et d'en assurer la discussion sérieuse, les rapports seront imprimés à l'avance et qu'un exemplaire sera envoyé à chaque société locale, huit jours au moins avant l'assemblée générale. En conséquence, les rapports relatifs aux vœux pris en considération par l'assemblée générale de 1883 seront adressés, en temps voulu, à chaque président.

Prière instante à MM. les présidents et secrétaires des Sociétés locales de vouloir bien, *s'ils ne l'ont déjà fait*, adresser dans le *plus bref délai possible*, à M. le docteur Foville, secrétaire général, 177, boulevard Saint-Germain, et à M. le docteur Martineau, secrétaire, 34, rue Cambon, le compte rendu du dernier exercice de leur Société, comprenant les admissions, les décès, les dons, les secours alloués, la situation financière, le nombre des membres, afin de compléter, autant que possible, le rapport du secrétaire général, et d'accélérer la publication de l'*Annuaire* du présent exercice.

MM. les présidents sont, en outre, invités à rappeler à M. Brun, trésorier, 23, rue d'Aumale, le nombre des *Annuaires* dont ils ont besoin pour leur Société.

Ordre du jour de la séance du dimanche 20 avril 1884.— La séance sera ouverte à *trois heures précises*. — 1° Allocution de M. le président; 2° exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier; 3° rapport sur cet exposé et sur la gestion du trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général; 4° compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1883, par M. A. Foville, secrétaire général; 5° élection d'un vice-président de l'Association en remplace-

©BIU Santé

ment de M. Seux, décédé, et de six membres du Conseil général en remplacement de MM. Lannelongue, Fauvel, Hérard, Moreau (de Tours), Bancel, Dufay arrivés aux termes de leur exercice (les membres du Conseil sont rééligibles); 6° première partie du rapport de M. Duraud-Fardel sur les pensions viagères à accorder en 1884; 7° rapport par M. Lunier sur les vœux relatifs à la législation de l'exercice de la médecine, émis par M. Pestel au nom de la Société de l'Indre, Dubois au nom de la Société de la Haute-Vienne, Paillé au nom de la Société de Rochefort, et par la Société des Côtes-du-Nord, vœux qui ont été pris en considération par l'assemblée générale de 1883.

Ordre du jour de la séance du lundi 21 avril 1884. — La séance sera ouverte à *deux heures précises*. — 1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale; 2° approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale; 3° rapport par M. Martineau, sur le vœu relatif aux placements et remplacements de médecins, émis par M. Boutequoy au nom de la Société de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine et pris en considération par l'assemblée générale de 1883; 4° deuxième partie du rapport de M. Durand-Fardel, sur les pensions viagères à accorder en 1884. Discussion et vote des conclusions; 5° ouverture du scrutin pour l'élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1885; 6° discussion du rapport de M. Lunier lu dans la séance de la veille; 7° exposé des vœux émis par les Sociétés locales qui, renvoyés au Conseil général, seront l'objet d'un rapport dans l'assemblée générale en 1885.

Banquet. — Le banquet aura lieu le dimanche 20 avril, à *sept heures précises*, dans les salons de l'Hôtel Continental, rue Castiglione.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Vesque, docteur ès sciences naturelles, est nommé maître de conférences de botanique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Lober est nommé chef du laboratoire des cliniques (emploi nouveau).

ANGLETERRE. — Le gouvernement anglais, dit M. Jacques Bertillon, vient de décerner un honneur mérité à l'un des plus grands bienfaiteurs de l'humanité. Le chirurgien Lister vient d'être créé baronnet...

Il n'y a pas d'opération chirurgicale, grande ou petite, dont les dangers n'aient diminué considérablement depuis cette merveilleuse invention (la méthode de Lister). Beaucoup d'opérations, qui passaient pour insensées il y a dix ans, sont devenues monnaie courante.

Le principe du pansement antiseptique vient de France. Plusieurs chirurgiens, médecins et physiologistes français avaient couvé et mûri l'idée que M. Lister a eu la gloire d'appliquer, mais cette gloire n'en est pas amoindrie.

Je ne sais si Lister sera très heureux d'être élevé au même rang qu'une quantité de hobereaux écossais et anglais qui n'ont jamais rendu le moindre service à l'humanité.

Ce titre est un hommage de reconnaissance qui doit certainement le toucher. Mais, à nos yeux, un titre de noblesse n'ajoute rien à son mérite. C'est au nombre des milliers d'hommes que son pansement sauve tous les jours de la mort que sa gloire doit se mesurer.

ETATS-UNIS. — Un dermatologiste distingué de New-York, le docteur Henry G. Piffard, a entrepris la publication d'un grand *Traité international des maladies de la peau et des maladies syphilitiques* qui n'aura pas moins de trois gros volumes. La rédaction des divers chapitres en est confiée à des hommes spéciaux de divers pays. La France n'est guère représentée que par trois collaborateurs : MM. Brocq, Barthélemy et Fabre; l'Allemagne fournit MM. Hans Hébra, Lassar, Lesser, Neisser et Unna; l'Italie, M. Pellizzari (de Florence); la Norvège, M. Bidenkap (de Christiania); l'Angleterre et les Etats-Unis donnent par contre bien plus de collaborateurs : Anderson (de Glascow), Fox, Cavafy et Thin (de Londres); Alexander, Bronson, Taylor, Satterlee, Morrow (de New-York), etc.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 22 mars. — *Ordre du jour* : I. Vote sur la nomination au titre de membres correspondants de MM. les docteurs Pineau, du Château-d'Oleron, et Pasquier, d'Evreux. — II. M. Thorens : Note sur les déformations du pied par impotence musculaire. — III. Communications diverses.

M. R..., pharmacien de 2e classe, marié, sans enfants, demande une gérance ou une place de premier élève dans une pharmacie. Bonnes références.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Panas : Influence des maladies générales sur l'appareil de la vision. — Rétinites hémorrhagiques. — II. Intérêts professionnels. — III. Courrier. — IV. Feuilleton : Causeries.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Influence des maladies générales sur l'appareil de la vision. — Rétinites hémorrhagiques.

Leçon de M. le professeur PANAS,

Recueillie par le docteur de Lapersonne, chef de clinique de la Faculté.

Messieurs,

Parmi les malades qui se présentent tous les jours à notre consultation, ou qui sont hospitalisés dans notre service, vous avez pu remarquer qu'un grand nombre étaient atteints de lésions oculaires, manifestations évidentes d'un état général d'origine dyscrasique. Il ne se passe pas de jours sans que nous soyons appelés à donner notre avis, tant au point de vue du pronostic que du diagnostic de l'affection générale, pour des malades venus des divers services des hôpitaux ou envoyés par des confrères. Ce fait servirait encore une fois à démontrer la nécessité des études ophtalmologiques sur lesquelles j'attirais dernièrement votre attention. De jour en jour, ces études doivent prendre plus d'importance, et l'examen ophtalmoscopique des malades qui entrent à l'hôpital sera presque aussi nécessaire que l'auscultation ou la percussion, que l'examen des urines. Il n'est pas douteux, en effet, que l'ophtalmoscope appelle l'attention du médecin sur des lésions dont le malade ne se plaignait même pas; il permet ainsi d'établir un traitement plus rationnel.

Dans quelques-unes de mes leçons cliniques, j'ai l'intention de vous parler de l'influence qu'exercent les états généraux sur l'appareil de la vision. Les faits ne nous manqueront pas pour étudier avec fruit cette importante question. J'espère ainsi être utile, non-seulement à ceux qui

FEUILLETON

CAUSERIES

Il paraît que la Chambre des députés discutera bientôt une proposition de M. Casimir Périer, tendant à reconnaître la crémation comme mode facultatif de sépulture. Souhaitons qu'elle sorte victorieuse de cette épreuve, et que les hygiénistes voient enfin leurs efforts couronnés de succès, par l'encouragement légal que d'autres pays ont déjà accordé à la crémation, et qui lui manque encore chez nous. C'est en gagnant d'abord sa cause devant la loi que la crémation pourra la gagner ensuite devant l'opinion publique, qui ne lui est point hostile, et se prononcerait franchement dans un sens favorable dès les premiers exemples donnés.

Les propagateurs convaincus de la crémation en France doivent borner cependant leurs désirs et leurs illusions, et se rendre bien compte de ce qu'ils peuvent demander et de ce qu'ils peuvent obtenir. Le point capital, c'est que chacun ait le droit de régler ses funérailles en optant librement entre l'incinération ou l'inhumation; ce droit une fois admis et inscrit dans la loi, la crémation achèvera de s'imposer avec le temps et par la persuasion, et les progrès qu'on peut lui assigner raisonnablement sont assez limités pour le présent.

Le culte des morts est touchant, d'abord parce qu'il nous relie aux absents, et ensuite parce qu'il entretient le respect de ceux qui ne sont plus là pour se faire respecter eux-

©BIU Santé

veulent se livrer spécialement aux études ophtalmologiques, mais encore à tous ceux qui exerceront la médecine générale.

Nous commencerons aujourd'hui par la rétinite hémorrhagique.

Quelques-uns d'entre vous ont pu examiner, à notre consultation de mercredi dernier, un jeune malade qui nous était adressé du service de notre collègue M. Gallard. Vous avez pu voir que ce garçon, quoique très jeune, il a à peine 20 ans, était atteint d'une rétinite albuminurique déjà ancienne et dont les manifestations pourraient servir de type de description. Parmi les lésions caractéristiques qu'il présentait, vous avez certainement vu une plaque hémorrhagique située à la partie inférieure de la rétine droite, à peu de distance de la papille, et, de plus, de nombreuses pétéchies punctiformes disséminées çà et là entre les larges plaques blanches qui couvrent la plus grande partie du fond de l'œil. C'est là un des faits les plus caractéristiques de l'affection qui nous occupe, et je vous demande la permission de m'y arrêter un instant.

Sans doute les pétéchies du fond de l'œil, quel que soit leur nombre n'impliquent pas nécessairement la rétinite hémorrhagique, de même que les ecchymoses sous-conjonctivales n'indiquent pas fatalement l'existence d'une conjonctivite hémorrhagique. Mais si cette proposition n'est pas absolument vraie dans tous les cas, on peut dire, sans crainte d'être taxé d'exagération, que très souvent l'existence d'hémorrhagies rétiniennes est sous la dépendance d'une lésion inflammatoire, d'une rétinite. Quels sont, en effet, les signes de la rétinite hémorrhagique? En première ligne, les hémorrhagies, puis l'hyperhémie et l'œdème de la papille, l'existence de plaques blanches de volume, de forme et d'aspect différents; enfin, plus tard, la présence de taches de pigment.

Examinons séparément la valeur nosologique de ces différents éléments anatomiques, et tout d'abord des hémorrhagies. Leur étude permet de se rendre compte de leur disposition toute spéciale. En effet, il est démontré histologiquement qu'elles siègent principalement dans la couche des fibres optiques, c'est-à-dire, dans une partie très rapprochée de ce qu'on appelait autrefois la limitante interne. C'est là seulement que les vaisseaux sont assez fournis et assez volumineux pour produire ce genre d'hémorrhagie. A mesure qu'on s'éloigne de cette partie vasculaire de la rétine, les vais-

---

mêmes. Pour la foule, ce respect des morts s'accommoderait mal d'une mesure comme la crémation, ayant pour effet immédiat la destruction de la forme mortelle à laquelle s'adressent les honneurs funèbres, tout autant qu'au souvenir et aux vertus du défunt. Il est certain que, dans la piété du peuple pour ses morts, il y a un peu de cette fiction que le mort est toujours là, tel qu'on l'a vu et aimé, recevant en personne les témoignages de fidélité qui l'accompagnent au delà de la tombe. Nous faisons instinctivement abstraction de l'œuvre de néant qui se poursuit sous la terre pour ne connaître des morts que leur immobilité et leur sommeil, et nous figurer leur image comme se conservant intacte dans le repos éternel. C'est la traduction de cette pensée que nous voyons dans les statues couchées sur les tombeaux, et dans ces mythes des Egyptiens lorsqu'ils pourvoyaient soigneusement leurs morts de provisions et d'ustensiles pour la continuation de l'existence après les funérailles.

Pour le peuple, attaché à la forme naïve et primesautière de ses sentiments, la crémation sera longtemps encore un objet de répulsion. Car le culte des morts implique confusément un certain reste de tendresse matérielle qui s'accommoderait mal des brutalités de la crémation. On ne peut donc songer à l'imposer d'aucune façon, ni à aucune catégorie de la population; il faudra notamment s'abstenir de rendre la crémation obligatoire pour les sujets décédés dans les hôpitaux, cette expérience forcée n'étant point compatible avec les égards dus aux indigents, et pouvant provoquer parmi les malades tributaires de l'Assistance publique une réprobation fondée, selon leur manière de voir. Ces restrictions enlèvent à la crémation sa clientèle la plus importante, et celle aussi à laquelle s'appliquerait le plus utilement l'incinération des corps, au point de vue de l'encombrement des cimetières, ainsi que de l'abandon et de la défectuosité des

seaux deviennent plus petits et plus rares, pour disparaître presque complètement dans la couche des cônes et des bâtonnets.

Le siège superficiel permet d'en apprécier facilement tous les caractères. On remarque, autour d'une tache centrale, des radiations plus ou moins nettes, le sang fusant à travers les fibres optiques qui composent cette couche, c'est l'aspect en flammèches; en outre, la tache hémorrhagique semble couper un des vaisseaux rétiniens. Tout différents seraient les caractères d'une hémorrhagie se faisant dans une partie plus profonde, dans la couche interne des grains, par exemple; ici, la tache serait circulaire, moins saillante, sans radiations périphériques.

Le second signe important de la rétinite hémorrhagique est l'œdème avec hyperhémie de la papille ; c'est la stase papillaire. Le nerf optique se présente alors sous la forme d'une tache d'un gris rougeâtre, se distinguant à peine des parties voisines, ses bords sont diffus et occupés çà et là par des radiations plus apparentes, brillantes même. A son centre, au lieu de vaisseaux nettement dessinés, on ne voit que des saillies variqueuses, irrégulières, une partie du trajet de ces vaisseaux étant enfouie dans les nébulosités de la papille. Enfin, au moyen de l'ophtalmoscope à réfraction, il est possible de mesurer la saillie formée par la papille sur le reste de l'écran rétinien.

Les plaques blanches occupent d'abord le pôle postérieur de l'œil et surtout les régions qui avoisinent la macula; elles se présentent sous l'aspect de taches blanches étoilées ou circulaires, avec interposition de taches pigmentaires dans les cas anciens. Cet aspect a été considéré comme pathognomonique de la rétinite albuminurique, mais cela n'est vrai que dans un certain nombre de cas.

D'ailleurs, l'étude anatomo-pathologique démontre que les taches blanches de la rétinite hémorrhagique appartiennent à deux espèces de lésions bien différentes, les unes précoces, les autres tardives.

Les premières sont dues à l'œdème de la rétine, les fibres optiques se gonflent, deviennent variqueuses; sous le microscope, elles offrent un aspect granuleux, opaque, avec des nodosités moniliformes s'étendant quelquefois à une assez grande distance de la papille. Ces lésions ressemblent beaucoup, disons-le en passant, à la macération cadavérique de la rétine (altération gangliforme des fibres optiques).

---

sépultures. On pourrait cependant admettre une exception pour cette classe assez nombreuse d'individus qui meurent dans les hôpitaux sans que personne intervienne dans leurs funérailles; ce sont, en langage d'amphithéâtre, les sujets non réclamés, que l'administration aurait parfaitement le droit de soumettre d'office à la crémation, comme elle les livre déjà, dans l'intérêt de la science, aux études d'anatomie et de médecine opératoire. Pour ces abandonnés de la dernière heure, qui sont aussi les déshérités de la sépulture, la crémation serait un bienfait, en comparaison des indécentes promiscuités de la fosse commune.

***

L'une des raisons qui pourront faire pénétrer la crémation dans la foule, c'est la grande facilité qu'elle donnera aux plus humbles de conserver longtemps les dépouilles de leurs morts et d'en perpétuer le culte. Avec l'inhumation, l'achat d'un terrain pour une concession à perpétuité, et la construction d'un caveau, sont un luxe que chacun est loin de pouvoir se donner. Le système des concessions temporaires, que l'on accepte faute de mieux, a quelque chose de choquant, en ce qu'il réduit le culte des morts à la durée d'un bail, et laisse entendre que quand on aura pensé à eux pendant quelques années, on aura fait assez pour leur mémoire. Avec la crémation, et les avantages matériels qui en résulteraient dans l'aménagement des sépultures, la concession à perpétuité deviendrait accessible au pauvre, et lors même que la consolation lui serait refusée de garder seulement ses morts sous forme d'une poignée de cendres, encore devrait-il s'estimer heureux de savoir ces cendres pour toujours à l'abri des violations périodiques

©BIU Santé

Les taches tardives doivent être bien différenciées des taches récentes; par elles il sera possible de donner approximativement l'âge de la lésion. Tandis que les précoces offrent une coloration grisâtre, qu'elles sont mal limitées et saillantes, les taches tardives sont d'un blanc chatoyant, nacré, à bords nets, entourées de pigment; elles ne forment pas de saillies, elles sont de niveau, ou même un peu déprimées par rapport au reste de la rétine. Au point de vue du pronostic et de l'ancienneté de la lésion, il est de toute importance de bien distinguer ces deux espèces de taches blanches. Dans le second cas, il s'agit d'une altération régressive, c'est tantôt une véritable sclérose, tantôt des altérations graisseuses.

Desmarres, qui avait décrit les plaques de la rétinite hémorrhagique, les avait toutes confondues sous le nom de plaques graisseuses. C'était là une erreur grave dont vous comprendrez l'importance au point de vue du pronostic. Qu'une plaque blanche occupe, par exemple, la région maculaire; s'il s'agit des taches du premier ordre, on peut faire espérer un retour de la vision; dans le second cas, au contraire, la lésion est incurable.

Lorsqu'il existe des taches pigmentaires, on peut être sûr qu'il s'agit encore d'une altération régressive, d'une migration du pigment. Dans un grand nombre de cas, ces plaques noires sont dues au pigment choroïdien qui envahit la rétine altérée. Plus rarement, elles ne sont autre chose que la transformation mélanique du sang épanché; et s'il était nécessaire de faire un diagnostic anatomique entre ces deux ordres de taches noires, le réactif par l'acide sulfurique donnerait une preuve évidente, puisqu'il dissout les taches d'origine hémorrhagique et n'a aucune action sur le pigment choroïdien.

En somme, Messieurs, les caractères anatomiques et l'aspect ophtalmoscopique nous donnent bien le moyen de reconnaître une rétinite hémorrhagique, mais ils ne nous permettent pas de remonter à la cause; nous devons chercher ailleurs les éléments de ce diagnostic.

Tout d'abord une notion importante nous est fournie par le siège des lésions. Tantôt, en effet, les hémorrhagies envahissent les deux côtés, quoique plus prononcées sur un œil; tantôt, au contraire, elles n'occupent qu'un seul côté et encore un point très limité du pôle postérieur. En règle générale, lorsque vous trouverez des apoplexies rétiniennes unilatérales, surtout à gauche, qu'elles seront limitées au pôle postérieur, avec scotome

---

que subissent les concessions temporaires et les fosses communes dans les cimetières des grandes villes.

On pourrait donc obtenir beaucoup pour les progrès de la crémation en disant à l'homme du peuple: Si tu fais enterrer ta femme et tes enfants, dans quelque temps on viendra bouleverser leur tombeau, et tu ne retrouveras plus sur la terre la place où tu les as vus disparaître et où tu venais pleurer sur eux. Si tu consens à purifier leurs dépouilles par le feu, tu les conserveras; tu n'auras plus besoin d'un terrain ni d'un monument acheté et bâti à grands frais, et dans le moindre abri tu trouveras où garder et honorer à jamais les restes de tes morts.

Sans excéder ses droits et sans attenter à la liberté individuelle, qui doit rester maîtresse de son choix en matière de sépulture, la loi pourrait rendre la crémation obligatoire en temps d'épidémie. Dans les épidémies meurtrières, comme on en peut craindre encore du choléra, la crémation serait le moyen le plus convenable de parer à l'insuffisance des cimetières. En toute circonstance, dans les épidémies exceptionnelles aussi bien que dans nos épidémies ordinaires, la crémation serait aussi un moyen prophylactique pour l'avenir, en assurant la destruction des germes accumulés dans chacune des victimes des maladies transmissibles. Qui peut dire que ces germes, confiés à la terre, ne reviennent pas à la surface pour entretenir indéfiniment les mêmes épidémies? Qui peut affirmer que l'on ne diminuerait pas sensiblement le contingent mortuaire de la diphthérie, de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives et même de la tuberculose, en incinérant les corps de tous ceux qui auraient succombé à l'une de ces maladies, et en décrétant aussi que les vêtements et les linges souillés au contact des malades seraient détruits par le feu en même temps que les cadavres? Sans accepter

central, sans trouble notable de la papille, vous pourrez vous attendre à découvrir une affection cardio-vasculaire. Examinez le cœur et les vaisseaux, et vous trouverez soit les lésions caractéristiques de l'athérome, soit des altérations séniles.

Les manifestations dyscrasiques sont ordinairement bilatérales et répandues d'une façon plus diffuse. Peut-être, dans un premier examen, les pétéchies seront-elles cantonnées sur un seul œil, mais très peu de temps après son congénère sera pris. C'est ce qui vous explique que souvent les lésions sont plus marquées sur un œil que sur l'autre.

Dans le groupe des rétinites dyscrasiques, celles qui relèvent d'une albuminurie sont de beaucoup les plus fréquentes. On pourrait dire que sur 100 cas de rétinites hémorrhagiques, 90 au moins tiennent à cette cause. Il ne faut cependant pas s'attendre à trouver une relation quelconque entre la quantité d'albumine trouvée dans les urines et la gravité des lésions oculaires. Ce n'est pas, par exemple, dans les néphrites parenchymateuses aiguës, qui donnent à l'examen des flots d'albumine, que vous observez particulièrement les manifestations rétiniennes. C'est bien plutôt dans les néphrites chroniques, interstitielles ; la quantité d'albumine est très souvent peu notable, quelquefois même elle ne peut être reconnue qu'après plusieurs recherches successives. S'appuyant sur ces faits, on a été jusqu'à dire que la rétinite, dite albuminurique, n'existait pas et qu'il s'agissait, en somme, d'une affection d'origine seulement vasculaire. Mais les recherches de M. Cornil ont parfaitement démontré que, chez les albuminuriques, les lésions cardiaques ne peuvent être trouvées que dans les deux cinquièmes des cas, il est donc bien difficile d'attribuer les manifestations oculaires à des lésions qui ne sont pas constantes.

Comme cause relativement fréquente de la rétinite albuminurique, nous devons encore citer la grossesse. C'est surtout vers la fin de lagestation que l'on voit survenir les lésions rétiniennes, et bien souvent elles accompagnent les manifestations éclamptiques. On peut rencontrer la rétinite albuminurique caractéristique, avec tous les signes cliniques que nous avons donnés tout à l'heure. Mais vous devez être prévenus aussi que les lésions peuvent se borner soit aux hémorrhagies, soit à l'œdème papillaire. Tous ces signes même manquent quelquefois, et on a affaire alors à l'amblyopie gravidique, qui relève certainement d'une manifestation cérébrale de l'état éclamptique.

---

comme rigoureuses les théories qui attribuent la reviviscence des maladies contagieuses à la conservation de leurs germes dans le sol, on ne peut refuser à la terre toutes les apparences d'un vaste laboratoire, où les germes morbides peuvent s'entretenir et se multiplier pour se répandre ensuite dans l'air que nous respirons et dans l'eau que nous buvons. Sans attendre de la crémation l'extinction complète des maladies épidémiques, on ne peut nier qu'elle y contribuerait, et par la destruction des germes, et par les causes générales d'insalubrité qu'elle ferait disparaître.

*
* *

Il n'y a, au point de vue moral, aucune objection sérieuse contre la crémation. Que nous nous réduisions, après la mort, en cendres ou en bouillie, la différence importe peu ; elle est même, à tout prendre, à l'avantage de la crémation. Rien ne justifie d'ailleurs notre prétention à prendre indéfiniment une place au soleil, et à nous perpétuer sur cette terre, quand nous n'y avons plus que faire. Le mieux est de nous effacer le plus complètement possible, de nous faire tout petits, et le couronnement e plus logique que nous puissions donner à nos existences, c'est de nous en aller en fumée.

Peut-on soutenir que la crémation serait contraire au précepte : *Memento quia pulvis es, et in pulverem reverteris ?* Il me semble au contraire que la plus sûre manière de retourner en poussière, c'est de nous pulvériser nous-mêmes ; et l'Église ne nous invite-t-elle pas à la crémation, par le signe qu'elle nous met au front le mercredi des cendres ? L'allusion est transparente, et si par cette institution, l'Église s'est proposée l e laisser une porte ouverte au retour vers la coutume antique de l'incinération, il faudrait y reconnaître une fois de plus l'accord de la religion et de l'hygiène, comme

©BIU Santé

Chez les femmes enceintes, les amblyopies, avec ou sans lésions rétiniennes, n'ont pas toujours le pronostic grave que vous nous voyez porter dans les autres rétinites albuminuriques ; elles sont curables, au moins dans un certain nombre de cas. Il me suffira de vous citer l'observation, rapportée par Mackenzie, d'une femme qui fut atteinte neuf fois de rétinite pendant le cours de ses grossesses et guérit définitivement.

A côté de cette cause importante, nous devons placer la scarlatine, qui peut être considérée comme l'origine assez fréquente de la rétinite albuminurique. Vous devez être prévenus de ce fait pour pouvoir remonter facilement à la cause des lésions que vous observez. Vous savez que si l'éruption scarlatineuse est parfaitement visible le plus souvent, il existe aussi des cas où elle peut passer inaperçue et même ne pas exister du tout. Ces scarlatines frustes se manifestent seulement par les symptômes gutturaux, plus tard par un peu d'œdème, et lorsque vous vous trouverez en présence de la rétinite, le malade, et même le médecin, ne peuvent pas vous mettre sur la voie de cet antécédent important.

Enfin, un dernier groupe est formé par les rétinites albuminuriques dépendant d'une intoxication et particulièrement du saturnisme. Je n'ai pas besoin de vous rappeler ici les relations intimes qui unissent l'intoxication saturnine aux affections rénales ; il n'est pas étonnant, dès lors, que la rétinite soit une conséquence indirecte. Notre jeune malade en est un exemple frappant. Comme antécédent, nous voyons qu'il a eu des coliques de plomb, et même quelques phénomènes plus vagues d'encéphalopathie saturnine.

Si nous résumons maintenant les symptômes que nous trouvons dans les différents cas, nous voyons que la constellation maculaire et périmaculaire est très fréquente et considérée même comme caractéristique par beaucoup d'auteurs ; il est nécessaire cependant de faire quelques réserves, car ce signe peut exister dans certaines affections que nous allons tout à l'heure passer en revue. Les plaques pigmentaires, surtout lorsqu'elles siègent vers l'équateur de l'œil, indiquent que la maladie est entrée dans une période régressive ; elles peuvent être très utiles au point de vue du pronostic à établir.

La marche de la rétinite albuminurique est insidieuse ; elle peut être absolument latente ; le malade n'accusant aucun trouble visuel, on est

---

nous en subissons une autre preuve en ce moment sous le nom de carême. Quant à la résurrection, si réellement pareil malheur doit nous arriver un jour, de nous retrouver sur nos jambes dans le même état qu'aujourd'hui, ce n'est pas la crémation qui empêcherait ce miracle désagréable ; je crois plus volontiers que la Providence, après nous avoir infligé déjà notre temps d'involontariat sur cette terre, pensera comme nous que c'est assez d'une fois.

* * *

Les difficultés pratiques que devra surmonter la crémation pour s'introduire dans nos mœurs sont plus considérables. On fait valoir d'abord l'impunité que la crémation assurerait à certains attentats criminels, dont elle soustrairait à jamais les preuves aux investigations de la justice. C'est en effet une grosse question ; si tout le monde ne meurt pas empoisonné, cela arrive pourtant quelquefois, et cela pourrait arriver plus souvent grâce à la crémation. Il y a, sur ce point, des précautions à prendre ; la seule vraiment efficace serait que la crémation ne fût permise qu'en parfaite connaissance des causes de la mort, c'est-à-dire après autopsie pour tous les cas douteux. Ces cas ne seraient d'ailleurs qu'une minime exception, et si l'on relevait dans la statistique le chiffre des exhumations pour soupçon de mort violente ou d'empoisonnement, on n'y trouverait certainement pas un argument inéluctable contre la crémation. Il est bon cependant que les amateurs de produits chimiques, qui auraient la tentation de se faire des rentes en empoisonnant leurs semblables pour toucher des primes d'assurance, soient prévenus qu'on aurait l'œil sur leur petit commerce, et que ce n'est pas uniquement pour la sécurité de leurs opérations qu'on reviendrait à la crémation.

étonné, lorsqu'on l'examine à l'ophtalmoscope, de trouver des lésions aussi marquées. Aussi faut-il poser en principe d'examiner souvent les yeux des albuminuriques. Quand vous n'avez pas assisté au début de la rétinite, la disposition des plaques blanches et des taches pigmentaires vous permettra de donner approximativement l'âge de la lésion.

Si, le plus souvent, les lésions considérables du fond de l'œil ne sont pas en rapport avec le peu de troubles accusés par le malade, il arrive aussi que les albuminuriques sont absolument amblyopes sans lésions apparentes à l'ophtalmoscope. Ces amblyopies, peu fréquentes d'ailleurs, se rattachent alors à des lésions cérébrales, encéphalopathie urémique, et non à une altération de la rétine.

Je vous ai dit que tous les signes de la rétinite, que nous venons d'étudier, pouvaient se rencontrer dans d'autres affections; aussi a-t-on créé des divisions multiples, et c'est ainsi qu'on a décrit la rétinite glycosurique. Mais on a fait à cette manière de voir une objection très importante; chez beaucoup de diabétiques, l'examen des urines donne en même temps que le sucre des quantités notables d'albumine; les lésions observées seraient donc sous la dépendance de la rétinite albuminurique. Ce reproche pouvait être adressé en particulier aux observations Leber. Mais quelques faits non douteux sont venus démontrer que la rétinite glycosurique était bien une entité morbide. Desmarres, et plus récemment M. Noyes, ont publié des faits très bien observés dans lesquels, malgré de nombreuses analyses, l'albumine n'a jamais été constatée dans les urines. On peut donc admettre que la rétinite glycosurique existe réellement, mais qu'elle est rare.

Avons-nous ici des caractères spéciaux, ou seulement quelques différences qui nous permettent de reconnaître la rétinite glycosurique? Il semble que les hémorrhagies prédominent: elles sont non seulement nombreuses, mais même volumineuses, et il n'est pas rare de rencontrer dans ces cas quelques caillots dans le vitreum. Mais ce qui distingue plus spécialement les altérations glycosuriques, c'est la participation rapide du nerf optique. Très vite la papille s'atrophie, ce qui est démontré par les deux grands signes fonctionnels, diminution de l'acuité visuelle et troubles dyschromatopsiques.

C'est qu'en effet, si chez le diabétique la rétinite apoplectique est rare, il

---

Les autres difficultés sont d'un ordre moins élevé, et résultent de l'incertitude sur les moyens à adopter pour l'incinération des corps. Malgré les progrès réalisés dans les pays où la crémation a déjà fait son chemin, on peut dire que la solution simple et pratique n'est pas encore trouvée : c'est une question de temps. Il faut que l'opération se fasse très vite, très discrètement, presque sans qu'on s'en doute, et que le passage des corps dans les appareils à crémation soit quelque chose d'aussi simple que leur séjour sous un catafalque dans les églises. Mais ce ne sont que des détails qui seront promptement réglés. Peut-être y arrivera-t-on en combinant l'action d'une température élevée avec certaines préparations chimiques qui rendraient les corps plus attaquables par le feu. Ce serait comme un embaumement préalable, qui ferait de nos dépouilles une masse combustible.

* * *

Si la proposition de loi qui va donner bientôt, nous l'espérons, une consécration légale à la crémation, est bien due à l'initiative de M. Casimir Périer, il n'aura pas oublié sans doute d'y introduire une clause relative à la nécessité de la crémation en temps de guerre. La crémation est la seule sépulture possible et convenable après les grandes batailles ; la seule qui assure aux victimes de la guerre des funérailles dignes de leur belle mort, au lieu de l'inhumation hâtive, pêle-mêle et à fleur de terre que le désarroi des vaincus et l'insouciance des vainqueurs leur a procurée jusqu'ici.

C'est à la guerre que doit se faire la première application légale et obligatoire de la crémation, pour que le champ d'honneur ne devienne pas un charnier, honteux pour ceux qu'on y oublie, dangereux pour ceux qui s'en approchent.

©BIU Santé

n'en est pas de même de la névrite optique. Il s'agit d'une névrite descendante, dont le point de départ est dans les centres encéphaliques et qui aboutit finalement à l'atrophie. Si on voulait établir une gradation dans les manifestations oculaires du diabète, par rapport à leur fréquence, on devrait placer en première ligne la cataracte, puis la névrite optique, et à un échelon plus éloigné, la rétinite hémorrhagique.

Poussant plus loin la division étiologique de cette affection, on a décrit, dans ce même groupe d'altérations dyscrasiques, les rétinites oxalurique, hippurique et benzurique, enfin la rétinite polyurique; c'est dans le diabète azoturique ou insipide qu'on a plus spécialement observé cette dernière lésion, ainsi que la rétinite hippurique, d'après M. Bouchardat. Mais ici nous ne trouvons rien de précis, les faits ne sont pas encore assez nombreux et assez probants. Il semble que bien souvent les manifestations rétiniennes de ces affections soient simplement les hémorrhagies, sans participation du processus inflammatoire du nerf optique. D'ailleurs, on trouve bien souvent des troubles cardiaques qui suffiraient à expliquer la présence de ces hémorrhagies rétiniennes.

Toutes les affections du foie, et en particulier celles qui s'accompagnent d'ictère, peuvent donner lieu à des hémorrhagies et même à la rétinite. Ces faits ont été repris tout récemment par Litten (*Wochensch. Deutsche med.*, n° 12, 182) et par M. Parinaud. Mais Müller avait établi depuis longtemps que la présence de fistules biliaires chez le chien entraînait à un certain moment la formation d'hémorrhagies et de lésions rétiniennes. Ceci se produisait lorsque la perte constante de la bile avait mis l'animal en expérience dans un état de débilitation assez avancée, en somme, lorsque le chien était devenu cachectique.

Il est évident que c'est seulement par exclusion qu'on pourra arriver à établir le diagnostic dans ces cas exceptionnels. Ceci est encore plus vrai pour la rétinite que Biermer décrit dans l'anémie pernicieuse progressive, et qui cependant aurait un signe presque pathognomonique: ce sont des hémorrhagies abondantes de la rétine et du corps vitré.

Mais tous ces faits étant relativement rares, je me hâte de vous les signaler rapidement pour vous dire quelques mots, en terminant, de la rétinite leucémique.

Etudiée d'abord par Liebreich, cette affection se rencontre environ dans le tiers ou le quart des cas de leucocythémie et seulement dans la forme splénique. Elle se caractérise par des signes ophtalmoscopiques assez nets. La papille est nébuleuse, mais ne forme pas de saillie, l'œdème est moins prononcé que dans les cas que nous avons considérés au début. Le fond de l'œil prend une couleur uniforme, jaune chamois, bien distincte de la coloration rosée ordinaire. Becker, qui a signalé cette particularité, fait remarquer que ce symptôme serait mieux apprécié à un éclairage faible, avec le miroir plan.

Quant aux hémorrhagies, elles présentent un aspect plus arrondi, de coloration jaunâtre à leur centre, elles sont bordées de rouge. Toutes ces pétéchies rétiniennes sont entremêlées de deux ordres de plaques : les unes, d'un blanc chatoyant, saillantes siègent autour de la macula, mais bien plutôt à la périphérie, vers l'*ora serrata*; les autres sont des plaques graisseuses régressives.

Je n'ai pas besoin d'insister sur cet aspect différent de celui qu'on observe dans la rétinite albuminurique. La constatation de ces lésions doit vous porter à examiner les viscères et surtout la rate, les régions ganglionnaires et enfin le sang; vous pourrez ainsi vous convaincre que le sujet est leucocythémique.

Les autopsies ont révélé des faits curieux et intéressants dans ces cas de rétinite leucémique. Si les hémorrhagies ont une forme à peu près circulaire, c'est qu'elles siègent dans la couche profonde de la rétine, et qu'à

©B Santé

ce niveau le sang ne peut pas diffuser et produire l'aspect en flammèches que nous signalions tout à l'heure. Quant aux taches blanches qui siègent surtout à l'*ora serrata*, les travaux de Leber et surtout les examens histologiques de M. Poncet ont bien démontré que ces lésions sont dues à des infarctus de globules blancs. Sur un vaisseau, on voit, de distance en distance, se former des caillots de couleur blanche, dus à la sortie des globules blancs par diapédèse et à leur accumulation dans les gaînes lymphatiques de Robin. Ce sont ces infarctus qui constituent à la longue une des formes des taches du fond de l'œil. D'ailleurs ces mêmes lésions ont été rencontrées dans l'anémie pernicieuse, mais elles occupent seulement les capillaires les plus fins. Quant aux plaques graisseuses, elles présentent quelquefois une saillie notable dans le corps vitré sous forme de grains miliaires, qui pourrait faire croire à la présence de certaines tumeurs lymphoïdes (Perrin).

Malgré ces lésions caractéristiques, le diagnostic n'est pas toujours possible; car, chez le leucémique, on peut aussi observer la rétinite albuminurique vraie. C'est lorsque, dans le cours du processus dyscrasique, les reins ons été altérés à leur tour.

Ainsi, Messieurs, vous voyez qu'après avoir parcouru tout le cercle des altérations dyscrasiques de la rétine, nous nous trouvons ramenés à la rétinite albuminurique. Par son importance et sa fréquence, elle méritait donc d'attirer votre attention, et je vous engage à ne pas manquer de l'étudier bien complètement dans les occasions, nombreuses dans notre service, que vous trouverez de la constater.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De l'institution d'un ordre des médecins (1),

Par le docteur SURMAY,

Médecin et chirurgien de l'hôpital de Ham, membre correspondant de la Société de chirurgie
Vice-président de l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin.

VI

Je terminerai en donnant l'aperçu d'un projet de loi que je voudrais voir dresser par quelqu'un de plus compétent que moi. Il pourrait être annexé au projet de loi relatif à l'exercice de la médecine qui a été, à la fin de l'année dernière, déposé à la Chambre des députés.

TITRE Ier

DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Art. 1er. — Il sera institué un Ordre des médecins qui comprendra la généralité des médecins ayant le droit d'exercer en France.

Art. 2. — L'ordre des médecins sera représenté par des chambres médicales et un conseil général de l'ordre.

TITRE II

DES TITRES EXIGÉS POUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Art. 1er. — Nul ne pourra exercer la médecine en France s'il n'est pourvu du grade de docteur en médecine obtenu devant une Faculté de l'Etat, ou, s'il est étranger, légalement autorisé à exercer en France, et s'il n'est inscrit sur la liste d'une chambre médicale.

Art. 2. — Tout médecin qui sollicitera son inscription sur la liste d'une chambre médicale sera soumis à une enquête sur ses mœurs, ses andécédents, sa famille, ses relations, etc., et, en général, sur tout ce qui pourra renseigner sur son honorabilité.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 15, 18 et 20 mars 1884.

©BIU Santé

Art. 3. — Seront, pour toujours, incapables d'exercer la médecine: 1° ceux qui auront été condamnés à des peines afflictives ou infamantes, à moins qu'elles n'aient eté prononcées pour des crimes ou délits politiques; 2° ceux qui auront été condamnés à des peines correctionnelles pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 333, 334, 335 et 345 du Code pénal.

TITRE III

DES CHAMBRES MÉDICALES

Art. 1er. — *a*) Il y aura, dans chaque arrondissement, une chambre médicale élue à la majorité absolue par tous les médecins exerçant légalement dans l'arrondissement.

b) Cette chambre sera renouvelée tous les ans.

c) L'élection se fera au chef-lieu de l'arrondissement.

d) Toutefois, l'électeur, en justifiant de son empêchement à se présenter au vote, pourra envoyer son bulletin de vote sous pli cacheté.

e) Les membres de la chambre seront indéfiniment rééligibles.

Art. 2. — La chambre se composera de... membres au moins et de... au plus.

Art. 3. — *a*) La chambre nommera son bureau, qui se composera d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire et d'un trésorier archiviste. Les membres du bureau seront indéfiniment rééligibles.

b) Les fonctions de membres du bureau, comme celles de membres de la chambre, seront gratuites.

Art. 4. — *a*) Les chambres médicales auront la garde de tous les intérêts moraux et matériels de la profession. Elles dresseront une liste officielle des médecins dont elles auront admis l'inscription après enquête. Elles exerceront une juridiction souveraine sur les médecins de leur ressort et pourront prononcer contre eux l'avertissement, la réprimande, la censure, l'amende, la suspension et l'interdiction ou radiation. Seulement pour la suspension et l'interdiction, il pourra y avoir appel devant le conseil général de l'ordre, qui prononcera en dernier ressort.

b) Les jugements ne pourront être rendus qu'en assemblée comprenant au moins les deux tiers des membres.

Art. 5. — Les chambres médicales jugeront, en dernier ressort, les conflits entre médecins. Elles jugeront, en dernier ressort, les conflits entre médecins et clients, jusqu'à concurrence de la somme de 200 francs, qu'il s'agisse d'honoraires ou d'indemnités réclamées par les uns ou par les autres; au delà, il y aura appel facultatif devant la cour d'appel, dans le ressort de laquelle se trouvera la chambre. Pour ces jugements, la chambre devra aussi compter au moins les deux tiers de ses membres.

Art. 6. — Les chambres se réuniront une fois par mois, au chef-lieu de l'arrondissement.

Art. 7. — Tout médecin qui sortira de l'arrondissement dans lequel il est inscrit, pour se fixer dans un autre, devra se faire admettre et inscrire à la chambre médicale de sa nouvelle résidence.

TITRE IV

DU CONSEIL GÉNÉRAL DE L'ORDRE

Art. 1er. — Il y aura un conseil général de l'ordre siégeant à Paris. Il aura la direction générale des médecins et la garde suprême de l'honorabilité, et, en général, de tous les intérêts de la profession.

Art. 2. — Le conseil général sera composé de tous les doyens des Facultés de médecine, y compris les Facultés libres et autorisées par l'Etat, du président et de trois membres de l'Académie de médecine nommés à l'élection par l'Académie, de quatre membres du corps médical et chirurgical des hôpitaux, également élus par leurs collègues des hôpitaux. Les membres élus seront nommés pour un an et indéfiniment rééligibles.

Art. 3. — Le conseil général nommera chaque année son bureau, qui comprendra un vice-président, un secrétaire, un trésorier-archiviste. Le doyen de la Faculté de médecine de Paris sera président de droit. Les autres membres du bureau seront indéfiniment rééligibles.

Art. 4. — Le conseil général dressera, chaque année, la liste des médecins ayant le droit d'exercer la médecine en France. Cette liste sera adressée au ministre de l'intérieur qui la fera afficher dans toutes les mairies au 1er janvier de chaque année. Il communi-

quera au ministre de la justice les sentences de suspension et d'interdiction qui auront été prononcées, soit par lui, soit par les chambres médicales.

Art. 5. — Le conseil général jugera en dernier ressort les cas de suspension ou d'interdiction dont il aura été fait appel devant lui.

Art. 6. — Le conseil général centralisera les actes et les travaux des chambres médicales qui devront lui être intégralement communiqués. Il en fera sa publication dans un recueil périodique qui sera dénommé : *Bulletin officiel de l'ordre des médecins.*

Art. 7. — Le conseil général pourra être consulté par l'État sur tout ce qui concerne l'enseignement et l'exercice de la médecine.

Art. 8. — Le conseil général se réunira en assemblée générale une fois tous les trois mois. Une commission permanente composée de tous les membres habitant Paris siégera une fois par semaine, recevra toutes les communications qui seront adressées au conseil et réglera les affaires courantes.

Le conseil général pourra être convoqué en assemblée générale extraordinaire toutes les fois que la commission permanente le jugera nécessaire.

Art. 9. — Les jugements portant suspension ou interdiction ne seront rendus qu'en assemblée générale comprenant au moins les deux tiers des membres.

Art. 10. — Les fonctions des membres du conseil général ainsi que celles des membres du bureau seront gratuites.

TITRE V

DES MOYENS D'EXÉCUTION DES JUGEMENTS PRONONCÉS EN CE QUI CONCERNE LA SUSPENSION ET L'INTERDICTION

Art. 1er. — Les jugements de suspension et d'interdiction seront communiqués au ministre de la justice qui les transmettra aux parquets; ceux-ci les adresseront aux juges de paix, et les juges de paix aux pharmaciens de leur canton.

Art. 2. — La liste officielle des médecins ayant le droit d'exercer sera, au 1er janvier de chaque année, affichée dans toutes les mairies et dans toutes les pharmacies. Seront également affichés dans toutes les mairies et dans toutes les pharmacies les jugements de suspension et d'interdiction à mesure qu'ils se produiront.

Art. 3. — Chaque médecin recevra le *Bulletin officiel de l'ordre*. Les frais d'impression, de publication et d'envoi du *Bulletin officiel* seront payés au moyen d'une taxe fixe ajoutée aux frais de thèse des docteurs et des amendes perçues par des chambres médicales. S'il y a excédent, il sera versé dans la caisse de l'Association générale des médecins de France.

Art. 4. — Tout médecin non inscrit sur la liste officielle ou, depuis sa publication, sur la liste d'une chambre médicale et convaincu d'avoir exercé la médecine, sera passible du maximum des peines édictées contre l'exercice illégal.

Art. 5. — Les pharmaciens ne pourront délivrer aucun médicament sur l'ordonnance d'un médecin non inscrit sur la liste officielle, et des peines sévères seront édictées contre les contrevenants.

On s'étonnera peut-être qu'ayant fait sortir les chambres médicales du suffrage universel, j'aie procédé autrement pour le conseil général. Voici mes raisons :

Je pense que, pour le bon fonctionnement du conseil général, il est indispensable que son président et une notabte partie de ses membres résident à Paris. Dès lors, que l'élection se fasse par le suffrage universel ou par le suffrage restreint du président de chambre, il devient à peu près impossible qu'elle soit suffisamment éclairée. On m'objectera que le président de l'Association générale des médecins de France est élu par le suffrage universel et qu'on n'a pas lieu de s'en plaindre. Il est bien vrai. Mais on m'accordera qu'il est moins difficile de connaître et d'apprécier un homme que douze ou quinze. On l'a du reste si bien compris que, d'une part, lors de l'élection du président de l'Association, le conseil général fait des propositions qui la facilitent singulièrement et sans lesquelles elle ne pourrait peut-être pas aboutir, et que, d'autre part, les autres membres du Conseil sont nommés non par le suffrage universel mais par le suffrage des délégués seulement ; et encore le Conseil a-t-il le soin de préparer une liste qu'il est plus à portée que personne de bien composer et qui toujours est acceptée à l'unanimité ou à peu près. On ne contestera pas non plus que la mission imposée au conseil général de l'ordre soit bien autrement grave que celle que l'association a confiée à son conseil général, et que la responsabilité soit incomparablement plus lourde pour le

©BIU Santé

premier que pour le second. C'est pourquoi j'ai pensé qu'au lieu de livrer aux hasards de l'élection une fonction d'aussi haute importance, il valait mieux la confier à des hommes déjà éprouvés comme le sont les doyens des Facultés, les membres de l'Académie de médecine et du corps médical des hôpitaux de Paris. Au surplus, si l'on voulait réserver à l'élection une part plus grande, je ne verrais pas d'inconvénients à ce que le président de l'Académie de médecine fût de droit président du conseil général de l'ordre des médecins. Une raison particulière m'a déterminé à donner une large place aux doyens des Facultés, c'est, par la fixité relative de cette partie du conseil, d'établir une tradition dont l'utilité me paraît sans conteste.

Je le dis encore une fois, je n'ai voulu donner ici qu'un aperçu. On trouvera sur ce sujet des documents précieux dans les *Actes du congrès médical*, en 1845 (Paris, mai 1846, sans nom d'éditeur. Imprimerie de Hennuyer et Cie, rue Lemercier, 4, Batignolles). — Si le projet d'institution que je propose était adopté en principe, on composerait facilement une commission de médecins et de juristes qui lui donnerait une forme rationnelle, juridique et répondant à tout.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — A partir du 15 mars 1884 et pour toute la durée du semestre d'été, les leçons de M. le professeur Pajot à la clinique d'accouchements se feront au lit des malades tous les jeudis à huit heures et demie du matin. Les mardis et les samedis, à l'amphithéâtre : manœuvres opératoires et interrogatoires sur la thérapeutique obstétricale pour les élèves inscrits. Les autres jours, étude de la grossesse, toucher.

MM. les élèves qui auraient des réclamations à faire sont priés de s'adresser à M. le professeur Pajot tous les jeudis après la visite.

Cours de pathologie expérimentale. — M. le docteur Hallopeau, agrégé, suppléant M. le professeur Vulpian, commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée le samedi 22 mars 1884, à deux heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardi, jeudis et samedis suivants à la même heure. Il traitera de l'étude expérimentale des causes morbifiques et des processus morbides.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera un cours public sur les maladies mentales, avec application à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche 23 mars 1884, au grand amphithéâtre, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Dans la première leçon M. Legrand du Saulle étudiera l'influence des événements politiques sur les caractères du délire, et il exposera les anomalies physiques et intellectuelles que l'on observe fréquemment chez les enfants conçus pendant le siège de Paris.

Assistance publique. — MM. les étudiants ayant plus de dix inscriptions qui désireraient remplir les fonctions d'externes dans les hôpitaux de Paris sont priés de se faire inscrire immédiatement au secrétariat de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Muséum. — L'exposition des collections sous-marines du *Travailleur* et du *Talisman*, qui a eu lieu au Muséum, a été fermée le 16 mars 1884 au soir; mais elle sera ouverte de nouveau du 7 au 20 avril 1884, à l'occasion de la réunion des délégués des Sociétés savantes à la Sorbonne.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos, par le docteur Richelot, ancien président de la Société de médecine de Paris, chez G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120. — Prix : 2,50.

Nous avons souvent eu l'occasion de voir employer *l'albuminate de fer de Laprade*, sous forme de liqueur, contre l'anémie des femmes atteintes d'affections utérines chroniques. Les résultats enregistrés ont toujours été remarquables ; il en est de même d'un nombre respectable de chloroses traitées par la même préparation.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. R. Longuet : L'allochirie. — II. Tumeur ovarique polykystique. — Péritonite chronique. — Pleurésie double. — Ovariotomie. — Guérison. — III. Thérapeutique. — IV. Variétés. — V. Courrier.

L'allochirie.

Sous le nom peu euphonique et assez mal venu d'*allochirie*, auquel nous préférerions de beaucoup celui d'*allesthésie*, H. Obersteiner, professeur à l'Université de Vienne, a étudié le premier un trouble de la sensibilité observé sans doute avant lui, mais que sa singularité et un intérêt particulier de physiologie pathologique méritaient de faire signaler tout spécialement à l'attention des cliniciens (1).

Il s'agit d'un phénomène de sensibilité croisée d'une constatation bien simple; si l'on frôle ou si l'on pique avec une épingle la peau de la cuisse, du mollet ou de la plante du pied de certains malades, le contact, parfaitement ressenti par le patient, est rapporté par lui, non au membre touché, mais aux points exactement correspondants du membre symétrique.

Il se peut que ce symptôme se présente avec une assez grande fréquence à l'insu des meilleurs observateurs, chez un certain nombre de médullaires. Pour l'examen de la sensibilité, en effet, on clôt généralement les yeux du malade; celui-ci, allochirique, signale avec précision le point touché; de part et d'autre on se désintéresse de la mention du côté, ignorant que cette donnée peut être l'objet d'une erreur subjective, et ainsi, le phénomène passe inaperçu.

I. — Le sujet de la première observation d'Obersteiner est un ataxique de 35 ans, syphilitique. Son ataxie remonte à neuf ans; il est sujet à des accès de mélancolie. Il a conscience exacte de la position occupée par ses membres inférieurs. La sensibilité des pieds au froid et à la chaleur est intacte; au contact elle n'est bien manifeste que si on exerce une forte pression; il y a quelque retard dans la perception. Généralement, la notion du point touché est exacte; mais il arrive aussi que le malade signale la plante du pied au lieu des orteils, et plus souvent encore que la sensation soit rapportée à l'autre pied, mais alors sans aucune erreur de localisation, au grand étonnement du malade quand on l'informe du résultat. Mort trois ans après.

II. — Ce malade a été victime, neuf mois auparavant, d'un grave accident (une poutre tombée sur le dos), dont il est sorti paraplégique. Décubitus au talon et au sacrum. Quelque amélioration s'est manifestée; il y a quelques mouvements des cuisses; aucun des jambes et des pieds. Sensibilité à la chaleur et au froid conservée. Sur le côté interne de la plante du pied, il distingue nettement deux points à une distance de 9 à 10 millimètres; mais il ne localise que très inexactement et rarement tombe juste sur le côté touché. Ce malade est mort deux ans après l'accident. Nous aurons à revenir sur les détails de l'autopsie.

III. — Ataxique. Quand on touchait le pied droit avec la tête d'une épingle ou quand on enfonçait lentement la pointe dans les tissus, le malade signalait avec assurance le pied gauche mais n'indiquait pas toujours avec précision le point actionné. Il ne commettait plus aucune erreur, lorsqu'au lieu d'enfoncer lentement et progressivement la pointe, on l'introduisait rapidement et avec force

(1) *On Allochiria. — A peculiar sensory disorder*, par H. Obersteiner. *The Brain*, 1882, p. 153.

©BIU Santé

IV. — La dernière observation d'Obersteiner se rapporte à une fillette névropathique de 12 ans, ayant des épileptiques dans sa famille, elle-même hystéro-épileptique. Il existe des troubles variés de la sensibilité cutanée sur toute la surface du corps. Elle indique la jambe gauche quand on pique la jambe droite, et si on la pince fortement au bras gauche, elle se récrie en s'efforçant de saisir la partie correspondante du bras droit. Cette malade a presque complètement guéri.

Obersteiner relève dans la littérature médicale les faits d'allochirie suivants :

V. — Obs. de Fisher (1). Ataxique. La localisation des impressions tactiles est très infidèle. Une forte pression exercée sur le pied avec un instrument mousse, est toujours rapportée au pied non touché ; l'expérience en a été renouvelée maintes fois. Entre autres symptômes concomitants, l'observation de piqûre sur le gros orteil est retardée de quatre secondes; le réflexe est presque toujours immédiat; mais, même retardé, il précède toujours sensiblement la sensation de douleur.

VI. — Même auteur. Ataxique. Les objets mousses sur la plante du pied donnent la sensation d'instruments coupants. Quand le pied droit est touché, une sensation est presque constamment perçue à la partie correspondante du pied gauche.

Quelques faits de Leyden (2) signalent nettement ce phénomène localisé à la jambe, au pied ou à la cuisse, et qui n'est, en somme, qu'un cas particulier de ce fait d'observation déjà ancien dans l'histoire du tabes, et sur lequel il a insisté dans sa clinique des maladies de la moelle, à savoir que la faculté de localisation sensitive est fréquemment atteinte dans le tabes, au point que le pied, la jambe, la cuisse sont souvent confondus et que, les jambes croisées, cette confusion s'accroît de l'incertitude sur le côté.

Obersteiner rattache encore à l'allochirie le fait de Dumontpallier (Société de biologie, 4 décembre 1880) qui obtenait par le spray d'éther dirigé sur le bras gauche assez d'anesthésie sur la partie correspondante du bras droit, pour qu'on pût y ouvrir un abcès sans douleur.

De tels exemples peuvent être multipliés ; bornons-nous à ajouter les suivants : Hutchinson a rapporté une observation dans laquelle, à la suite de la blessure du nerf cubital et du nerf médian d'un côté, la douleur était localisée dans la main du côté opposé (3), et Pirogoff, d'après Weir Mitchell (4), cite un fait analogue, conséquence d'une blessure du plexus brachial droit.

Le fait d'allochirie publié par David Ferrier, peu après le mémoire d'Obersteiner, est plus intéressant et plus complet même qu'aucun de ceux rapportés par cet auteur et par l'étendue de son domaine, et en ce sens que la transmission croisée dépasse la sphère sensitive et affecte les réflexes (5).

VII. — C'est un vigoureux charpentier de 29 ans, non syphilitique ni alcoolique, qui reçut sur la tête une pièce d'échafaudage et tomba sans connaissance. On constata par la suite une parésie généralisée d'un caractère particulier. En même temps la sensibilité était bien conservée dans ses différents modes et quant à la rapidité de la transmission, mais aux jambes et jusqu'à l'aine, à la face, toute sensation était rapportée au côté opposé. Si, les yeux bandés, on chatouillait la narine droite avec une plume

(1) *Zur Symptomat. d. Tabes. Deut. Arch. f. klin. Med.*, v. XXVI.
(2) *Die graue Degenerat. des hint. Rück. m. Strænge.*, Berlin, 1863.
(3) *London hosp. Reports*, 1866, p. 313.
(4) *Lésions des nerfs par coup de feu*, 1874, trad. Dastre.
(5) *Case of allochiria*, par David Ferrier ; *the Brain*, 1882, p. 389.

© BIU Santé

ou un morceau de bois, le malade rejetait la tête en arrière, les larmes jaillissaient, tandis qu'il frottait l'autre narine, siège subjectif de la sensation. De même pour la langue et toute la muqueuse buccale; et, ici, non seulement la sensibilité tactile, mais la sensibilité gustative, sollicitée en un point, répondait au point symétrique. Cette inversion n'existait pas pour l'olfaction.

L'excitation de la plante du pied à droite déterminait un mouvement du pied gauche; si l'on piquait la partie interne de la cuisse, c'est l'autre qui se fléchissait. Le réflexe crémastérien existait développé des deux côtés; mais l'excitation amenant le retrait du testicule droit provoquait aussi le mouvement de la jambe opposée, quelquefois des deux à la fois. Les réflexes rotuliens étaient exagérés, le gauche plus que le droit. La marche et la station debout étaient difficiles; il existait de la céphalée occipito-frontale. Par la suite, ces curieux phénomènes d'inversion disparurent en commençant par les cuisses; à un moment donné, on ne les retrouvait plus au-dessus des rotules; plus tard, au-dessus des chevilles. Enfin les pieds eux-mêmes recouvrèrent l'intégrité de leur sensibilité, puis la bouche, le nez. La jambe gauche tremble encore, mais ne croise plus l'autre dans la marche, moins gênée. D. Ferrier s'est récusé de donner de ces singuliers phénomènes une explication pathogénique, qui eût tiré une grande valeur de la haute compétence de l'auteur; mais une autre lumière de la spécialité, W. Hammond s'y est risqué, avec un certain succès, à l'occasion d'un malade qu'il présentait à la Société neuro-pathologique de New-York, le 2 janvier 1883 (1).

VIII. — Le sujet, à la suite d'un accident de voiture, deux ans auparavant, avait été traité par le corset plâtré, l'immobilité, etc., pour une fracture de la colonne vertébrale et un mal de Pott dont Hammond ne retrouvait pas de traces. Il se plaignait de douleurs tout le long du rachis et présentait une irritabilité excessive. Les muscles des extrémités inférieures avaient été quelque temps en contracture, et il restait une certaine raideur gênant la marche, très différente d'ailleurs de l'allure de l'ataxie. Loin d'être projetés comme dans cette maladie, les pieds adhéraient au sol, comme retenus par un poids; d'ailleurs le réflexe rotulien était exagéré des deux côtés. Sur la jambe gauche, le contact du doigt, une piqûre d'épingle, une ponction assez profonde avec la pointe d'un canif, n'étaient pas ressentis. En renouvelant les dernières expériences à droite, le malade accusait une vive douleur, et croyant porter la main au point blessé, il s'adressait à la position exactement correspondante de l'autre jambe. Cette épreuve fut renouvelée maintes fois avec des résultats identiques.

Hammond porta le diagnostic de sclérose antéro-latérale ou latérale simple, avec participation d'une partie des cornes postérieures et d'une certaine étendue des méninges; et voici quelle est, selon lui, l'explication la plus rationnelle des phénomènes observés.

Les cornes postérieures sont probablement les seules voies de transmission au cerveau des impressions sensitives des membres, à l'exclusion des cordons postérieurs, au moins dans les conditions normales. Mais, les racines sensitives ayant à traverser les cordons de Burdach avant d'atteindre les cornes postérieures, les lésions nutritives de ces cordons (ataxie) entravent le fonctionnement des racines et déterminent, dans toutes les régions situées au-dessous des lésions, différents troubles de la sensibilité, hyperesthésie, paresthésie, anesthésie, etc.

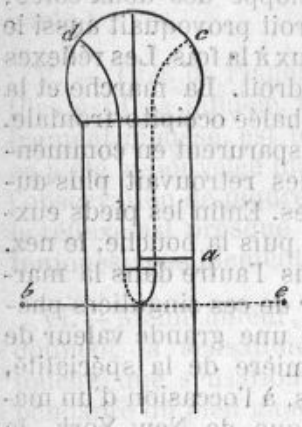
Il est démontré d'ailleurs par les expériences de Brown-Séquard, Lockhardt Clarke, Gerlach et autres, qu'il y a décussation presque complète

(1) *Allochiria, its nature and seat*, par William A. Hammond: *The New-York med. Journ.*, 13 janvier 1883, p. 35.

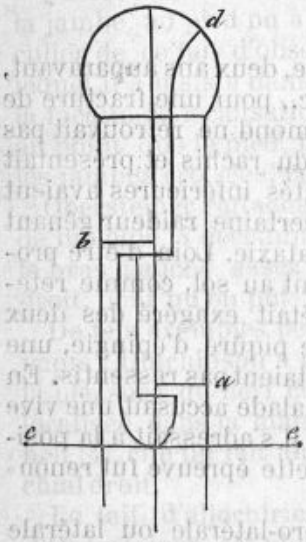
©BIU Santé

des fibres sensitives peu après leur entrée dans la moelle, à la différence des fibres motrices dont l'entrecroisement ne se fait que dans le bulbe.

Or, dans la sclérose du cordon cunéiforme de Burdach ou des zones radiculaires postérieures, si, ce qui est le plus fréquent, la lésion est double et symétrique, l'allochirie est une impossibilité. Toutes les voies de transmission au cerveau sont fermées, complètement ou non, et le résultat est une anesthésie plus ou moins profonde avec retard des impressions sensitives.



Supposons maintenant une lésion unilatérale, primitive ou secondaire, comme celle que représente en *a* le schéma ci-contre. L'impression sensitive partie de *b*, qui appartient au côté gauche du corps, devrait, à l'état normal, aboutir au cerveau en *c*; mais rencontrant l'obstacle *a*, la vibration nerveuse est réfléchie transversalement par les fibres de la commissure grise sur les éléments symétriques de l'autre moitié du myélaxe, d'où elle gagne, par la voie libre des conducteurs centripètes de ce côté, le point *d* de l'écorce. La perceptivité encéphalique rapporte la sensation en *e*, symétrique droit du point *b*, d'où le phénomène de la *confusion des côtés* ou l'allochirie.



Mais admettons une double lésion, à des hauteurs différentes, en *a* et en *b*; le courant nerveux sensitif parti de *c* subira une première réflexion en *a* et un deuxième arrêt en *b*. Il pourra s'épuiser en ce point; s'il le dépasse, éprouvant une deuxième réflexion, il n'apportera au point *d* de l'écorce qu'une excitation très atténuée, se traduisant par une perception psycho-sensitive très imparfaite : d'où une anesthésie plus ou moins complète. L'impression partie de *e*, au contraire, n'ayant tourné que le seul obstacle *b*, aboutit directement en *d* à une excitation efficace, réalisant comme ci-dessus le phénomène de l'allochirie. Ce mécanisme explique donc qu'on puisse avoir anesthésie absolue d'un côté du corps (*a*), avec conservation plus ou moins parfaite (en *c*) de la sensibilité subjective des deux côtés et pourquoi l'anesthésie n'est pas un accompagnement nécessaire de l'allochirie.

Ce schéma donne également la clé de ce fait de médecine expérimentale qui a tant intrigué les physiologistes depuis Galien, qui en fit la première observation. L'hémisection de la moelle dans la région dorsale détermine de l'anesthésie du côté opposé à la section et de l'hyperesthésie du côté de la section. Brown-Séquard en faisait la conséquence d'une dilatation paralytique des vaisseaux de la moitié coupée de la moelle, d'où suractivité nerveuse. Ludwig et Woroschiloff croient qu'on a sectionné des fibres d'arrêt provenant de l'encéphale, et Goltz une partie des fibres sensitives qui rendent les réflexes plus forts et plus réguliers.

Or, dans la construction de Hammond, on voit que le centre psycho-sensitif *d*, ayant gardé ses relations physiologiques avec *c*, est encore l'aboutissant des impressions parties de *e*; résumant l'activité sensitive des deux côtés du corps à la fois, il y a exaltation de sa perceptivité. Mais on pourrrait objecter à Hammond que l'hyperesthésie devrait toujours être corrélative de l'allochirie, ce qui est loin de former la règle.

En fait, quelles paraissent être les conditions anatomiques de l'allo-

chirie? Quatre des malades dont nous avons rapporté l'histoire étaient des tabétiques; trois étaient atteints de myélite traumatique, une dernière hystéro-épileptique.

Dans la seule autopsie d'Obersteiner, les lésions étaient les suivantes : lésions osseuses anciennes des trois premières vertèbres lombaires, rétrécissant le canal médullaire; méningite correspondante. A l'examen après durcissement dans le bichromate de potasse, on constate dans la moelle lombaire la dégénérescence graisseuse des parois vasculaires, granulo-graisseuse des cellules ganglionnaires; en même temps dégénération ascendante de tout le cordon postérieur, sauf peu à peu en haut, où la lésion se limite au cordon de Goll. Hyperplasie névroglique. Colonne grêle touchée. Des deux côtés, mais irrégulièrement et non sur toutes les surfaces de section, la substance grise des cornes postérieures est, au niveau du col, interrompue par une substance particulière, amorphe, transparente, très colorée par le carmin, semblable à la masse qu'on trouve autour des gros vaisseaux dans les processus inflammatoires de la moelle.

Hammond place la lésion de l'allochirie dans la dégénérescence du col des cornes postérieures, bien propre, dans ses vues, à interrompre immédiatement la décussation des fibres nerveuses et à imposer la voie directe au courant sensitif. Obersteiner est tenté d'invoquer de préférence la lésion des cordons de Goll.

R. LONGUET.

Hôpital Bichat. — Service de M. le Dr F. TERRIER.

Tumeur ovarique polykystique. — Péritonite chronique. — Pleurésie double. — Ovariotomie. — Guérison.

(Observation recueillie par H. HARTMANN, interne du service.)

Danguillecourt (Marie), âgée de 19 ans, boursière, est envoyée par M. le professeur Cornil pour se faire opérer d'une tumeur du ventre. Elle entre le 9 mai 1883 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, lit n° 27. Cette malade raconte que depuis deux ou trois mois elle sentait une tumeur arrondie, roulant sous le doigt, grosse comme une noix, indolente, dans la fosse iliaque gauche. Cette tumeur avait augmenté peu à peu et avait atteint le volume d'un œuf lorsque le 19 avril de cette année, elle fut prise brusquement d'anorexie, de vomissements, de diarrhée et de douleurs de ventre, accidents qui l'obligèrent à s'aliter. Le lendemain, elle se fit admettre dans le service de M. Cornil à la Pitié. Un mois après elle est transférée dans celui de M. Terrier.

Comme antécédents rien de bien important à noter. Réglée à 14 ans, sans accidents. Menstruation régulière depuis cette époque. Depuis un an, leucorrhée assez abondante. A 12 ans, elle a eu un abcès froid de la base du cou qui a laissé une cicatrice blanche, irrégulière. Sa mère est morte à 43 ans, d'une maladie assez longue avec toux et diarrhée (tuberculose?); elle a encore son père et huit frères et sœurs tous en bonne santé.

Etat actuel. — L'abdomen est anormalement développé, à peu près symétrique. Circonférence ombilicale : 81 centimètres. Pas d'altération de la peau. Météorisme abdominal. A la palpation, on constate l'existence d'une tumeur arrondie, lisse, régulière, rénitente, offrant une fluctuation obscure, occupant la fosse iliaque gauche et l'hypogastre. La pression est douloureuse à ce niveau. Au toucher, l'utérus est remonté et, à droite, le cul-de-sac postérieur a disparu; il est douloureux au toucher.

Pas de troubles de la miction, ni de la défécation. Rien au cœur ni aux poumons. Nœvus pileux de la joue gauche; un autre nœvus se voit à la partie postérieure de la face interne de la cuisse gauche. Etat anémique très marqué. Diagnostic : kyste probablement dermoïde de l'ovaire gauche.

Traitement : glace, eau de Vichy.

Le 20 mai. — Le ventre est toujours tendu; il est très douloureux spontanément et à la pression; de temps à autres vomissements porracés.

Le 23. — Diarrhée assez abondante.

©BIU Santé

Le 26. — Les vomissements, qui se reproduisaient presque constamment à l'occasion des repas, ont été définitivement arrêtés par l'usage d'une solution de morphine au 1/50, dont la malade prenait quatre gouttes avant chaque repas. L'appétit revient un peu; les douleurs de ventre diminuent. Les urines rares, 400 grammes par vingt-quatre heures, ne contiennent ni sucre ni albumine.

L'état général reste toujours mauvais.

Le 5 juin. — La diarrhée a reparu à diverses reprises; l'état général semble cependant s'améliorer un peu. Quelques jours après, la malade demande à passer un certain temps à la campagne et sort le 12 juin 1883.

Chez elle la santé est un peu revenue; elle s'était remise à manger, à se lever de temps en temps, lorsque vers les premiers jours de juillet elle fut prise d'un rhume. En toussant, elle constata un jour l'existence d'une hernie inguinale droite. Malgré son rhume elle se maintenait à peu près bien, lorsque le 14 juillet elle retomba malade, fut prise d'étouffements, de vomissements glaireux, de douleurs de ventre. Depuis cette époque, elle n'est jamais restée plus de deux jours sans avoir des vomissements; en même temps elle avait une diarrhée presque continuelle. Vers le 10 septembre, le ventre qui avait grossi jusque-là graduellement, se mit à augmenter plus rapidement de volume. La tuméfaction envahit la moitié supérieure de l'abdomen, gêne respiratoire, palpitations, à certains moments sensation d'étouffement.

La malade rentre salle Chassaignac, lit n° 5, le 25 septembre 1883. A son entrée, on constate que le ventre est développé irrégulièrement, présentant des bosselures saillantes au niveau de la fosse iliaque gauche et de la partie latérale droite des régions épigastrique, ombilicale et de l'hypochondre droit. La peau est lisse sans dilatation veineuse appréciable, la cicatrice ombilicale un peu déplissée. A la percussion matité complète de la fosse iliaque gauche et de toute la moitié droite du ventre. La matité s'arrêtant à un travers de doigt à gauche de l'ombilic, et plus haut empiétant un peu sur la partie gauche du ventre. Supérieurement, la matité se distingue de celle du foie par suite de l'interposition d'une zone étroite de sonorité, située immédiatement au niveau du rebord des fausses côtes et au-dessous.

Immédiatement au-dessus on trouve la matité hépatique qui remonte dans une étendue de trois travers de doigt, s'arrêtant à deux travers au-dessous du mamelon. Sonorité à la partie la plus postérieure du flanc droit. Sonorité du flanc gauche, une zone sonore s'avance obliquement en pointe de la partie gauche du ventre vers l'ombilic.

Au palper, on trouve une masse dure, arrondie, du volume d'une tête de fœtus à terme occupant la fosse iliaque gauche, la moitié gauche de la région hypogastrique, dépassant même un peu la ligne médiane. Au-dessus et à droite, on sent une deuxième tumeur volumineuse, arrondie, bilobée, élastique, occupant toute la moitié droite du ventre; cette deuxième tumeur s'étend même à gauche de la ligne médiane dans une étendue de quatre travers de doigt, mais il semble qu'à ce niveau, pour y arriver il faille déprimer une couche de liquide.

Par la percussion, on détermine une sensation de flot qui se transmet très nettement dans la plus grande partie du ventre, excepté au niveau de la tumeur de la fosse iliaque gauche; celle-ci paraît contenir plus de parties solides que le reste de la masse morbide qui semble nettement polykystique.

La circonférence ombilicale mesure 82 centimètres; de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 19 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 17 centimètres; de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, 18 centimètres; de l'ombilic au pubis, 18 centimètres.

Au toucher vaginal, le col est petit, bas, un peu sensible, presque immobile; on ne trouve rien dans les culs-de-sac.

Petite hernie inguinale droite descendant jusque dans la grande lèvre. Les règles n'ont pas paru depuis quatre mois. Leucorrhée. Pas de troubles de la miction ni de la défécation. Diarrhée.

La malade, qui depuis trois mois se plaint d'une petite toux sèche, est toujours gênée pour respirer; d'autant que les grandes inspirations et la toux provoquent souvent des douleurs abdominales assez vives. A l'examen du thorax, on constate à droite tous les signes d'un épanchement pleural moyen (matité, disparition des vibrations thoraciques, souffle doux à la base, frottements à la partie supérieure, égophonie vers l'angle de l'omoplate). Souffle anémique à la base du cœur. De temps à autre, vomissements alimentaires et glaireux. Amaigrissement, pâleur très marquée, anémie profonde; un peu de cyanose au niveau des ongles.

Le 3 octobre. — Œdème de la vulve. Toujours de la diarrhée et de la gêne respiratoire. La plèvre gauche s'est prise à son tour (frottements, un peu de souffle à la base).

© Santé

La quantité des urines de vingt-quatre heures est de 500 gr.; il n'y a ni sucre ni albumine; 18 gr. 30 d'urée par litre, soit, par jour, 9 gr. 15.

Le 4. — Vésicatoire à la base droite.

Le 10. — La malade se sent mieux. Les vomissements se sont définitivement arrêtés à la suite de l'ingestion de pilules d'extrait thébaïque, 0,02 cent. une demi-heure avant chacun des principaux repas. La cyanose des ongles a disparu. Aujourd'hui, douleurs assez vives au niveau de la partie supérieure gauche du ventre, au niveau de la zone sonore qui s'avançait en pointe vers l'ombilic et paraissait correspondre à une anse intestinale adhérente. La température, qui le matin est normale, monte le soir à 38°4.

Le 12. — Elle s'élève à 39°.

Le 13. — 38°3, 38°2.

Le 14. — 37°7, 37°5. Le ventre offre toujours le même aspect, mais ses dimensions ont un peu augmenté. La circonférence ombilicale est de 89 c.; de l'ombilic au pubis, 18 c.; à l'appendice xiphoïde, 20 c.; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 18 c.; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 20 c. La zone sonore, qu'on avait trouvée à gauche de l'ombilic, a disparu; matité à ce niveau. Il y a toujours de l'épanchement dans les deux plèvres, surtout à droite.

Le 15. — 37°9 le matin, 38°2 le soir.

Le 16. — Ovariotomie par M. F. Terrier, assisté de MM. Berger, J. Championnière et G. Richelot. Incision médiane étendue de l'ombilic à 6 cent. du pubis. Plusieurs pinces sont placées sur des vaisseaux assez abondants. On arrive ainsi au tissu cellulaire sous-péritonéal qui saigne beaucoup. A l'ouverture du péritoine s'écoule un peu de sérosité ascitique teintée de sang, par suite de la déchirure du grand épiploon qui adhérait à la fois au kyste et à la paroi. On débride en bas avec des ciseaux mousses. Le grand épiploon, très adhérent à la masse polykystique, est détaché, et l'on y place deux pinces en T. Une poche kystique qu'on voit à la partie inférieure est ponctionnée; c'est à peine s'il sort quelques gouttes de liquide. L'orifice de la ponction est obturé avec une petite éponge. L'incision est agrandie avec les ciseaux vers le haut, en passant directement à travers l'ombilic jusqu'à 10 cent. de celui-ci. La tumeur est enclavée et immobile; dans les tentatives d'extraction, un kyste à parois minces se rompt. On place sur l'épiploon adhérant à la tumeur de nouvelles pinces en T. Le liquide du kyste rompu est épongé et évacué à l'aide de l'aspirateur et de la canule du trocart. Ne pouvant extraire par en haut la tumeur qui remonte jusqu'au diaphragme, M. Terrier va à la recherche du pédicule; celui-ci se trouve à droite et en bas de la première masse ponctionnée sans succès. Deux pinces courbes sont placées successivement et à une certaine distance l'une de l'autre sur ce pédicule, qu'on sectionne entre les deux pinces. La tumeur peut alors être attirée en bas et en dehors par sa partie inférieure. On sectionne encore quelques adhérences épiploïques et deux brides qui unissaient la tumeur à la face postérieure de l'utérus. 3 ligatures en soie et en chaîne sont placées sur le pédicule; 3 ligatures au catgut sur l'épiploon, qui est largement réséqué; 2 ligatures au catgut sur les brides qui unissaient l'utérus à la tumeur. Toilette minutieuse répétée du péritoine. Suture des parois avec 12 fils profonds et 4 fils superficiels. Pansement de Lister complet. L'opération a duré cinquante minutes. Les anses intestinales étaient vascularisées, mais ne présentaient pas d'adhérences importantes à la tumeur.

Examen de la tumeur. — La partie solide pèse 6,320 grammes. Elle est formée de plusieurs lobes, dont deux principaux : un du volume d'une tête d'adulte, un autre encore plus volumineux et, dans l'angle de ces deux lobes, un autre plus petit du volume et de la forme d'une rate. A la partie postéro-supérieure de la grosse tumeur existe une cavité kystique. Toutes ces tumeurs sont encapsulées; la capsule qui les entoure offre un aspect fibreux, est épaisse, résistante et se décortique assez facilement. Quant au tissu morbide lui-même, il se présente avec un aspect extérieur lobulé, les lobules atteignant quelquefois le volume d'un œuf. A la coupe, il semble constitué par un stroma fibreux circonscrivant des aréoles de dimensions variables. La tumeur est, en somme, formée d'une foule de petites cavités kystiques : les unes, du volume d'un pois et au-dessus; les autres, plus petites, à peine visibles à l'œil nu; les cavités les plus volumineuses sont généralement superficielles. Toutes contiennent un liquide quelquefois un peu jaunâtre; d'autres fois blanc grisâtre, toujours visqueux, présentant le plus souvent l'aspect et la consistance du mucus nasal. La trame fibreuse donne à l'ensemble de la masse morbide une consistance assez ferme, par place même cartilaginiforme. La coloration générale de ces tumeurs est jaune par places ou blanc grisâtre; la plus grosse est rouge, et sur cette teinte rouge se détache un piqueté rouge foncé, comme hémorrhagique. Sur les portions d'épiploon réséquées on trouve, princi-

©BIU Santé

palement le long des vaisseaux, de petites granulations grisâtres, un peu plus larges qu'une tête d'épingle.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Malassez, qui nous a remis la note suivante : « Les cavités kystiques présentent un revêtement épithélial comparable à celui des muqueuses : cylindrique, caliciforme.., et il est des points où il est pavimenteux, mais sans couche cornée. Dans les parties solides, outre le tissu fibreux ordinaire, on rencontre les tissus les plus divers : perles épidermiques, nodules cartilagineux, dont quelques-uns calcifiés, tissu ostéoïde, lobules adipeux, faisceaux musculaires, etc. Bref, c'est une tumeur comparable aux tumeurs mixtes du testicule et qui forme comme un intermédiaire entre les kystes dermoïdes et les kystes mucoïdes. »

Le 16. — Soir : 37°6, 136 puls., 38 resp. Deux vomissements porracés dans la journée. La malade se trouve mieux qu'avant l'opération. Glace, champagne.

Le 17. — Matin : 38°4, 128 puls., 36 resp. Le soir : 38°2, 122 puls., 34 resp. Quelques douleurs abdominales légères. Demi-piqûre de morphine; glace, champagne.

Le 18. — Matin : 38°3, 124 puls., 36 resp. Le soir : 38°6, 132 puls., 36 resp. Emission gazeuse par l'anus. Deux demi-piqûres de morphine dans la journée; glace, champagne.

Le 19. — Matin : 38°5, 122 puls., 32 rep. Soir : 38°5, 122 puls., 30 resp. Une piqûre de morphine. Quatre verres de lait, champagne.

Le 20. — 38°5, 122 puls., 32 resp. La malade urine seule. Pansement. On enlève 6 fils profonds et 3 superficiels. Le soir : 38°4, 116 puls., 32 resp.

Le 21. — Matin : 38°4, 110 puls., 28 resp. Le soir : 37°4, 118 puls., 31 resp. Rétention d'urine. Lait, œufs, potages.

Le 22. — Matin : 37°4, 110 puls., 30 resp. Pansement. On enlève les 6 fils profonds et le fil superficiel qui restaient. Va bien. Toute la plaie est réunie. La malade a très bon appétit, mange du filet, des potages. Le soir : 37°5.

Le 23. — 36°6, 37°4. Appétit exagéré.

Le 24. — 37°3, 37°1. Le soir, ne se sent pas très bien; petite indigestion.

Le 25. — 37°7, 37°8.

Le 26. — 37°1, 38°1.

Le 27. — 37°1, 38°1. La malade se plaint d'insomnie. Avant l'opération, elle ne pouvait dormir, dit-elle, à cause des douleurs abdominales et des sensations d'étouffement qu'elle éprouvait. Aujourd'hui que les douleurs et les étouffements sont passés, elle ne dort pas plus. Cauchemars. Sueurs nocturnes depuis l'opération. L'appétit, très vif il y a quelques jours, commence à diminuer; ce qu'on lui donne lui semble moins bon. Le manger l'étouffe, dit-elle. Aujourd'hui, elle a un peu mal à la gorge et accuse de plus des douleurs au niveau de la partie latérale droite du cou.

Le 28. — 37°7, 38°1.

Le 29. — 37°9, 38°4.

Le 30. — 37°6, 38°5.

Le 31. — 37°5, 38°7.

Le 1er novembre. — 37°6, 38°4. La malade mange un peu; cependant elle reste très maigre, très anémiée. Crampes d'estomac. Toujours un peu de douleur à la base du cou et à droite. Au niveau de la clavicule droite et dans la région clavi-pectorale réseau veineux abondant qui n'existe pas du côté opposé. A la palpation, on constate sous la partie inférieure du sterno-mastoïdien du même côté une masse du volume d'un œuf de pigeon, dure, douloureuse, située au devant et en dehors du paquet vasculo-nerveux du cou. Les épanchements pleuraux se sont résorbés; on entend des frottements des deux côtés; à la base droite, frottement parcheminé typique. Douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche, spontanées et à la pression. La leucorrhée que la malade avait avant l'opération a augmenté depuis celle-ci. Vésicatoire sur la fosse iliaque gauche. A partir de ce moment, la température est toujours restée la même. 37°5 le matin; 38°5 le soir.

Le 4. — Les sueurs nocturnes persistant toujours, on donne tous les jours un granule d'atropine. Formation probable d'un abcès au niveau du pédicule (tuméfaction douloureuse à son niveau).

Le 13. — Ouverture spontanée d'un abcès sur la ligne médiane à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Un drain de 12 cent. environ est placé dans la cavité de l'abcès. Le lendemain, la température du soir reste à 37°5.

Le 15. — 37°, 37°3. A partir de ce moment, la température a toujours été à peu près normale.

Le 19. — La vascularisation de la région clavi-pectorale droite a envahi le moignon de l'épaule; le membre supérieur correspondant est un peu œdématié. Dans l'aisselle, on sent un cordon dur, douloureux. *Phlegmatia* de la veine axillaire.

Le 11 décembre. — Depuis un mois, l'état général s'est beaucoup amélioré. Le carac-

© Santé

tère a changé, est devenu gai; la malade renaît. Il y a encore un peu de douleur à la pression du sommet de l'aisselle, mais la vascularisation a diminué; l'œdème du membre a disparu. Un nouvel abcès en voie de formation, un peu à droite de la partie supérieure de la cicatrice, est ouvert aujourd'hui par une ponction au bistouri.

Le 13. — L'abcès s'ouvre spontanément au niveau de la cicatrice, un peu à droite de l'incision faite l'avant-veille.

Le 25. — Depuis huit jours, la malade se promène. Poids: 42 k. 500.

Le 3 janvier. — L'abcès supérieur est fermé depuis quelque temps; celui qui vient du pédicule est en voie de cicatrisation. Suppression du drain.

Le 20. — Le ventre est souple et indolent dans sa totalité. Encore de la submatité des deux bases. Quelques frottements.

Le 22. — *Exeat*. Poids: 52 k. 000

Le 22 février 1884, Mlle D... revient nous voir; elle est très notablement engraissée et pèse 56 kilos; son état général est excellent; les règles sont revenues le 1er février et le 2 mars, elles ont duré cinq jours, sans déterminer de troubles généraux ou locaux.

Le trajet du tube placé dans l'abcès qui s'était développé au niveau du pédicule est absolument cicatrisé.

La cicatrice de la section abdominale est brunâtre et un peu saillante; elle présente 16 cent. 1/2 de long, dont 5 cent. 1/2 au-dessus de l'ombilic. Déprimée à sa partie inférieure, au point où s'est ouvert l'abcès profond, la cicatrice est saillante partout ailleurs. Il y a un peu d'éventration au-dessous de la cicatrice ombilicale. Au niveau de l'épaule droite, il existe encore un réseau veineux assez développé, qui indique la persistance d'une certaine difficulté de la circulation du côté des veines axillaire et sous-clavière. Parfois même, Mlle D... ressent encore quelques douleurs, quelques élancements sur le trajet des nerfs et des vaisseaux du bras, au niveau du creux axillaire.

Il persiste à droite une hernie épiploïque inguinale, non réductible.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre; en effet, au début, alors que la tumeur offrait un petit volume, qu'elle était assez régulièrement arrondie et paraissait incluse dans le ligament large, on pensa à l'existence d'un kyste dermoïde, sans toutefois y attacher grande importance, une ponction exploratrice étant absolument nécessaire pour vérifier cette hypothèse. Ultérieurement, quand la malade revint dans le service, l'existence *clinique* d'une tumeur polykystique était incontestable, si bien qu'il parut inutile d'y faire la moindre ponction.

Un autre point à signaler est l'accroissement rapide de cette néoformation et son retentissement sur l'état général : aménorrhée, amaigrissement, troubles digestifs intenses (diarrhée et vomissements); enfin, l'apparition d'un double épanchement pleurétique, d'où l'anhélation, etc. Faut-il établir une relation entre cet état grave et la nature un peu spéciale de la tumeur? Le fait est possible. Quoi qu'il en soit, malgré le double épanchement, quelque peu amélioré par un traitement rationnel (vésicatoires et diurétiques), l'opération fut pratiquée et l'anesthésie fut parfaitement maintenue pendant près d'une heure, par notre collègue et ami le docteur Paul Berger, sans menaces d'asphyxie.

Cette opération fut pénible, vu les adhérences et surtout à cause du volume énorme de la masse polykystique, si bien qu'on dut utiliser un procédé tout particulier pour l'enlever.

Le pédicule de la tumeur fut recherché; on le trouva en bas et à droite, et on put y placer deux pinces courbes, à une certaine distance l'une de l'autre; ceci permit de sectionner le pédicule avec des ciseaux mousses, et par conséquent de libérer la tumeur. En effet, celle-ci put être attirée en bas et en dehors, en commençant par sa partie inférieure. Cette manière de faire offre de grands avantages, car elle évite une trop grande ouverture de la paroi abdominale et, en outre, dispense d'ouvrir largement les poches kystiques pour y plonger la main et attirer la masse au dehors, procédé excellent vanté par Spencer Wells, mais qui présente quelques inconvénients, entre autres celui de faire perdre du sang aux opérées.

Les suites de l'opération ont été bonnes; toutefois, les digestions restèrent difficiles et la convalescence fut entravée par des accidents sérieux

©BIU Santé

apparition d'une *phlegmatia alba dolens* des veines du cou et de l'aisselle; formation d'un abcès dans la paroi et au niveau du pédicule, c'est-à-dire à droite.

La phlegmatia résultait certainement de l'état général grave de la malade; quant à l'abcès, il nous paraît aussi tenir à la même cause, et quelques faits analogues, que nous avons pu observer, plaident en faveur de cette interprétation.

Actuellement, Mlle D... est parfaitement bien portante et, comme on l'a vu, les fonctions utéro-ovariennes ont reparu.

THÉRAPEUTIQUE

De la Créosote de hêtre associée au baume de tolu et au goudron de Norwège.

La *Créosote de hêtre* a été découverte par Reichenbach, chimiste, de Blansko, en Moravie. C'est un produit pyrogéné, dont la composition est : 76,2 de carbone, 7,8 d'hydrogène, 16 d'oxygène; son nom vient de κρέας, chair, et σώζω, je conserve. Cette heureuse étymologie, suggérée par sa propriété essentielle, nous indique l'action qu'elle exerce dans le traitement de toutes les affections de la poitrine et des voies respiratoires.

Les remarquables travaux des docteurs Bouchard, Gimbert, etc., ont affirmé sa haute valeur thérapeutiqne, qui n'est plus discutée aujourd'hui.

La créosote se présente sous l'aspect d'un liquide incolore, oléagineux, presque insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool, l'éther acétique et les huiles essentielles. On la retire du goudron de bois et du goudron de houille.

La composition de la créosote en révèle naturellement les propriétés; elle coagule l'albumine et constitue l'une des substances les plus antiseptiques et les plus antifermentescibles. Elle tue avec une rapidité surprenante les organismes inférieurs. Le seul défaut de ce médicament, c'est d'être mal toléré par certains tempéraments, de causer des nausées, des vomissements, et dans tous les cas, des renvois, qui obligeaient à en suspendre l'emploi. Il fallait trouver une substance qu'on pût lui adjoindre pour faire disparaître ces inconvénients. Des travaux importants ont fixé le choix sur le *Baume de Tolu*, qui présente, pour cet usage, des avantages particuliers.

Tous nos lecteurs connaissent la couleur jaune et l'odeur balsamique et agréable de ce baume, obtenu par l'incision de l'écorce du *Myrospermum Toluiferum*, plante de l'Amérique méridionale. Tous aussi savent que ces substances résineuses renferment soit de l'acide benzoïque, soit de l'acide cinnamique, qui leur assurent des propriétés antispasmodiques et anticatarrhales très énergiques.

De toute antiquité, les baumes balsamiques étaient employés avec succès dans le traitement des phlegmasies chroniques, qui ne pouvaient supporter l'usage des térébenthinés.

Le baume de Tolu, dont la découverte remonte au delà de Dioscoride, était, dès cette époque, employé au traitement de tous les flux muqueux, des maladies chroniques du poumon, catarrhales et nerveuses, ainsi que dans les affections du larynx produisant l'enrouement et l'extinction de la voix, *raucedines* et *aphoniæ*, et même dans la phthisie tuberculeuse. Morton s'exprime en ces termes au sujet d'une préparation pilulaire composée, en majeure partie, de baume de Tolu : *Istæ pilulæ, in scorbuticorum et scrofulosorum lentâ phthisi (quæ quidem sunt frequentissimæ phthisies), ubi febris (si ulla est) est admodum mitis, et exsputum phlegma quadamtenus glutinosum, asthmaticorum ritu, curationem non tantùm in principio morbi, verùm etiam in progressu insigniter promovent.*

La réputation du baume de Tolu est bien établie, et il nous a suffi de rappeler ces anciens travaux pour indiquer que nous n'avons pas affaire ici à une de ces préparations dont l'efficacité est aussi passagère que la vogue, mais à un bon produit de vieille renommée.

En ajoutant le *goudron de Norwège* à ces deux substances d'une activité si incontestable et si universellement reconnue, on arrive à composer un médicament d'un effet sûr et d'une puissance toute nouvelle, qui peut s'apprécier par celle de ses éléments.

Le goudron végétal (*pix liquida*) du groupe des térébenthinés s'obtient par la distillation des bois de pin qui ne donnent plus de térébenthine. Il se présente sous la forme

©BIU Santé

d'une masse demi-fluide (de consistance sirupeuse), de couleur brune, d'une odeur empyreumatique, d'une saveur âcre.

C'est un mélange complexe de résine et d'une huile essentielle empyreumatique qui s'est formée, en partie par l'action du feu sur la résine; il contient aussi du charbon.

Au double point de vue physiologique et thérapeutique, le goudron produit des effets qui se rapprochent de ceux de la térébenthine; mais comme cette dernière, il n'est pas contre-indiqué per les éléments fièvre et congestion inflammatoire.

Il est employé avec grand succès, depuis un temps immémorial, dans les affections des voies respiratoires, en raison des heureuses modifications qu'il apporte sur la muqueuse trachéo-bronchique.

L'hydrolé de goudron a reçu, dans ces derniers temps, de nombreuses applications, grâce aux préceptes de préparation si bien établis par Guibourt, Lefort, Soubeiran, Magne-Lahens, Mignot, Jeannel et nombre d'autres savants.

Après de nombreuses expériences, nous nous sommes arrêtés à une formule, d'après laquelle nous avons fait préparer de petites capsules ovoïdes par MM. Trouette-Perret, pharmaciens à Paris.

Chaque capsule doit contenir :

5 centigrammes de créosote pure de hêtre;
7 centigrammes 1/2 de goudron purifié de Norwège;
7 centigrammes 1/2 de baume de Tolu.

Ces capsules, appelées par leur auteur *Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret*, doivent être employées aux doses suivantes :

Dans les cas où la maladie a peu de gravité, et si l'on ne veut qu'un moyen prophylactique, deux capsules le matin et deux le soir peuvent suffire; mais il n'y a aucun inconvénient à porter plus haut les doses.

Dans les cas plus graves, on commencera par quatre capsules le matin et quatre le soir, et on augmentera la dose de manière à arriver à douze capsules par jour, en graduant suivant l'état de la maladie et l'effet que l'on désire obtenir.

Il est indispensable, chaque fois que l'on aura pris de ces capsules, d'avaler un quart de verre d'un liquide quelconque : eau, lait, vin, thé léger ou tisane froide ou chaude; le mieux est de les prendre en mangeant, moitié au déjeuner et moitié au dîner.

Lorsque les *Gouttes Livoniennes* auront rétabli la santé, il sera bon de ne point en abandonner brusquement l'usage, et, dans tous les cas, de s'y remettre une quinzaine de jours au retour de l'hiver, et notamment aux changements de saisons accompagnés de temps humides.

Dr E. Lasniée.

VARIÉTÉS

LES TRICHINES AU CONGRÈS DES ÉTATS-UNIS.

Décidément les trichines sont destinées à jouer un rôle important dans la politique électorale des deux mondes. Sur l'ancien continent, elles sont devenues la pierre d'achoppement des ministres et des ministères, grâce à la trichinophobie subite de certains de nos députés. Elles mettent la zinanie dans les majorités parlementaires, et, encore un peu, elles deviendraient un *casus belli* entre les diplomates d'Europe et d'Amérique!

En effet, depuis qu'avec M. Paul Bert on a transporté la question de la trichinose des Académies à la tribune du Palais-Bourbon, au lieu d'accepter avec sagesse les prudents avis des corps savants, les citoyens du pays de Franklin, commerçants habiles et gens pratiques, se sont vivement émus et proposent d'user de réciprocité. Mais le porc français possède, entre autres qualités, celle de ne pas être farci de ces animalcules et de ne pas franchir l'Atlantique. De là des représailles sur les produits industriels de notre pays. La Chambre de commerce de Cincinnati vient, en effet, de déposer sur le bureau du Congrès une pétition, demandant de répondre aux arrêtés de prohibition par des mesures fiscales sur les importations d'origine européenne.

Cependant, au Congrès des Etats-Unis, on ne donne pas complètement tort aux gouvernements européens, sans condamner tout à fait, est-il besoin de le dire, les prétentions des négociants de Chicago et de Cincinnati. M. Dunn, député de l'Arkansas et membre du Comité de commerce du Congrès, adoptant un moyen terme, demande la création d'un inspectorat sanitaire des viandes salées pour protéger la santé de ses concitoyens, et pour supprimer les réclamations des trichinophobes français. *In medio veritas*; ainsi le proverbe latin aura raison, ces petites bestioles ne troubleront plus les relations diplomatiques des deux mondes et ne passionneront plus nos députés. Après la guerre de l'opium, nous n'aurons pas celle des trichines. Néanmoins, une pomme fut

©BIU Santé

jadis l'origine d'une querelle olympique; une question de porc salé allait troubler la paix du monde. Rendons grâce aux dieux immortels, les scrupules trichinophobiques vont être calmés. — C.-L. D.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1883-1884 sera ouvert le mercredi 2 avril. Il sera clos le samedi 26 avril à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures :

1° Les inscriptions de première et de deuxième année de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 2, jeudi 3, vendredi 4, samedi 5, mercredi 9, jeudi 10 avril.

2° Les inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, de deuxième, de troisième et de quatrième années d'officiat, les mercredi 23, jeudi 24, vendredi 25, samedi 26 avril.

MM. les étudiants de quatrième année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique devront présenter leur carte d'admission à ces travaux, en prenant leur inscription trimestrielle.

MM. les étudiants sont tenus de déposer un jour à l'avance leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du lundi 21 avril.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux de Paris, devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre de 1883-1884. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Les élèves autorisés à subir les examens de fin d'année (ancien régime), au mois d'avril, devront consigner le lundi 31 mars et mardi 1er avril. Les consignations ne seront reçues que sur la production de la décision ministérielle qui accorde l'autorisation de subir ces examens. Les bulletins de versement pour les consignations continueront à être délivrés les lundis et mardis, de midi à trois heures.

Les étudiants inscrits pour subir leurs examens sont placés d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser par écrit la demande à M. le doyen (Décisions de la commission scolaire en date du 27 juin 1882 et du 24 décembre 1883).

La mise en série des candidats aux examens a lieu quinze jours au moins ou trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre des candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la commission scolaire, la faire tirer et distribuer, et enfin pour expédier les convocations.

Seront annulés les bulletins de versement, dont le montant n'aura pas été versé deux jours après la date qu'ils portent. Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit. Les bulletins annulés ne seront renouvelés que sur la demande écrite, et après autorisation du doyen (décision de la commission scolaire en date du 4 février 1884). Le doyen invite MM. les étudiants à ne demander de bulletins de versement que lorsqu'ils seront munis des fonds nécessaires.

Les Médecins qui voudraient expérimenter les **Tubes-Levasseur** dans les accès d'Asthme et de Suffocation peuvent se les procurer *gratis* et *franco*, à la pharmacie ROBIQUET, 23, rue de la Monnaie, Paris, ou chez l'inventeur, 7, rue du Pont-Neuf.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos, par le docteur Richelot, ancien président de la Société de médecine de Paris, chez G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120. — Prix : 2,50

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Henri Barth : Fragments d'helminthologie. — II. Bibliothèque. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de chirurgie. — IV. Courrier.

Fragments d'helminthologie.

I. — L'anchylostome duodénal et l'anémie des mineurs.

En dépit des efforts de quelques savants, tels que les Davaine, les Moquin-Tandon, les Laboulbène, l'étude des parasites animaux n'a jamais excité en France le même intérêt qu'en d'autres pays, tels que l'Allemagne, par exemple. Cette indifférence relative pourrait peut-être s'expliquer par la rareté des affections parasitaires dans notre pays. Soit en raison du climat, soit en raison de l'hygiène alimentaire ou pour toute autre cause, les entozoaires ne sont chez nous ni très fréquents, ni très redoutables : les ascarides et les oxyures ne sont que des hôtes gênants; le ténia, dans la plupart des cas, est loin de produire les fâcheux accidents que le public lui attribue volontiers; les échinocoques, infiniment plus nuisibles, sont heureusement rares; quant aux autres parasites, on les rencontre d'une manière si exceptionnelle qu'ils peuvent passer pour de véritables curiosités pathologiques. Le clinicien peut donc se croire justifié à ne pas faire entrer les entozoaires dans ses préoccupations quotidiennes.

Il n'est cependant pas très certain que le dernier mot ait été dit sur cette question, et peut-être, en cela comme en bien d'autres choses, l'avenir nous réserve-t-il d'assez grandes surprises. Les recherches poursuivies depuis quinze ou vingt ans dans divers pays, avec les moyens perfectionnés dont la science dispose, ont déjà singulièrement élargi le rôle des parasites animaux, et si elles n'ont pas sensiblement enrichi notre helminthologie indigène, elles ont du moins servi à montrer que des maladies très diverses, longtemps envisagées comme constitutionnelles ou dyscrasiques, étaient en réalité des maladies parasitaires. Lors même que ces études n'auraient pas de relation directe avec la clinique journalière, elles n'en sont pas moins intéressantes à connaître, d'abord parce qu'elles jettent un jour nouveau sur la pathogénie de certaines affections obscures et aussi parce qu'elles mettent en lumière les procédés si variés et parfois si bizarres que la nature emploie pour perpétuer la vie sous toutes ses formes et pour faire subsister les uns par les autres les êtres qu'elle a créés.

Parmi les entozoaires qui ont le plus occupé l'attention dans ces dernières années, il faut citer en premier lieu l'anchylostome duodénal. Ce parasite est connu depuis longtemps : c'est en 1838 que Dubini l'a découvert dans l'intestin d'une paysanne morte de pneumonie et autopsiée à l'hôpital de Milan, mais cette trouvaille dépourvue de sanction ne fut guère remarquée. Un second travail du même auteur, paru en 1849, et qui signalait la présence du parasite en question dans 20 pour 100 des cadavres ouverts en Lombardie, passa également presque inaperçu. Dans l'intervalle, Pruner avait mentionné l'existence de l'anchylostome en Egypte, mais toujours sans attacher à cette constatation aucune importance pathologique.

La question changea de face en 1852, quand Bilharz et Griesinger reprenant, sur les indications de Siebold, l'étude détaillée des entozoaires d'Egypte, firent connaître l'extrême fréquence du ver de Dubini dans le delta du Nil, et déclarèrent que la maladie connue sous le nom de chlorose d'Egypte ou d'anémie des pays chauds était due à ce parasite; en effet, à l'autopsie d'un individu qui avait succombé à cette affection, les deux savants observateurs avaient trouvé des milliers d'anchylostomes fixés aux parois de l'intestin grêle, chacun au centre d'une petite ecchymose, semblable à la morsure d'une sangsue; une grande quantité de sang rutilant,

©BIU Santé

qui provenait évidemment de ces petites plaies, était épanchée dans le duodénum, le jéjunum et jusque dans la première partie de l'iléon. Il parut certain que la perte de sang ainsi produite avait été la cause directe de la maladie et de la mort de cet individu.

L'opinion de Griesinger sur le rôle pathogénésique de l'anchylostome n'était fondée que sur un seul fait : aussi avait-elle trouvé beaucoup d'incrédules; elle reçut en 1873 une confirmation éclatante de la part de Wucherer, médecin allemand établi au Brésil, et bien connu pour ses nombreux travaux d'helminthologie. Cet habile observateur annonça qu'il avait pratiqué l'autopsie de plusieurs individus morts d'anémie tropicale, et que chaque fois il avait trouvé exactement les lésions décrites par Griesinger : un grand nombre de vers nématoïdes, offrant tous les caractères attribués à l'anchylostome, fixés solidement à la muqueuse duodénale et occupés à pomper le sang comme de véritables sangsues. Sur vingt sujets autopsiés par l'auteur, cinq seulement avaient offert pendant leur vie les symptômes de l'anémie des pays chauds, et tous étaient porteurs de nombreux anchylostomes; chez tous les autres, ces parasites ou manquaient absolument, ou ne se rencontraient qu'en nombre extrêmement faible.

La communication de Wucherer ne tarda pas à trouver de l'écho : Moura, Tourinho, et d'autres encore au Brésil, Monestier et Grenet aux îles Comores, Rion-Kérangel, à Cayenne, reconnurent successivement l'existence de l'anchylostome dans l'intestin des anémiques et admirent, comme cause essentielle de la maladie, l'influence des pertes de sang déterminées par ce parasite.

Les choses en étaient là, et l'histoire de l'anchylostomiase semblait appartenir exclusivement à la pathologie tropicale, quand une série d'observations isolées, se succédant à de courts intervalles, vinrent montrer que la même affection existait aussi en Europe. Ce fut d'abord Heschl qui, en 1876, publia l'histoire d'un individu originaire de la basse Autriche, qui avait succombé à l'hôpital de Vienne avec tous les signes d'une anémie profonde, et chez lequel à l'autopsie on trouva de nombreux anchylostomes dans l'intestin. Bientôt après Sonsino (1878) et Ciniselli appelèrent simultanément l'attention sur la fréquence de l'anchylostome en Italie et citèrent des faits d'anémie grave paraissant due à la présence de ce ver. Enfin Concato et Perroncito annoncèrent en 1879 que l'anémie épidémique qui décimait les mineurs du Saint-Gothard était due au parasite de Dubini. Dès lors la question prenait une véritable importance, d'autant plus que la maladie du Gothard ressemblait singulièrement, par quelques-uns de ses traits cliniques, à cette anémie des mineurs tant de fois observée dans plusieurs contrées de l'Europe, et restée obscure en dépit des plus attentives études. Aussi la communication de Concato et de Perroncito n'a-t-elle pas rencontré l'indifférence qui avait accueilli celle de Dubini quarante ans auparavant; de nombreux observateurs ont entrepris de vérifier les faits avancés par les deux médecins piémontais; de nombreux travaux ont paru, la plupart affirmant, quelques-uns niant le rôle pathogénique attribué à l'anchylostome. Bien que la lumière soit loin d'être faite sur tous les points, l'ensemble des notions acquises est dès aujourd'hui assez considérable pour mériter toute notre attention.

L'anchylostome duodénal (*Dochmius duodenalis* de Leuckart), arrivé à son complet développement est un ver cylindrique, demi-transparent, revêtu d'un tégument strié en travers ; sa tête un peu amincie présente un orifice buccal circulaire, en forme de ventouse, tourné vers la face dorsale; les bords de cet orifice sont pourvus de papilles coniques, inégales, et à l'intérieur se trouve une sorte de charpente cornée, véritable mâchoire qui porte quatre fortes dents vers sa marge inférieure. Le pharynx en forme d'entonnoir est suivi d'un œsophage musculeux, renflé en arrière et auquel fait suite un estomac de couleur foncée; l'anus placé latéralement s'ouvre

non loin de l'extrémité de la queue. Le mâle, long de 8 à 12 millimètres, est aminci antérieurement; l'extrémité caudale est garnie d'une sorte de bourse terminale en forme de coupe, sur laquelle se dessinent onze rayons; le pénis est très long et double. La femelle est longue de 12 à 18 millimètres et plus épaisse que le mâle; sa queue est obtuse et de forme conique; la vulve est située à l'union du quart postérieur avec les trois quarts antérieurs.

Le ver adulte habile l'intestin, et plus spécialement le duodénum : à l'aide des dents coniques et recourbées dont il est armé il entame la muqueuse, s'y fixe solidement et se nourrit du sang qu'il pompe incessamment par la petite plaie ainsi produite. La femelle trois fois plus nombreuse que le mâle, produit en quantité prodigieuse des œufs elliptiques de 54 μ environ de longueur sur 30 μ de large, revêtus d'une enveloppe lisse, mince et transparente, et renfermant une masse granuleuse qui ne tarde pas à subir une segmentation germinative. Ces œufs, entraînés avec les matières fécales, se développent rapidement dans la boue humide pourvu que la température soit suffisamment élevée, et bientôt on distingue à travers la coque un embryon allongé, replié sur lui-même qui ne tarde pas à briser son enveloppe et à se mettre en liberté. Il mesure alors 150 à 200 μ de long sur 12 à 15 de large et présente la forme d'un très petit ver cylindrique ; son orifice buccal pourvu de trois lèvres s'ouvre dans un pharynx allongé, pourvu de deux dilatations et auquel fait suite un tube intestinal limité par deux rangs de cellules épithéliales volumineuses; l'extrémité caudale est pointue; on ne distingue aucun vestige d'organes génitaux.

Moins de quarante-huit heures après l'éclosion, quand le milieu de culture est favorable, l'embryon atteint déjà près d'un demi-millimètre de longueur et passe à l'état de larve; les organes génitaux commencent alors à paraître, puis le contenu du ver, qui offrait jusqu'alors une apparence granuleuse, devient peu à peu transparent comme du cristal.

Arrivées à cet état, les larves ne subissent plus aucune transformation; abritées dans la fange, dans les eaux stagnantes, elles y vivent jusqu'au moment où introduites dans l'intestin humain, elles pourront atteindre leur complet développement.

C'est par les boissons que les embryons de l'anchylostome, comme ceux de tant d'autres parasites, pénètrent dans l'organisme de l'homme. A peine introduites dans l'intestin les larves se pelotonnent dans le mucus qui en revêt les parois; là elles s'accroissent rapidement, leur tube digestif achève de se développer et leur orifice buccal s'arme des quatre dents que nous avons décrites; à l'aide de ces crochets le parasite entame la muqueuse, s'y fixe solidement et aspire à la manière d'une ventouse le sang dont il fait sa nourriture. Bientôt il arrive à l'état adulte, ses organes sexuels jusqu'alors rudimentaires achèvent leur évolution, l'imprégnation ne tarde pas à avoir lieu, et au bout de peu de jours des myriades d'œufs sont versées dans l'intestin. Ces œufs, entraînés avec les matières fécales, qui en contiennent parfois de 100 à 150 *par centigramme*, vont aller se développer dans l'eau ou dans la vase et propager ainsi le parasite.

On le voit, les migrations de l'anchylostome sont fort simples: il n'a pas, comme la plupart des vers intestinaux, un hôte intermédiaire à l'abri duquel il achève une des phases de son évolution, avant d'être apte à vivre dans l'organisme humain. A peine échappés de l'intestin de l'homme les œufs donnent naissance à une larve qui vit en liberté jusqu'au moment où elle trouve l'occasion de pénétrer de nouveau dans le tube digestif d'un individu de notre espèce. Il est à noter cependant que les premières périodes du développement ne peuvent s'accomplir qu'après la mise en liberté des œufs : ceux-ci, tant qu'ils sont renfermés dans l'intestin humain ne dépassent pas la segmentation en quatre ou six cellules; ainsi l'homme est protégé contre la multiplication sur place des parasites, et ne peut jamais

©BIU Santé

porter plus d'anchylostomes adultes qu'il n'en a ingérés à l'état de larves. Ce fait, constaté par Grassi et Parona, est d'une certaine importance, ainsi qu'on le verra plus loin.

Les symptômes de l'anchylostomiase sont assez obscurs, surtout au début : c'est d'abord une sensation particulière de malaise, de pesanteur dans la région précordiale (*malcœur* des pays chauds), puis une diminution marquée de l'appétit, avec faiblesse générale et inaptitude au travail; bientôt le malade pâlit, maigrit, devient anémique; il y a parfois de légers accès fébriles irréguliers; l'abdomen est le siège de douleurs vagues, non modifiées par la pression; il y a de la constipation au début, suivie bientôt d'une diarrhée muqueuse et sanguinolente incoercible. Si alors on examine le malade, on constate tous les signes d'une anémie profonde : la pâleur est générale, le teint couleur de cire, les oreilles cadavéreuses; le pouls est petit et rapide, il y a des bruits de souffle intenses au cœur et dans les vaisseaux du cou; le malade est en proie à une somnolence continuelle; au moindre exercice il se plaint d'essoufflement, de palpitations, avec tendance à la lipothymie; l'inappétence est complète; il y a une légère tuméfaction épigastrique, avec sensibilité marquée au niveau du pylore; la diarrhée, très fréquente, montre des selles foncées, liquides, mélangées de sang et de mucus; à l'examen microscopique, on y trouve des œufs présentant tous les caractères décrits plus haut et parfois si nombreux qu'on en peut compter jusqu'à 100, 120 et même 150 par centigramme de matières; jamais on n'y rencontre de vers adultes. La rate est ordinairement tuméfiée, il y a un peu d'albuminurie, rarement de l'œdème sous-cutané. Enfin le sang présente une diminution très considérable des globules rouges, une légère augmentation des leucocytes, et un affaiblissement très marqué du pouvoir colorant. A défaut d'un traitement convenable, la cachexie fait des progrès rapides, et au bout de quelques mois, ou au plus de quelques années, le malade succombe avec tous les symptômes de l'anémie pernicieuse progressive.

A l'autopsie on trouve la peau et les muqueuses décolorées, le tissu adipeux souvent encore assez abondant, les organes internes exsangues; les poumons sont œdématiés et pâles, le cœur est flasque, le péricarde et les plèvres sont le siège d'épanchements séreux plus ou moins abondants. Le péritoine contient une notable quantité de liquide ascitique; à l'ouverture de l'intestin, la muqueuse du duodénum, du jéjunum et de la partie supérieure de l'iléon paraît d'une teinte grisâtre et marbrée de rouge; sa surface est tapissée par un mucus également rougeâtre; en y regardant de près on découvre de nombreuses petites taches rouges de la grandeur d'une lentille, déprimées au centre, et constituées par une légère ecchymose, au milieu de laquelle on distingue une très petite perforation de la muqueuse. La cavité de l'intestin renferme une grande quantité de mucus et de sang, dans lequel sont pelotonnés de nombreux anchylostomes, les uns libres, les autres solidement fixés par leur extrémité buccale au centre des petites ecchymoses que nous venons de décrire.

Les symptômes précédents sont ceux que plusieurs médecins italiens, Perroncito, Concato, Grassi, Parona ont maintes fois constatés chez les mineurs atteints de la maladie connue sous le nom d'*anémie épidémique du Saint-Gothard;* ils ne diffèrent pas notablement de ceux de l'hypohémie tropicale tels qu'il ont été décrits par Griesinger en Egypte, par Wucherer et par divers médecins indigènes au Brésil; ils ne diffèrent pas non plus du tableau clinique observé par Sonsino, par Ciniselli et par d'autres, dans certains cas sporadiques d'anémie pernicieuse où l'autopsie a révélé la présence d'anchylostomes nombreux dans l'intestin. C'est donc logiquement que l'on a rapporté la maladie du Saint-Gothard à l'anchylostomiase, dont le développement chez les ouvriers du tunnel s'explique facilement par les mauvaises conditions hygiéniques, par le dépôt fréquent des ma-

©BIU Santé

tières fécales au fond des galeries où une température élevée favorise l'éclosion des œufs du parasite, et surtout par la mauvaise habitude qu'ont les ouvriers de se désaltérer avec les eaux d'infiltration qui s'écoulent plus ou moins librement sur un sol constamment souillé.

Mais si la présence constante du parasite chez les malades en question n'a pu être niée, démontrée qu'elle est par toutes les observations cliniques et par toutes les autopsies, divers auteurs n'en ont pas moins refusé d'admettre que l'anchylostome fût la cause de l'anémie du Saint-Gothard, et n'ont voulu y voir qu'une complication sans importance. Dubini à Milan, on se le rappelle, découvrait le parasite chez un cinquième des sujets, et dans les maladies les plus diverses . rien d'étonnant à ce qu'un entozoaire si fréquent se rencontrât chez des ouvriers placés dans les meilleures conditions pour cela, mais quant à l'anémie, elle s'expliquait bien plus aisément par la mauvaise hygiène des travailleurs du tunnel, par la privation d'air et de lumière, par l'influence délétère de la haute température des galeries (Pagliani et Bozzolo).

A ce raisonnement, il a été facile de répondre que l'anémie du Saint-Gothard ne s'était pas développée exclusivement chez des ouvriers, qu'elle s'était montrée également chez des personnes travaillant depuis longtemps à ciel ouvert et vivant dans d'excellentes conditions hygiéniques; témoin le jeune ingénieur hongrois dont Sonderegger a publié l'observation. Quant à la prétendue innocuité du parasite, ce n'est qu'une question de nombre : quatre ou cinq anchylostomes dans l'intestin ne peuvent déterminer aucun symptôme appréciable; or, c'est à peu près dans cette proportion que Dubini les rencontrait à Milan, que Bilharz et Griesinger les trouvaient au Caire dans presque tous les cadavres; mais c'est dans les anémies graves seulement qu'on en a compté cinq cents, mille et même davantage, et on conçoit aisément qu'une telle quantité de vers hématophages devienne une cause très active d'affaiblissement organique. D'ailleurs, suivant le vieil adage : « *Naturam morborum curationes ostendunt.* » Or, ceux des mineurs anémiques que Perroncito, Parona, Maj et d'autres ont traité par des vermifuges convenables, notamment par l'extrait éthéré de fougère mâle, se sont remis rapidement à dater du jour où les œufs ont disparu des selles, tandis que ceux qui n'ont pris que des toniques ont vu leur situation continuer à s'aggraver, bien qu'ils eussent quitté le tunnel depuis plusieurs mois.

Il n'y a donc pas à en douter : c'est bien la présence de l'anchylostome duodénal qui est la cause de l'anémie épidémique du Saint-Gothard. Ce parasite vorace, fixé à la paroi intestinale, pompe le sang comme une véritable sangsue; lorsqu'il est repu, il lâche prise et une quantité notable de liquide sanguin continue à sourdre par la petite plaie; enfin, la muqueuse irritée par le traumatisme, et peut-être par la salive caustique de l'animal, devient le siège d'une entérite ulcérative qui entretient la diarrhée et empêche toute absorption : voilà pourquoi les malades, quand ils ont trop tardé à se débarrasser de leurs vers, ont tant de peine à recouvrer leur santé. — Ce processus, encore imparfaitement suivi chez l'homme, a été récemment décrit par Méguin chez le chien : la maladie sévit épidémiquement sur les meutes de chasse, elle se manifeste par de fréquents saignements de nez, de l'essoufflement, un amaigrissement rapide sans perte absolue de l'appétit, et une diarrhée qui amène bientôt la mort par épuisement; à l'autopsie, on trouve un épaississement congestif et œdémateux de la muqueuse duodénale; plus bas, la surface de l'intestin est normale, mais marbrée de taches ecchymotiques dont chacune porte en son milieu un ver de 10 à 15 millimètres de longueur.

Les mêmes auteurs qui ont fait connaître la véritable nature de l'anémie du Saint-Gothard en ont aussi indiqué le remède : le parasite étant exclusivement intestinal peut être expulsé par un traitement vermifuge. Tous

©BIU Santé

les agents anthelminthiques ne sont pas également efficaces, et la plupart même se sont montrés sans action, ainsi le kousso, le kamala, l'écorce de racine de grenadier, la santonine, ont été essayés successivement avec peu de succès. Mais il n'en est pas de même de l'extrait éthéré de fougère mâle, qui, entre les mains de plusieurs observateurs, a parfaitement réussi : Perroncito, Parona, Maj, ont fait voir que ce vermifuge, administré à la dose quotidienne de 2 ou 4 grammes, déterminait promptement l'expulsion de nombreux anchylostomes, suivie de la disparition des œufs dans les selles. Tout récemment un autre médicament, le thymol, a aussi donné de nombreux succès entre les mains de Graziadei. Ce traitement est en général bientôt suivi de guérison, à moins que la maladie ne soit très ancienne et le catarrhe intestinal très invétéré, auquel cas l'amélioration est beaucoup plus lente à se faire sentir.

Comme il était facile de le prévoir, les découvertes si fécondes auxquelles a donné lieu l'étude de la maladie du Saint-Gothard ont rappelé l'attention sur une affection cliniquement très analogue, sur cette *anémie des mineurs*, tant de fois signalée en France, en Belgique et dans la plupart des pays houillers. On s'est demandé si cette singulière affection, tour à tour attribuée aux mauvaises conditions hygiéniques (Riembault), à l'absorption des dérivés volatils de la houille (Manouvriez), à la désoxygénation de l'air des galeries par la houille (Fabre), n'était pas due, elle aussi, à la présence de l'anchylostome. Les premières recherches dirigées dans ce sens ont paru confirmer l'hypothèse; Schillinger a trouvé le parasite aux mines de Schemnitz; plus récemment, Perroncito et Riembault, à Saint-Etienne, ont reconnu les œufs d'anchylostome dans les fèces de plusieurs mineurs anémiques; des observations analogues ont été faites sur divers autres points. Mais il ne semble pas que, dans ces localités, l'anchylostomiase ait la même importance qu'au Saint-Gothard : le parasite, suivant Eraud et Trossat, se rencontre aussi bien chez les mineurs non anémiques que chez les mineurs anémiques; il n'est jamais très abondant, et son expulsion par les vermifuges ordinaires n'est pas suivie d'une amélioration marquée des symptômes. Ces auteurs se refusent à admettre que l'anémie des mineurs soit la même affection que la maladie du Saint-Gothard, et à l'appui de cette opinion, Fabre, l'habile défenseur de la doctrine de l'anoxhémie, déclare qu'il n'a pas rencontré l'anchylostome chez les mineurs de Commentry. — Tel est l'état de la question; il n'est pas possible, on le voit, de la résoudre actuellement d'une manière définitive, mais elle est assez intéressante pour provoquer de nouvelles études.

Henri BARTH.

BIBLIOTHÈQUE

LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par M. le docteur VUILLET, professeur à la Faculté de médecine de Genève. — 1884. Genève, H. Ycorg, et Paris, J.-B. Baillière.

Il est des questions toujours actuelles parce qu'elles répondent sans cesse aux inquiétudes du public. Elles ont donc l'avantage d'intéresser ceux qui ont charge de l'hygiène publique et ceux qui, trop souvent aussi, sont les victimes de l'inobservation des préceptes sanitaires les plus simples en apparence et cependant les plus négligés. C'est vraisemblablement le motif pour lequel M. Vuillet avait choisi la fièvre typhoïde pour sujet des deux conférences qu'il fit l'année dernière à l'Aula de l'Université de Genève. Aujourd'hui, il livre à la publicité ces deux leçons qui avaient, dit-il, pour but « de « vulgariser les notions scientifiques » et de lutter efficacement ainsi contre l'incurie et la routine. « Mais pour vulgariser d'une manière effective, il faut répéter. » La brochure actuelle est donc une répétition par la lettre moulée des sages arguments que le savant professeur faisait valoir par l'autorité et le charme de sa parole.

On ne trouvera pas, dans ce petit livre, des notions nouvelles sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde, car, en vulgarisateur consciencieux, l'auteur a dû se borner à l'exposition des faits connus sans s'égarer sur le terrain des discussions ou l'exploration de régions encore mal délimitées. Il s'est surtout attaché à convaincre l'esprit de son auditoire et à montrer l'utilité, la puissance et l'urgence de l'hygiène publique et privée pour combattre la propagation de cette maladie. D'où la nécessité, pour la cité, d'une administration sanitaire responsable. Citant à l'appui de sa thèse des épidémies dont Genève et d'autres localités furent le théâtre, M. Vuillet démontre à ce propos l'origine fécale de la fièvre typhoïde et la dissémination des germes morbifiques contaminant les eaux destinées aux usages alimentaires et domestiques.

Dans un chaleureux appel à l'opinion de ses concitoyens, M. Vuillet réclame en terminant, au nom de la science, l'amélioration du service de la santé publique dans le canton. Ne devons-nous pas, dit-il, organiser « la défense contre ces ennemis qui « ne désarment jamais, qui nous surprennent toujours, et qui ont immolé plus de vic- « times et fait couler plus de larmes que les balles et la mitraille. »

Voilà donc une brochure qui mérite lecture aussi bien dans notre pays que chez nos voisins de la Suisse romande. Au besoin, elle pourrait inspirer des conférenciers français désireux de solliciter l'attention générale sur des questions trop négligées par nos orateurs des salles publiques. A ce point de vue, elle a une portée sociale immédiate. Vraisemblablement, ce n'est pas là une recommandation auprès de la bureaucratie paperassière de Genève, de la Suisse et des autres lieux; mais, par contre, c'est un motif pour nous de témoigner, par dessus la frontière, notre estime à M. Vuillet et pour lui assurer une sympathie que partageront tous les lecteurs de ce modeste ouvrage.

Ch. E.

DES TENSIONS INTRA-THORACIQUES ET DE LEURS RAPPORTS AVEC LA SYMPTOMATOLOGIE ET LE TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX, par le docteur Albert DUMONT. Bordeaux, 1883; Bellier et Cie.

Ce mémoire a pour objet la recherche expérimentale des tensions intra-thoraciques dans les épanchements pleuraux. L'auteur a employé dans ce but le manomètre à mercure adapté sur l'appareil aspirateur par l'intermédiaire d'un tube que commande un robinet à trois voies. Une disposition ingénieuse met la cavité pleurale en rapport soit avec le manomètre, soit avec l'appareil à faire le vide, mais sans pouvoir faire communiquer le manomètre avec ce dernier.

M. Dumont a donc pu, par ce moyen, étudier le degré et les différences des tensions intra-thoraciques pendant le cours de la thoracentèse et constater que ces dernières varient en raison directe de la quantité du liquide, de la nature de la pleurésie et des complications pulmonaires. Les symptômes correspondants consistent dans la compression du poumon (affaiblissement ou abolition du murmure vésiculaire), la déformation du thorax, le déplacement du cœur, des organes abdominaux, et enfin les troubles circulatoires.

Ces recherches ne possèdent pas seulement un intérêt pathologique, la thérapeutique est appelée à en bénéficier, et l'auteur, dans un chapitre qui intéressera vivement les cliniciens, montre l'utilité, pour éviter les accidents causés par l'évacuation trop rapide du liquide, d'employer le siphon simple: cet appareil n'est autre qu'un tube en caoutchouc, long de 1 mètre 40, large de 5 millimètres, s'adaptant au trocart n° 3 de l'aspirateur de Potain et muni d'un raccord en verre permettant de suivre le cours du liquide ainsi que d'un manomètre avec robinet à trois voies. Le siphon s'amorce sous l'influence de la projection du liquide au moment de la ponction. Par ce moyen, il devient possible de ralentir l'écoulement du liquide et d'éviter les dangers des appareils classiques à aspiration.

En résumé, ce mémoire possède le double mérite de l'originalité et de l'utilité pratique. Ce sont là des qualités témoignant de la valeur des recherches de notre distingué confrère sur la médecine expérimentale appliquée à la clinique.

C. E.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 mars 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. Decharmes adresse une nouvelle lettre sur l'orage observé le 24 février dernier à Amiens, orage pendant lequel la foudre est tombée en sept endroits différents, toujours sous la forme globulaire.

Les deux points les plus éloignés qui ont été frappés par le tonnerre sont distants de 1,373 mètres en ligne droite.

Partout, l'apparence notée a été la même: une flamme d'un blanc bleuâtre, tantôt grosse comme une orange, tantôt comme un œuf de poule, disparaissant sans laisser aucune trace ni odeur, et précédant de quelques secondes et même d'une minute la détonation.

M. le Secrétaire perpétuel fait remarquer que des faits de ce genre ne sont pas rares; on en possède bien une centaine qui sont consignés dans les annales de la science. Mais, comme le dit M. Faye, ils ne laissent pas d'être fort intéressants.

M. Bouquet de la Grye se porte, par lettre, candidat à la place vacante dans la section de géographie et de navigation, par suite du décès de M. Yvon-Villarceau.

— M. Du Moncel laisse, par testament, à l'Académie des sciences, une somme de 15,000 francs dont il abandonne l'entière disposition à l'Académie.

C'est la première fois qu'un legs est fait sous une forme aussi libérale.

M. Chevreul devait entretenir l'Académie de quelques points particuliers de la théorie du contraste simultané des couleurs. Mais l'annonce d'un comité secret très chargé qui doit clore la séance le plus tôt possible fait que le vénérable académicien renonce à la parole.

Il en est à peu près de même de M. le colonel Périer, qui se borne à déposer sur le bureau, sans donner de développements à sa présentation, les premiers spécimens d'une nouvelle carte de la Tunisie, dressée par ordre du ministre de la guerre. Cette carte, à l'échelle de la carte d'Algérie précédemment présentée, s'étendra jusqu'à la Tripolitaine; elle se composera de 21 feuilles en couleur et sera complètement terminée le 1er janvier 1885. Le travail n'aura demandé que quatre années.

M. H. Bouley fait hommage à la compagnie d'un volume qu'il vient de publier et qui contient les leçons de pathologie comparée qu'il a professées au Collège de France. Ces leçons démontrent :

1° Que la contagion est fonction des organismes vivants;

2° Qu'il y a des dangers considérables à faire usage, pour l'alimentation, de la chair des animaux qui ont succombé à la tuberculose.

L'honorable académicien présente, de la part du docteur E. Monin, secrétaire de la Société française d'hygiène, une brochure intitulée : *La propreté de l'individu et de la maison.*

M. Chatin présente, au nom de M. le docteur Antonin Bossu, en en faisant l'éloge, le *Traité élémentaire de botanique*, dont il a été rendu compte dans ce Journal, il y a quelques jours.

MM. Gautier et Etard adressent une lettre relative à la note de M. Calmels sur le venin des batraciens. Ces messieurs s'expriment ainsi :

« Dans son intéressante Note sur le venin des batraciens, insérée récemment aux *Comptes rendus*, M. Calmels annonce que les carbylamines se produisent par le dédoublement des acides isocyanacétique et homologues préexistant dans ces venins. Il pense, en outre, que ces mêmes carbylamines peuvent se rencontrer parmi les produits de la putréfaction, et concourir à la constitution de certaines ptomaïnes. Nous désirons rappeler que, dans notre Note à l'Académie du 12 juin 1882, nous avions annoncé déjà que les carbylamines existent parmi les dérivés des albuminoïdes séparés par les bactéries putrides, et qu'elles apparaissent, en particulier, lorsqu'on traite par la potasse l'extrait chloroformique, dans le but de mettre les ptomaïnes en liberté.

« Nous sommes heureux que le beau travail de M. Calmels vienne apporter sur ce point une confirmation et un complément à nos propres observations. »

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret. — M. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mars 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

SOMMAIRE : Présentations. — Lecture : Des fistules uréthro-péniennes consécutives à la constriction de la verge. — Communications : Observation d'anévrysme diffus de l'artère fémorale; ligature de la fémorale par la méthode d'Anel, immédiatement au-dessous de l'arcade crurale : inflammation du sac; opération de l'ouverture du sac et de la ligature des deux bouts de la fémorale; — hémorrhagie consécutive par la fémorale profonde; ligature de cette artère; mort par infection purulente; — discussion. — Statistique des grandes opérations chirurgicales faites à l'hôpital Beaujon (service de M. Tillaux) en 1883. — Présentation de malade opéré par la méthode d'Estlander.

M. TILLAUX présente, au nom de M. le docteur Lefèvre, professeur à l'Université catholique de Louvain, un *Traité de médecine opératoire* en deux volumes.

— M. ROBERT, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lit un travail intitulé : *Des fistules uréthro-péniennes consécutives à la constriction de la verge.* — Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Verneuil, Delens et Tillaux, rapporteur.

— M. DESPRÈS communique une observation d'anévrysme diffus de l'artère fémorale.

Il s'agit d'une femme de 39 ans, blanchisseuse, qui se présenta dernièrement à la consultation de l'hôpital de la Charité pour y être soignée d'un anévrysme de la fémorale situé au voisinage de l'arcade de Fallope. Elle sortait d'un autre hôpital, où on lui avait fait la compression digitale, et cette compression n'avait réussi qu'à transformer l'anévrysme vrai primitif en anévrysme diffus. On constatait, en effet, l'existence d'un épanchement sanguin étendu du pli de l'aine au voisinage du creux poplité, suivant le trajet de la fémorale. Cette femme ne présentait d'ailleurs rien de particulier, au point de vue de la santé générale, sinon qu'elle paraissait atteinte d'ictère hémaphéique.

Sans attacher d'importance à cette particularité, M. Desprès, quelques jours après l'entrée de la malade dans son service, pratiqua la ligature de la fémorale par la méthode d'Anel, immédiatement au-dessous de l'arcade de Fallope. Après l'opération, la circulation se rétablit d'une manière extrêmement rapide dans le membre. Le quatrième jour, on constata un point de ramollissement dans le foyer principal de l'anévrysme et la malade se plaignit d'éprouver des douleurs assez vives. Il y avait là évidemment un commencement d'inflammation du sac. Au bout de quatre jours encore, la tumeur avait augmenté de volume d'une manière notable, ce qui indiquait le retour du sang dans l'anévrysme. Le neuvième jour se manifesta un point rouge sur la tumeur et M. Desprès pratiqua une ponction qui donna issue à du sang noir dont l'écoulement dura vingt-quatre heures.

M. Desprès résolut alors de faire l'ouverture du sac et de pratiquer la ligature des deux bouts de l'artère, au-dessus et au-dessous de l'anévrysme. Ayant fait une grande incision, ouvert le sac, extrait les caillots et empêché momentanément la sortie du sang par l'apposition des doigts sur les ouvertures du vaisseau, M. Desprès appliqua deux pinces à forcipressure, l'une au-dessous, l'autre au-dessus de la tumeur. L'application de la première pince fut facile, mais celle de la pince destinée au bout supérieur présenta des difficultés; il y eut une perte de sang considérable, plus d'un litre.

M. Desprès essaya alors de disséquer la tumeur pour arriver à lier les deux bouts du vaisseau au-dessus des pinces, mais l'état de la malade et les difficultés qu'il rencontra l'obligèrent d'y renoncer. Il prit donc le parti de laisser les pinces à demeure pendant un certain temps et bourra de charpie la poche anévrysmale. Les pinces furent laissées à demeure pendant onze ou douze jours, après lesquels elles furent enlevées avec précaution. La plaie avait un très bon aspect et se couvrait de bourgeons charnus de belle apparence. Tout alla bien jusqu'au vingt-deuxième jour, où se manifestèrent des hémorrhagies consécutives ayant leur source non dans le foyer de l'anévrysme, mais dans la plaie de l'artère fémorale. Ces hémorrhagies se renouvelaient et affaiblissaient de plus en plus la malade. M. Desprès pensa qu'elles se faisaient par le bout inférieur de l'artère fémorale, au point d'émergence de la fémorale profonde, et n'hésita pas à pratiquer la ligature de cette artère, qui était en effet la source de l'hémorrhagie. Celle-ci s'arrêta et dès lors il ne s'en produisit plus de nouvelle; mais, au bout de quelques jours, la malade éprouva un grand frisson et les autres symptômes de l'infection purulente à laquelle elle ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, on trouva des abcès métastatiques dans les deux poumons. On constata, en outre, que l'une des pinces à forcipressure avait coupé une veine et provoqué ainsi une phlébite à marche lente, à laquelle M. Desprès attribue la pyohémie.

©BIU Santé

M. Desprès, à cette occasion, rappelle combien sont graves les opérations pratiquées à la racine des membres, en particulier au niveau du pli de l'aine, à cause des veines nombreuses et des gros troncs lymphatiques qui couvrent cette région.

En outre, chez la malade qui fait le sujet de cette observation, la compression digitale faite préalablement à l'opération, en favorisant la circulation de retour, paraît avoir aggravé le pronostic opératoire. On pourrait formuler en principe que la compression digitale aggrave toujours le pronostic des anévrysmes qu'elle ne guérit pas.

Enfin la terminaison fatale, chez cette malade, doit être attribuée à l'infection purulente. A ce sujet, M. Desprès croit devoir appeler l'attention de ses collègues sur cette espèce de retour offensif de l'infection purulente qui, suivant lui, commencerait à se manifester dans les hôpitaux de Paris.

M. Trélat se propose de communiquer prochainement deux observations d'anévrysme ayant un siège spécial, l'une d'anévrysme artério-veineux de la cuisse transformé en anévrysme artériel et guéri après opération; l'autre d'anévrysme du creux poplité ayant ceci d'intéressant qu'il avait été traité par divers procédés de compression au pli de l'aine sans aucun succès et avait été même transformé en anévrysme diffus des plus graves. Broca, appelé en consultation par M. Trélat, était resté hésitant au sujet de l'opportunité d'une opération. M. Trélat fit la ligature de la fémorale à la partie inférieure du triangle de Scarpa. Le résultat fut excellent. L'opération date de six ou sept ans, et le malade vit encore aujourd'hui, parfaitement guéri de son anévrysme.

Quant à l'opération de M. Desprès, M. Trélat pense qu'elle méritait un meilleur sort, ayant été conduite avec habileté jusqu'à l'époque où généralement les hémorrhagies ne sont plus à redouter.

Toutefois, M. Trélat se demande si M. Desprès a bien fait tout le nécessaire pour éviter l'infection purulente, et, à ce propos, il croit devoir protester contre l'allégation de M. Desprès, d'après laquelle l'infection purulente reparaîtrait dans les hôpitaux.

Si M. Desprès, au lieu de bourrer la cavité du sac anévrysmal avec de la charpie ordinaire, avait employé des substances antiseptiques, si, en un mot, il avait pris toutes les précautions que prennent généralement aujourd'hui les chirurgiens pour faire des opérations aseptiques, peut-être eût-il compté un succès au lieu d'un revers. De ce qu'une veine a été touchée, il ne s'ensuit pas que la malade dût fatalement succomber à l'infection purulente. Enfin si l'absence des précautions réclamées par la méthode antiseptique n'a pas toujours une influence nécessaire sur les résultats opératoires, elle est particulièrement regrettable dans les cas d'opérations graves comme celle de M. Desprès.

M. Verneuil se joint à M. Trélat pour protester contre l'allégation touchant le prétendu retour de l'infection purulente dans les hôpitaux de Paris. De pareils accidents ne se manifestent que dans les services où l'on se refuse à prendre les précautions nécessaires pour les éviter. M. Verneuil déclare que, en ce qui concerne son service de l'hôpital de la Pitié, l'infection purulente en a disparu depuis des années et que rien ne lui fait présumer qu'elle menace d'y reparaître.

Pour le cas de M. Desprès, M. Verneuil croit devoir retenir le détail de l'ictère hémaphéique, auquel M. Desprès ne paraît pas attacher d'importance. Du moins, M. Desprès ne dit rien du l'état du foie chez sa malade et passe entièrement sous silence les particularités que l'autopsie aurait pu révéler à ce sujet. Cependant, il résulte d'observations nombreuses que les altérations du foie, comme celles des reins, ont une grande influence sur la manifestation des hémorrhagies consécutives. Quand il existe un ictère, hémaphéique ou non, chez un malade à qui une opération doit être pratiquée, le pronostic emprunte toujours à cette complication un degré de plus de gravité.

M. Maurice Perrin partage entièrement l'opinion que viennent d'exprimer MM. Trélat et Verneuil relativement à la prétendue réapparition de l'infection purulente dans les hôpitaux.

De plus, en ce qui concerne le cas de M. Desprès, M. Maurice Perrin ne trouve pas que le procédé opératoire suivi par ce chirurgien soit à l'abri de toute critique. Il pense qu'il n'était pas très prudent de faire l'application de pinces à forcipressure sur les deux bouts d'une artère atteinte d'anévrysme diffus dont le sac était enflammé, l'altération ne devant pas sans doute être limitée précisément au sac anévrysmal.

Il aurait fallu, suivant M. Maurice Perrin, remonter plus haut et faire la ligature de l'iliaque externe, de manière à éviter le plus possible le danger de toucher les veines et les troncs lymphatiques de la racine du membre. M. Desprès aurait peut-être trouvé ainsi un succès, comme en ont obtenu d'autres chirurgiens dans des cas analogues.

M. Maurice Perrin a opéré, avant la guerre de 1870, un sous-lieutenant qui avait un anévrysme de la fémorale situé à un centimètre environ au-dessous de l'arcade de Fallope, ayant le volume d'une orange et occasionnant au malade de très vives douleurs au niveau du genou. Il pratiqua la ligature de l'iliaque externe, dont les suites furent excellentes, car le malade put reprendre son service et faire la campagne de 1870 dans un état de santé parfaite.

M. Tillaux pense, comme M. Maurice Perrin, qu'il eût mieux valu faire la ligature de l'iliaque externe que celle de la fémorale. On devrait considérer comme règle en médecine opératoire de préférer la ligature de l'iliaque externe à celle de la fémorale au pli de l'aine. Il n'y a pas, en effet, d'endroit plus défavorable pour une ligature que ce lieu d'élection classique, où l'on trouve réunies en un vrai bouquet artériel un grand nombre de collatérales dont le voisinage est bien propre à favoriser la production des hémorrhagies consécutives en empêchant la formation du caillot obturateur. Il est surprenant que la malade de M. Desprès n'ait pas eu d'hémorrhagie plus précoce.

D'une façon générale, M. Tillaux estime que la ligature de l'iliaque externe met plus à l'abri des hémorrhagies secondaires que celle de la fémorale. Cette ligature devra être faite au-dessus de l'émergence de la circonflexe iliaque et de l'épigastrique.

M. Berger est d'avis, comme M. Tillaux, qu'il convient de reporter plus haut que le triangle de Scarpa, la ligature faite pour un anévrysme de la fémorale, à cause du voisinage des collatérales de cette artère à ce niveau. Dans un cas dont l'observation a été publiée récemment, il a fallu, après la ligature de la fémorale au-dessus de l'arcade de Fallope, faire encore la ligature de l'iliaque. Il existe un assez grand nombre de faits de ligature de l'iliaque externe sans hémorrhagie consécutive.

M. Berger pense que le secours de la méthode antiseptique est indispensable pour l'oblitération solide et définitive de l'artère liée; en prévenant la suppuration, cette méthode donne, en effet, toute sécurité contre l'apparition des hémorrhagies secondaires.

M. Desprès répond aux diverses objections qui lui ont été adressées par ses collègues. Il déclare qu'il n'y a pas à comparer, au point de vue des résultats, la ligature d'une artère atteinte simplement d'anévrysme vrai à la ligature d'une artère qui est le siège d'un anévrysme diffus. Broca a démontré que l'inflammation du sac est très fréquente à la suite de la ligature d'un anévrysme diffus. En outre, la malade avait déjà, avant l'opération, un commencement d'inflammation du sac dû aux manœuvres de la compression digitale. Ce qui a porté M. Desprès à intervenir, c'est le bon état général de la malade, atteinte seulement d'un léger ictère hémaphéique sans importance, comme l'a démontré l'autopsie qui n'a révélé aucune altération du foie. Il aurait bien voulu faire d'emblée la ligature de l'iliaque externe, mais il avait toujours la pensée d'ouvrir le sac anévrysmal et de faire la ligature des deux bouts de l'artère. Toutes les fois, en effet, que ce procédé est applicable, il donne d'excellents résultats démontrés par l'expérience. Si M. Desprès avait à refaire une semblable opération, il commencerait par pratiquer la ligature préalable de l'artère avant d'ouvrir le sac afin d'éviter l'hémorrhagie, puis il ferait, après ouverture du sac, la ligature des deux bouts. Il a hésité à le faire chez la malade à cause de la longueur de l'incision à pratiquer et de l'étendue de la suppuration qui en eût été la conséquence.

Quant au pansement, il a consisté dans l'introduction de charpie imbibée d'eau alcoolisée; toutes les pièces du pansement ont été arrosées avec le même liquide; c'est la seule manière de M. Desprès de faire l'antisepsie, à laquelle il ne croit pas.

Quoi qu'en aient dit ses collègues, M. Desprès maintient ce qu'il a affirmé sur la réapparition de l'infection purulente dans les hôpitaux.

M. Terrier croit devoir déclarer que si la pyohémie se montre encore ça et là dans les hôpitaux de Paris, c'est par la faute de l'administration de l'Assistance publique qui semble prendre à tâche de laisser les hôpitaux dans l'état le plus déplorable. Cette part faite à la responsabilité de l'administration parisienne, M. Terrier affirme que les chirurgiens luttent avec énergie et avec succès, grâce à la méthode antiseptique, contre les causes d'infection purulente, et les immenses progrès accomplis sur ce point ne sont pas contestables.

— M. Tillaux présente le tableau suivant des grandes opérations qu'il a pratiquées en 1883, dans son service de l'hôpital Beaujon : 15 amputations, 13 guérisons et 2 morts; 12 résections, 12 guérisons; 19 grandes opérations pratiquées sur l'abdomen (ovariotomies, ablations de sarcomes de l'ovaire, laparotomie, hernies simples ou gangrenées), 10 guérisons et 9 morts; 36 ablations de tumeurs, 34 guérisons et 2 morts; 5 opérations

©BIU Santé

sur les organes génito-urinaires de l'homme (uréthrotomies internes, lithotritie, taille hypogastrique, taille périnéale), 5 guérisons ; 8 opérations sur les organes génito-urinaires de la femme, 8 guérisons ; 12 opérations sur le rectum, 12 guérisons ; 7 opérations sur les yeux, 7 guérisons ; 6 opérations diverses, 6 guérisons.

M. Tillaux a écarté de cette statistique toutes les petites opérations. Il n'a observé pendant cette année 1883 que deux érysipèles bénins et pas d'infection purulente. Il a suivi le plus exactement possible les règles de la chirurgie antiseptique ; chaque fois qu'il a pu le faire, il a eu recours à la réunion immédiate avec un bon drainage.

Cette statistique démontre avec toute évidence que les résultats obtenus par cette pratique sont notablement supérieurs à ceux que l'on obtenait jadis dans les hôpitaux. Il y a vingt ans, on a vu à certaines époques toutes les opérations échouer à l'hôpital Beaujon.

— M. Bouilly présente un jeune malade auquel il a, le 25 décembre dernier, pratiqué l'opération d'Estlander pour un empyème chronique datant de cinq ans. Il a réséqué les 6e, 7e, 8e, 9e et 10e côtes gauches dans une grande étendue. L'opération a parfaitement réussi ; la température a été constamment de 37° ; le malade est aujourd'hui complètement guéri.

A. T.

COURRIER

Erratum. — Dans le numéro de samedi dernier, p. 510, titre IV, art. 1er, au lieu de : « Il aura la direction générale des médecins », il faut lire : « Il aura la direction générale de l'Ordre des médecins ».

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 31 mars 1884, à midi et demi. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à y prendre part. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 25 février au 17 mars 1884. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1884. Leur temps d'exercice expire le 1er octobre 1888. Pour tous autres renseignements, consulter le règlement soit à la Faculté, soit à l'Ecole pratique.

Invitation au IIIe Congrès otologique international qui se tiendra à Bâle du 1er au 4 septembre 1884. — Après le premier Congrès otologique international qui a eu lieu à New-York en 1876, le deuxième a tenu ses séances à Milan du 6 au 9 septembre 1880. Pendant cette dernière réunion, il fut décidé à l'unanimité, sur la proposition de M. le professeur Politzer, que le *IIIe Congrès aurait lieu à Bâle au commencement du mois de septembre 1884*. En même temps, on procéda à la nomination d'un comité organisateur dont on nomma membres MM. Burckhardt-Mérian (président), Hartmann, Loewenberg, Ménière, Politzer et Sapolini. Ce comité fut autorisé à s'adjoindre d'autres savants.

La première réunion du comité organisateur eut lieu à Paris le 18 mars 1883. Il y fut décidé de fixer la date du Congrès du 1er au 4 septembre 1884. Cette époque parut convenir le mieux, attendu que le Congrès international des sciences médicales tiendra ses assises à Copenhague du 10 au 16 août 1884, et que le comité croit pouvoir supposer qu'une partie des confrères spéciaux venus d'Amérique et d'autres contrées éloignées pour se rendre à Bâle voudront, auparavant, assister à la réunion de Copenhague, ce qui leur sera possible par suite de la fixation du Congrès otologique à l'époque susindiquée.

On est prié de faire connaître jusqu'au 15 mai 1884 les sujets sur lesquels on désire faire des communications. En dehors de celles-ci et des discussions, il est très désirable qu'il soit fait des démonstrations d'instruments et de préparations macroscopiques et microscopiques.

Les confrères désireux d'assister au Congrès sans avoir l'intention d'annoncer des communications sont priés de faire savoir leur intention à cet égard afin de permettre au comité de connaître à temps le nombre probable de visiteurs.

Au commencement de juin 1884, le programme détaillé du Congrès et des communications annoncées sera envoyé à tous les confrères qui auront manifesté l'intention de prendre part au Congrès.

Toutes les communications concernant le Congrès doivent être adressées à M. le docteur Burckhardt-Mérian à Bâle.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Paul Le Gendre : Pathologie et thérapeutique générales. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Thèses de doctorat. — V. Bulletin des décès de la ville de Paris. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 25 mars. — La séance, bien remplie, n'a pas occupé moins de cinq orateurs. C'est d'abord M. Le Roy de Méricourt, avec un rapport verbal sur le cas de *chromhydrose rose* que M. Bergeron avait présenté la semaine dernière. C'est ensuite M. le professeur Hayem, qui a fait des expériences sur la *transfusion péritonéale*, et qui en tire les conclusions suivantes : le sang injecté dans le péritoine, quand l'espèce animale est bien choisie et quand il n'y a pas de péritonite, est absorbé en nature avec ses globules, car on les retrouve dans le sang du transfusé; les vaisseaux lymphatiques paraissent être les principales voies d'absorption; la transfusion péritonéale peut être considérée comme l'équivalent d'une transfusion intra-veineuse qui se ferait avec une extrême lenteur.

La tribune est maintenant à M. Béchamp à propos des « granulations du cerveau et de la rage ». Dans sa dernière communication sur le virus rabique, M. Pasteur s'est laissé prendre en flagrant délit de microzymas. Ceux-ci ont la partie belle, et leur père ne laisse pas échapper l'occasion : « C'est la première fois que M. Pasteur parle des granulations moléculaires, et il le fait comme moi. » En effet, vous n'avez pas vu de microbes dans les cerveaux rabiques, mais des granulations, des points... Voilà les microzymas; et, si vous n'avez rien trouvé de plus, si M. Bouley a pu dire : « N'y aurait-il pas de microbe de la rage? » c'est que « les microzymas du système nerveux, comme je l'ai démontré, évoluent très difficilement en bactéries ».

Quatrième orateur : M. Luys expose les recherches de topographie crânio-cérébrale que nous avons annoncées dans notre dernier *Bulletin*, et montre le schéma des déplacements de l'encéphale suivant la position du corps.

La séance se termine par un rapport sur les épidémies, de M. Bucquoy, et une lecture de M. Delthil sur le traitement de la diphthérie.

— L'opération d'Estlander est à l'ordre du jour, et tout récemment encore notre collègue Bouilly montrait un nouvel exemple d'empyème fistuleux guéri par la résection thoracoplastique (*Union méd.*, 25 mars). Nos lecteurs savent, par les *Comptes rendus* de la Société de chirurgie, que cette opération consiste à enlever, dans les cas de fistules pleurales rebelles, plusieurs segments des côtes pour donner à la paroi thoracique une souplesse qui lui permette de venir au contact du feuillet viscéral de la plèvre et d'oblitérer ainsi la cavité purulente.

Tout le monde appelle cet acte chirurgical « opération d'Estlander ». M. Létiévant, de Lyon, a réclamé sa part de l'invention; mais on lui a répondu qu'il avait pratiqué la résection des côtes pour d'autres motifs que, s'il avait eu l'idée de la faire pour assouplir la paroi et oblitérer la cavité pleurale, cette idée n'avait pas reçu de sa part la consécration de l'expérience; bref, que le mérite d'avoir compris et atteint le but de la résection thoracoplastique dans les empyèmes fistuleux revenait bien réellement au chirurgien d'Helsingfors.

Mais voici qu'un de nos collègues lyonnais, M. Maurice Pollosson, prenant en main la défense de ses maîtres, exhume, dans le *Lyon médical* du 24 février, une thèse soutenue en 1875 devant la Faculté de médecine de Montpellier par le docteur Chabalier, ancien interne des hôpitaux de Lyon,

©BIU Santé

et dans laquelle sont inscrits, en termes non douteux, les droits de MM. Gayet et Létiévant. L'auteur de cette thèse, inspirée par M. Gayet et traitant de « l'aspiration continue dans les abcès à parois mobiles », parle incidemment de l'empyème, dont les parois sont immobiles et ne peuvent se rapprocher ; mais on voit, dans les guérisons spontanées, le malade incurver son thorax, de telle façon que les côtes vont au devant du poumon rétracté vers le rachis et que les deux feuillets pleuraux finissent par s'accoler. Imitant la nature, « on peut rendre la paroi thoracique mobile dans une certaine étendue... La gravité de l'empyème autorise parfaitement ce mode d'intervention pour arriver à produire une paroi mobile : je veux parler de la résection de plusieurs centimètres d'une côte... Nous tenons de M. Gayet qu'il est parfaitement décidé à agir ainsi la première fois qu'il en aura l'occasion. »

La même année M. Létiévant, après le drainage d'un empyème, se trouve en présence d'une hémorrhagie incoercible ; il enlève, pour l'arrêter, quatre centimètres de la septième et de la huitième côte, guérit son malade, et déclare que la résection aide « au rapprochement des parois de la cavité purulente ». Il met en avant, et communique à la Société de chirurgie, pour le traitement des abcès intra-pleuraux, « l'idée de la mobilisation des parois thoraciques. » Puis il fait demander des empyèmes dans son service et, dès l'année 1875, en opère plusieurs ; mais il ne publie pas les observations.

Ainsi, à moins qu'Estlander n'ignorât les travaux français et ne méritât le reproche que les étrangers nous font toujours de vivre sur nous-mêmes, on ne peut lui attribuer l'idée de la résection costale dans l'empyème fistuleux, ni celle du mécanisme de la guérison par retrait de la paroi ; le fait et l'interprétation existaient avant lui. Il est fort possible, d'ailleurs, que le regretté professeur d'Helsingfors ait pris la peine de les découvrir à nouveau, car nos confrères étrangers, qui nous accusent de ne pas les lire, ne semblent pas si versés dans notre littérature scientifique, à en juger du moins par la rareté de leurs citations françaises et par la facilité avec laquelle ils décorent nos idées des noms de leurs compatriotes.

Nous avons le droit, nous qui rendons si facilement justice et accueillons les produits exotiques avec tant d'indulgence, de réclamer notre place au soleil. Reconnaissons qu'Estlander a vulgarisé, mis en lumière l'opération nouvelle, et qu'en la plaçant sous le patronage de la méthode antiseptique, il lui a donné ses grandes entrées dans la chirurgie contemporaine. Mais n oublions pas nos confrères de Lyon et les travaux d'une école dont nous devons être fiers. Sachons rappeler que nous existons encore, à ceux qui voudraient nous nier ou nous détruire.

Et maintenant, il faut aussi nous accuser. La Société de chirurgie, qui applaudit aux heureuses tentatives de quelques-uns de ses membres les plus jeunes et accueille avec faveur l'opération Gayet-Létiévant, retour de Russie, lui a fait triste mine en 1875, lorsqu'elle lui fut présentée par un compatriote. Et M. Létiévant lui-même, qu'a-t-il fait de cette idée féconde et de son premier succès? Les réserves de ses confrères l'ont-elles intimidé? Puisqu'il a pratiqué de nouvelles opérations, pourquoi ne les a-t-il pas mises au jour, et pourquoi cette réclamation tardive, comme s'il comprenait aujourd'hui seulement qu'il a fait une œuvre utile, en voyant qu'on la recommence?

C'est ainsi que nous sommes, et notre histoire fourmille d'inventeurs dépossédés. Par insouciance d'artistes ou manque de confiance en nous-mêmes, nous laissons l'œuvre commencée à d'autres mains plus persévérantes, sinon plus habiles, et nous perdons le fruit de nos efforts.

L.-G. R.

© BIU Santé

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES.

De l'utilité des notions pathogéniques au point de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique.

M. le professeur Bouchard reprenait samedi dernier pour la cinquième fois son cours de pathologie et thérapeutique générales. Le petit amphithéâtre de la Faculté était plein d'élèves et d'auditeurs respectueux pour l'enseignement large et sévère de ce maître.

M. Bouchard s'est plu tout d'abord à évoquer la mémoire de Lasègue ; il a rappelé que ce collègue regretté occupa aussi, lors de son entrée à la Faculté, la chaire où Broussais, Andral avant lui, et après lui Chauffard ont rivalisé d'éloquence. Lasègue y tint dignement sa place ; pourtant il n'y fit qu'un court passage et on a un peu perdu le souvenir de l'enseignement qu'il y donna.

C'est en effet par la clinique que Lasègue a surtout conquis sa grande et légitime réputation, par la clinique à laquelle le rendaient éminemment propre ses qualités maîtresses, sa nature d'artiste, expansive et rayonnante, son besoin de faire vibrer les âmes à l'unisson de la sienne et de grouper autour de lui par le charme de sa parole des disciples éblouis. Il n'aspirait pourtant pas à la popularité ; trop délicat pour cela, il n'enviait guère la foule un peu banale des auditeurs qui encombre les grands hôpitaux du centre. Il savait que, pour aller l'entendre, ses fidèles ne reculaient pas devant le pèlerinage de la Pitié. Car il avait pour les attirer le brillant de ses aperçus, son ingéniosité à débrouiller les actions nerveuses et les troubles psychiques ; il avait encore un cœur chaud et généreux, un caractère droit et honnête, qualités qui conquièrent toujours la jeunesse.

Mais, si le succès de son enseignement clinique a fait un peu oublier son passage dans la chaire de pathologie générale, il en avait, lui, gardé un pénible souvenir ; M. Bouchard en a reçu la confidence, les années qu'il y avait passées avaient été « les plus laborieuses et les plus douloureuses de sa vie. » Si, malgré ses efforts, Lasègue n'eut pas alors tout le succès auquel sa valeur lui donnait le droit de prétendre, il en faut chercher l'explication dans l'essence même de son tempérament.

N'étant le défenseur d'aucune doctrine, ni le créateur d'aucun système, — lui-même en a porté témoignage, — il ne pouvait réussir pleinement dans une chaire qui est nécessairement et par destination doctrinale. Il n'a pas été, il n'a pas voulu être chef d'école ; ses qualités exquises et originales ne pouvant se transmettre, il ne peut avoir de successeur, car ce qui se transmet, c'est une doctrine, un système, une méthode.

Ce n'est pas qu'il fût un esprit superficiel, il ne manquait ni de pénétration ni de profondeur, mais ce qui l'attirait surtout, ce qu'il voyait d'un coup d'œil rapide et d'ensemble, c'étaient les points saillants, la physionomie des malades et l'expression des maladies. Mais, uniquement préoccupé de bien voir et de bien décrire, il s'abstenait volontairement de toucher à la genèse des maladies, comme au fruit défendu.

Toutefois, s'il avait horreur de dogmatiser, il avait le respect de ceux qui dogmatisent. Les plus brillantes de ses leçons ont été celles qu'il consacra, comme agrégé remplaçant Andral, à l'étude critique et historique des grandes doctrines médicales, les analysant avec éloquence, sans vouloir prendre parti pour aucune d'elles. A cette époque (1857), le cours de pathologie générale se faisait dans le grand amphithéâtre, qui était même trop étroit ; les élèves devaient, pour y trouver place, arriver une demi-heure avant la leçon ; M. Bouchard, jeune étudiant alors, y prit le goût des questions générales, dont il ne s'est plus désintéressé depuis.

Lasègue ayant d'ailleurs été parmi ceux dont le suffrage l'appela au pro-

©BIU Santé

fessorat, M. Bouchard a pu dire, au bruit des applaudissements : « Si donc aujourd'hui je dogmatise dans cette chaire, je le dois à l'influence intellectuelle et au vote de celui qui fut le moins dogmatiste des hommes. »

Après ce brillant exorde, M. Bouchard délimite son sujet. Il se propose de montrer l'utilité des données fournies par la pathogénie au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement des maladies.

Le professeur de pathologie et de thérapeutique générales a reçu de la Faculté mission particulière d'apprendre aux élèves à réfléchir, à se recueillir avant d'entreprendre une action médicale; il ne doit jamais perdre de vue le côté des applications pratiques. S'il est bon de savoir, c'est surtout afin de bien agir. Ce n'est pas tout que de connaître le nom de la maladie, les lésions qu'elle détermine, les symptômes qui la révèlent. Il faut encore savoir pourquoi et comment elle s'est développée, pourquoi elle continue à évoluer et empêche la nature de rétablir dans l'organisme l'équilibre de la santé.

Professer cette nécessité n'est pas enseigner une nouveauté, c'est opérer le retour à des errements abandonnés; ce n'est pas introduire dans les usages une innovation révolutionnaire. Notre école, — et par ce mot le professeur n'entend pas désigner seulement l'Ecole de Paris, ni même aucune école française ou étrangère en particulier, mais toute l'école médicale moderne, — notre école n'anathématise aucune doctrine; elle accueille tous les systèmes. Ou plutôt toutes les doctrines lui sont indifférentes, parce qu'elles sont fausses, étant toujours incomplètes. Aucun système ne peut représenter la science; la science n'existe pas, elle se fait sans cesse, elle est sans cesse *in fieri*, dans un perpétuel devenir. Chaque nouvelle découverte peut être un pas vers la vérité. La vérité absolue, nul ne peut se vanter de la posséder.

Mais, si l'école actuelle reste impassible au milieu de la mêlée des systèmes particuliers, elle s'attache étroitement à ce qui est général et impérissable, à la méthode d'observation. Continuateurs de la médecine hippocratique, plus hippocratistes, si l'on peut dire, qu'Hippocrate lui-même, nous avons dépouillé sa méthode du système qui la voilait en la défigurant. Cette méthode, qui est restée sans rivale jusqu'à Galien, qui a traversé à travers tant de fluctuations le moyen âge et la Renaissance, triomphe enfin avec Sydenham, l'Hippocrate moderne, et, malgré quelques assauts dangereux, malgré Brown et Broussais, règne désormais incontestée. Notre école est la fille des siècles.

Il est certain que, depuis l'échec du dernier et malheureux essai de systématisation, celui de Broussais, notre époque a éprouvé un dégoût absolu pour les systèmes. Elle n'en a plus voulu user même à titre provisoire, comme de ces hypothèses directrices dont Bernard reconnaissait l'utilité en physiologie. Cette indifférence n'a pas de quoi surprendre. Les esprits trouvaient ailleurs un suffisant aliment. Les médecins ne voyaient-ils pas tant de merveilleux progrès s'accomplir, l'anatomie pathologique se créer avec les Louis et les Cruveilhier, et une révolution s'opérer avec Laënnec dans la clinique par la découverte d'une nouvelle méthode d'exploration qui permettait de faire sur le vivant l'anatomie pathologique à l'aide du stéthoscope?

Cependant, tandis que les chercheurs infatigables de l'Ecole de Paris poussaient si loin leurs progrès dans cette double voie, ne paraissant plus s'occuper de la thérapeutique, et, le diagnostic une fois posé, oubliant de rien prescrire au malade ou prescrivant pour la forme, des sectes dissidentes naissaient, écoles rivales qui affichaient des doctrines singulières afin d'en déduire une thérapeutique, accusant l'Ecole de Paris de n'avoir aucune doctrine ou lui en prêtant de fausses.

Sachons-le, si l'homœopathie, si une autre doctrine plus récente et dont le nom ne doit pas être prononcé ici, ont pu prendre naissance et entraîner

des adeptes, c'est qu'en elles résidait une séduction, un système aboutissant à une thérapeutique.

Ne l'oublions pas, le malade veut être soigné. S'il y a des médecins qui répugnent à l'inaction, il n'y a pas de malade qui consente à s'y conformer. Or, comme il est impossible à aucun bon esprit d'imaginer une médication sans s'être fait une idée de la nature de la maladie, de tout temps il a fallu créer des théories pathogéniques afin d'en déduire une thérapeutique.

Par un singulier contraste, pendant que la majorité des médecins restait indifférente à la thérapeutique, par suite des progrès de la chimie, la matière médicale s'enrichissait de jour en jour ; la physiologie expérimentale marchait, et c'est au milieu d'un arsenal de mieux en mieux pourvu que le médecin restait immobile, ne sachant de quel côté tourner les armes puissantes dont il pouvait disposer. C'est alors qu'un maître a pu dire avec sincérité et sans ironie : « Il n'y a plus de médications, il n'y a plus que des médicaments. »

Proclamons donc la nécessité de réintroduire dans la médecine la recherche des notions relatives à la genèse des maladies, afin d'appliquer aux indications fournies par ces notions pathogéniques les puissants médicaments dont nous disposons.

Lorsque le professeur Bouchard, au début de son enseignement, annonça l'intention de le diriger dans cette voie, on lui fit craindre que celle-ci ne fût trop aventureuse ; il y a persisté et s'en loue. A en juger d'après le chemin qui a été fait depuis cette époque, ce qui était audace il y a cinq ans, serait presque timidité aujourd'hui.

En adoptant cette ligne de conduite, M. Bouchard était soutenu par la conviction que les découvertes considérables faites dans ce siècle ont rendu possible et opportune une systématisation qui avait été vainement tentée dans les siècles précédents. Autrefois, en effet, les éléments manquaient pour édifier une systématisation légitime. Ignorant encore la plus grande partie de l'organisme humain et son mode de fonctionnement, ne sachant quels troubles y apportait la maladie, les médecins avaient dû tirer tout entiers de leur cerveau des systèmes destinés à crouler au choc de la moindre découverte nouvelle. Mais voilà que depuis un tiers de siècle, grâce à la connaissance à peu près complète de l'anatomie normale et pathologique, aux progrès si remarquables de la physiologie expérimentale, une systématisation nouvelle s'est faite lentement et silencieusement, reposant cette fois sur des bases positives. Possédant désormais des notions certaines sur la genèse de beaucoup de maladies, n'hésitons plus à en tirer des indications thérapeutiques.

Il convient d'ailleurs de ne pas aller trop vite ; il faut, en pareille matière, redouter l'engouement actuel, adversaire plus terrible pour les doctrines nouvelles que la raillerie et la fausse indignation qui les accueillaient au début.

M. Bouchard rappelle ensuite qu'il admet trois grands processus pathogéniques : les altérations générales de la nutrition, l'infection, les réactions nerveuses. Il se propose de faire comprendre par des exemples empruntés à ces divers procédés morbifiques de quelle utilité sont les notions pathogéniques au point de vue du diagnostic, du pronostic, de la prophylaxie et de la thérapeutique.

Pour ce qui est du diagnostic, il n'y a qu'à citer les progrès réalisés dans celui de la tuberculose par l'examen des crachats dont on a depuis peu les oreilles rebattues. M. Bouchard refait en quelques mots l'historique de la découverte de la nature parasitaire de la tuberculose depuis le jour où Villemin en émit l'hypothèse, au milieu d'un scepticisme auquel le professeur regrette de s'être alors associé, jusqu'à la démonstration faite par Koch, qui, sans avoir rien changé aux bases de la médecine traditionnelle, nous a dotés d'un nouveau moyen de diagnostic.

©BIU Santé

Autre exemple emprunté aux troubles généraux de la nutrition. — Un malade est tourmenté par des vertiges ; il éprouve depuis peu de l'insomnie, des céphalées gravatives; son humeur s'altère, il a le sentiment de sa déchéance; quelques poussées hémorrhoïdaires sont cependant la seule maladie constatable. Le médecin est inquiet. Faut-il redouter quelque maladie cérébrale commençante? S'agit-il de simples troubles fonctionnels liés à un état diathésique? — Un tophus apparaît au pavillon de l'oreille; l'interrogatoire permet de recueillir certaines notions commémoratives qui démontrent dans le passé du malade ou chez ses ascendants quelques-unes des maladies de la famille arthritique, et le médecin pensera que son malade est en imminence d'une attaque de goutte.

Sans doute ce ne sont pas là des révélations; tout ce qui est nouveau n'est pas vrai; tout ce qui est vrai n'est pas nouveau. Il n'est pas moins certain que cette notion d'un trouble de la nutrition, préexistant à la naissance même et compatible longtemps avec une santé en apparence parfaite, cette notion bien établie de parenté entre des maladies en apparence étrangères les unes aux autres, et résultant cependant du même trouble nutritif, cette notion seule a permis dans ce cas, de remonter du symptôme vertige au diagnostic de goutte imminente.

Le pronostic est-il moins éclairé par les données pathogéniques récemment acquises? Au début d'une uréthrite, il est impossible de dire si l'écoulement purulent n'est pas le résultat d'un simple excès fonctionnel, d'une irritation traumatique ou mécanique devant guérir en quelques jours. Mais que le microscope nous fasse constater dans le pus la présence de ces micrococcus qui ont été reconnus caractéristiques de la gonorrhée virulente, nous pronostiquerons qu'il s'agit bien d'une maladie à évolution spécifique ne pouvant durer moins de six semaines. Le même raisonnement est applicable à certaines ophthalmies menaçantes au début et comparables en apparence, mais en apparence seulement, aux ophthalmies purulentes vraiment graves.

Et la prophylaxie ne dépend-elle pas souvent d'une pathogénie bien établie? Vous savez ce que sont les maladies par réaction nerveuse? Chez des enfants une épingle mal appliquée, chez certains adultes les vers intestinaux peuvent faire éclater l'accès épileptique, à la condition que leur système nerveux soit particulièrement surexcitable et en opportunité réactionnelle par suite de certaines influences. — Un homme névropathe était porteur d'un tœnia depuis longtemps, sans qu'il en résultât de symptômes fâcheux. Par suite d'un vice d'hygiène, il cesse de manger le matin avant de vaquer à ses occupations. Son système nerveux étant devenu plus excitable par suite de l'inanition, éclatent des accès épileptiques très nets, mais se produisant toujours le matin. Il modifie son régime, sans faire le nécessaire pour se débarrasser de son tœnia; l'épilepsie disparaît. N'est-il pas vrai qu'à défaut de la guérison de la cause même du mal, la notion pathogénique a permis, dans ce cas, de pallier l'effet?

Et pour prévenir les maladies chez tous les enfants diathésiques issus de parents atteints de maladies liées à la nutrition retardante, les soins combinés en vue d'activer la nutrition n'auront-ils pas une influence prophylactique merveilleuse?

La thérapeutique enfin, s'adressant à la cause même d'un état morbide, agit avec une souveraine efficacité. Voici une veuve atteinte de lithiase biliaire, parce que sa nutrition s'est ralentie sous l'influence du chagrin qui la mine. Que ferez-vous pour la secourir? vous pouvez la soulager sans doute en calmant les douleurs de ses coliques hépatiques par des analgésiques, en diminuant la formation de ses calculs par les alcalins. Mais vous pourrez mieux faire encore en vous attaquant à la cause même de sa lithiase. Vous ne pourrez sans doute pas empêcher sa tristesse, mais vous réussirez à empêcher les effets de cette tristesse sur la nutrition, en

vous efforçant d'activer celle-ci par la prescription d'une hygiène appropriée.

Ainsi a parlé en substance M. le professeur Bouchard, et, en sortant, l'un d'entre nous disait: « Si la véritable éloquence scientifique ne réside pas seulement en une diction habile et dans l'art de se ménager des effets oratoires, mais consiste bien plutôt à exposer dans un langage d'une correction sévère de fortes vérités, unies par la trame d'une logique serrée, nous venons d'entendre une des plus éloquentes leçons qui puissent tomber du haut d'une chaire de médecine. »

PAUL LE GENDRE.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mars 1884. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. Denis-Dumont (de Caen) et De Ranse (de Néris), qui se portent candidats au titre de membre correspondant national.

2° Un pli cacheté déposé par M. Edouard Labbé. (Accepté.)

3° Une lettre de M. Brutigny (d'Evreux) qui annonce à l'Académie la mort de son père, physicien bien connu surtout par ses recherches sur l'*état sphéroïdal* des corps.

M. MOUTARD-MARTIN présente, au nom de M. le docteur E. Monin, une brochure intitulée : *La propreté de l'individu et de la maison.*

M. VIDAL présente, au nom de M. le docteur Demange, professeur à la Faculté de Nancy, une série de brochures sur divers sujets de pathologie et de thérapeutique.

M. RICHE présente un travail manuscrit de M. Balland, pharmacien-major, *Sur la fabrication des farines.*

M. BESNIER présente, au nom de M. le docteur Teissier (de Lyon), un travail intitulé : *Rapport sur les maladies régnantes à Lyon pendant l'année 1883.* (Comm. des épidémies.)

M. Noël GUENEAU DE MUSSY offre en hommage un exemplaire du *Artis medicæ principes*, édité par Henri Estienne, exemplaire qui a appartenu à son grand-père par alliance, Antoine-Laurent de Jussieu, le botaniste célèbre.

M. PETER présente, au nom de M. le docteur Denis Dumont, professeur à l'École de médecine de Caen, un volume intitulé : *Le cidre; ses propriétés médicales et hygiéniques.*

M. BILLOD offre en hommage un ouvrage qu'il vient de publier sous le titre : *Les aliénés en Italie, établissements qui leur sont consacrés; enseignement des maladies mentales et nerveuses.*

M. LE ROY DE MÉRICOURT fait une communication relative à un cas de *chromidrose* (transsudation de matière colorante) dont le sujet a été présenté, mardi dernier, à l'Académie par M. Bergeron. Le phénomène existe, chez le sujet en question, jeune collégien de 11 à 12 ans, au niveau de la partie supérieure et latérale du cou. Il se produit là, d'une manière intermittente, une transsudation de matière colorée en rouge, se présentant, à la loupe, sous la forme de petites granulations qui imprègnent les cellules de l'épiderme. En râclant la peau, au niveau des points où se fait cette transsudation, on enlève avec les cellules de l'épiderme une certaine quantité de cette matière, qu'il est facile d'observer ensuite à la loupe en plaçant sur une lame de verre le produit de ce râclage.

M. Le Roy de Méricourt regrette de n'avoir pas pu accorder à cet examen un temps suffisant; il se propose, avant de se prononcer d'une manière définitive sur le fait en question, de se livrer à un examen plus approfondi dans lequel il s'aidera des lumières spéciales de M. Méhu pour l'analyse chimique et de M. Charles Robin pour l'inspection micrographique. Il fera ensuite une nouvelle communication à l'Académie sur ce sujet curieux.

M. HAYEM lit un travail intitulé: *De la transfusion péritonéale chez l'homme.* En injec-

©BIU Santé

tant du sang de chien dans le péritoine du chevreau, il a trouvé un procédé qui fournit la preuve directe de l'absorption du sang en nature par la grande séreuse abdominale.

Quelques heures après l'opération, on peut en effet constater la présence d'une assez grande proportion de globules rouges de chien dans les vaisseaux sanguins de la circulation générale du chevreau.

Au moment où l'absorption du sang injecté est en pleine activité, le canal thoracique du chevreau transfusé charrie de nombreuses hématies de sang de chien. Les voies lymphatiques prennent donc une part active à l'absorption des éléments figurés du sang, mais elles ne représentent peut-être pas la seule porte d'entrée des hématies dans le système circulatoire.

M. Hayem se propose de faire plus tard des expériences qui auront pour but de déterminer le rôle que les vaisseaux sanguins jouent dans l'absorption du sang. Dès à présent, on peut affirmer que la transfusion péritonéale équivaut à une transfusion intravasculaire faite avec une extrême lenteur.

M. Béchamp lit une notice intitulée: *Des granulations moléculaires et du virus rabique.*

« En résumé, dit M. Béchamp, M. Pasteur reconnaît aujourd'hui, dans un cas particulier, que les granulations moléculaires d'une ténuité extrême sont bien des microzymas et qu'elles sont capables de morbidité et de virulence sans changer morphologiquement. »

M. Luys fait une communication intitulée : *De la locomobilité ou des changements de position du cerveau suivant les différentes attitudes du corps.*

Voici le résumé de cet important travail :

I. — La masse cérébrale incluse dans la cavité crânienne, est entourée d'un espace vide qui lui permet de se déplacer suivant les différentes attitudes du corps, et d'obéir ainsi aux lois de la pesanteur.

Elle n'est pas immobile, ainsi qu'on est porté à le croire à l'inverse de certains viscères qui sont fixes dans leur emplacement anatomique. Elle est apte à subir en outre des mouvements variés, que lui impriment la systole cardiaque et l'expansion thoracique ; des mouvements véritables de locomotion et d'affaissement sur elle-même tout à fait inconscients, qui varient suivant les différentes attitudes du corps.

Quand l'homme est dans le décubitus dorsal, la masse cérébrale est refoulée en arrière, et l'espace vide péri-cérébral se manifeste en avant des circonvolutions frontales. Dans cette position, ce sont ces mêmes circonvolutions frontales qui occupent la région culminante céphalique.

Quand il est dans la position inverse, le front placé sur un plan horizontal, le cerveau glisse d'avant en arrière, ce sont les régions occipitales qui deviennent culminantes, et l'espace vide se révèle au niveau des bosses occipitales correspondantes.

Quand il prend l'attitude verticale, la masse cérébrale obéit toujours aux lois de la pesanteur. Elle quitte son contact avec la paroi osseuse de la voûte, elle s'affaisse sur elle-même, et un espace vide se dessine sous la calotte crânienne. Cet espace vide entre le contenant et le contenu peut être évalué à peu près à environ 5 à 7 millimètres suivant les régions.

Enfin, quand l'homme est dans le décubitus latéral, chaque lobe cérébral se mobilise pareillement ; le lobe situé inférieurement s'affaisse ; le supérieur pèse sur son congénère en déplaçant légèrement la faux du cerveau. Dans ce cas, ce sont les circonvolutions temporales qui deviennent culminantes, et l'espace vide se note au niveau de ces circonvolutions.

Des expériences variées, dont j'ai indiqué le dispositif, m'ont permis de constater que ce mouvement de glissement de la pulpe cérébrale sous son enveloppe ostéo-fibreuse s'opère d'une façon automatique, rien que par l'action de la pesanteur, facilité par la lubréfaction de l'arachnoïde dont le rôle de séreuse se trouve ainsi naturellement expliqué ; que son amplitude était en moyenne de 8 à 9 millimètres ; qu'il ne s'opérait pas d'une façon brusque et rapide, mais bien d'une façon progressive, de sorte que, pour que les parties déplacées reviennent à la situation primitive, j'ai compté environ 5 à 6 minutes. Il est vraisemblable que chez l'individu vivant, ce temps doit être abrégé en raison de la lubréfaction des surfaces de glissement. J'ai constaté enfin que la distension du réseau artériel par une matière coagulante injectée dans les parois, ne mettait pas obstacle à ces mouvements de déplacement, et n'atténuait pas sensiblement l'espace vide péri-cérébral.

©BnF Santé

II. — Cette locomobilité de la masse cérébrale, au point de vue physiologique, est destinée à avoir une influence considérable dans les phénomènes de la vie cérébrale.

Dans la station verticale, le cerveau est en quelque sorte *debout*, et alors en s'affaissant sur lui-même, il en résulte un certain degré de plissement des petits vaisseaux des régions comprimées. De là des troubles ischémiques variés, que l'on rencontre chez certains sujets débilités, chez les convalescents qui après un décubitus dorsal prolongé commencent à mettre pied à terre; de là cet état syncopal désigné sous le nom de coup de chaleur, et qui se développe dans la station verticale trop prolongée et à la suite de marches forcées; de là cet ensemble de troubles lipothymiques variés : éblouissements, vertiges, titubation, perte de connaissance, et qui dépendent tous d'un arrêt survenu dans le réseau circulatoire de la base de l'encéphale. Cela est si vrai qu'il suffit dans ces cas, d'employer le remède empirique par excellence, d'horizontaliser le sujet, de façon à permettre à l'irrigation sanguine de se faire à plein canal.

Cette nécessité pour la masse cérébrale d'obéir à l'action de la pesanteur et de se déplacer automatiquement, doit avoir encore une influence prépondérante dans la pathogénie de cet état général de souffrance que l'on connaît sous le nom de mal de mer, et que l'on éprouve aussi dans le jeu de l'escarpolette. Les secousses rapides et successives qu'éprouve la masse du cerveau sous l'action du déplacement de sa base de sustentation, doivent contribuer à développer cet état nauséeux spécial qui n'est toujours que secondaire, et le contre-coup du malaise cérébral. Il suffit, en effet, de s'horizontaliser, pour que tous ces désordres sympathiques s'atténuent sensiblement.

La locomobilité du cerveau devra encore, en raison du ballottement rendu possible par le vide de l'espace péri-cérébral, devenir l'occasion d'une série de secousses multipliées éprouvées pendant la période de l'activité diurne, et déterminera une véritable fatigue *sui generis* analogue à celle que nous éprouvons dans nos appareils organiques.

III. — Dans le domaine de la pathologie, la question de la locomobilité cérébrale est encore appelée à jouer un rôle important. Il suffit que par une cause ou par une autre une irritation inflammatoire s'empare des méninges et mette obstacle aux opérations de glissement physiologique, pour voir apparaître un cortège de symptômes de la plus haute intensité. C'est là vraisemblablement le secret de ces douleurs si aiguës des sujets atteints de méningite, qui redoutent avec tant d'anxiété le plus petit mouvement; on connaît l'attitude de certains d'entre eux, qui serrent la tête avec les mains pour immobiliser le contenant et le contenu, et de cette sensation spéciale de *casque de plomb*, dont ils se plaignent quelquefois.

Chez les individus atteints d'affection cardiaque, ou sujets à des congestions fréquentes de l'encéphale, les changements d'attitude, alors qu'ils passent de la station horizontale à la station verticale, amènent ordinairement des étourdissements, des vertiges et même des apoplexies; c'est dans ces circonstances que l'on constate encore des syncopes avec mort subite.

C'est principalement en se levant le matin que les troubles encéphaliques se manifestent.

Les troubles cérébraux sont moins fréquents le soir, lorsque les sujets en question prennent la position horizontale; cependant, quelques-uns accusent pareillement des éblouissements, des vertiges; ils voient des apparitions et sont pris quelquefois d'accès de terreur involontaire, surtout chez les jeunes sujets.

On sait encore que certaines attaques d'épilepsie se développent pendant la nuit, et qu'on a pu en modifier l'apparition en tenant les sujets dans l'attitude verticale.

Dans le domaine de la pathologie mentale, il est d'observation constante que les malades agités que l'on peut faire promener, et que l'on tient verticalement assis dans un fauteuil, se montrent moins excités que lorsqu'on les tient au lit horizontalement placés; et qu'un certain nombre d'hallucinés, de déments tranquilles pendant la période diurne, deviennent, une fois couchés, turbulents, et troublent aussi toute la nuit le repos de leurs voisins par leurs vociférations et leur agitation.

Cette mobilité de la masse cérébrale dans la cavité crânienne devient encore une cause spéciale d'endolorissement, en développant outre mesure sa sensibilité organique intime, surtout lorsqu'il s'agit de secousses violentes et répétées qui lui sont transmises.

Ainsi, à chaque mouvement d'expiration, il y a un refoulement de l'ondée sanguine veineuse vers les capillaires, si bien que lorsque les mouvements d'expiration se succèdent d'une façon rapide, comme dans la toux, dans la grippe, dans la coqueluche, la masse cérébrale est littéralement projetée de haut en bas, et vient s'aplatir sous la calotte crânienne. C'est là le mécanisme de certaines céphalalgies gravatives, et de cet

BIU Santé

endolorissement spécial du cerveau, qui, chez les enfants, peut s'accompagner de troubles plus graves.

D'un autre côté, les ébranlements de cause extérieure, les chocs réitérés d'une longue station en voiture, les trépidations prolongées d'un long trajet en chemin de fer sont encore susceptibles de produire cet état d'endolorissement cérébral qui se manifeste par une fatigue *sui generis*, qui s'accompagne d'un certain degré d'inaptitude aux travaux de l'esprit.

Chez les sujets sains et jeunes, cet état de fatigue se répare avec facilité par le repos horizontal, et les troubles ne sont que transitoires. Mais, pour les individus dont la substance cérébrale a déjà été envahie par des congestions ou des foyers hémorrhagiques, ou des ramollissements, les choses acquièrent un degré de gravité plus ou moins accentué. Ce n'est pas impunément, en effet, que l'on fait voyager tous les congestifs et les paralytiques.

Aussi j'ai vu bien souvent les influences nocives que peuvent avoir sur cette catégorie de malades les simples promenades en voiture.

J'ai constaté chez eux des obnubilations passagères des facultés, des parésies, des vertiges avec titubation, et même des attaques convulsives.

C'est en raison de ces circonstances, qu'au nom de l'hygiène cérébrale bien entendue, je déconseille pour eux d'une façon complète les véhiculations prolongées pendant plus d'une journée, et que j'insiste, lorsqu'on ne peut faire autrement, pour fractionner la route à suivre en plusieurs étapes, de façon à ménager tous les soirs des périodes suffisantes de repos horizontal.

M. Bucquoy continue et termine la lecture du rapport général officiel sur les épidémies qui ont sévi en France pendant l'année 1882 Les conclusions du rapport seront lues en comité secret.

M. le docteur Delthil (de Nogent-sur-Marne) lit un travail intitulé : *D'un traitement spécifique de la diphthérie*. En voici les conclusions :

1° La combustion d'un mélange de goudron de gaz et de térébenthine dans la proportion de 200 grammes de goudron pour 80 grammes d'essence de térébenthine, renouvelée toutes les deux ou trois heures suivant la gravité des cas, et espacée ensuite suivant l'amélioration produite, est une médication spécifique à employer dans la diphthérie.

2° Ces fumigations sont dissolvantes des fausses membranes au premier chef et l'absorption de ces poussières de charbon est parfaitement supportée.

3° Ces fumigations sont parasiticides ou microbicides.

4° Au début de l'affection, elles enrayent la maladie.

5° Quand l'invasion de l'affection ne date que de quelques jours, elles peuvent encore la guérir.

6° Elles rendent éminemment pratique l'opération de la trachéotomie quand celle-ci devient la suprême ressoure, et elles transforment cette opération, de palliative et expectante qu'elle était dans l'immense majorité des cas, en une opération à but bien déterminé, et elles en assurent le succes.

7° Ces fumigations, outre les avantages qu'elles présentent pour le malade, protègent encore ceux qui les approchent. Par leurs propriétés parasiticides, elles éloignent la contagion ; elles peuvent donc servir encore à désinfecter les écoles, les asiles, les établissements publics.

8° Ces fumigations sont tout à fait inoffensives par elles-mêmes et n'incommodent en rien les personnes qui soignent les malades.

9° Il est facile d'en régler l'usage et d'en faire disparaître les inconvénients en produisant cette combustion dans un brûloir qui, tout en permettant le dégagement de la fumée, aplanit toute difficulté.

Ce travail est renvoyé à l'examen de la commission du prix Saint-Paul.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture des conclusions du rapport de M. Bucquoy.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 16 AU 30 MARS 1884.

Lundi 17. — M. Coutant : Contribution à l'étude de la colique du Poitou, considérée comme une intoxication saturnine. (Président, M. Béclard.) — M. Biat : Péritonite tuberculeuse à forme ascitique. (Président, M. Potain.)

© Santé

Mardi 18 et mercredi 19. — Pas de thèses.

Jeudi 20. — M. Vincent : Traitement du varicocèle, application de la méthode antiseptique. (Président, M. Panas.) — M. Ruyssen : De l'ergotine dans le diabète sucré. (Président, M. Brouardel.)

Vendredi 21. — Pas de thèses.

Samedi 22. — M. Jacquemart : Contribution à l'étude du rôle étiologique de la ménopause. (Président, M. Peter.) — M. Baratier : De la vaginite et de son traitement par des applications locales de copahu. (Président, M. Ball.)

Lundi 24, mardi 25 et mercredi 26. — Pas de thèses.

Jeudi 27. — M. Bourel-Roncière : Kystes hydatiques des muscles. (Président, M. Richet.) — M. Delarue : Du traitement du *genu valgum* par l'ostéoclasie. (Président, M. Le Fort.)

Vendredi 28. — Pas de thèses.

Samedi 29. — M. Descband : De la mort subite par œdème cérébral chez les vieillards atteints de néphrite interstitielle. (Président, M. Brouardel.) — M. Gaudefroy : Des principales causes de mort dans la néphrite interstitielle chronique. (Président, M. Laboulbène.) — M. Knœri : De la santé des ouvriers employés dans l'industrie cotonnière. (Président, M. Peter.) — M. Puechagut : De la *ténonite* ou inflammation de la bourse celluleuse rétro-oculaire d'origine rhumatismale. (Président, M. Panas.)

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 17 au 24 mars 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1139. — Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 2. — Rougeole, 40. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 66. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 60. — Phthisie pulmonaire, 202. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 50. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchites aiguës, 43. — Pneumonie, 88. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 40; au sein et mixte, 21; — inconnues, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 101; circulatoire, 76 ; respiratoire, 83; digestif, 55; génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 2 ; des os, articulat. et muscles, 13. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 6.

Résumé de la 12e semaine. — Le service de la statistique a reçu notification de 1,139 décès pendant la semaine actuelle, au lieu de 1,193 qui avaient été comptés pendant la semaine précédente.

La comparaison des chiffres des deux dernières semaines fait remarquer des différences sans importance en ce qui concerne la Variole (2 décès au lieu de 1) et la Scarlatine (4 décès au lieu de 5). La Fièvre typhoïde présente une atténuation probablement de peu de durée (31 décès au lieu de 38) et la Coqueluche une augmentation (13 décès au lieu de 7).

Au contraire, il convient d'attirer l'attention sur l'augmentation progressive que présente la Rougeole depuis environ six semaines, en sorte que nous avons eu successivement par semaine 14, 21, 30, 17, 31, 38, 35, 40 décès causés par cette maladie.

Les quartiers les plus frappés par cette épidémie sont : Saint-Gervais, le Gros-Caillou, Grenelle, qui perdent chaque semaine quelques enfants. Le XIIIe arrondissement, où l'on a signalé, depuis plusieurs semaines déjà un foyer de contagion, continue à être extrêmement frappé. Enfin, nous devons signaler la fréquence de la Rougeole dans les quartiers de Clignancourt et de la Goutte-d'Or. Depuis le commencement de l'année, c'était les Epinettes qui étaient le lieu d'élection de la Rougeole : il semble que depuis trois semaines environ, l'épidémie se soit déplacée dans les quartiers voisins.

La Diphthérie reste toujours très fréquente ; cependant, elle présente depuis trois semaines un léger mouvement de recul (66 décès au lieu de 69 et de 75). Nous avons fait remarquer que cette maladie est, en temps généraux, beaucoup plus fréquente dans les faubourgs populeux que dans les quartiers du centre. Mais les quartiers excentriques présentent entre eux des différences constantes qu'il n'est pas toujours aisé d'expliquer. Par exemple, on remarque que l'arrondissement de Ménilmontant et notamment le Père-Lachaise et Belleville, comptent de nombreux décès diphthéritiques, tandis que cette maladie est rare dans l'arrondissement des Buttes-Chaumont. L'arrondissement de Montmartre et le quartier des Epinettes sont assez frappés, tandis que les Batignolles-Monceau, les Ternes, et enfin l'arrondissement de Passy tout entier, le sont fort peu.

Dans le sud de Paris, les quartiers de Saint-Lambert et Grenelle sont les plus frappés ; le quartier Montparnasse ne doit ses chiffres élevés qu'à la présence de l'hospice des

Enfants-Assistés et les Quinze-Vingts, à la présence de l'hôpital Trousseau. On remarque encore la fréquence de la Diphthérie dans les quartiers Sainte-Marguerite et de la Roquette.

Le service de la statistique a reçu notification de 334 mariages, et de 1,276 naissances d'enfants nés vivants (642 garçons et 634 filles), dont 971 légitimes et 305 illégitimes. Parmi ces derniers 45 ont été reconnus immédiatement après la naissance par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

PILULES APÉRITIVES. — Dujardin-Beaumetz.

Aloès succotrin.	0 gr.	50 centigrammes.	
Rhubarbe de Chine pulv.	2 —	50	—
Gentiane pulv.	2 —	50	—

F. s. a. 10 pilules. — Une pilule à chacun des deux principaux repas, pour remédier à la dyspepsie flatulente et atonique, avec perte d'appétit et constipation habituelle.

N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Joseph François Larcher, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, décédé à Paris, le 22 mars 1884, dans sa quatre-vingt-deuxième année; — celles de M. le médecin principal de première classe Hamel, directeur du service de santé du deuxième corps d'armée, et de M. le docteur Barrière (d'Eysines).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours de thérapeutique et de matière médicale.* — M. Hayem a commencé son cours le mardi 25 mars (grand amphithéâtre).

LA CRÉMATION. — Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. le docteur Brouardel a donné lecture du rapport qu'il a été chargé de rédiger sur l'utilité d'autoriser la crémation des corps ayant servi à des études anatomiques.

La commission au nom de laquelle ce rapport a été rédigé a reconnu :

1° Que l'hygiène publique n'aurait rien à redouter de l'incinération des cadavres provenant des amphithéâtres de dissection, pourvu qu'elle fût faite dans des fours convenablement installés et ne dégageant aucune odeur;

Et 2° qu'au point de vue médico-légal la crémation de ces débris humains ne présenterait aucun inconvénient.

Le Conseil a approuvé les conclusions de ce rapport, dont il a demandé l'impression.

PERSONNEL MÉDICAL DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Le Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du VIIe arrondissement que, le mercredi 2 avril 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection de deux médecins.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

NOMINATION. — Par arrêté ministériel, en date du 1er mars 1884, M. le docteur Dujardin-Beaumetz est nommé membre de la commission administrative de l'École normale supérieure d'institutrices de Fontenay-aux-Roses et école Pape-Carpentier.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 mars 1884, M. le docteur Vallin, professeur au Val-de-Grâce, est nommé membre de la commission des bibliothèques populaires, communales et libres, et des bibliothèques des écoles publiques.

Mme Noémie Carles, 75, rue du Rocher, garde-malades, soigne les dames en couches.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Maurice Notta : Les myocardites aiguës et chroniques. — II. Paul Gibier : Recherches sur la rage. — III. Revue des Journaux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causeries.

Les myocardites aiguës et chroniques.

Grâce à l'immortelle découverte de Laënnec, la pathologie cardiaque fit, au commencement du siècle, de rapides progrès; mais elle demeura bientôt stationnaire. Après Corvisart et Kreysig, Bouillaud fixa d'une façon précise les termes de l'auscultation cardiaque; Beau créa le mot d'asystolie, et la décrivit; et depuis trente ans, toute la pathologie du cœur, à part quelques rares exceptions, s'est réduite à des lois d'hydraulique et à une pathologie purement mécanique. Si le cœur physique est bien connu, en revanche le cœur dynamique a été négligé, presque méprisé par la plupart des pathologistes contemporains, qui ont ainsi laissé tout un coin de la pathologie cardiaque pour ainsi dire inexploré. Parmi les affections cardiaques d'origine non valvulaire, qui ont fait récemment le sujet d'une intéressante revue critique de Juhel-Rénoy (1), et qui constituent les maladies dynamiques du cœur, les myocardites, tant aiguës que chroniques, occupent le premier rang, et restent en réalité la véritable maladie cardiaque non valvulaire. M. le professeur Peter, dans son remarquable *Traité des maladies du cœur*, a montré que ces maladies, loin d'être anormales ou latentes, étaient aussi fréquentes que méconnues, et, se plaçant exclusivement sur le terrain de la clinique, a prouvé une fois de plus quels progrès permet de réaliser l'observation attentive du malade, contrôlée par un esprit sagace et érudit.

Nous étudierons successivement les myocardites aiguës et les myocardites chroniques, et nous ferons, dans le cours de ce travail, de nombreux emprunts à l'œuvre du maître qui a su mettre en relief ces maladies, et les a fait rentrer dans le domaine de la clinique proprement dite, où elles n'avaient été qu'entrevues pour rester jusqu'alors maladies d'amphithéâtre.

(1) *Arch. gén. de médecine*, juillet 1883.

FEUILLETON

CAUSERIES

Les hautes sphères de l'administration de l'Assistance publique à Paris s'occupent sérieusement en ce moment d'un projet qui n'est pas nouveau, mais dont l'importance justifie pleinement l'attention qu'on lui accorde. Il s'agit de la création de nouvelles places de médecins et de chirurgiens des hôpitaux. Ce problème soulève bien des questions. Créer des places, cela est bientôt dit, mais y a-t-il assez de salles dans les hôpitaux actuels pour ces nouvelles places et pour leurs titulaires? Faudra-t-il créer de nouveaux hôpitaux? Y aura-t-il assez de malades pour remplir les nouvelles salles, etc.? Je ne sais si l'administration de l'Assistance publique s'est posée toutes ces questions; si le Conseil municipal, qui est d'accord avec elle sur l'urgence de cette réforme hospitalière (à ce que m'a dit une des voix de la Renommée, qui en a cent à sa disposition), les a examinées; si le corps des médecins et chirurgiens des hôpitaux a donné à cet égard un avis favorable. Mais comme je n'ai pas été consulté, pour diverses raisons qu'il serait oiseux d'énumérer, je vais me permettre de dire ce que je pense de toutes ces questions.

Est-il possible que les titulaires des services actuels voient d'un mauvais œil le dédoublement de quelques-uns de leurs services et l'augmentation du nombre des places? Je n'en veux rien croire. Sans doute, si on doublait le nombre des médecins et chirurgiens des hôpitaux, les anciens pourraient dire que leur importance diminuera de moitié. Mais il ne s'agit pas d'aller à un pareil excès. Et d'ailleurs cet argument me touche

©BIU Santé

I

La myocardite est l'inflammation du muscle cardiaque. Ce terme, dont Sobernheim paraît s'être servi pour la première fois en 1837, « ne satisfait pas entièrement l'esprit » (1) parce qu'il implique l'idée de phlegmasie, tandis que la myocardite n'est très souvent qu'une hyperémie active ou passive. Elle peut conduire à l'inflammation ; mais elle n'y aboutit pas toujours ; c'est l'hyperémie qui est en réalité « le fait fondamental », et qui entraîne la dégénérescence granulo-graisseuse du muscle.

Pendant longtemps le carditis, que nous trouvons décrit par Fernel, Sylvius de Leboë, Fabrice de Hilden, etc., a été confondu avec la péricardite. Sénac, Corvisart commirent la même erreur, et Laënnec regarda comme consécutives à la phlegmasie du muscle, les ulcérations de l'endocardite. La myocardite est donc une affection de date toute récente, dont les lésions sont bien mieux connues que les symptômes. Hope a démontré qu'elle conduit à l'asystolie beaucoup plus tôt que les troubles hydrostatiques, qui dérivent des lésions valvulaires ; et cette doctrine, adoptée par Stokes, défendue en France par Beau, est acceptée aujourd'hui par la plupart des auteurs. Dans ces dernières années la thèse de Letulle (2), les travaux de Rigal et Juhel-Rénoy (3), le mémoire de Debove et Letulle (4) ont montré toute l'importance de la sclérose du muscle cardiaque.

Doit-on subdiviser les myocardites aiguës, en parenchymateuses et en interstitielles? C'est une division purement anatomique, car en réalité la fibre musculaire et le tissu conjonctif sont intéressés simultanément, quoique à un degré variable, et l'on a le plus souvent affaire à une véritable myocardite mixte, sans pouvoir déterminer laquelle des deux lésions prime l'autre.

Les altérations les plus importantes portent sur la consistance et la coloration du muscle cardiaque. Le cœur est ramolli, flasque, sans forme déter-

(1) Les phrases ou mots entre guillemets sont empruntés au *Traité* de M. Peter, quand ils n'ont pas d'annotation spéciale.

(2) Thèse de Paris, 1880.

(3) Rigal et Juhel-Rénoy, *Arch. gén. de méd.*, août et septembre 1881. — Juhel-Rénoy Th. inaug. 1882.

(4) Debove et Letulle, *Arch. gén. de méd.*, mars 1880.

peu ; car c'est avant tout pour les malades qu'on fait des médecins et des chirurgiens.

Donc, je pense qu'on pourra dédoubler les services. Je dirai même plus, je crois qu'on le doit. Pour peu qu'on suive plus ou moins assidûment un service quelconque de médecine ou de chirurgie, on est frappé de deux choses : un assez grand nombre de malades restent longtemps dans leur lit sans qu'on s'occupe d'eux autant que leur état l'exige ; d'autre part, on reçoit forcément des cas d'urgence, qu'on est obligé de mettre sur des brancards. De là résulte que d'autres malades venus à la consultation de l'hôpital, et en assez mauvais état pour qu'on eût pu les y garder, sont renvoyés au Bureau central, faute de place, pendant que les *chroniques* occupent un bon lit. On a déjà pensé à remédier à cet inconvénient en créant aux environs de Paris des asiles ou hospices spéciaux pour les patients dont l'état n'exige pas de soins assidus, dont on débarrasserait les salles des hôpitaux de la ville, au profit des *aigus* qu'on ne peut souvent recevoir. Il est incontestable que si tous les lits d'un service de médecine et de chirurgie étaient occupés par des sujets atteints d'affections aiguës, des blessés ou des opérés, le chef du service pourrait et devrait se contenter d'avoir 40 ou 50 lits, ce qui me permet de conclure qu'avant de songer à dédoubler les services actuels, il faudra créer d'abord des services pour les *chroniques*.

Ceci fait, trouvera-t-on assez de malades atteints d'affections aiguës pour alimenter les services dédoublés? La réponse, malheureusement, est trop facile. La population de Paris, et surtout la population ouvrière, besoigneuse, augmente chaque année dans des proportions considérables, et lorsque l'ouvrage manque, que la maladie survient, le chemin de l'hôpital est un pèlerinage pour ces infortunés. Que ceux qui doutent se rendent un matin à la consultation des hôpitaux.

minée, et friable; il est plus ou moins décoloré, et, sur une coupe, il est, suivant l'expression de Louis, « aride et mat d'aspect en quelque sorte » offrant des taches pâles, de grandeur et de formes variables. « Chose curieuse, bien que l'on rapporte ces lésions à un processus inflammatoire, on n'observe jamais de traces d'inflammation ni sur le péricarde, ni sur l'endocarde, qui ont conservé leur aspect normal, et qui ne doivent probablement la rougeur qu'ils offrent quelquefois qu'à l'imbibition cadavérique. De même, quelle que soit la période de la maladie, on n'observe jamais d'abcès dans le myocarde. » Les altérations microscopiques consistent, d'après Hayem (1), en un état légèrement granuleux d'un certain nombre de fibres, auquel succède une *multiplication nucléaire des cellules musculaires*; puis, les fibres granulo-graisseuses, gonflées au début, s'atrophient, et en même temps le tissu conjonctif interstitiel prolifère. C'est à ce moment qu'apparaîtraient de nouveaux éléments qui seraient le point de départ d'une néoplasie musculaire; mais il est plus probable que la guérison doit consister en un retour progressif à l'état normal des fibres dégénérées, sans néoplasie véritable. Outre les fibres musculaires et le tissu conjonctif, les vaisseaux peuvent être atteints ; il se fait une endartérite, qui peut amener l'oblitération des petites artères, et, se propageant à des troncs assez volumineux, produit soit un infarctus hémorrhagique, soit une anémie musculaire diffuse, correspondant au territoire du vaisseau oblitéré. L'altération du muscle cardiaque est donc très complexe. Sans contester absolument le rôle de l'élément inflammatoire, il est pour nous secondaire, le fait constant qui doit occuper le premier rang, qui est essentiellement lié à la maladie générale, qui donne au tissu musculaire cette flaccidité caractéristique avec une coloration feuille morte, c'est un trouble nutritif de la fibre charnue, se traduisant au microscope par cette altération vitreuse si bien décrite par Zenker, et par un état granuleux des faisceaux primitifs qui ne tardent pas à s'infiltrer de graisse. Les parties atteintes deviennent friables, se désagrègent, et présentent des foyers d'ordinaire assez circonscrits de *ramollissement inflammatoire*, — comme on les appelait autrefois, — auxquels succèdent des cavités de volume variable remplies soit de pus, soit d'une bouillie

(1) Etude sur les myosites symptomatiques. (*Archives de physiologie*, t. II, p. 287 e suivantes.)

Quant aux médecins et chirurgiens qu'il s'agira de mettre à la tête des nouveaux services, inutile de dire qu'on n'aura pas de peine à les trouver. Il en reste assez au Bureau central pour assurer le fonctionnement de tous les services qu'on pourra créer, et parmi les 53 candidats qui, cette année, se sont présentés pour obtenir les trois places mises au concours, je suis persuadé qu'il en est au moins 10 à qui l'on pourrait dès aujourd'hui confier un service d'hôpital; et je reste à dessein au-dessous de la vérité.

Le conseil municipal a donc eu une excellente idée en proposant d'augmenter le nombre des services hospitaliers.

***

Les sinistres qui ont fait tant de bruit et de fumée pendant cette dernière quinzaine montrent qu'il y a encore bien des imperfections dans l'organisation de notre bonne ville de Paris. Les explosions du boulevard Saint-Denis nous ont appris, entre autres choses, qu'il n'existait pas encore de service organisé pour prévenir ces explosions. Lorsqu'une fuite de gaz s'est déclarée et qu'on veut reconnaître le point d'où elle part, le simple bon sens indique de ne pas aller à sa recherche avec une bougie allumée. Il paraît que cette vérité élémentaire a de la peine à être adoptée, puisque, dans le but d'aller voir si une explosion n'était pas à craindre, l'architecte de la maison qui a sauté est allé à la découverte avec une simple lampe ou lanterne. L'emploi de la lampe Davy, qui est si utile aux mineurs lorsqu'ils veulent bien s'en servir, pourrait rendre de très grands services en pareil cas. M. le préfet, interpellé à ce sujet, a dit que cete lampe ne

©BIU Santé

sanieuse contenant une plus grande quantité de débris de tissu musculaire. Ces abcès du cœur, qu'il ne faut pas confondre avec les tumeurs intracardiaques, avec les kystes fibrineux à contenu puriforme si bien décrits par Laënnec sous le nom de *végétations globuleuses*, ont attiré depuis longtemps l'attention des observateurs, et, dès la fin du XVe siècle, Benivieni en avait constaté l'existence. Mais tout en étant la forme la plus authentique de myocardite, « ils en sont aussi la plus rare », et ne se rencontrent guère, en dehors de l'endo-péricardite, que dans les cas de pyohémie ou de maladie puerpérale. Ce sont de véritables abcès métastatiques, et il ne faut pas les confondre avec les collections « pseudo-purulentes » qui résultent d'une sorte de fonte plus ou moins rapide du tissu musculaire dégénéré, et sur lesquelles nous reviendrons à propos des lésions de la myocardite chronique.

Quelles sont, au point de vue de l'anatomie pathologique, les terminaisons de la myocardite aiguë? La maladie peut rétrocéder sans laisser de traces des lésions du début: les faisceaux musculaires n'ayant pas encore subi la transformation granulo-graisseuse, ils ne seraient alors que masqués par les matériaux liquides protéiques et graisseux qui ont pénétré mécaniquement au milieu d'eux. Les fibrilles n'ont pas disparu, et les sarcous éléments ne sont pas détruits. Il ne s'est encore fait, d'après Parrot, qu'une addition, et non une substitution. Quand les troubles nutritifs sont anciens, le tissu musculaire est dissocié, puis détruit; le retour à l'état primitif est impossible, mais la guérison ne l'est pas. Les foyers de ramollissement peuvent guérir soit par résorption et développement de tissu cicatriciel, soit par transformation caséeuse ou calcaire (abcès idiopathiques). A côté de ces terminaisons favorables, il en est de plus redoutables : la marche des abcès du cœur peut être enrayée par la mort survenant par le fait de la pyohémie ou de la maladie puerpérale coexistante; ou bien ils peuvent se rompre dans le péricarde ou dans l'une des cavités cardiaques, et avoir une issue fatale soit par péricardite aiguë généralisée, soit par embolies septiques déterminant des abcès métastatiques et un cortège symptomatique analogue à celui de l'endocardite ulcéreuse. Rokitansky avait cru pouvoir rattacher à l'ouverture de ces collections inflammatoires du myocarde le développement des anévrysmes partiels du cœur à forme aiguë.

---

pourrait être d'aucune utilité dans la recherche des explosions possibles, parce que la lampe, s'éteignant, laisse les explorateurs dans l'obscurité. Pardon, Monsieur le préfet, mais la lampe Davy sert alors de moyen de diagnostic, comme nous disons, nous autres médecins; elle nous avertit qu'il y a des vapeurs prêtes à s'enflammer dans l'endroit que vous explorez, et que personne n'y doit pénétrer avec une lumière vulgaire. Le traitement est alors indiqué; c'est la ventilation prolongée, qui chassera les vapeurs nuisibles et les remplacera par de l'air pur, pour permettre alors aux explorateurs de continuer leurs recherches avec les mêmes lampes. Voilà ce qu'on aurait pu faire. J'ai tout lieu de croire qu'on emploiera dorénavant des appareils plus perfectionnés, dont les étoiles de la *Farandole* sont le type agréable.

***

L'incendie du quartier des Halles, qui a failli brûler vives les ouvrières d'un fabricant de plumes en chambre, et qui a coûté la vie à quelques-unes d'entre elles, est encore le résultat d'une imprudence ou d'une imprévoyance. Comment, on a enregistré par milliers les accidents causés par les essences diverses, la benzine, etc., employées comme substances d'éclairage ou de dégraissage, et on va confier la manipulation de semblable substance dangereuse à une fillette de 14 ans! A qui incombe la responsabilité de l'accident? Au patron évidemment, qui n'aurait dû confier la préparation de la benzine qu'à des employés habiles. Il doit y avoir, je pense, des inspecteurs chargés de surveiller les établissements dans lesquels on emploie les substances dangereuses, et ils devraient s'opposer à ce que ce travail fût fait par des enfants. Pour moi, si j'étais compagnie

Les lésions de la myocardite aiguë ont leur siège de prédilection au niveau du ventricule gauche et de la cloison interventriculaire, et « c'est aux points les plus fatigués de ces régions, à la face antérieure, à la pointe du ventricule, ou encore aux points d'insertion des valvules qu'on trouve ces lésions aux maximum. » D'après Demme et Stein, elles s'étendraient presque toujours aux deux ventricules, et Dittrich avait remarqué qu'elles siégeaient dans la cloison surtout au niveau de la partie postérieure.

L'étiologie des myocardites aiguës mérite d'être étudiée avec soin; car, étant donnée l'insuffisance des symptômes, souvent masqués par la maladie générale concomitante, c'est surtout dans la notion étiologique que le clinicien cherche ses éléments de diagnostic. Stokes avait bien compris la pathogénie de la myocardite, et a eu le mérite de montrer qu'elle peut compliquer presque tout état général grave. La myocardite aiguë est plus fréquente avant qu'après trente ans (Gowers, Bernheim) et, comme l'a fait remarquer Stokes, elle frappe de préférence des sujets *jeunes et vigoureux*. Elle paraît atteindre de préférence le sexe masculin (dans la proportion de trois à un). La myocardite aiguë peut être primitive ou secondaire, générale ou partielle. La myocardite aiguë primitive est rare. Sans nier l'action des causes banales, telles que le froid, le traumatisme (Friedreich), la plus importante est la fatigue, le surmenage. La « myocardite des surmenés » se produit à la suite de grandes fatigues, d'efforts musculaires excessifs et prolongés; et il semble que Galien ait été frappé de l'importance de ces causes quand il parle de la fréquence de l'inflammation du cœur chez les gladiateurs.

La myocardite aiguë généralisée est presque toujours secondaire, et c'est à la suite des maladies générales infectieuses qu'on l'observe le plus fréquemment. On pourrait énumérer toutes les pyrexies : les fièvres éruptives, le typhus, la fièvre typhoïde (Louis et Stokes), la diphthérie (Bouchut et Labadie-Lagrave); l'érysipèle (Jaccoud et Sevestre), la méningite cérébro-spinale épidémique (Maumkopff); la fièvre récurrente (Küttner); les fièvres intermittentes (Vallin); la fièvre jaune (Smith); le rhumatisme, la tuberculose miliaire aiguë (Hayem); l'infection purulente, l'infection puerpérale et l'empoisonnement aigu par le phosphore (Peter). En France, c'est surtout dans la fièvre typhoïde et dans la variole qu'on observe la myocardite aiguë.

---

d'assurances, je refuserais net toute indemnité au chef de l'établissement sinistré, et si j'étais gouvernement, je lui ferais payer toutes les indemnités dont il est redevable envers celles de ses employées qui ont souffert de l'incendie.

***

Les correspondances du journal le *Soleil*, qui, entre parenthèses, sont très bien faites, question d'opinion politique à part, nous donnent d'intéressants détails sur les étudiants en médecine en Russie. Nous en tirons les passages suivants :

« La grande question qui passionne aujourd'hui l'opinion publique est celle de l'enseignement de la médecine aux femmes. Dans cet énorme et fabuleux empire, comprenant à lui seul la septième partie des terres connues; dans cet empire à population rare, clairsemée, misérable, où l'on peut quelquefois traverser un espace de 100 kilomètres sans trouver un seul médecin, il semble que l'enseignement des premières notions d'hygiène et de thérapeutique aux femmes ne devrait pas rencontrer d'adversaires. Et, de fait, cet enseignement fut encouragé par l'Etat durant toute la seconde partie du règne d'Alexandre II. Malheureusement les étudiants russes avaient mauvaise réputation à la cour et au ministère. Que dire des étudiantes? Plusieurs d'entre elles eurent le malheur de se laisser entraîner par la propagande nihiliste, et quittèrent la chirurgie pour étudier le picrate de potasse. C'était assurément fâcheux. Mais s'il fallait prendre l'exception pour la règle, ne pourrait-on pas dire aussi que le grave et respectable institut des demoiselles nobles de Smolna a vu sortir de ses murs plus d'une demi-mondaine? A ce compte, il faudrait fermer toutes les écoles de l'Etat.

©BIU Santé

Le rhumatisme ne produit le plus souvent qu'une myocardite aiguë partielle, et agit tantôt comme maladie générale, tantôt par l'intermédiaire d'une endocardite ou surtout d'une péricardite. L'embolie des artères coronaires, les tumeurs du myocarde, les hémorrhagies intra-musculaires rentrent dans les causes de la myocardite aiguë partielle. Citons enfin l'alcoolisme et la syphilis (Lancereaux, Virchow), tout en faisant quelques réserves. Y a-t-il une myocardite syphilitique? ou la myocardite gommeuse n'est-elle qu'une myocardite ordinaire évoluant chez un syphilitique, les gommes jouant simplement le rôle de corps étranger? Autant de questions que l'état de la science ne permet pas de résoudre aujourd'hui d'une façon absolue.

« Il est peu d'affections dont la symptomatologie soit aussi mal connue que celle de la myocardite. Aussi la lecture de l'exposé des symptômes, que quelques auteurs se sont efforcés de lui attribuer, cause-t-elle à l'esprit un malaise dû, sans aucun doute, à l'indécision qu'elle vient d'y jeter (1). » Ainsi s'exprimait il y a treize ans le regretté professeur Parrot, et aujourd'hui encore il est difficile de présenter une symptomatologie complète des myocardites aiguës. Le symptôme dominant est la parésie cardiaque, et l'on observe dans la myocardite aiguë les signes cliniques de l'affaiblissement du cœur. Au début, on constate souvent des signes d'excitation (fréquence des battements, pouls à 120 ou 140); mais bientôt apparaissent les symptômes caractéristiques : affaiblissement des contractions cardiaques, diminution du choc précordial, lenteur et petitesse du pouls, souffle systolique à la pointe, troubles circulatoires rapides caractérisés par l'algidité périphérique et des congestions viscérales multiples. Il y a de la dyspnée, presque « de l'apnée ». Les signes physiques révélés par la percussion sont ceux de « l'envahissement » du cœur, c'est-à-dire l'élargissement de l'organe, qui s'aplatit dans le thorax, sur le vivant, comme il le fait sur la table d'amphithéâtre, à cause de la flaccidité des parois musculaires; il en résulte une augmentation de la matité précordiale.

L'état général est en rapport non pas avec la lésion du myocarde, mais avec l'état général infectieux qui a engendré la myocardite. Souvent les

(1) Article *Cardite* du Dict. encycl. des sciences médicales.

Aussi, lorsqu'aux premiers jours de son avènement, le tzar Alexandre III manifesta l'intention d'abolir les cours de médecine pour femmes, ce fut un soulèvement général d'opinion dans toutes les classes de la société. L'aristocratie, *le clergé même* prirent la défense des pauvres étudiantes. Une souscription nationale leur restitua bientôt ce que leur avait enlevé la défiance ou la parcimonie de l'Etat, c'est-à-dire un laboraloire, des professeurs, et même ces ressources pour vivre qu'on appelle ici des *stipendia*. L'Etat était battu, mais sans que rien eût calmé ses défiances. Aujourd'hui, reprenant l'offensive, le ministère vient d'instituer une commission chargée de statuer sur l'utilité et l'opportunité des cours de médecine pour femmes. Une grande enquête a été ouverte, et jusqu'ici elle a donné le curieux résultat que voici. Les médecins d'origine russe se prononcent à l'unanimité en faveur de l'institution nouvelle, tandis que les médecins d'origine allemande (et ils sont très nombreux à Pétersbourg) se prononcent, avec une unanimité non moins tranchante, contre l'enseignement de l'hygiène et de la thérapeutique au sexe faible. La question est là, et elle excite des controverses fort vives. A l'heure actuelle, c'est faire presque œuvre de mauvais patriote que de se prononcer contre Esculape en jupon.

Il est vrai que la pénurie des médecins se fait douloureusement sentir dans toutes les provinces de l'empire, les deux capitales exceptées. La durée de la vie moyenne n'est que de 26 ans en Russie, chiffre qui s'explique par l'effrayante mortalité des enfants en bas âge. La statistique atteste qu'il en meurt plus de 60 0/0 au-dessous de l'âge de 5 ans. Dans les provinces du nord, ce chiffre s'élève même à 75 0/0. Il en résulte que chaque année voit disparaître, en Russie, plus d'un million et demi d'enfants, ce qui fait que, sur les 8 millions de garçons nés de 1856 à 1860, 3,770,000 seulement ont pu atteindre

©BIU Santé

symptômes de la maladie générale dominent complètement la scène, et rendent très difficile le diagnostic de la myocardite.

La marche de la myocardite aiguë est variable ; son évolution est en rapport avec le degré d'altération du muscle, et ne coïncide pas exactement avec celle de la maladie générale dans le cours de laquelle elle s'est développée (c'est ainsi qu'elle produit la mort subite par syncope dans la convalescence de la fièvre typhoïde) (1). La myocardite peut se terminer par la mort ; mais souvent aussi, tout en impliquant un danger sérieux, elle se termine par la guérison.

Comme la péricardite, la myocardite veut être cherchée ; c'est une maladie insidieuse, et d'un diagnostic parfois très difficile. Nous n'avons eu en vue dans toute cette étude que les myocardites aiguës symptomatiques des fièvres graves et des états infectieux, et, sans rappeler ici les principaux symptômes, on comprend que la dyspnée, l'hyperthermie, et l'état général puissent en imposer pour le début d'une péricardite. L'existence des frottements dans la péricardite sèche, la forme de la matité dans la péricardite avec épanchement, et l'hyperthermie locale permettront de faire le diagnostic.

Quand la myocardite aiguë s'accompagne d'un véritable *état typhique*, il faut éviter de la confondre avec une dothiénentérie à forme adynamique : « Méfions-nous, dit M. Revilliod, du diagnostic fièvre typhoïde chez un homme sur le déclin de la vie, qui présente de l'adynamie, de la fièvre, de la somnolence, etc., et recherchons d'une part l'*état clinique du cœur et des vaisseaux*, et d'autre part, dans sa profession, son genre de vie, dans les circonstances physiques et morales, veilles, soucis prolongés, toutes causes qui convergent au même résultat. »

Le pronostic, quoique n'étant pas toujours fatal, doit être très réservé, et souvent sa gravité n'est pas en rapport avec celle de la maladie concomitante.

Le traitement consistera surtout en toniques, sous forme de vin, de potion de Todd, de caféine (Huchard), de poudre de noix vomique (Peter). La principale indication est de restituer au cœur son énergie contractile, et les vésicatoires peuvent être employés avec avantage. Mais il faut éviter

(1) Huchard. *Sur la pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde.*

---

l'âge du service militaire, c'est-à-dire vingt et un ans. Et, sur ce chiffre, près d'un million de conscrits se sont trouvés impropres au service !

Des statisticiens féroces ont calculé que, pour tout l'empire, il meurt un être humain toutes les onze secondes. Il est vrai qu'il en naît un toutes les huit secondes, d'où résulte cette conclusion consolante pour l'avenir du pays, que l'accroissement *annuel* de la population est de 1,220,000 individus, soit plus de 3,000 par jour !

Les optimistes infèrent de cette progression constante qu'en 1954 l'empire des tzars comprendra près de 200 millions d'habitants. »

Oui, mais alors, quel âge d'or pour les médecins des deux sexes ;

SIMPLISSIME.

LOTION CONTRE LE PRURIT VULVAIRE. — T. FOX.

Hyposulfite de soude	16	grammes.
Glycérine pure	8	—
Eau distillée	180	—

Faites dissoudre. — En lotions contre le prurit de la vulve. — La même solution a paru utile contre le pityriasis versicolor. — N. G.

BIU Santé

avec le plus grand soin — et l'on ne saurait trop y insister — toute cause de syncope, qui dans ces cas est presque toujours mortelle par le fait de la lésion du myocarde. Aussi, on maintiendra le malade, immobile autant que possible, dans le décubitus horizontal ; et on proscrira toute émission sanguine.

(*A suivre.*) Maurice NOTTA.

Recherches sur la Rage (1);

Note lue à l'Académie des sciences, dans la séance du 7 janvier 1884,
Par M. Paul GIBIER.

Dans ces derniers temps, l'opinion publique s'est émue de prétendues découvertes de spécifiques infaillibles contre la rage. Il appartenait à ceux qui se livrent à l'étude de cette terrible affection de contrôler la vertu de ces agents thérapeutiques et d'assigner à ceux-ci leur véritable valeur à l'aide du seul critérium irréfragable : l'expérimentation.

Il y a quelques mois, mon cher maître, M. le professeur Bouley, communiquait à l'Académie de médecine un cas de guérison de rage humaine obtenue par l'administration de la pilocarpine, principe actif du jaborandi, tout en faisant suivre cette communication de réserves commandées par le doute qui planait sur l'authenticité de ce cas de rage.

Plus récemment, c'était l'ail dont on vantait les propriétés antirabiques, véritable exhumation thérapeutique, car, dans les vieux manuscrits de *Recettes et secrets*, on voit l'ail recommandé au même titre.

A la suite du compte rendu de ces communications dans le *Recueil de médecine vétérinaire*, M. Bouley manifestait le désir de voir le sujet s'éclaircir au contact de la véritable pierre de touche en cette matière : j'entends l'expérimentation. Je me suis chargé de cette besogne, et voici comment je m'en suis acquitté :

En ce qui concerne l'ail, mes recherches ont porté sur des rats :

Première expérience. — Avec une dilution aqueuse de matière cérébrale provenant d'un chien mort de rage furieuse à l'infirmerie de M. Bourrel, vétérinaire à Paris, j'ai pratiqué l'inoculation à neuf rats, suivant la méthode que j'ai exposée dans une communication du mois de juin dernier.

Trois de ces rats furent abandonnés à eux-mêmes et les six autres furent soumis, dès le jour même de l'inoculation, à une alimentation se composant d'un mélange d'ail pilé et de viande, le tout intimement mélangé au mortier et dosé de telle sorte que chaque rat mangeait, en moyenne, 4 grammes d'ail par jour. Tous ces animaux moururent du dixième au quinzième jour avec les symptômes ordinaires de la rage chez le rat (agitation, priapisme, fureur, altération du cri, puis trémulation, paraplégie, inappétence et paralysie générale. A l'autopsie, aucune lésion du cerveau appréciable à l'œil nu).

Deuxième expérience. — Quatre rats, pesant en moyenne 150 grammes, furent soumis pendant un mois à la même alimentation alliacée que les précédents. Au bout d'un mois, ces animaux subirent l'inoculation rabique et l'on continua à leur faire manger de l'ail aux mêmes doses quotidiennes. Ils n'en succombèrent pas moins dans les délais ordinaires avec tous les symptômes pathologiques et anatomiques que nous venons d'énumérer.

La substance nerveuse de ces rats fut inoculée à plusieurs animaux de la même espèce et l'inoculation fut suivie de rage. Deux chats, inoculés avec cette même matière, succombèrent, l'un au bout de dix jours, l'autre le douzième jour, après avoir présenté les accidents effrayants de la rage furieuse si bien exposés par M. Bouley dans sa description de cette maladie chez le chat.

Ainsi donc, dans cette dernière expérience, voilà des animaux qui ont mangé, dans l'espace de quarante jours, une quantité d'ail supérieure à leur propre poids, et cette énorme proportion a été impuissante à empêcher le développement de l'agent morbide dans leur substance. Celle-ci devait cependant en être saturée, car, à l'ouverture des cadavres, on percevait une odeur d'ail très accentuée.

Un homme de taille moyenne ne pourrait sans doute pas se préserver davantage de la rage, même s'il consommait, à partir du jour où il aurait été mordu, 1 kilogr. ou

(1) Travail du laboratoire de pathologie comparée du Muséum d'histoire naturelle.

©BIU Santé

2 kilogr. d'ail par jour, ce qui me semble impossible malgré le goût que l'on puisse avoir pour ce végétal et le désir que l'on ait de se guérir.

Troisième expérience. — Pour juger des effets de la pilocarpine, j'ai injecté chaque jour, en deux fois, à un rat 0gr,005, et à un jeune chat 0gr,010 de chlorhydrate de cet alcaloïde, après leur avoir inoculé la rage.

Chez ces deux animaux, chaque injection était suivie de salivation abondante, de diarrhée et de diurèse accompagnées d'une accélération notable de la respiration. Le chat éprouvait, de plus, des vomissements, et le rat, une demi-heure après chaque injection, présentait une opacité lactescente très appréciable des milieux de l'œil. Ce phénomène, qui disparaissait quelques heures après l'effet physiologique des médicaments et se reproduisait d'une façon constante, me semble dû à la grande déperdition de liquide provoquée par l'injection.

Un chat du même âge que le précédent et deux rats servaient de témoins. Tous ces animaux périrent indistinctement avec des symptômes à peu près semblables et non moins caractéristiques. L'inoculation de leur matière nerveuse produisit les mêmes manifestations rabiques chez d'autres sujets d'expérimentation.

Si l'on s'en tient à ces expériences, qui me semblent réunir les conditions d'une observation rigoureuse, on peut conclure que l'ail et la pilocarpine, administrés même à doses quasi-toxiques, ne sauraient efficacement être employés pour combattre la rage.

REVUE DES JOURNAUX

Remarques cliniques sur une deuxième série de 25 ovariotomies, par F. Terrier. — Comme dans un travail analogue publié en 1882, M. Terrier passe successivement en revue l'âge de ses opérées, leurs antécédents génitaux, la date d'apparition de la tumeur et les phénomènes qu'elle a déterminés.

Abordant l'intervention chirurgicale, il insiste sur la méthode listérienne utilisée dans tous les cas, sur la durée de l'opération et enfin sur ses complications, en particulier sur l'inclusion des kystes ou des tumeurs polykystiques dans l'épaisseur des ligaments larges.

Quelques remarques sur la nature des tumeurs enlevées, sur leur siège et sur leur volume, terminent ce mémoire. L'auteur insiste sur les causes qui ont entraîné la mort, causes parfois multiples et toujours très importantes à discuter, surtout lorsque l'autopsie a pu être faite. Sur les 25 opérées, 9 ont succombé. — Voici les conclusions :

1° L'ovariotomie se pratique d'ordinaire pendant la période sexuelle de la femme, c'est-à-dire de 20 à 40 ans; toutefois il est encore fréquent d'avoir à opérer des femmes arrivées à la ménopause, entre 45 et 55 ans.

2° Les kystes de l'ovaire influent sur la menstruation. Les kystes doubles mêmes n'arrêtent pas l'écoulement des règles.

3° L'ascite considérable indique des tumeurs polykystiques végétantes; en outre, elle peut avoir une origine inflammatoire et serait alors d'un pronostic sérieux au point de vue du résultat opératoire.

4° La ponction ne doit jamais être négligée, soit pour soulager les malades, soit pour affirmer le diagnostic. Dans quelques cas cependant, le diagnostic est tellement net qu'on peut ne pas la pratiquer avant l'opération.

5° La méthode qui consiste à abandonner le ou les pédicules dans la cavité abdominale est d'un emploi beaucoup plus simple et surtout empêche une complication ultérieure très fâcheuse : l'éventration.

6° Cette méthode opératoire doit-elle être incriminée dans les cas où sont survenus des accidents? Nous ne le croyons pas, et nous avons fait remarquer que l'âge des opérées, leur état général grave et les difficultés opératoires jouent à cet égard un rôle plus considérable.

7° Les kystes multiloculaires sont de beaucoup les plus fréquents, et les adhérences soit à la paroi, soit à l'épiploon, sont presque la règle, comme nous l'avons déjà dit.

8° Le volume, le poids des tumeurs peut être considérable; il a atteint 23 kilogrammes dans une de nos observations.

9° La mort peut survenir exceptionnellement par épuisement, mais le plus ordinairement elle résulte d'une *péritonite aiguë* suppurée ou non.

10° Parfois il peut se développer une véritable *péritonite chronique adhésive*, dont la gravité n'est pas encore absolument connue. Cette forme de péritonite ne s'observe-t-elle que dans les cas où l'on a réduit le pédicule? Le fait nous semble possible.

©BIU Santé

11° Les résultats éloignés d'une double ovariotomie sont, pour la grande majorité des cas, la cessation absolue des règles, un engraissement parfois anormal, l'apparition de poussées congestives très persistantes et fort gênantes, comme il en survient normalement à l'époque de la ménopause.

12° L'ablation des deux ovaires n'influe pas fatalement sur les appétits sexuels, et ceux-ci peuvent rester entièrement conservés. (*Revue de chirurgie*, janvier 1884.)

De l'incision antiseptique de l'hydrocèle, par JULLIARD.— Le distingué professeur de Genève, se fondant sur une statistique de 54 observations personnelles, met en relief les inconvénients de l'injection iodée contre l'hydrocèle simple, et préconise l'incision large, antiseptique, suivant la méthode de Volkman, mais par un procédé quelque peu différent : au lieu de suturer l'incision de la vaginale à celle de la peau et de drainer la cavité séreuse, il résèque celle-ci, après nettoyage attentif, autant qu'il faut pour que le feuillet pariétal puisse s'adosser exactement, sans plis, au feuillet viscéral, et il le suture de façon à ce que la cavité séreuse soit complètement oblitérée. Il considère comme absolument inutile et nuisant à l'adhésion séreuse immédiate, le drainage de la vaginale. Il suture la peau isolément et draine la plaie superficielle seulement. Il termine par un pansement antiseptique, compressif et non irritant; pour atteindre ce triple but, il met de larges éponges phéniquées entre le protective et la gaze. Conclusions :

En somme, l'injection iodée est une opération brillante par sa simplicité. Mais elle expose à des réactions inflammatoires dont on ne peut pas prévoir l'intensité; elle échoue souvent, et plus souvent encore elle est suivie de récidives.

L'incision antiseptique n'entraîne jamais de réaction inflammatoire intense; elle n'est pas plus douloureuse que l'injection et n'oblige pas à l'anesthésie; elle guérit tout aussi vite, *n'échoue jamais*, et, si elle a été bien faite, ne sera pas suivie de récidive. Elle est seulement plus compliquée que l'injection : c'est là son seul défaut... Ceux qui tiennent surtout à la certitude du résultat feront l'incision antiseptique.

Il ne reste que le cas où il serait démontré que l'oblitération de la vaginale amène l'altération du testicule et détruit la fonction spermatique. S'il devait en être ainsi, l'incision antiseptique devrait, tout aussi bien que l'incision ancienne, être réservée pour les seules hydrocèles dont on n'aura pu venir à bout par l'injection iodée.

(*Ibid.*, février 1884.)

Des paralysies du nerf radial liées aux fractures de l'humérus, et des opérations qu'elles comportent, par J. MONDAN. — La paralysie du radial, fréquente dans les fractures de l'humérus (du corps et exceptionnellement des extrémités), est le plus souvent la conséquence d'une contusion de ce nerf, produite par la cause fracturante ou par les fragments. Elle est alors curable, à plus ou moins longue échéance, par l'électricité ou par la résection de la pointe osseuse qui contusionne le cordon nerveux.

L'interposition du nerf entre les fragments peut se produire, et, s'il est accompagné d'une certaine quantité de faisceaux musculaires, donner lieu à une pseudarthrose. Le diagnostic de cette interposition se fait surtout par la percussion de bas en haut sur le coude, et par conséquent sur le fragment inférieur; si le nerf est interposé, le blessé éprouvera des fourmillements ou de la douleur dans la zone de sensibilité du nerf.

On peut, par des manœuvres externes, dégager le nerf et mettre par là le malade à l'abri de la paralysie. Si les manœuvres échouent, on doit, usant de toutes les précautions antiseptiques, inciser, mettre à nu le foyer de la fracture et faire cesser l'interposition, sous peine de voir le nerf englobé dans le cal.

Si cet accident vient à se produire, l'évidement du cal, quand le nerf le traverse en plein tissu osseux, ou son dégagement de la gouttière ostéo-périostique qui l'enserre, s'imposent comme les seules ressources pour guérir la paralysie. Ollier, Busch, Tillaux (oublié par l'auteur), Le Fort, Polaillon, Terrier ont publié des faits de ce genre.

(*Ibid.*, mars 1884.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 mars 1884. — Présidence de M. ROLLAND.

M. VULPIAN a présenté une note de M. Ch. Richet *Sur la dialyse de l'acide du suc gastrique* dont nous extrayons les principaux passages :

« Dans des expériences communiquées à l'Académie en 1877, j'ai eu l'occasion de

démontrer, par la méthode des coefficients de partage, que l'acide chlorhydrique du suc gastrique était, dans ce liquide, *combiné* à des bases faibles, comme la leucine, ou à des matières albuminoïdes.

La dialyse m'a fourni un nouveau moyen d'établir ce même fait.

Pour rendre la démonstration plus rigoureuse, j'ai déterminé la combinaison de l'acide chlorhydrique avec les matières organiques de l'estomac.

La dialyse a été faite, tantôt à travers le papier à dialyse ordinaire, tantôt à travers des vases poreux en biscuit, ce qui est bien préférable. Les résultats sont identiques.

Avec le suc gastrique physiologique, lequel contient certainement de l'acide chlorhydrique, les résultats sont bien plus nets encore qu'avec le suc gastrique artificiel ; mais je n'ai indiqué ici que les cas où il y avait addition d'acide chlorhydrique.

La *muqueuse* d'un estomac de porc bien lavée est finement broyée. Le magma, non acide, est mis en contact à la température ordinaire, pendant vingt-quatre heures, avec 250 c. c. d'une solution diluée d'acide chlorhydrique. Le lendemain, le liquide est décanté et filtré, et l'on ajoute encore à la masse non filtrée 250 c. c. de la même solution chlorhydrique. On peut ainsi faire des reprises successives de la muqueuse stomacale. Nous nommerons ces liquides *sucs gastriques artificiels* de la première, de la deuxième reprise, etc.

En comparant entre eux ces divers liquides, j'ai vu constamment que la richesse en pepsine, comme s'il fallait un certain temps pour la formation du ferment, était maximum pour le liquide de la seconde reprise ; mais qu'à partir de la seconde reprise, quoique presque tous les éléments de la muqueuse entrent alors en dissolution et soient peptonisés, la teneur en pepsine diminue beaucoup ; de sorte qu'à la quatrième, et surtout à la cinquième reprise, il y a beaucoup de peptones, mais à peine de pepsine.

En combinant l'acide, soit aux peptones, soit à la leucine, on obtient un liquide qui dialyse un peu moins bien qu'une simple solution aqueuse ; mais la résistance à la dialyse est beaucoup moindre que pour la combinaison de l'acide avec la muqueuse stomacale.

Il est donc vraisemblable, comme l'avait déjà admis M. Schiff depuis longtemps, sans donner d'ailleurs de preuves très rigoureuses, que c'est avec la pepsine que cette combinaison s'effectue, non pas exclusivement, mais principalement. Ce qui confirme cette supposition, c'est que les liquides gastriques artificiels de la première et surtout de la deuxième reprise, ceux-là mêmes qui contiennent le plus de pepsine, sont ceux qui retiennent le plus énergiquement H Cl dans le vase poreux. Les liquides de la quatrième et de la cinquième reprise, encore qu'ils soient très riches en peptones, retiennent l'acide avec beaucoup moins d'énergie. »

M. Vulpian a encore présenté une note de M. Couty *Sur la distinction physiologique de deux classes de mouvements.*

« On a l'habitude de confondre sous le nom générique de *réflexes* les divers ordres de mouvements produits par les excitations périphériques, et on les oppose à d'autres mouvements supposés plus compliqués dont l'origine est cérébrale. Avant d'aborder l'étude de divers fonctionnements médullaires, je crois nécessaire d'établir une division différente et, pour cela, j'étudierai un animal fort commun, le chien.

Je prends un chien de moyenne taille; je presse sur une de ses pattes ou je l'électrise avec un courant fort, et il retire le membre ou il déplace la patte ; je découvre, je lie un des nerfs sciatiques, je presse sur son bout central ou je l'électrise avec un courant moyen, l'animal retire la patte ou il fléchit tout le membre. Ces divers mouvements simples paraissent à première vue semblables, et cependant leur mécanisme est très différent.

Pour le montrer, j'injecte par la veine saphène une solution de chloral. Après avoir reçu le premier gramme de poison, le chien a eu de l'agitation; puis il est tombé, et après le second ou le troisième gramme il a perdu tous ses mouvements spontanés, hormis les mouvements respiratoires; et il a perdu aussi la facilité de répondre par des mouvements aux excitations des pattes. Je puis presser la peau de ses orteils, je puis les gratter, les piquer ou même les couper sans que le membre exécute aucune contraction.

J'ai ainsi rapproché les mouvements sensoriels, incités par certains points de la peau, des mouvements volontaires, et je vais maintenant rapprocher d'autres mouvements plus simples, cérébraux et périphériques. Sur ce chien qui n'a plus de contractions spontanées, ni de contraction par l'excitation des pattes, j'excite le sciatique, le membre se fléchit. Sur ce même chien, je mets à nu le cerveau et j'électrise les circonvolutions du gyrus, les muscles des membres opposés exécutent des contractions; et je suis obligé d'injecter encore 4 g., 6 gr., 8 gr. de chloral, soit une dose double ou triple de la

©BIU Santé

première, pour rendre impossibles les effets de ces excitations expérimentales, et aussi pour arrêter la respiration.

On peut répéter les mêmes observations sous une forme plus probante en sectionnant au préalable la moelle dorsale. Alors une première dose de chloral paralyse dans le train antérieur les mouvements volontaires; la même dose ou une dose un peu plus forte paralyse dans le train postérieur les mouvements produits par les excitations des pattes; puis il faut employer des quantités d'anesthésique triples ou quadruples pour faire disparaître d'un côté les contractions consécutives aux électrisations du sciatique et de l'autre les contractions consécutives aux électrisations du cerveau.

Nous avons ainsi distingué deux classes de mouvements: les uns disparaissent par de petites doses de chloral, ce sont les mouvements volontaires et les réflexes d'origine sensorielle; les autres résistent à une paralysie anesthésique déjà très complète, ce sont les contractions plus simples produites par les excitations expérimentales des nerfs centripètes et du cerveau.

Cette séparation peut être effectuée par d'autres substances que le chloral; et, pendant l'action de la strychnine, du curare ou de l'alcool, comme aussi pendant divers états nerveux pathologiques, j'ai toujours vu les contractions produites par l'électrisation du sciatique ou par celle du cerveau rester possibles les dernières, tandis qu'il suffisait d'une paralysie fonctionnelle légère de la moelle et du bulbe pour faire disparaître les mouvements volontaires ou les mouvements produits par l'excitation des pattes.

Nous sommes ainsi amené à considérer tous les mouvements comme ayant leur mécanisme et leur siège dans le bulbe et la moelle. L'incitation primitive seule peut être variable, cérébrale ou périphérique; mais, je l'ai fait voir dans diverses communications précédentes, les excitations et les lésions corticales agissent sur les muscles, comme les excitations périphériques, par l'intermédiaire de la moelle.

Les mouvements de la vie de relation sont ainsi réunis dans un cadre unique, et, au lieu d'être séparés par leur origine anatomique apparente, cérébrale ou médullaire, ils ne peuvent plus être distingués que par la complexité plus ou moins grande de leur mécanisme physiologique.

Aux mouvements adaptés à un but, provoqués par les volitions ou par les excitations sensorielles périphériques, on peut opposer les mouvements plus simples produits par les excitations expérimentales des nerfs centripètes ou du cerveau. Cette façon nouvelle de considérer la moelle et le bulbe comme les seuls organes chargés des relations avec le milieu extérieur permet d'expliquer facilement les troubles physiologiques ou pathologiques du fonctionnement musculaire.»

La commission chargée de préparer une liste de candidats pour la place d'académicien libre, laissée vacante par la mort de M. L. Breguet, avait présenté à l'Académie la liste suivante:

En première ligne, M. l'amiral de Jonquières; — en deuxième ligne, par ordre alphabétique, MM. Cailletet, Laussedat, Tisserand; — en troisième ligne, M. Trève.

Au premier tour, sur 69 votants, M. de Jonquières obtient 25 suffrages; M. Cailletet, 19; M. Tisserand, 15; M. Laussedat, 6; M. Trève, 4; — au deuxième tour, M. de Jonquières, 34; M. Cailletet, 25; M. Tisserand, 10; — au troisième tour (de ballottage), M. de Jonquières, 37; M. Cailletet, 30. — M. L.

COURRIER

Rectification. — Dans notre dernier numéro, Leçon de M. le professeur Bouchard, p. 541, dernier alinéa, au lieu de : *l'examen des crachats, dont on a depuis peu les oreilles rebattues*, il faut lire : *l'examen des crachats, moyen qui a si bien fait ses preuves dans ces derniers temps, qu'il est inutile de vous en rebattre davantage les oreilles.*

Nécrologie. — Nous annonçons avec regret la mort de M. le docteur Hubert-Valleroux, décédé à l'âge de soixante-quinze ans.

L'Elixir chlorhydro-pepsique Grez spécifique des dyspepsies, de l'anorexie et de l'anémie (Gubler, Fremy, etc.), contient 50 centigrammes de pepsine par cuillerée à bouche.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Maurice Notta : Les myocardites aiguës et chroniques. — II. Bibliothèque. — III. Addendum. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société médico-pratique. — Société de médecine de Paris : Eloge de Duparcque. — V. Thérapeutique. — VI. Courrier.

Les myocardites aiguës et chroniques (1).

II

Les myocardites chroniques, qui ont été décrites sous le nom de maladies anomales du cœur, sont au contraire des maladies courantes, dont l'importance et la fréquence ont été bien démontrées par M. Peter, et dont la connaissance est loin d'être « une étude de luxe apprise pour le besoin des examens de l'Ecole, ou par pure curiosité scientifique. » C'est une affection qu'on rencontre chaque jour, et dont l'évolution « lente, insidieuse et perfide » est caractérisée par des troubles fonctionnels graves *sans souffle organique concomitant*. On la croit rare, parce qu'elle est généralement méconnue.

La myocardite chronique est, contrairement à l'opinion de Laënnec, beaucoup plus fréquente que la myocardite aiguë, et affecte presque toujours d'emblée la forme lente qui la caractérise. S'il règne encore une certaine obscurité sur son anatomie pathologique, c'est que les lésions sont assez complexes, portant tantôt sur l'élément contractile, tantôt sur l'élément interstitiel, souvent sur les deux, se combinant entre elles et dépendant les unes des autres, tout en correspondant à une évolution anatomique différente et dont le point de départ est souvent difficile à préciser. Nous distinguerons trois formes principales :

1° La myocardite chronique *granuleuse ou granulo-graisseuse* ;

2° La myocardite chronique *fibreuse* ou par prolifération conjonctive (d'où la sclérose et même l'atrophie du cœur) ;

3° L'*invasion graisseuse du cœur* (dégénérescence ou surcharge graisseuse des auteurs).

Dans ces trois formes de myocardite chronique, le processus est différent, mais les conséquences sont les mêmes, et, à la période ultime, les signes cliniques se confondent. En effet, que le tissu propre du muscle soit remplacé par des molécules graisseuses, qu'il soit comprimé et étouffé par la prolifération du tissu conjonctif interstitiel, qu'il soit étranglé par la graisse qui l'envahit, le résultat sera toujours la destruction de la fibre musculaire. Dans le premier cas, c'est elle-même qui est malade ; elle dégénère, il y a « substitution » ; dans les deux autres, elle est étouffée et dégénère pour ainsi dire secondairement ; il y a « invasion ». Ici, le cœur est passif (en tant que muscle) ; là, il est actif. Mais les caractères ne sont pas toujours aussi tranchés, et il est souvent très difficile de déterminer si la lésion de la fibre musculaire est primitive, et si les troubles irritatifs du tissu conjonctif périphérique sont dus à l'altération anatomique dont elle est le siège, ou si c'est l'inverse qui a lieu. Il y a donc, en réalité, une connexion intime entre les deux premières formes de myocardite chronique, tandis que la dégénérescence graisseuse du cœur mérite d'en être absolument séparée, tant par son processus distinct, son siège spécial (ventricule droit) et ses symptômes complexes, que par l'efficacité de son traitement, capable de l'enrayer, s'il en est temps encore !

Les lésions anatomiques de la myocardite chronique granulo-graisseuse consistent d'abord en une dissociation et une fragmentation de la fibre musculaire. Les stries sont infiltrées et remplacées en partie par des granulations protéiques, et les choses peuvent rester très longtemps dans cet état. Ces lésions de la myocardite granuleuse s'observent surtout dans le

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 mars.

©BIU Santé

ventricule gauche et dans la cloison interventriculaire; puis les fines granulations protéiques sont remplacées par de petites gouttelettes graisseuses, auxquelles succèdent des gouttes volumineuses qui remplissent la gaîne du muscle, dont la destruction est alors complète; la *substitution* est terminée. C'est la dégénérescence graisseuse. On peut observer la prolifération exagérée du sarcolemme associée à l'altération granuleuse; et il en résulte une forme anatomique différente de celle où le myocarde est complètement infiltré de matières graisseuses, comme elle est différente de la forme où prédomine cette prolifération conjonctive. C'est là le type intermédiaire entre la dégénérescence graisseuse proprement dite et la dégénérescence fibreuse (comme la myocardite chronique de la vieillesse).

La myocardite fibreuse ou scléreuse est « toujours deutéropathique », et résulte soit d'une lésion des artères propres du cœur, soit d'une lésion de l'endocarde ou du péricarde. La lésion se propage de proche en proche, et entraîne la prolifération du tissu conjonctif voisin, qui comprime et étouffe l'élément contractile, d'où l'atrophie terminale de l'organe. Au lieu de l'atrophie, on observe parfois une hypertrophie portant surtout sur le ventricule gauche; dans ce cas, l'hypernutrition, due à la contraction exagérée du muscle, l'emporte sur la tendance atrophique due à la lésion des petites artères. Cette myocardite interstitielle, quand elle est liée à une artérite, est plus ou moins généralisée (infiltration fibroïde d'Ormerod, — cirrhose cardiaque, — *arterio-capillary fibrosis* de Gull et Sutton); elle est, au contraire, essentiellement localisée, si elle dépend d'une lésion de l'endocarde valvulaire ou du péricarde, et c'est sur les parois ventriculaires, sur le septum, ou sur les muscles papillaires, que se fait la localisation. Dans ce cas, le processus morbide varie avec le siège de la lésion primitive, mais est identique à celui de la myocardite généralisée. La lésion du myocarde, d'autant plus profonde et plus étendue que celle de l'endocarde valvulaire est plus ancienne, se reconnaît à l'œil nu par la coloration grisâtre de l'endocarde et la couleur gris rosé du myocarde sous-jacent; et, à la coupe, le tissu induré crie sous le scalpel. — Au microscope, on trouve du tissu fibreux, si la lésion est ancienne, et des cellules fusiformes en voie de transformation, si elle est plus récente. Quand la myocardite fibreuse est consécutive à une péricardite, on peut la voir associée à la myocardite granuleuse, et toutes deux sont *corticales* et dues à la propagation simultanée du processus irritatif au tissu conjonctif et au myocarde. Que la sclérose cardiaque soit diffuse ou affecte la forme d'îlots, les plaques fibreuses peuvent subir de véritables transformations; tantôt elles ont l'aspect de plaques de cartilages (Corvisart); tantôt, par suite du dépôt de sels calcaires, il y a comme une pétrification des parois du cœur (Sénac). Enfin, elles peuvent être le point de départ d'une lésion très importante : l'*anévrysme partiel chronique*, dont la pathogénie aujourd'hui généralement admise a été établie d'une façon définitive par Pelvet, dans son excellente thèse inaugurale (1867).

Vu la lenteur de son évolution, et les altérations importantes qui en résultent, on peut rapprocher la myocardite scléreuse de l'endocardite; d'après M. Peter, elle ne serait jamais isolée, et cependant MM. Rigal et Juhel-Rénoy ont décrit une forme de myocardite scléreuse (*Arch. gén. de méd.*, août et sept. 1881) qu'ils appellent primitive pour la différencier des myocardites chroniques de l'athérome, de la néphrite interstitielle (Debove et Letulle). Mais cette myocardite scléreuse hypertrophique, qui en réalité est liée à des diathèses ou à des intoxications (alcoolisme, goutte, rhumatisme, etc.), ne s'éloignerait-elle pas seulement des autres par une évolution différente, ou est-ce bien une cirrhose insulaire spéciale ayant pour point de départ probable des altérations vasculaires (endocardite — périartérite)? La pathogénie de la sclérose cardiaque est encore très complexe : tandis que Mercier, Rokitansky et Förster voyaient dans la transformation

fibreuse du cœur le résultat d'une inflammation chronique, Cruveilhier croyait à une transformation spéciale, à une véritable métamorphose de la fibre musculaire, qu'il appelait irritation de transformation. Plus tard, l'école anglaise montre que l'hypertrophie cardiaque est sous la dépendance de lésions éloignées (*arterio-fibrosis capillary*), de lésions vasculaires définies (athérome) ou d'altérations de voisinage, par propagation (endocardite, péricardite, symphyse cardiaque).

Si nous avons insisté aussi longuement sur les lésions anatomiques de la myocardite fibreuse, c'est qu'elle forme le groupe le plus important des myocardites chroniques, et nous ne ferons que mentionner les altérations d'ordre purement mécanique qui résultent de l'hypertrophie de la *graisse normale* du cœur, et qui s'observent dans l'*invasion graisseuse* du cœur ou polysarcie cardiaque. Cette prolifération se fait dans le tissu conjonctif sous-péricardique, pénètre le muscle cardiaque, transformant en cellules adipeuses les corpuscules conjonctifs du stroma interstitiel. Le cœur, d'une couleur jaune pâle, se déchire facilement et paraît élargi, et l'on voit, sur une coupe, des raies ou bandes jaunâtres formées par la graisse au milieu du tissu musculaire dissocié.

A côté des lésions matérielles des myocardites chroniques, se manifestent des troubles fonctionnels importants et tardifs, analogues à ceux de la péricardite et surtout de l'endocardite valvulaire. C'est ainsi qu'on observe des rétrécissements d'orifice (myocardite annulaire), des insuffisances par atrophie des piliers ou par altération de l'endocarde valvulaire. Ces faits sont intéressants au point de vue de la pathogénie des affections organiques du cœur et de l'asystolie, ce carrefour commun des maladies cardiaques, comme l'appelle M. Juhel-Rénoy. En résumé nous voyons que plusieurs entités morbides tendent à se dégager du groupe si complexe des myocardites chroniques, qui se réduisaient pour les anciens pathologistes à la myocardite fibreuse ; et nous essayerons de décrire séparément les causes, les symptômes et les terminaisons propres à chacune des formes de myocardite dont nous venons de résumer les lésions anatomiques.

La cause principale des myocardites chroniques est la vieillesse, et c'est le sexe masculin qui est le plus fréquemment atteint, parce que c'est celui où prédominent les abus et les excès, en un mot les causes fonctionnelles d'usure organique. Nous ne reviendrons pas sur les causes que nous avons indiquées à propos de la pathogénie (lésion des artères coronaires, inflammation du péricarde et de l'endocarde) de la sclérose cardiaque. L'athérome, l'alcoolisme, la syphilis (Virchow), l'intoxication lente par le phosphore, sont autant de causes de dégénérescence du myocarde, qu'elle soit granulo-graisseuse ou fibreuse interstitielle.

L'emphysème pulmonaire (sir William Jenner) pourrait déterminer mécaniquement l'induration et l'épaississement du cœur. Dans l'hypertrophie cardiaque, comme dans la dilatation, il existe presque toujours, à un moment donné, des marques de myocardite chronique, et M. Letulle a bien décrit (1) le processus de cette cirrhose interstitielle du cœur.

L'alcoolisme, le rhumatisme, la goutte, le diabète et peut-être le tabagisme seraient les causes les plus fréquentes de la myocardite scléreuse hypertrophique (Juhel-Rénoy).

L'invasion graisseuse peut être une manifestation locale de la polysarcie générale. Une nourriture trop abondante et trop riche en aliments gras féculents ou sucrés, l'alcool, la prédisposition personnelle ou héréditaire en sont les principales causes.

(*A suivre.*) Maurice Notta.

(1) M. Letulle. *Recherches sur les hypertrophies cardiaques*, 1879.

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

DES ÉRUPTIONS VACCINALES GÉNÉRALISÉES (VACCINIDES) ET DE QUELQUES DERMATOSES SUSCITÉES OU RAPPELÉES PAR LA VACCINATION, par M. le docteur DAUCHEZ. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Certaines questions ont le privilège d'être toujours à l'ordre du jour et de soulever périodiquement les controverses. Le mémoire de notre estimé confrère et collègue arrive à son heure : au moment où l'obligation de la vaccination est en discussion devant nos assemblées politiques, et où, avec une coupable violence, les antivaccinateurs font campagne contre la découverte de Jenner.

Les éruptions post-vaccinales sont un des arguments favoris de certains adversaires de la vaccine. Il importe donc au médecin de savoir les reconnaître et dès leur apparition de les juger à leur valeur réelle. Ces vaccinides sont en rapport avec la constitution des malades et selon l'heureuse expression de M. Dauchez « reflètent au dehors la diathèse latente » qu'elles prennent la forme de vésicule, de bulle ou bien celle d'érythème, d'eczéma ou de pétéchies. La vaccine peut donc provoquer le réveil de la diathèse et cette opinion, naguère adoptée par Bousquet, trouve un point d'appui solide dans la clinique.

La classification nosologique de ces éruptions qui est adoptée dans ce mémoire inaugural est celle de M. Hervieux, c'est-à-dire que le premier chapitre est consacré aux formes pustuleuses (éruptions vaccinales directes) dont il existe deux espèces : la vaccine généralisée proprement dite ou pullulation vaccinale soit spontanée, soit par auto-inoculation. Les deux chapitres suivants ont pour objet les formes érythémateuses (roséoles vaccinales) et les éruptions vésico-bulleuses. Enfin le quatrième chapitre est consacré aux formes rares survenant chez des sujets déjà en puissance de vaccine. A l'appui de cette classification, M. Dauchez fait constater de nombreuses observations justificatrices des opinions qu'il émet.

La lecture de cette thèse inaugurale mérite d'être entreprise par les médecins praticiens autant que par les étudiants. Ecrite au point de vue pratique, elle est digne de toute l'attention et, par son fonds comme par sa forme, a sa place marquée parmi les meilleurs travaux cliniques de l'année 1883. M. Dauchez a donc fait de la clinique et de la bonne clinique, sans empiéter sur le domaine de l'anatomo-pathologie et de la médecine expérimentale. — Ch. E.

Addendum.

Dans le travail de M. le docteur Surmay (de Ham) sur l'*Institution d'un ordre des médecins*, le titre II du chapitre VI (*Union méd.*, 22 mars, p. 509), doit être modifié de la façon suivante :

TITRE II

DES TITRES EXIGÉS POUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE, ET DES INCOMPATIBILITÉS PROFESSIONNELLES.

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Art. 4. — Il est interdit aux médecins de se livrer soit personnellement, soit par délégation, participation ou association, à l'exploitation et à la vente de médicaments, produits pharmaceutiques, et en général de tous objets et instruments servant au traitement des maladies.

Ne sont pas compris dans cette exclusion les établissements privés et spéciaux, tels que dispensaires, cliniques, maisons de santé, hôpitaux et hospices, maisons d'aliénés, établissements hydrothérapiques, etc., et, en général, les établissements servant spécialement au traitement des malades.

Art. 5. — Il est également interdit d'une manière générale aux médecins de livrer leur nom aux annonces et réclames visant, soit leur propre personne, soit la vente ou l'exploitation des objets ou établissements désignés ci-dessus.

Art. 6. — Il appartient aux Chambres médicales et au Conseil général de déterminer les cas pouvant tomber sous l'application des deux articles précédents et de statuer sur les peines qui y pourront être appliquées.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 26 septembre 1883. — Présidence de M. Ed. Michel.

La séance est ouverte à quatre heures et demie.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu, mis aux voix et adopté.

La correspondance comprend : 1° une lettre de candidature au titre de membre correspondant adressée par M. Delépine, médecin à Pavilly; 2° le programme du Congrès des Sociétés savantes à la Sorbonne en 1884; 3° le *Bulletin de la clinique nationale ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts;* 4° la *Revue médicale française et étrangère;* 5° le *Bulletin médical du Nord;* 6° la *Revue médicale de Toulouse.*

M. Perrin donne quelques détails sur la santé de M. Labarraque que la maladie continue à tenir éloigné des séances de la Société.

MM. Peyrot et Bonnefoy font successivement un rapport favorable sur la candidature de M. le docteur Calmette.

M. Calmette est nommé membre de la Société.

M. Christian donne lecture d'un travail intitulé : *Troubles oculaires du début de la paralysie générale.* (Sera publié.)

A propos de cette communication, M. Peyrot fait remarquer que la coexistence de syphilis avouée et de symptômes de paralysie générale constatée chez deux des malades de M. Christian semblerait confirmer la théorie de M. le professeur Fournier sur la syphilis cérébrale.

M. Christian : Le traitement spécifique a amendé ou guéri les troubles de la vision, mais il est resté sans influence sur la paralysie générale.

M. Michel : Le malade qui fait le sujet de la première observation a succombé à des accidents épileptiformes; n'est-ce pas là un symptôme fréquent dans la syphilis cérébrale?

M. Christian : Ces accidents épileptiformes sont bien plus fréquents encore dans la paralysie générale. Les deux tiers au moins des paralytiques généraux qu'il a pu observer succombent à ces accidents; à l'autopsie, jamais il n'a trouvé de gomme ou de tumeur.

M. Perrin fait observer que des troubles oculaires plus au moins intenses peuvent se manifester dans d'autres maladies que la syphilis ou la paralysie générale, ainsi dans l'ataxie locomotrice où ils sont pour ainsi dire la règle.

M. Christian : Dans l'ataxie locomotrice, les troubles oculaires du début sont en effet la règle; dans la paralysie générale au contraire, ils sont l'exception. Les trois malades qui ont été l'occasion de la note de M. Christian sont les seuls qu'il ait observés dans une pratique de cinq ans et sur un nombre considérable de malades; ils sont les seuls qui aient présenté ces troubles oculaires au début de la maladie, et c'est en cela que leur observation présente quelque intérêt, car à la fin il n'est pas rare d'observer chez ces malades des troubles de l'appareil de la vision pouvant aller jusqu'à la complète cécité.

M. Julliard, à propos du traitement spécifique et des solutions iodurées, indique un procédé facile de déceler dans ces solutions la présence du bromure de potassium, quand même elles n'en contiendraient que des traces. Il suffit de leur ajouter quelques gouttes de permanganate de potasse liquide (caméléon minéral) : si la solution est pure elle prend une belle teinte violette; si elle contient du bromure, elle donne un abondant précipité trouble caractéristique.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

©BIU Santé

ELOGE DE DUPARCQUE

LU A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, DANS LA SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1883,

Par M. DE BEAUVAIS, ancien secrétaire général.

Messieurs et chers collègues,

Après le légitime tribut de douloureux et sincères regrets payé au nom de la Société tout entière, sur la tombe entr'ouverte du vénéré Duparcque, le 1er novembre 1879, il me restait, comme secrétaire général, un devoir important à accomplir, et c'est par cet acte que j'espérais terminer la sixième année de mon mandat, faire l'éloge de notre cher collègue, quoique, par une clause spéciale de son testament, il ait interdit toute espèce de discours après sa mort.

Si j'ai tant tardé, Messieurs, à remplir ce pieux devoir, c'est que j'ai cru opportun d'attendre une époque solennelle pour acquitter cette dette de famille; je veux parler de la séance publique dans laquelle devait être décerné, pour la première fois, le prix bisannuel, si généreusement offert par notre affectionné confrère, et que vous avez jugé, par un vote très partagé, ne devoir pas accorder cette année.

Ainsi, j'éludais, sans blesser une volonté suprême, cette clause testamentaire, et j'honorais dignement la mémoire et l'acte de générosité de notre premier donateur. Maintenant, suivons pas à pas l'histoire de cette curieuse et noble existence, dont chaque étape est un enseignement et un exemple à méditer. C'est un véritable document humain que je livre à votre appréciation.

Grâce à une notice fort intéressante, écrite par un de ses affectionnés compatriotes, M. Janvier, dans laquelle j'ai puisé largement, je pourrai retracer fidèlement devant vous les principaux traits de la vie intime et professionnelle de notre bienfaiteur et de notre regretté collègue, que je n'ai pas eu l'avantage de connaître personnellement.

C'est à Amiens qu'est né, le 30 décembre 1788, Frédéric Duparcque, dans la capitale de cette riche province de France, qui a légué à Paris une longue suite de médecins célèbres tels que Fernel, Riolan, Sylvius, Desjardins, Deneux, Baudelocque et Frédéric Dubois.

Ses parents, sans fortune, n'avaient pour toute ressource qu'un petit commerce de lingerie; ils parvinrent néanmoins à élever douze enfants, d'une façon digne et convenable, grâce à des prodiges d'ordre et d'économie de la mère, femme énergique et laborieuse.

A cette époque, la grande révolution vint à éclater, et le père de famille, accablé de charges, fut obligé d'envoyer ses enfants à l'école gratuite.

Dès son plus bas âge, car il était encore en robe, le jeune Frédéric, comme il se plaisait à le raconter lui-même, avait été placé, impasse Saint-Patrice, dans un de ces Asiles d'enfants des deux sexes, tenu par une vieille demoiselle du nom d'Agnès, qui lui apprit les premiers éléments de la lecture. Plus tard, mis en pension, ses progrès rapides et ses heureuses dispositions le placèrent au rang des meilleurs élèves.

Ces succès brillants et précoces le firent admettre, en 1802, à l'âge de 14 ans, à l'Ecole centrale du département qui, en l'an III, avait remplacé les anciens collèges supprimés. Cette école avait été établie, par l'administration, dans l'abbaye des Prémontrés; c'est encore là que se trouve aujourd'hui le lycée d'Amiens.

Il y remporta de grands succès, tant dans les lettres que dans les sciences; il obtint un prix de botanique spécialement créé pour lui, et des prix de rhétorique, de physique et de chimie. Après avoir terminé de brillantes études, le jeune Duparcque entra chez un notaire d'Amiens, ami de son père. Son esprit actif, son caractère indépendant, son goût prononcé pour les sciences l'entraînèrent fatalement. Malgré toute la bienveillance de son protecteur, il ne tarda pas à être remercié de son emploi, car il se permettait souvent de quitter l'étude du notaire pour aller herboriser et suivre les cours d'histoire naturelle du docteur Trannoy, au Jardin des plantes. Quand il le pouvait, il s'empressait d'assister aux visites, aux opérations et aux dissections de l'Hôtel-Dieu.

Ce fut, raconte M. Janvier, dans une de ces excursions botaniques, qu'il fut témoin d'une pluie de crapauds. Il en rechercha les causes, et les trouva dans les circonstances météorologiques qui avaient accompagné ce phénomène singulier, dont il avait été fortement frappé. Lorsque plus tard cette question fut mise en discussion devant l'Académie des sciences, M. Duparcque fit parvenir à ce corps savant ses observations; elles furent approuvées et adoptées par l'Institut (*Compte rendu*, séance du 27 octobre 1834).

N'est-ce pas là, Messieurs, déjà un signe frappant et précurseur de cet esprit d'obser-

vation, pénétrant, droit, sagace, que devait garder notre confrère dans ses travaux professionnels si clairs, si précis, et si estimés encore aujourd'hui?

Le père de Duparcque se vit obligé de lutter contre le goût inébranlable de son fils pour les sciences. La modicité de sa fortune ne lui permettait pas, d'ailleurs, de suffire aux frais considérables qu'exigent les longues études de la médecine. Il le plaça à la tête de son petit commerce de lingerie, et lui fit apprendre la tenue des livres.

En 1807, lorsque Duparcque, âgé de 19 ans, se sentit assez habile dans la comptabilité commerciale, impatient de s'affranchir, il se fit admettre dans les bureaux d'un agent de change de Paris. Cette fois, comme la première, il ne put résister à l'entraînement impérieux de sa vocation et abandonna son nouvel emploi, malgré la rétribution convenable qui lui était allouée. C'est alors qu'il commença, sans fortune, sans appui, une vie de fatigues, de veilles laborieuses, de privations stoïques, pour s'adonner tout entier à ses études favorites. Il était de la trempe virile de cette génération d'hommes, assez nombreuse encore au commencement de ce siècle, que rien ne rebute ni n'effraie, même la misère la plus cruelle; ces hommes de fer, que le feu sacré de la vocation soutient, fortifie, protège et dirige sans les laisser dévier un instant du chemin tracé. C'est ainsi que ces lutteurs généreux finissent par triompher de tous les obstacles, par atteindre le but tant désiré, et par conquérir, après de longues et pénibles années d'un travail incessant, une situation aussi honorable qu'honorée. Voici venir la première étape de l'étudiant en médecine.

En 1806, Duparcque est reçu externe des hôpitaux; en 1809, il est admis comme élève de l'Ecole pratique. Dès lors, il se livre avec ardeur aux dissections, aux études cliniques. C'était l'hôte assidu de la bibliothèque de la Faculté. Cette énergie, cette persévérance, ce labeur incessant devaient être couronnés de succès.

Le 4 décembre 1810, après un brillant concours, il était nommé interne des hôpitaux. Il y avait 120 concurrents, et l'administration ne disposait alors que de 19 places; il obtint la seizième; il fut de la promotion d'Hippolyte Cloquet, de Moreau, Brachet et Parisot.

L'année précédente avait vu arriver à l'internat Béclard, Chomel, Rostan, Lisfranc, ces quatre grandes personnalités médicales qui resteront une gloire éternelle pour la Faculté de médecine de Paris et pour la science.

Placé en 1811 comme interne à Bicêtre, Duparcque passe ensuite à Saint-Antoine. L'hôpital était alors encombré de soldats, malheureux débris de nos armées du Nord, affectés de typhus grave. Comme notre regretté maître Rostan, Duparcque fut à son tour atteint par la contagion. Il eût infailliblement succombé à la violence de l'épidémie sans sa robuste constitution, son caractère énergique, et sans les soins affectueux et dévoués de ses collègues, entr'autres de son excellent condisciple et ami Cruveilhier. A peine rétabli de cette terrible maladie, Duparcque entrait comme interne à l'Hôtel-Dieu.

Le 13 mars 1813, il terminait d'une façon brillante ses épreuves pour le Doctorat par une thèse soutenue avec distinction sur le cancer de l'estomac.

Le voilà donc conquis ce titre de docteur tant désiré, mais au prix de quels sacrifices et de quels labeurs ! Nous allons voir maintenant l'usage qu'il fit de cette conquête ; le chemin glorieux qu'il parcourut, et comment il a su honorer la belle profession qu'il a tant aimée jusqu'à son dernier jour.

En 1816, il se fit recevoir membre de l'Athénée de médecine de Paris ; il présenta à cette Société savante un grand nombre de mémoires, d'observations et de rapports, qui ont été publiés dans la *Bibliothèque médicale*.

Deux ans plus tard, en 1818, il fut nommé médecin du Bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement, actuellement IIIe du nouveau Paris. Il avait élu là son domicile, et il ne cessa jamais d'habiter ce quartier populeux et actif, dit M. Janvier, ce quartier industrieux, qui avait vu ses premiers et modestes débuts ; le préférant de beaucoup à d'autres plus riches, plus luxueux, où il aurait pu trouver une clientèle plus lucrative ; mais il ne voulait devoir qu'à son seul travail, une position solide et sérieuse, en dehors de toute réclame et du charlatanisme. Pendant trente-six années, il s'est acquitté avec le plus grand zèle et le plus noble désintéressement de ces fonctions gratuites jusqu'en 1864, époque à laquelle il résigna aussi celles de médecin de l'état civil, auxquelles le préfet de la Seine l'avait appelé en 1822.

En 1830, lorsque la Révolution éclata, Duparcque n'écoutant que son courage et la voix du devoir, vint sous le feu même des combattants, rue Saint-Antoine, marché Saint-Jean, place de l'Hôtel-de-Ville, prodiguer ses soins aux victimes de cette lutte fratricide. En récompense de son noble dévouement, il fut nommé médecin de la Commission des blessés et décoré de la médaille de juillet.

©BIU Santé

En 1844, il était administrateur de la Caisse d'épargne. En 1843, il recevait de l'Académie de médecine une médaille pour son mémoire statistique sur les vaccinations et les revaccinations.

De 1848 à 1873, comme membre et vice-président de la commission d'hygiène et de salubrité du VIIe arrondissement, actuellement IIIe, il a publié un nombre considérable de rapports sur l'état hygiénique et sanitaire.

Pendant les épidémies cholériques de 1832 et de 1849, il fut l'un des premiers organisateurs des bureaux de secours créés pour les victimes de ce redoutable fléau, auxquelles il se dévouait jour et nuit.

Un décret du Président de la République, daté du 25 septembre 1850, lui décerna la décoration de la Légion d'honneur. Cette distinction suprême, si largement méritée, venait couronner dignement trente années d'une vie consacrée entièrement à l'exercice le plus actif et le plus honorable de la médecine, au soulagement des pauvres malades du Bureau de bienfaisance ; elle était aussi la récompense légitime des nombreux travaux scientifiques publiés par Duparcque, qui lui avaient acquis une notoriété sérieuse et universelle.

C'était d'ailleurs un travailleur infatigable. Duparcque avait été président et collaborateur assidu de l'Athénée de médecine.

Il était membre correspondant de l'Académie d'Amiens, de l'Académie royale de Turin, des Sociétés de médecine de Bordeaux, du département de la Somme, de Hambourg ; mais le titre auquel il attachait le plus de prix, c'est celui de membre titulaire de la Société de médecine de Paris. Il se rappelait toujours avec bonheur que c'est dans notre savante compagnie qu'il a exposé la plupart de ses travaux de médecine pratique, marqués au coin de l'observation la plus rigoureuse et de la plus saine raison.

Nommé en 1818, élu Président en 1837, il a tenu à honneur de conserver le titre de membre titulaire jusqu'à sa mort en 1879, c'est-à-dire pendant plus de soixante ans à l'exemple de nos vénérés doyens, Baillarger, Delasiauve et Nonat, qui nous honorent de ce précieux témoignage d'affection et de sympathie, en nous restant attachés et fidèles jusqu'au dernier jour.

Par une clause spéciale de son testament, Duparcque a voulu nous donner une preuve suprême de son inaltérable attachement, en nous léguant une somme de *dix mille francs* pour fonder en son nom un *prix bisannuel ;* sans préjudice d'une somme de 10,000 francs accordée à l'Association des médecins de la Seine, et d'une somme égale pour les pauvres du Bureau de bienfaisance de son arrondissement.

Peut-on faire un plus noble et plus digne emploi d'une fortune péniblement mais honorablement acquise dans l'exercice de sa profession ?

Telle est l'esquisse sommaire de la vie du praticien aussi actif qu'habile, qui a laissé parmi tous ses confrères les meilleurs et les plus honorables souvenirs.

Examinons maintenant les titres nombreux du savant et de l'écrivain.

Quoique Duparcque se soit principalement occupé de gynécologie, il a abordé successivement les sujets les plus différents ayant trait à la médecine, à la thérapeutique, voire même à la chirurgie.

La pathologie infantile a souvent aussi occupé son attention.

C'est par dessus tout un clinicien consommé, un thérapeutiste chercheur, heureux et habile.

Le principal et le meilleur ouvrage de Duparcque est certainement son *Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice*, qui fut publié, en 1835, chez Germer Baillière. C'est celui qui a consacré, en France, comme à l'étranger, sa réputation incontestée de gynécologue consciencieux et expérimenté.

Cet ouvrage a été traduit en anglais, en 1837, par le docteur Warington, à Philadelphie ; en allemand, par le docteur Hies, en 1838, à Leipsig. — Il a été réédité en 1840.

C'était l'amplification et la mise au point d'un mémoire couronné par la Société de médecine de Bordeaux qui, en 1830, avait proposé au concours le sujet d'un prix spécial dans les termes suivants :

« Etablir les caractères distinctifs des divers engorgements, des ulcérations du col et « du corps de l'utérus ; exposer les meilleures méthodes de traitement qui conviennent « à chacun d'eux, et présenter les cas qui nécessitent l'extirpation des parties ma- « lades. »

Le mémoire, envoyé par Duparcque au concours, portait pour épigraphe, cette phrase caractéristique :

« Le plus grand nombre des cancers de l'utérus pourraient être prévenus, si l'on « combattait à temps et convenablement les engorgements et les ulcérations simples, « qui en sont l'origine la plus commune. »

Ce travail important était divisé en deux parties.

Dans la première, l'auteur examine rapidement l'origine et les causes déterminantes et prédisposantes des altérations chroniques de la matrice, considérées d'une manière générale. Il cherche ensuite à établir l'étiologie, le mode de production et de développement de ces altérations et leur degré respectif de curabilité.

Il indique par quels moyens on peut reconnaître leur existence matérielle.

La seconde partie est consacrée à l'histoire particulière des altérations chroniques de la matrice.

Enfin dans un dernier chapitre, l'auteur s'occupe des affections cancéreuses, et il termine par l'exposé et l'appréciation du traitement chirurgical des affections de l'utérus en général, et notamment de l'amputation du col, qui était alors une méthode curative très en vogue. Il traite même de l'extirpation complète de la matrice.

Pour comprendre toute la valeur d'un pareil travail et les difficultés de résoudre ces questions de pathologie et de thérapeutique, il faut se reporter à cette époque où l'histoire pathologique des maladies de l'utérus qui était restée le privilège exclusif d'accoucheurs distingués, tels que Levret, Gardien, Nauche, était encore dans l'enfance et le chaos.

A ce moment, dit notre excellent maître Nonat, parut Récamier qui remit en honneur l'usage du spéculum, depuis longtemps négligé, et même tombé dans l'oubli. Il fait plus, avec l'audace qui le caractérise, il ne craint pas de porter des instruments et des médicaments, dans la cavité utérine, dont aucun médecin, avant lui, n'avait osé franchir l'orifice externe, dans l'état de vacuité.

A la même époque, Lisfranc, avec cette autorité violente qui s'imposait, niait la métrite interne, blâmait hautement la cautérisation intra-utérine, le curage de la matrice, regardait la leucorrhée comme un simple flux utérin et non comme un produit d'inflammation. Il remettait au jour l'opinion ancienne des engorgements et des déplacements consécutifs de l'utérus. Sa méthode thérapeutique consistait dans les évacuants et les dérivatifs, les émissions sanguines et les fondants. Aux cataplasmes, aux vésicatoires, aux pommades résolutives sur le ventre, il ajoutait la diète, le repos, et terminait par l'administration interne de l'iodure de potassium et des préparations de ciguë. Comme traitement chirurgical, il préconisait l'amputation du col de l'utérus, qu'il pratiquait souvent.

Velpeau combattit énergiquement ces idées ; il nia les engorgements utérins d'une façon absolue, rapportant tous leurs symptômes aux déplacements de la matrice, dont il fit une étude très complète et très approfondie. Il fixa surtout son attention sur les altérations du museau de tanche ; il étudia particulièrement la métrite granuleuse du col, à laquelle il fit jouer un grand rôle dans les affections de la matrice. Il préconisa les moyens mécaniques et particulièrement la ceinture hypogastrique. Il recommandait les cautérisations au nitrate d'argent contre les granulations du col et les injections astringentes contre la leucorrhée.

C'est pendant cette période de lutte et de contradiction entre les praticiens les plus éminents et les plus autorisés des hôpitaux et de l'Ecole, que Duparcque publia son intéressant mémoire.

Permettez-moi de vous citer les termes mêmes du rapporteur de la Société de médecine de Bordeaux :

« L'article qui traite des engorgements utérins est, sans contredit, ce qui a été publié « de mieux pensé et de plus complet sur cette matière. L'auteur ne se montre pas seule- « ment habile à expliquer les causes et le mode de développement des observations « organiques de la matrice, il nous apprend encore à les guérir. Personne, avant lui, « n'avait considéré le traitement de ces états morbides d'une manière plus rationnelle « et plus philosophique.

« Les moyens curatifs qu'il conseille d'administrer sont, sans doute, pour la plupart, « connus et usités depuis longtemps, mais il apprécie avec une rare supériorité de talent « leurs propriétés, l'époque à laquelle il convient de les prescrire, le temps qu'on doit « en continuer l'emploi.

« Le rapporteur ajoute : L'amputation du col et l'extirpation de a totalité de cet « organe sont, depuis quelques années, l'objet d'une vive controverse. Les partisans de « ces opérations les regardent comme l'une des acquisitions les plus précieuses de la « chirurgie moderne, leurs détracteurs peut-être en exagèrent les dangers et l'uni- « tilité.

« L'auteur a montré un grand savoir et une noble indépendance dans la discussion « des cas qui nécessitent l'extirpation des parties malades. Il a démontré que ces opéra- « tions en doivent être faites que rarement, et que la plus grande circonspection est

©BIU Santé

« imposée aux chirurgiens dans ces circonstances, où ils peuvent, par des médications « aussi sûres qu'efficaces, préserver les malades de ces opérations toujours dange- « reuses, si elles ne deviennent funestes. »

Il vous souvient encore sans doute, Messieurs, de la discussion intéressante qui s'est élevée dans notre Société, à propos d'une opération pratiquée sur le col de l'utérus par notre distingué collègue, M. Polaillon.

J'ai déjà cru devoir vous rappeler, à ce propos, les opinions du regretté Duparcque, et vous avez pu juger qu'elles sont encore en harmonie avec la thérapeutique actuelle. Je ne saurais mieux terminer l'appréciation de l'œuvre principale de Duparcque qu'en disant, avec le rapporteur :

« Ce travail est rédigé avec soin, le style en est simple et clair, les faits qui y sont « consignés sont nombreux et appartiennent, en grande partie, à la pratique de l'au- « teur. Sur 65 observations, les deux tiers au moins lui sont propres. Peu de médecins « ont tant vu d'altérations organiques de l'utérus.

« L'auteur n'est pas un de ces écrivains qui bâtissent sur des hypothèses et se per- « dent dans des conjectures. Doué d'un tact exquis, et logicien sévère, il n'avance géné- « ralement rien qui ne soit entouré de preuves. »

En 1835, la Société médicale d'émulation couronnait un autre travail très intéressant de Duparcque, intitulé : *Histoire complète des ruptures de l'utérus, du vagin et du périnée*. Cet ouvrage, publié en 1836, eut les honneurs d'une traduction allemande par le docteur Nevermann, en 1838, à Leipsig, et d'une traduction anglaise.

Parmi les mémoires de gynécologie de Duparcque, il en est un qui mérite d'être signalé d'une façon toute spéciale.

Il traite de l'*accouchement par la dilatation forcée du col de l'utérus*, comme moyen d'opérer l'accouchement par les voies naturelles, dans les cas où il est urgent pour la conservation de l'enfant d'obtenir son extraction du sein maternel le plus rapidement possible. Ce mémoire a été publié en 1861, à propos de la question de l'opération césarienne, *post-mortem*, soulevée à l'Académie de médecine. Voici comment Duparcque fait le parallèle des deux opérations :

« Malgré les avantages incontestables que présente ce mode de délivrance, particulière- « ment et relativement à la femme, et quoiqu'il soit exempt des inconvénients atta- « chés à l'opération césarienne, on ne saurait mettre en balance les deux modes de déli- « vrance, relativement au but principal, sauver l'enfant dont la vie est compromise et « qui va s'éteindre dans le sein de la mère. L'opération césarienne a, sans contredit, une « prééminence considérable par la facilité, la promptitude de son exécution, et parce « qu'elle respecte l'enfant, auquel elle ne porte pas la plus légère atteinte; tandis que « dans l'accouchement forcé, les manœuvres pour préparer les voies font perdre un « temps précieux, et les violences exercées sur l'enfant par la version ou la compression « et la traction par le forceps, peuvent ou le tuer ou éteindre l'étincelle de vie qui « l'anime encore. Mais l'Académie de médecine le rappelle, les chances de l'opération « césarienne, qui dépendent en grande partie de l'extemporanéité de son application, « perdent leurs heureux avantages par les délais regrettables qu'imposent l'indécision « de son emploi, en cas de mort apparente; l'adhésion de la famille, l'appel et la réu- « nion des confrères; les préparatifs ordinaires; or, dans les cas où ces contretemps « paraissent devoir être insurmontables, ou se prolonger, les tentatives d'accouchement « forcé pourraient être faites, fût-ce en désespoir de cause.

« La question change, quand la femme est encore vivante; arrivée au terme fatal d'une « maladie, qui va fraper de mort, elle et l'enfant qu'elle porte, si on ne se hâte de lui don- « ner l'existence, on peut alors reculer devant l'opération césarienne par la crainte de « porter le couteau sur une femme encore vivante, de s'exposer à être accusé d'avoir « hâté la mort, de l'avoir provoquée, surtout quand, à côté de l'intérêt personnel, se « dressent des intérêts de succession. »

On voit avec quelle sagacité, quelle profondeur de vue, notre savant collègue juge et apprécie cette délicate et importante question d'obstétrique et de médecine légale.

Ajoutons que c'est bien à Duparcque, et non au professeur Rizzoli (de Bologne), qu'appartient l'honneur d'avoir proposé le premier, en *1823*, l'accouchement forcé, en dehors du temps du travail.

C'est en *1834* seulement qu'ont paru les observations de Rizzoli à ce sujet.

Rapprochons de ce mémoire un travail daté de 1825, ayant pour titre : *Recherches sur les époques auxquelles se manifestent les pertes utérines dans les cas d'implantation du placenta sur l'orifice du col utérin.*

Dans son mémoire, qui traite de l'influence du mariage sur l'hystérie, nous trouvons à signaler cette pensée judicieuse :

« N'est-ce pas parce que l'hystérie est parfois le résultat d'une altération de l'utérus, « et non de la dysménorrhée coïncidente, due elle-même à l'altération utérine, que le « mariage exaspère cet état nerveux souvent secondaire, au lieu d'y mettre un terme, « comme on l'espérait. »

Le 17 mai 1867, à l'occasion d'une lecture par M. Blachez de deux observations de péritonite aiguë chez deux hommes adultes, notre regretté confrère faisait sa dernière communication à la Société, et exposait à ses collègues ses conclusions personnelles sur la péritonite aiguë, en disant qu'elle peut être essentielle ou spontanée, que les deux sexes y sont presque également exposés. Il cite quatre cas chez les hommes adultes, six chez des femmes. On la voit aussi chez les jeunes sujets, chez les enfants, mais avec une prédominance marquée de six contre un pour les filles.

THÉRAPEUTIQUE

De la digitale

La digitale appartient à la famille des scrofularinées qui compte plus de 1,800 espèces et est répandue en abondance dans toutes les parties du monde, depuis les régions les plus froides jusqu'aux lieux les plus chauds situés entre les tropiques. Un grand nombre de plantes de cette famille sont employées en médecine ; quelques-unes agissent comme émétiques et cathartiques, d'autres sont purgatives et emménagogues. La digitale est la plus intéressante de toutes et a pris, depuis longtemps, une des premières places dans la thérapeutique.

Les feuilles de la digitale sont fortement diurétiques ; ces feuilles, récoltées en juin et juillet, sont séchées avec soin et réduites en poudre. On en fait principalement usage dans les hydropisies et dans les maladies du cœur et du poumon passées à l'état chronique.

Les effets ont toujours été excellents. La digitale possède en effet la propriété remarquable de ralentir les battements du cœur, au point de faire tomber les pulsations de près de moitié ; le soulagement du malade est instantané. Mais, malgré la rapidité de son action, l'effet produit est durable, car le pouls devient plus fort et plus résistant à mesure que le nombre de ses pulsations diminue, et la circulation acquiert le calme et la force qui lui faisaient défaut. Par voie de conséquence, on est conduit à reconnaître que la digitale est l'agent le plus efficace contre la fièvre.

La digitale a été l'objet des études d'un grand nombre de chimistes ; on a voulu isoler son alcaloïde, et on y est parvenu. Mais le résultat n'a nullement répondu aux espérances des savants : le produit obtenu ne s'est signalé que par la violence de ses effets, et la pratique a dû abandonner un agent trop dangereux et dont l'emploi difficile ne se justifiait pas par de constants succès. M. Labélonye, à la suite de laborieuses recherches sur la digitale, avait soutenu, dès 1835, que ses propriétés sédatives et diurétiques étaient dues non à une substance unique, mais à la réunion de divers principes : résine, principe amer, huile volatile, extractifs et sels qu'elle contient. L'expérience a pleinement confirmé cette assertion, et l'insuccès de la digitaline cristallisée est venu lui apporter une confirmation nouvelle.

Une fois ce principe admis que ce n'est pas l'alcaloïde de la digitale qu'il faut employer, mais la plante toute entière, des discussions s'élevèrent entre les chimistes sur la manière de l'employer : deux opinions se firent jour, l'une insistant sur la simple infusion prolongée de la plante, l'autre, celle de M. Labélonye, préférant la dissoudre. Cette dernière devait finir par prévaloir. En effet, M. Labélonye a reconnu que l'alcool hydraté dissolvait la plante sans lui enlever aucun des éléments qui font sa valeur, et il a composé un extrait hydro-alcoolique qui devait devenir la base de ses préparations.

Aujourd'hui le Codex consacre officiellement la préférence qu'il faut donner la solution hydro-alcoolique sur la simple infusion.

Mais il fallait encore rendre l'emploi de cet extrait facile et agréable autant que possible. C'est alors que M. Labélonye a préparé le sirop de digitale et les granules de digitale qui portent son nom. Le sirop doit être employé en moyenne à la dose de 2 cuillerées à bouche par jour, les granules de 1 à 4 par jour. Ces doses peuvent être augmentées et quelquefois presque doublées dans les crises aiguës, c'est au médecin à apprécier et à ordonner.

Les succès constants de cette médication depuis 40 ans ne permettent aucun doute

©BIU Santé

sur sa valeur. C'est particulièrement dans les affections de poitrine, catarrhes, bronchites, coqueluches, hydropisies générales ou partielles qu'on en constate les excellents effets. Mais c'est surtout dans les affections organiques ou non organiques du cœur qu'on en obtient des résultats immédiats et complets. Les palpitations sont calmées en peu de jours, quelle que soit la cause qui les produise, mais surtout quand elles sont provoquées par un excès d'activité de la circulation ou une grande irritabilité du système nerveux. Enfin le sirop ou les granules sont d'une innocuité parfaite sur les organes de la digestion, et peuvent, par conséquent, être administrés sans crainte dans la mesure exigée par la gravité des souffrances qu'on veut calmer, de la maladie qu'on veut guérir.

COURRIER

ECOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Cours libre d'obstétrique comparée suivant les races.* — M. le docteur Verrier, préparateur à la Faculté, membre de la Société d'anthropologie, reprendra son cours le vendredi 4 avril prochain à une heure et demie à l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique. Il le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Le professeur traitera dans ce semestre de l'avortement criminel chez les Romains et les différents peuples; de l'avortement spontané et accidentel, et de l'avortement ainsi que de l'accouchement prématuré provoqués dans un but scientifique.

M. Verrier exposera aussi les mutilations et déformations ethniques que l'on fait subir à l'enfant.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui ont concouru en 1884, a eu lieu le jeudi 27 mars 1884, à une heure et demie de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. Dans cette même séance ont été rendues publiques les nominations des élèves internes admis à la suite du concours de 1884.

RÉCOMPENSES. — La Société de géographie vient de décerner : 1° une grande médaille d'or aux expéditions des sondages et drainages sous-marins des navires *le Travailleur* et *le Talisman*, dirigés par M. Alph. Milne-Edwards, membre de l'Institut; 2° une médaille d'or à M. Arthur Thouar, pour sa traversée du désert du grand Chaco boréal, à la recherche des restes de la mission du docteur Crevaux; 3° une médaille d'or (prix Logerot), à M. Désiré Charnay, pour l'ensemble de ses explorations et notamment pour son exploration du Yucatan.

— M. le docteur Piétri, médecin de la Société française de bienfaisance au Caire, vient de recevoir une médaille d'or de première classe pour son dévouement exceptionnel lors de l'épidémie cholérique de 1883.

PRIX POUR BOISSONS NON SPIRITUEUSES. — Concours institué sous le patronage d'un Comité dont les membres sont :

Le comte de Lichfield; — le docteur Norman-Kerr; — M. E. Stafford-Howard, membre du Parlement; — M. Samuel Morley, membre du Parlement; — le Révérend Prébendier Glier; — M. F. Dixon Spain; — l'honorable F.-L. Wood; — la vicomtesse Ossington; — Mme Meynell Ingram (avec pouvoir d'augmenter le nombre des membres).

Il y a déjà longtemps que l'on a besoin d'une bonne boisson non spiritueuse pouvant remplacer les liqueurs alcooliques à bon marché auxquelles le public est habitué; celles qui ont été inventées jusqu'à ce jour n'ayant pu obtenir la faveur du public que pour un temps seulement.

Il est maintenant offert deux prix — le premier de 700 livres sterling (17,500 fr.); et le second de 300 livres, soit 7,500 fr.— pour les deux meilleures boissons non spiritueuses. On peut se procurer une copie des conditions en envoyant au Secrétaire une enveloppe affranchie portant le nom et l'adresse de la personne désirant concourir.

Par ordre du Comité.
W. HODGES, *secrétaire.*

Bureaux-Victoria Chambers, 55 et 56, Chancery Lane, Londres. Ouverts tous les jours, de 11 heures à 3 heures. Le samedi, de 10 heures à 1 heure. — Mars 1884.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. M. Hallopeau : De l'utilité du rôle et des limites de la pathologie expérimentale. — II. Thérapeutique. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Courrier.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE

De l'utilité, du rôle et des limites de la pathologie expérimentale.

Leçon faite à la Faculté de médecine par M. Hallopeau, professeur agrégé.

C'est une question toute d'actualité que celle de l'utilité de la pathologie expérimentale. Sans doute la ridicule croisade entreprise récemment contre la vivisection par quelques don Quichotte de la presse, n'a pas mieux tourné pour eux que la furieuse charge du sentimental hidalgo sur les moulins à vent. Il est bon cependant que, pour rassurer les esprits timorés, nos maîtres fassent clairement comprendre quels précieux services a rendus et doit rendre encore à la médecine l'expérimentation.

Nous estimons donc que M. Hallopeau, chargé de suppléer cette année M. le professeur Vulpian dans son cours de pathologie expérimentale et comparée, a été fort bien inspiré en consacrant sa première leçon à définir le rôle de la pathologie expérimentale, à démontrer son utilité, à préciser enfin les limites qui lui sont imposées et les rapports qui l'unissent aux différentes branches des sciences médicales.

Aussi bien, ce rôle de la pathologie expérimentale n'a pas toujours été nettement défini et est diversement apprécié. Pour les uns, peu nombreux, c'est une étude étrangère à l'art médical; pour d'autres, elle seule peut nous fournir des connaissances ayant un caractère vraiment scientifique. La vérité est entre ces deux assertions contradictoires. La pathologie expérimentale n'est ni inutile, ni dominatrice en médecine ; son rôle est assurément considérable, et d'ailleurs un coup d'œil jeté sur l'histoire montre qu'elle est d'origine bien ancienne. Galien avait déjà fait des sections nerveuses, celles du récurrent, de la cinquième paire cervicale, de la moelle. N'est-ce pas l'expérimentation qui a servi de base aux découvertes de Harvey, Haller, de Graaf? Mais c'est le XIXe siècle qui lui voit prendre son plein essor. Peut-on nier qu'elle a renouvelé la physiologie normale, éclairé la physiologie pathologique, fourni les plus précieuses notions sur la nature des maladies infectieuses, et fait progresser la thérapeutique? De toutes parts les expériences se multiplient dans les laboratoires de plus en plus nombreux. Les résultats de ce mouvement sont excellents, les progrès réalisés deviendront de jour en jour plus considérables, mais à la condition que le laboratoire ne fasse pas négliger l'hôpital.

Or, certains physiologistes ne sont peut-être pas suffisamment pénétrés de cette vérité. Peut-être y a-t-il tendance à une sorte d'antagonisme entre la médecine expérimentale et la médecine d'observation ; sans doute on ne nie pas l'utilité de cette dernière, on ne peut nier l'évidence, mais on tend à la reléguer sur un plan secondaire. Cette tendance s'accusait déjà dans les écrits de Cl. Bernard. Il admet trois étapes dans l'évolution de la médecine : à l'empirisme grossier a succédé l'observation éclairée, enfin vient l'expérimentation, épanouissement suprême du progrès scientifique. Il a distingué nettement la médecine expérimentale comme science distincte de la médecine d'observation ; la première seule lui paraît explicative et conquérante. Il revient sur cette idée à plusieurs reprises et l'adapte à toutes les sciences : d'après lui, les sciences expérimentales se distinguent

©BIU Santé

des sciences d'observation en ce qu'elles sont *conquérantes*. On ne saurait accepter cette infériorité des sciences d'observation. L'astronomie, qui échappe absolument à l'expérimentation, n'a-t-elle pas réalisé des progrès considérables et conquis par l'observation pure des notions positives sur le système du monde?

Que peut conquérir une science naturelle? La connaissance des lois auxquelles sont soumis les phénomènes. Pour y arriver, l'observation y contribue autant que l'expérimentation, elle est conquérante au même titre, si l'on peut employer cette expression. Une distinction de principe entre les sciences expérimentales et celles d'observation est donc inacceptable. Pour en revenir à la médecine, à vrai dire, il n'y a pas de médecine expérimentale ; il y a, au service de la médecine, des sciences : la physiologie, la pathologie, la toxicologie, qui s'éclairent par l'expérimentation et l'observation. La science est une, bien que ses moyens d'investigation varient. L'observation nous fait connaître les phénomènes tels qu'ils se présentent dans leur infinie variété, grâce à laquelle le plus vieux clinicien rencontre encore chaque jour des faits nouveaux. L'expérimentation nous permet d'observer des faits que nous avons provoqués volontairement dans un but déterminé ; ce n'est aussi qu'un simple moyen d'investigation ; elle ne peut faire naître ni la maladie d'Addison, ni le goître exophthalmique, et, pour prendre en exemple les maladies cutanées, si elle peut créer la phlegmasie expérimentale, une dermite par irritation, elle ne peut produire ni le lichen, ni le psoriasis, ni l'acné. L'observateur et l'expérimentateur doivent donc marcher de pair et la main dans la main à la conquête de la vérité, ou plutôt l'homme de science doit être à la fois observateur et expérimentateur, homme d'hôpital et de laboratoire, et M. Hallopeau ne peut, à ce pointde vue, citer un meilleur modèle que le titulaire de la chaire, M. Vulpian, qui jouit d'une égale autorité comme physiologiste et comme pathologiste.

D'ailleurs, à présent, l'expérimentation n'appartient plus exclusivement aux instituts physiologiques ; elle est associée aux études de pathologie générale et spéciale, d'anatomie pathologique, d'hygiène, de médecine légale, de thérapeutique. Il est facile de montrer, par des exemples, combien ces diverses sciences peuvent mettre à profit l'expérimentation.

La physiologie, ébauchée au siècle dernier par l'expérimentation, a été par elle comme renouvelée dans celui-ci ; grâce à elle, ses progrès continuent chaque année, et, pour ne citer que quelques découvertes récentes, ne lui doit-on pas la connaissance des nerfs vaso-dilatateurs, des nerfs sudoraux, des centres psycho-moteurs ?

La pathologie générale a-t-elle été éclairée par l'expérimentation ? Récemment un professeur de cette faculté contestait que celle-ci pût produire des maladies ; cette accusation est vraie dans une certaine limite ; la glycosurie n'est pas le diabète, l'albuminurie expérimentale n'est pas le mal de Bright, on ne peut faire des goutteux, des rhumatisants, des herpétiques, ni des scrofuleux. Ce sont là des maladies de causes complexes, elles nécessitent des modifications héréditaires dans l'évolution de l'organisme ou l'action prolongée de fautes d'hygiène et d'écarts de régime. Mais si l'expérimentation est impuissante à reproduire ces maladies-là, il ne faut pas généraliser cette impuissance. Elle peut produire les maladies par inoculation, par intoxication, par traumatisme.

Niera-t-on les progrès énormes que la pratique des inoculations a fait accomplir dans la connaissance des maladies infectieuses? C'est la gloire du XIXe siècle d'avoir élucidé les causes de ces maladies. On savait bien, jadis, qu'il existe des maladies transmissibles de l'homme aux animaux et des animaux à l'homme ; on connaissait la variole, la rage, la morve, la tuberculose, la syphilis. Mais on ignorait la nature de l'agent infectieux qui les produit. Avec les travaux des Davaine et des Pasteur s'est faite une véritable révolution. L'observation nous montre des corpuscules dans

les produits infectieux, mais ne nous apprend rien relativement à leur nature et à leur signification ; pour démontrer qu'une maladie est bien la conséquence d'un agent infectieux, il est indispensable de le soumettre à des cultures; dans un milieu approprié, on obtient une série de dégénérations dont chacune conserve le pouvoir infectieux. Mais ces corpuscules, ces microbes sont-ils vraiment les agents producteurs de la maladie? n'en sont-ils que de simples vecteurs? Cette objection tombe devant le raisonnement suivant: les produits des cultures en série avec lesquels on inocule le charbon, la morve, la tuberculose, ne représentent qu'une fraction qui se chiffre par trillionièmes du virus à l'aide duquel la première a été faite. Peut-on admettre que les microbes, dans ces conditions, ne se soient transmis qu'une virulence d'emprunt? Quant à l'assimilation absolue de tous les microbes à des parasites, elle ne pourra être rigoureusement admise tant que l'on n'aura pas démontré l'existence en dehors des organismes vivants de tous les microbes infectieux. Quoi qu'il en soit, la démonstration de la nature microbienne est faite pour la maladie des vers à soie, la péripneumonie des bêtes à cornes, le rouget des porcs, le charbon, le tubercule, la morve, pour la diphthérie et certaines formes de pneumonie franche. Si la démonstration n'a pu être encore faite pour beaucoup d'autres maladies manifestement infectieuses, il faut chercher l'explication de cet échec dans les difficultés de ce genre d'expérimentation, notamment dans la difficulté de trouver des milieux favorables à la culture de leurs microbes, les uns étant aérobies, les autres anaérobies, et des animaux en état de réceptivité pour nos virus. Parfois, des animaux qui s'étaient montrés réfractaires à l'inoculation, deviennent inoculables quand on les modifie, comme la poule pour le charbon, quand on abaisse sa température. Mais souvent le problème demeure insoluble. L'observation supplée alors à l'expérimentation : Straus a vu des micrococcus dans les pustules vaccinales du veau, et la coloration par les réactifs, indiquant leur nature microbienne, permet de les considérer comme les agents infectieux, malgré la non réussite des cultures.

L'expérimentation nous éclaire sur le mode d'action des agents toxiques. Nous pouvons déterminer des intoxications aiguës; l'arsenic, introduit dans les voies digestives, produit une entérite cholériforme, comme le tartre stibié. Nous pouvons observer les effets des intoxications chroniques par l'alcool et le plomb.

Nous reproduisons, par des traumatismes expérimentaux, non seulement des symptômes morbides, mais des maladies; nous faisons des cobayes vraiment épileptiques, puisque leur épilepsie devient héréditaire.

La pathologie expérimentale imite les processus pathologiques, l'embolie et la thrombose; elle amène, par des ligatures, la suppression des fonctions urinaire et biliaire; elle produit la congestion, l'inflammation, la paralysie, les gangrènes, la dégénérescence graisseuse.

Toutefois, il y a des processus qui lui sont inabordables : les tumeurs, les néoplasies; car celles-ci paraissent dues à un trouble d'évolution remontant à la vie embryonnaire. C'est ainsi qu'un enchondrome du testicule peut être expliqué par l'inclusion, dans cet organe, de cellules cartilagineuses pendant la période où il se trouvait sur les côtés du rachis, cellules qui sommeilleront jusqu'au jour où une circonstance quelconque viendra les faire proliférer.

La physiologie pathologique demande à l'expérimentation non seulement la reproduction des symptômes, mais la détermination de leur mécanisme. Nous savions déjà que le vomissement était dû en partie à la contraction des muscles abdominaux. Arnozan et Franck nous ont appris qu'il se produit en outre, pendant ce phénomène, un abaissement de la pression intra-thoracique par spasme des inspirateurs. Nous savons que l'albuminurie coïncide toujours avec le ralentissement du cours du sang dans les

©BIU Santé

glomérules, que la syncope résulte de l'arrêt du cœur par excitation du pneumogastrique. Nous pouvons produire la fièvre par l'injection, dans le sang, de substances pyrétogènes, et déterminer que l'exagération des combustions est la cause prochaine de l'hyperthermie.

En revanche, il est certains troubles fonctionnels que l'expérimentation n'a pu reproduire, l'athéthose, la chorée, l'ataxie locomotrice. C'est l'observation clinique qui a fait découvrir la sensibilité récurrente ; on se rappelle que le point de départ en fut un cas de section du nerf médian observé par M. Richet. C'est à la clinique qu'appartient l'aphasie. En fait de troubles trophiques, nous n'avons pu produire le zona, et les amyotrophies de cause expérimentale ne sont pas comparables à l'atrophie musculaire progressive.

La médecine légale a reproduit les intoxications, les lésions produites par des violences extérieures. Récemment Legroux nous démontrait que les ecchymoses sous-pleurales, considérées par Tardieu comme caractéristiques de la suffocation, se produisent aussi dans la submersion et dans d'autres morts par asphyxie. Nous connaissons la présence, dans les matières albuminoïdes en décomposition, des ptomaïnes, ces alcaloïdes cadavériques qui doivent désormais rendre le légiste fort circonspect dans la recherche des alcaloïdes toxiques.

En anatomie pathologique, ne citerons-nous pas la démonstration faite expérimentalement par M. Cornil de la présence de microbes dans certaines inflammations de la peau?

En hygiène, si nous exceptons la vaccination dont la découverte a été le résultat de l'observation pure, quels précieux moyens prophylactiques ne doit-on pas déjà à l'inoculation des virus atténués du charbon, de la péripneumonie, du rouget des porcs? M. Pasteur croit même être sur la voie de la découverte d'une inoculation qui préviendrait la rage. Il est vrai qu'eût-on atténué les virus de toutes nos maladies infectieuses, l'immunité qu'ils confèrent paraissant jusqu'ici d'assez courte durée, on serait fort en peine de pratiquer un si grand nombre d'inoculations.

En thérapeutique, enfin, l'expérimentation a une double utilité. Elle éprouve les médicaments nouveaux et elle vérifie leur mode d'action, soit qu'ils doivent naissance aux progrès incessants de la chimie, comme l'apomorphine ou le chlorhydrate de kairine, ce puissant antithermique dernièrement découvert; soit qu'ils proviennent de plantes indigènes (*convallaria*, *adonis vernalis*) ou de plantes exotiques, comme le curare, le jaborandi, comme ce poison des Moïs de Cochinchine dont M. Bochefontaine a démontré le mode d'action par de récentes expériences. N'oublions pas cependant qu'il est de puissants médicaments dont l'expérimentation sur les animaux ne peut nous expliquer l'efficacité; tels sont le quinquina, l'iodure de potassium, le mercure, bien que pour ce dernier on puisse admettre qu'il agit en détruisant l'agent infectieux de la syphilis, en vertu de sa puissance parasiticide.

M. Hallopeau a terminé cette leçon si remarquable et si sage, en affirmant que dans les études expérimentales dont il fera la base de son enseignement, le point de vue médical dominera toujours. « Prenant exemple, a-t-il dit, sur mon maître et ami M. le professeur Jaccoud, je n'oublierai pas que je suis avant tout médecin et que je parle à des médecins. »

Paul Le Gendre.

THÉRAPEUTIQUE

Du meilleur moyen d'administrer le Salicylate de soude.

L'histoire si récente et déjà si remplie de la médication salicylée est trop connue pour qu'il soit nécessaire de la faire à nouveau.

Les succès obtenus dès le début ont encouragé les praticiens et beaucoup d'entre eux se sont mis à l'œuvre pour vérifier les résultats énoncés. En très peu de temps, MM. Hérard, Hardy, Oulmont, Gueneau de Mussy et Jaccoud ont apporté à la tribune de l'Académie de médecine le fruit de leur expérience. Ils ont reconnu que le salicylate de soude pur et administré sous une forme convenable était le médicament le plus efficace que l'on ait employé contre le rhumatisme articulaire aigu ou chronique, les nodosités d'Aberdeen et certaines affections goutteuses.

« Aujourd'hui, dit M. le professeur Vulpian (1), il y a accord unanime sur l'efficacité de l'emploi du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et ce serait du temps perdu que de rapporter de nouveaux faits plus ou moins analogues à ceux que chaque médecin a pu observer dans sa propre pratique.

Le salicylate de soude pur produit de très bons effets dans le traitement des accès aigus de goutte. Il guérit souvent ces accès en peu de jours, aussi rapidement que les attaques de rhumatisme articulaire aigu. »

D'après le docteur Compagnon (2) : « Le salicylate de soude peut et doit être employé dans le traitement du rhumatisme noueux, toutes les fois que l'état de la circulation centrale ou des reins ne vient pas le contre-indiquer.

Non seulement il calme les douleurs, mais encore il permet aux articulations de reconquérir une partie des mouvements perdus, et il enraie la marche de la maladie.

Seulement, ajoute le docteur Compagnon, souvent le salicylate de soude étant impur, il sera essentiel de s'assurer de la qualité du médicament. »

Une discussion intéressante s'est élevée sur ce point à la *Société de médecine de Paris ;* un des honorables membres, le docteur Charrier, après avoir rappelé les succès constants obtenus dans le traitement du rhumatisme par l'administration du salicylate, s'exprime ainsi : « J'ai, dans mon service à l'Imprimerie nationale, une malade qui est atteinte des nodosités d'Aberdeen, avec déformation des doigts et douleurs atroces ; elle prend, depuis deux ans, 4 grammes par jour de salicylate, les douleurs ont disparu, les nodosités n'ont plus augmenté et la malade a pu continuer son travail sans interruption, puis il ajoutait : une chose aussi est à considérer, c'est la pureté du médicament, aussi me suis-je toujours servi avec avantage de la Solution Clin au salicylate de soude. Le salicylate que Clin emploie est d'une pureté parfaite, préparé avec le plus grand soin. C'est un médicament dans lequel on peut avoir toute confiance. »

M. Géry a corroboré cette affirmation en termes catégoriques : « J'ai employé, a-t-il dit dans la même séance, le salicylate de soude aux mêmes doses et dans les mêmes conditions que vous, et comme vous, j'ai eu des succès et des revers. Frappé de la persistance de ces derniers chez certains malades qui me semblaient être dans les meilleures conditions pour se bien trouver du traitement, j'ai cru devoir attribuer l'insuccès à la préparation plus ou moins mauvaise du médicament, et, après des essais comparatifs, je suis convaincu qu'il faut attacher une grande importance à la manière dont le salicylate est préparé, et que toutes les pharmacies ne le livrent pas suffisamment pur. Je me trouvais dernièrement en consultation avec mon excellent confrère et ami, M. Millard, qui me disait qu'avec une préparation toujours identique comme la Solution Clin, il n'avait eu qu'à se louer de l'emploi du salicylate de soude. »

Mais quelles que soient les circonstances dans lesquelles on se propose de prescrire le salicylate de soude, il importe d'avoir constamment présentes à l'esprit les règles posées par le professeur G. Sée (3) : « Pour administrer le salicylate de soude, le meilleur moyen, c'est la *Solution* ; je ne saurais accepter l'usage du salicylate en pilules, pastilles, poudres, cachets ; car ces formes pharmaceutiques finiraient par déprécier un médicament des plus utiles. La seule condition exigible, c'est la pureté du médicament qui contient trop souvent une certaine quantité d'acide phénique ; c'est là un inconvénient qui se traduit par un profond dégoût. »

En résumé, le salicylate de soude possède une efficacité incontestable et a donné d'excellents résultats, toutes les fois qu'il a été possible d'administrer ce produit abso-

(1) *Journal de pharmacie et de chimie,* décembre 1880. — *Revue médicale,* par M. le professeur Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris. — *Du mode d'action du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.*

(2) *De l'utilité du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme noueux* Paris 1880.

(3) Académie de médecine de Paris (1877).

©BIU Santé

lument pur. A cet égard on aura toute garantie en prescrivant la Solution Clin : chaque cuillerée à bouche contient 2 grammes de salicylate de soude pur, chaque cuillerée à café en contient 50 centigrammes. Cette solution incolore, par conséquent *exempte d'acide phénique*, très exactement dosée et toujours identique dans sa composition permet au médecin d'administrer sûrement le salicylate de soude pur et de varier les doses selon les indications qui se présentent.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mars 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Présentations. — L'infection purulente et l'antisepsie. — Observation d'abcès hématique de l'aisselle ; ouverture ; hémorrhagie grave ; tamponnement ; guérison. — De la ligature de l'iliaque externe dans les cas d'anévrysme inguinal. — Opération de gastro-stomie dans un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage ; discussion. — Présentation de malades : tumeur du corps thyroïde avec exophthalmie ; discussion.

M. Larrey fait hommage à la Société de chirurgie des trois bustes de J. Cloquet, de Clot-Bey et de Dieffenbach. Il offre, en outre, une collection de thèses de chirurgie.

M. Verneuil offre en hommage une brochure *Sur l'impaludisme au point de vue chirurgical*.

— A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Desprès, à l'appui de l'opinion qu'il a émise relativement à la réapparition de l'infection purulente dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris, cite les journaux la *Gazette des hôpitaux*, l'*Union médicale* et les *Bulletins de la Société anatomique*, de l'année 1883, comme contenant la relation de plusieurs cas d'infection purulente survenue dans le courant de cette année. M. Desprès croit pouvoir attribuer ces cas, ainsi que ceux qu'il a observés récemment dans son service de l'hôpital de la Charité, à la constitution médicale qui règne actuellement à Paris et qui se révèle en outre, selon lui, par de nombreux cas de pneumonie infectieuse, de diphthérie et de fièvre puerpérale.

MM. Trélat et Verneuil font remarquer que l'influence possible des constitutions médicales a disparu pour l'infection purulente depuis l'introduction de la méthode antiseptique en chirurgie. Quant à la fièvre puerpérale, il est inouï d'entendre M. Desprès parler de sa réapparition, quand tous les accoucheurs de Paris sont unanimes à s'applaudir de sa disparition sous l'influence des mesures antiseptiques. Enfin, pour ce qui est de la diphthérie, elle ne disparaîtra que du jour où l'on aura trouvé l'agent destructeur de cette maladie devant laquelle on est encore désarmé à l'heure qu'il est.

MM. Trélat et Verneuil citent des faits d'infection purulente survenus dans leurs propres services par suite de l'omission involontaire des précautions antiseptiques. Suivant eux, l'infection purulente est une maladie toujours possible et n'attendant pour se montrer que l'occasion d'un défaut de surveillance de la part des chirurgiens ou un relâchement dans l'application rigoureuse des précautions tutélaires indiquées par la méthode antiseptique.

— M. le docteur Guehen (de Boulogne-sur-Mer) lit une observation d'hématome suppuré de l'aisselle dont l'ouverture donna lieu à une hémorrhagie des plus graves, heureusement arrêtée par le tamponnement. Nous reviendrons sur cette intéressante observation à l'occasion du rapport de la commission chargée de l'examiner. Cette commission se compose de MM. Desprès, Delens et Tillaux, rapporteur.

— M. le docteur Kirmisson, chirurgien des hôpitaux, lit un travail sur la ligature de l'artère iliaque externe dans le traitement des anévrysmes de l'artère fémorale à la région inguinale. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bouilly, Tillaux et Berger, rapporteur. Nous y reviendrons.

— M. Terrillon communique la relation d'une opération de gastro-stomie qu'il a pratiquée sur un homme de 61 ans atteint de rétrécissement cancéreux de la partie supérieure de l'œsophage.

En examinant le malade, on constatait l'existence d'une tumeur à la partie inférieure du pharynx ; le doigt introduit profondément dans cette cavité tombait sur une masse

© Bibliothèque Santé

mamelonnée qui avait changé à ce point la direction du pharynx qu'il était impossible avec la sonde de pénétrer dans l'œsophage : chaque fois que le malade essayait d'avaler une certaine quantité de liquide, celui-ci pénétrait dans le larynx et occasionnait des accès de suffocation épouvantable. Le malade était donc menacé continuellement de mourir d'asphyxie, et, à bref délai, d'inanition, bien que son état général, malgré tout, fût demeuré assez satisfaisant. Il demandait à tout prix à être soulagé.

Ayant tenu le malade en observation pendant quatre ou cinq jours, et après avoir pris l'avis de son collègue M. Féréol, M. Terrillon se décida à pratiquer la gastro-stromie. Elle fut faite d'après les indications données par M. Léon Labbé et aujourd'hui devenues classiques.

En suivant ces indications, M. Terrillon tomba directement, par une incision verticale au niveau des fausses côtes gauches, sur une partie qui lui sembla être l'estomac; ce dont il s'assura, par l'introduction du doigt, en touchant la petite courbure de l'estomac. Il fixa la paroi stomacale, sur les bords de l'ouverture de la plaie extérieure, par plusieurs points de suture rapprochés, et, au lieu d'attendre plusieurs jours pour pratiquer l'incision de la paroi, comme le conseillent certains chirurgiens, il se décida à faire cette ouverture séance tenante.

En faisant cette incision, il fut frappé de la minceur de la paroi, et il craignit un instant d'avoir, par erreur, ouvert le gros intestin.

Lorsque, l'opération terminée, le malade se réveilla, il présenta des symptômes d'abattement extrême et de la cyanose des extrémités, évidemment produits par le chloroforme. Il fallut, pour le relever, injecter par la sonde uue certaine quantité d'une potion tonique et pratiquer même des injections sous-cutanées d'éther.

Le soir, l'abattement s'étant un peu dissipé, on injecta par la sonde, fixée à demeure dans l'estomac, une certaine quantité de lait dans laquelle on avait délayé un jaune d'œuf. Ce liquide alimentaire fut parfaitement digéré.

Le lendemain, on fit une nouvelle injection de 150 grammes de lait environ, additionné d'un jaune d'œuf, dont la digestion se fit également avec facilité.

Les suites de l'opératiou semblaient excellentes; il n'existait aucun symptôme fâcheux du côté de l'abdomen, et le malade digérait parfaitement les liquides alimentaires qui étaient injectés dans son estomac. Cependant, les forces ne se relevaient pas, et bientôt se manifesta, le troisième jour de l'opération, un accident aussi fâcheux qu'imprévu, une hémiplégie cérébrale, à laquelle le malade succomba cinquante-deux heures après l'opération.

A l'autopsie, il n'a été constaté aucune trace de péritonite; l'agglutination de la paroi stomacale aux bords de la plaie extérieure était parfaite; la plaie de l'incision correspondait exactement à la paroi antérieure de l'estomac, au voisinage du pylore.

Le succès était donc complet au point de vue opératoire, mais le malade était mort.

Quelle pouvait être la cause de cette issue funeste? En la recherchant par un examen attentif des organes, M. Terrillon n'a rien pu trouver du côté du cerveau qui expliquât cette hémiplégie; mais les reins étaient évidemment affectés de néphrite interstitielle que l'on n'avait malheureusement pas songé à rechercher avant l'opération, et cette néphrite a provoqué sans doute des accidents urémiques auxquels le malade a succombé.

En somme, dit M. Terrillon en terminant, il s'agit là d'une opération palliative analogue à celle que l'on pratique pour le cancer du rectum. On peut dire que cette opération avait atteint le but que l'on se proposait, puisque, pendant plus de trente-six heures, le malad a parfaitement digéré les liquides alimentaires qui ont été injectés dans l'estomac. Sans la fâcheuse complication des accidents urémiques, il est probable que l'on eût prolongé la vie de ce malade pendant un temps plus ou moins long.

M. Berger demande à M. Terrillon pourquoi, au lieu de faire la gastro-stomie, il n'a pas pratiqué l'œsophagotomie externe.

A propos du manuel opératoire de la gastro-stomie, il rappelle que, dans une discussion sur ce sujet, M. Larger proposa d'attirer à droite le viscère stomacal dans le but de pratiquer l'ouverture de la paroi sur un point plus rapproché de la région cardiaque du viscère.

Quant à l'hémiplégie survenue chez le malade de M. Terrillon, M. Berger pense qu'il y a lieu de rapprocher ce fait de ceux dans lesquels un semblable accident s'est manifesté au cours d'opérations pratiquées pour des hernies étranglées.

©BIU Santé

M. Tillaux dit qu'il n'est rien de plus facile que de distinguer l'estomac du côlon, si l'on a le moindre doute sur la partie de l'intestin que l'on rencontre dans l'opération de la gastro-stomie, après l'ouverture de la paroi abdominale. En effet, l'estomac est plat comme un galet, tandis que le côlon présente les bosselures produites par les bandelettes musculaires longitudinales.

Relativement à la position de l'estomac derrière la paroi abdominale, M. Tillaux affirme qu'elle est très mal représentée dans tous les livres d'anatomie qui sont entre nos mains. Il résulte des recherches d'un professeur d'anatomie de l'Université de Saint-Pétersbourg, que l'estomac est placé dans l'abdomen de telle façon que la direction, loin d'être horizontale comme on le croit généralement, est oblique et parfois même verticale, et que les orifices cardiaques et pyloriques se trouvent presque sur le trajet d'une même ligne verticale. M. Tillaux a vérifié l'exactitude de l'observation de l'anatomiste russe et il explique, par le fait de cette direction du grand axe de l'estomac, pourquoi dans l'opération de la gastro-stomie, d'après le procédé de M. Léon Labbé, on tombe toujours sur le voisinage du pylore.

M. Desprès dit avoir eu l'occasion de vérifier le fait indiqué par M. Tillaux, sur un malade atteint de rétrécissement de l'œsophage, et qu'il avait eu l'intention d'opérer par la gastro-stomie. Ce malade ayant succombé au progrès naturel de son affection, M. Desprès a fait l'expérience suivante sur le cadavre. Il a enfoncé un bistouri dans la paroi abdominale au niveau du point indiqué pour l'incision dans l'opération de la gastro-stomie. Il a vu ensuite, en ouvrant la cavité abdominale, que l'instrument avait passé au devant de l'estomac fortement rétracté le long de la colonne vertébrale ; on ne voyait en avant que le côlon transverse. Ainsi, dans ce cas, si l'opération avait été pratiquée suivant les règles adoptées, on aurait dû chercher l'estomac très profondément.

M. Terrillon répond à M. Berger qu'il a bien songé à pratiquer chez son malade l'œsophagotomie externe. Mais il en a été empêché par cette considération que, ne pouvant déterminer la limite inférieure de la tumeur cancéreuse, il a craint de s'engager dans une opération dont il lui eût été impossible de sortir.

M. Terrillon fait remarquer à M. Tillaux qu'il n'a pas éprouvé de difficulté pour trouver l'estomac; c'est seulement après avoir pratiqué l'incision de la paroi stomacale que la minceur de cette paroi lui a fait concevoir des doutes sur la nature de la partie d'intestin qu'il avait sous son instrument.

Quant à la modification proposée par M. Larger à l'opération de la gastro-stomie, M. Terrillon pense qu'elle serait d'exécution bien difficile dans beaucoup de cas.

M. Larger fait remarquer qu'il n'a pas dit qu'il fallût, dans tous les cas, chercher à se rapprocher de la région cardiaque, mais seulement dans ceux où la chose est relativement facile.

— M. Berger présente une malade atteinte de tumeur du corps thyroïde avec exophthalmie. C'est une femme de 35 ans qui porte, à la partie droite du cou, une tuméfaction notable ayant son siège au-dessous du muscle sterno-mastoïdien. La tumeur a le volume d'un gros œuf de dinde; elle est mal circonscrite, dure, lobulée, peu mobile avec le larynx, qu'elle refoule à gauche avec la trachée. L'œil, du même côté, est poussé en avant, sans qu'il y ait d'ailleurs aucun signe de vascularisation indiquant l'existence de la maladie de Graves. La saillie de l'œil n'est pas réductible; il n'existe pas de paralysie oculaire; la vue est abolie de ce côté; l'examen ophthalmoscopique montre la présence d'une injection de la papille, d'un œdème péripapillaire compliqué d'hémorrhagie rétinienne. Enfin, la narine du côté correspondant est complètement obstruée.

M. Berger pense qu'il s'agit là non d'un goître exophthalmique (maladie de Graves), mais d'un goître avec exophthalmie.

Comment expliquer cette exophthalmie? Par l'existence d'une tumeur maligne ou d'un lymphadénome? Mais on ne constate aucun des caractères de la malignité, et, de plus, la maladie a de douze à quinze ans de date. Par la lésion du grand sympathique au cou? Mais il n'existe aucun autre signe de la maladie de Graves, ainsi qu'il a été dit déjà. Il y a donc là une obscurité très grande d'interprétation du phénomène de l'exophthalmie, à moins que l'on ne suppose l'existence d'une tumeur secondaire de l'orbite qui pousserait l'œil en avant et qui expliquerait en même temps le fait de l'obstruction de la narine droite mentionnée plus haut.

Quoi qu'il en soit, M. Berger demande l'avis de ses collègues sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans le cas dont il s'agit.

©Bibliothèque de la Santé

M. Richelot pense que, dans ce cas, l'exophthalmie est sous la dépendance directe du goître, parce qu'elle siège du même côté. Sans vouloir dire que dans tous les goîtres exophthalmiques il en soit ainsi, on peut admettre cependant qu'ici l'ablation de la tumeur fera disparaître l'exophthalmie, comme on l'a vu dans d'autres observations. Il ne voit donc pas de motif de s'abstenir et de reculer devant une opération chirurgicale.

M. Tillaux rappelle le cas du malade qu'il a présenté à la Société de chirurgie, il y a deux ou trois ans, et qui montre bien l'influence directe que la tumeur thyroïdienne exerce sur l'exophthalmie. En effet, la vision fut rapidement améliorée, dès le lendemain même de l'opération, et, huit jours après l'extirpation de la tumeur thyroïdienne, l'exophthalmie avait complètement disparu. On peut dire que le résultat de l'opération eut, à ce point de vue, les caractères d'une véritable expérience de physiologie.

Quant à l'intervention opératoire dans le cas de M. Berger, M. Tillaux ne voit pas pourquoi l'on hésiterait. L'opération lui semble parfaitement indiquée; elle n'est pas dangereuse; elle ne sera pas difficile pour un chirurgien aussi habile que M. Berger, et peut-être aura-t-elle pour résultat d'améliorer la vision.

M. Marc Sée est loin de nier qu'une tumeur du corps thyroïde puisse produire l'exophthalmie, mais il a soutenu déjà et il soutient encore aujourd'hui, que le goître exophthalmique est une maladie dans laquelle les deux symptômes caractéristiques sont sous l'influence d'une cause plus générale. En effet, certains goîtres exophthalmiques guérissent sans opération. M. Sée a présent à l'esprit au moins trois cas dans lesquels la guérison complète fut obtenue par l'action d'un traitement général ayant pour agents l'hydrothérapie et les toniques, tels que le fer et le quinquina, sans intervention de l'iode.

M. Richelot fait observer que, dans les cas signalés par M. Sée, de ce que le goître et l'exophthalmie ont disparu sans opération, il ne faut pas conclure absolument que l'exophthalmie ne fût pas sous la dépendance du goître; on pourrait parfaitement soutenir que l'exophthalmie a disparu par suite de la disparition de la tumeur thyroïdienne. Le goître serait sous la dépendance d'une cause générale et l'exophthalmie, à son tour, sous la dépendance directe du goître. Mais il ne voudrait pas soutenir cette opinion comme applicable sans réserve à tous les cas de maladie de Graves.

M. Marc Sée répond qu'il y a, d'une part, des goîtres volumineux sans exophthalmie, et, d'autre part, des exophthalmies sans goître.

M. Chauvel a constaté, en examinant attentivement la malade de M. Berger que, chez elle, les mouvements de l'œil sont plus limités que dans les cas ordinaires de goître exophthalmique; ce fait, rapproché de cette circonstance que de violentes douleurs oculaires ont précédé l'apparition de l'exophthalmie, au dire de la malade, semble militer en faveur de l'existence d'une tumeur intra-orbitaire.

M. Berger pencherait du côté de l'interprétation de M. Chauvel. Il ne se déciderait à intervenir que si on pouvait lui assurer qu'il n'y a pas, en dehors du goître, vers la base du crâne, une tumeur secondaire susceptible d'évoluer ou de se généraliser même après l'opération.

M. Richelot dit que la tumeur secondaire, si elle est démontrée, est une contre-indication évidente; mais, si elle reste douteuse après un examen attentif, le pis qui puisse arriver à M. Berger, c'est de donner un coup d'épée dans l'eau. L'opération est aléatoire, elle n'est pas contre-indiquée.

M. Tillaux déclare que, n'ayant observé la malade qu'au point de vue du goître exophthalmique seulement, il croit devoir faire ses réserves sur la question de l'opportunité opératoire dans le cas où M. Berger serait amené à conclure à la présence d'une tumeur intra-orbitaire. Dans ce cas, il serait d'avis de ne pas intervenir. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 mars 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

Sommaire : *La sclérose pulmonaire. — Le diagnostic précoce de la tuberculose. — Le réflexe du nerf cubital dans les affections gastro-intestinales. — Présentations d'appareils et de pièces anatomiques.*

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Koëlsch, professeur au Val-de-Grâce, demandant à faire partie de la Société et une autre de M. Kiener, professeur

©BIU Santé

agrégé au Val-de-Grâce, qui, nommé à un emploi de son grade à Montpellier, sollicite un congé illimité.

M. Laveran offre à la Société un *Traité des fièvres palustres*, qu'il vient de publier et dans lequel il a complété les résultats de ses recherches sur les parasites du paludisme, en y joignant des considérations nécessaires sur l'anatomie pathologique et les manifestations cliniques.

M. Sevestre présente les leçons cliniques de M. Archambault sur les maladies des enfants. Le président saisit cette occasion de renouveler l'assurance des vifs regrets de la Société au sujet de la perte de cet éminent collègue.

M. Sevestre : A la fin de décembre dernier, M. Dujardin-Beaumetz avait montré le moule d'une ulcération tuberculeuse du voile du palais. Le malade a succombé depuis aux progrès de la tuberculose et sur les pièces anatomiques on peut constater que les ulcères se sont multipliés et agrandis; on en trouve sur la luette, peu dans le pharynx, mais de très prononcés dans le larynx. Les poumons sont farcis de tubercules.

M. Du Castel achève la communication commencée dans la précédente séance sur la *sclérose pulmonaire*. Il rappelle que les symptômes caractéristiques de l'affection sont une toux devenant de plus en plus quinteuse, une dyspnée croissante, des hémoptysies fréquentes, mais peu abondantes, comme signes stéthoscopiques de l'emphysème sous-claviculaire et un foyer d'induration en arrière. Le cœur droit est dilaté; des crises de congestion se montrent de temps en temps. L'expectoration, qui ne présente rien de particulier dans l'intervalle, revêt, au moment de ces crises, des caractères très remarquables. Le malade rejette plusieurs crachoirs, quelquefois un demi-litre de mucosités transparentes et filantes. Cette expectoration peut s'expliquer par une augmentation de tension dans le poumon, à laquelle on peut aussi attribuer les hémoptysies; dans la production de celles-ci l'état embryonnaire d'un certain nombre de vaisseaux des parties sclérosées peut jouer un rôle. La durée de l'affection est de plusieurs années. La terminaison habituelle est l'asystolie; par exception, quelque poussée inflammatoire aiguë vient y mettre fin en aboutissant à la broncho-pneumonie, à la suppuration ou à la gangrène.

L'association de tous ces symptômes forme un ensemble clinique qui permet le diagnostic, qu'ils existent seuls ou soient unis à ceux de l'affection primitive; car nous avons vu que le point de départ pouvait être soit une irritation chronique par inhalation habituelle de poussières professionnelles ou une affection aiguë *a frigore*, pneumonie ou pleurésie. Pourtant c'est très rarement une pneumonie franche qui ouvre la scène. Une fois entré dans la voie de la sclérose, le sujet suit à peu près régulièrement la même marche.

C'est à tort que la sclérose a été confondue avec la dilatation bronchique, l'emphysème, la phthisie.

La fondre avec la dilatation des bronches, c'est mettre l'effet au premier plan en laissant au second la cause ; sans doute les transformations que subissent les parois bronchiques, l'exagération des sécrétions ont de l'importance, mais l'avenir réel du sujet dépend du degré de la sclérose. — L'emphysème est un incident secondaire ; on sait qu'il faut distinguer deux sortes d'emphysème, cette lésion étant tantôt généralisée, tantôt localisée et en quelque sorte amenée par l'anéantissement d'une portion du champ pulmonaire (emphysème compensateur ou vicariant). Tous les auteurs qui ont étudié la sclérose reconnaissent que c'est à ce titre que l'emphysème l'accompagne.

Les rapports de la sclérose et de la phthisie sont plus intéressants et plus délicats. Comme l'a bien montré M. Grancher, ou trouve toujours dans la phthisie la caséification à côté de la sclérose. Mais les tuberculeux avec sclérose ou les scléreux avec caséification sont-ils les mêmes malades que ceux dont s'occupe aujourd'hui M. du Castel? C'est le lieu de rappeler que les lésions considérées autrefois comme caractéristiques de la tuberculose ont perdu leur valeur soi-disant spécifique; le règne de la cellule géante a été aussi éphémère que celui du corpuscule tuberculeux de Lebert. Quand il s'agit de déterminer la nature exacte d'une lésion d'apparence tuberculeuse, on exige aujourd'hui soit l'inoculation en séries, procédé incommode, soit la recherche des bacilles. Pour en revenir aux lésions trouvées à l'autopsie des sujets dont il s'agit, il est permis de se demander si les masses caséeuses qui se trouvent chez les scléreux suffisent à les rapprocher des tuberculeux. Que de différences entre ces deux catégories! La tuberculose est essentiellement une lésion parenchymateuse; d'où sa marche rapide; la sclérose est essentiellement interalvéolaire, interstitielle; elle a la marche lente des affections sclérogènes. Même quand elle affecte l'allure des processus aigus, elle reste spéciale; ce n'est pas de la pneu-

monie caséeuse qui apparaît dans son cours, c'est une broncho-pneumonie plus franche, à tendance organisatrice ou résolutive. L'ulcération s'y observe, mais par suite de suppuration ou de gangrène et non par fonte caséeuse. Les tendances sont donc différentes à tous les points de vue, les contrastes constants entre la tuberculose et la sclérose du poumon, et jusque dans la terminaison, puisque la première finit par la cachexie et l'hecticité, la seconde par l'asystolie.

On peut se demander si ces différences d'évolution ne tiennent pas seulement à des différences de terrain, s'il ne s'agit pas de réactions différentes de l'économie en face du même germe. M. Du Castel ne peut admettre cette opinion; les observations qu'il a suivies le conduisent à affirmer la différence de nature. La tuberculose est virulente, peut-être parasitaire, qu'il y ait une ou plusieurs espèces de parasites. La sclérose est une inflammation essentiellement simple; on n'y trouve pas de bacilles. C'est peut-être même par suite de la confusion établie entre ces deux états si dissemblables de nature que peut s'expliquer l'influence considérable de la thérapeutique sur certains malades considérés autrefois comme tuberculeux.

En résumé, la sclérose pulmonaire simple non tuberculeuse n'est pas rare et mérite une description spéciale; elle est comparable à la néphrite interstitielle et à la cirrhose atrophique. C'est à tort qu'on l'a confondue souvent avec les formes lentes de la tuberculose, sous le nom de phthisie fibroïde. Depuis Laennec le terme de phthisie a été indissolublement lié à l'idée de tuberculose du poumon; il ne faut pas le détourner de ce sens.

M. Damaschino présente des *photographies microscopiques* obtenues avec un appareil nouveau, dont voici les principaux avantages : une chambre noire qu'on peut allonger jusqu'à 2 mètres, un ajutage sur rails qui permet de rapprocher ou de reculer à volonté la source lumineuse (lumière oxhydrique) pour faire varier le degré de convergence des rayons, le point capital, pour avoir une image nette, étant d'obtenir un centrage parfait de la lumière; en outre, le microscope possède un corps très volumineux.

M. Grancher présente une jeune malade tuberculeuse qui est fort intéressante, parce qu'elle est en observation depuis deux ans et demi, et qu'elle a été suivie par les internes successifs du service, MM. Faisans, Netter, de Gennes et Arthaud. Cette jeune femme entrait en 1881, à Necker, pour une fausse couche suivie d'un peu de pelvipéritonite. Elle avait un bon état général; mais ses antécédents de famille étaient mauvais; elle avait perdu deux frères et deux sœurs de tuberculose. On lui trouvait alors un peu d'inspiration rude sous la clavicule gauche, sans autres signes locaux ni généraux. Elle rentra dans le service en 1882, ayant eu une hémoptysie; depuis lors, elle a été revue fréquemment, et aujourd'hui le diagnostic n'est plus douteux. Submatité très nette, respiration rude, presque soufflante, hémoptysies successives, amaigrissement, toux, expectorations, sont des signes classiques qui enlèvent toute hésitation. Or, les crachats, examinés très soigneusement à plusieurs reprises, pendant plusieurs jours, n'ont montré aucun bacille. Ainsi, voilà une tuberculose qui a mis deux ans et demi à parcourir ce qu'on appelle le premier degré, sans qu'il y ait encore de bacilles visibles.

Dans le service de M. Rigal entrait, en 1883, une malade amaigrie dont le ventre avait grossi, dont les règles avaient cessé, ayant un peu d'ascite et de la fièvre. On diagnostiqua une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Sous la clavicule gauche, l'inspiration était rude. M. Queyrat, l'interne du service, très exercé à l'auscultation délicate, la suivit et put constater, quelque temps après, quelques craquements qui disparurent après l'application des révulsifs. Aujourd'hui, son état général s'est notablement amélioré, mais, sous la clavicule, existe une submatité très nette. Comme elle n'a jamais toussé ni craché, on n'a pu rechercher les bacilles.

Une autre jeune fille, soignée pour une pleurésie droite par M. Fernet, en 1882, ayant depuis maigri notablement, entre chez M. Grancher pour une pleurésie gauche. On lui trouve de la submatité, une respiration faible et rude. Les crachats, examinés à plusieurs reprises, ne laissent voir aucun bacille.

Une autre, strumeuse, ayant toujours toussé et craché depuis l'enfance, présente de la respiration rude, du souffle. Pas de bacilles.

Ainsi, voilà un certain nombre de malades, et M. Grancher en a vu d'autres encore, chez lesquels, malgré l'existence de signes classiques de tuberculose, on n'a pu jusqu'ici trouver de bacilles. Sans doute, on en trouvera d'un jour à l'autre. M. Grancher est bien loin de mettre en doute la valeur diagnostique des bacilles. Il pense fermement que la présence bien constatée d'un seul bacille vaut mieux, dans les cas douteux, que n'importe quel signe d'auscultation. Mais c'est dans les cas douteux seuls que cette recherche est utile.

©BIU Santé

Il y aurait quelque imprudence à laisser la recherche des bacilles supplanter les autres moyens de diagnostic traditionnels. En effet, d'une part, dans les formes de tuberculose communes, les bacilles n'apparaissent qu'assez tardivement. Il est possible que, dans les formes rapides à début pneumonique, ils soient précoces et précèdent même les signes physiques. D'autre part, la recherche des bacilles est entourée de nombreuses petites causes d'erreur qu'on n'apprend à éviter que par un apprentissage encore assez long. Si la constatation et l'interprétation des signes physiques précoces laisse place à des divergences d'opinion, les causes d'erreur sont assez fréquentes aussi dans la recherche des bacilles. Les matières colorantes doivent être de bonne qualité, avoir été préparées au moment même; une cause d'erreur est l'inconvénient de laisser trop, ou trop peu, les préparations se décolorer dans la solution d'acide nitrique. Quelques secondes de plus ou de moins ont une grande importance, soit qu'on n'ait pas décoloré tous les microbes autres que les bacilles, soit que ceux-ci même aient perdu leur coloration. Il y a là un tour de main qui ne s'acquiert pas tout de suite.

Enfin les colorations par la méthode lente, la plus sûre, durent 24 heures; la méthode rapide, moins fidèle, demande vingt minutes; on ne peut en faire que quatre en une heure, il faut une demi-heure ou trois quarts d'heure pour faire l'examen microscopique. C'est là une perte de temps considérable.

Pour toutes ces raisons, il convient de laisser chaque chose à sa place; *la recherche des bacilles ne doit ni suppléer à l'auscultation, ni la supplanter. Précieux élément de certitude pour le diagnostic des cas douteux, elle n'est pas le vrai moyen de diagnostic précoce.*

M. Lereboullet lit un rapport sur la communication de M. le docteur Treille relative à un *réflexe du nerf cubital dans les affections gastro-intestinales.* Il rappelle que des faits de synesthésie et de synalgésie déterminés par l'irritation de certains points des téguments déjà signalés par Liégeois, Hervez de Chégoin, Duchenne, ont été notamment étudiés par M. N. Gueneau de Mussy, repris par Gubler en 1876 sous le nom de douleurs répercutées, et enfin ont été le sujet d'une thèse soutenue récemment à Nancy par M. Fromentel. Les faits de M. Treille diffèrent en ce que les malades ont éprouvé des sensations douloureuses spontanées dans la sphère du cubital. Il y a lieu de rapprocher ces cas de ce qui se passe dans l'irritation spinale à forme dépressive ou neurasthénie; des engourdissements et fourmillements douloureux apparaissent surtout la nuit, parfois dans le jour, soit par suite d'une fausse position, après une fatigue sexuelle ou un excès quelconque, souvent après une constipation un peu opiniâtre ou l'administration d'un purgatif. Ces phénomènes ne sont pas liés seulement à l'état dyspeptique, mais réclament l'existence d'une disposition névropathique naturelle ou acquise par suite de fatigues, d'épuisement nerveux. Ces sensations à distance ne méritent pas le nom de réflexes que leur donne M. Treille, ce sont des phénomènes d'extérioration.

M. Lereboullet souligne d'ailleurs l'intérêt très grand que présente l'étude de ces faits, le talent avec lequel M. Treille les a observés, et conclut à l'inscription de celui-ci sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Du Castel présente les pièces anatomiques d'un tuberculeux mort d'hémoptysies; dans une caverne du poumon se trouvait un *anévrysme de Rasmussen* gros comme une noisette.

COURRIER

Société de statistique de Paris. — Conférences de statistique (8 heures et demie du soir, petit amphithéâtre Gerson, à la Sorbonne, entrée par la grille de la rue Gerson). — M. le docteur Lunier, membre de l'Académie de médecine, fera sa conférence le 2 avril 1884, sur la *statistique de l'aliénation mentale.*

Nota. — Les portes seront ouvertes à huit heures du soir et la conférence commencera à huit heures et demie très précises.

Société française d'otologie et de laryngologie. — La Société tiendra sa séance générale, le mercredi 9 avril à huit heures du soir et le jeudi 10 avril à une heures de l'après-midi, à la mairie du 1er arrondissement (place Saint-Germain-l'Auxerrois, près du Louvre).

Sur la demande de plusieurs membres de terminer la réunion par un banquet, le comité prie ceux de ses confrères qui désireraient y participer de prévenir le secrétaire avant le 5 avril prochain.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

. Bulletin. — II. Maurice Notta : Les myocardites aiguës et chroniques. — III. Bibliothèque. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de médecine de Paris. — V. Courrier. — VI. Analyse du lait d'Arcy.

BULLETIN

« French medical Journals », tel est le titre sous lequel un confrère anonyme de New-York nous donne une nouvelle preuve de la bienveillance des étrangers à notre égard (1). On va voir comment il juge nos feuilles périodiques. Mais, avant de commencer, nous tenons à dire qu'il a mis le doigt sur quelques-unes de nos plaies, et qu'il émet çà et là des réflexions dont nous devrions tirer profit.

L'auteur entre en matière avec autorité : « Les journaux américains sont si parfaits, qu'il est à peu près inutile à un médecin de savoir le français et l'allemand. » Il peut arriver cependant qu'on tienne à lire nos écrivains ; voyons donc ce qu'on peut tirer de notre littérature médicale.

« Pour la beauté du style et la clarté de l'expression, les médecins français conservent le premier rang. » Notons bien vite cet éloge, le seul qu'on nous accorde. Il était, à la vérité, bien difficile de nous le refuser, car les Américains eux-mêmes ne songent pas, j'imagine, à chercher des modèles de clarté dans un pays qu'ils admirent beaucoup en ce moment, où les médecins se croient devenus les éducateurs du monde entier, où l'étudiant le plus novice produit des « travaux originaux » sur la nature des granulations moléculaires avant d'étudier l'humérus, où la science est une accumulation de faits mal digérés, où les chapitres s'enchevêtrent, où les paragraphes montent les uns sur les autres, où la longueur des phrases et l'indécision du style répandent un voile uniforme sur des théories sans fond et des hypothèses minuscules.

Quoi qu'il en soit, les journaux français sont « les plus mauvais qui se publient dans les pays civilisés ; à peine sont-ils supérieurs aux italiens et aux scandinaves ». Nous irons le dire à Copenhague, l'été prochain.

« Cette qualité inférieure des journaux de France est due en partie à leur grand nombre. » A la bonne heure ; et nous reconnaissons qu'en Angleterre, par exemple, on ne peut juger la presse médicale que d'après un petit nombre de journaux qui sont naturellement les meilleurs, puisqu'il n'y en a pas d'autres. Ici au contraire, et c'est notre malheur, on a vu pulluler depuis quelques années une centaine de feuilles dont les noms sont à peine connus. Mais est-ce bien là que vous puisez vos renseignements et que vous cherchez notre esprit national? Que ne dirions-nous pas, à notre tour, si nous voulions remuer les bas-fonds du charlatanisme américain!

« Les eaux minérales et l'hydrothérapie sont particulièrement riches en organes périodiques. » A cela, nous n'avons rien à dire.

« Les journaux de France ont fort peu d'individualité. La plupart sont faits de comptes rendus des grandes Sociétés, Académie de médecine, Académie des sciences, Société de biologie, Société de chirurgie, Société médicale des hôpitaux, etc. Dans tous, la seconde moitié de chaque numéro est à peu près identique... On n'y trouve pas de correspondances, et très peu de communications originales. » Voilà des reproches que nous devons écouter, mais que l'*Union médicale* ne mérite pas, elle qui vient d'inaugurer des correspondances étrangères dont la régularité lui importe et sera bientôt assurée, elle qui a beaucoup fait depuis deux ans pour avoir une

(1) *The medical Record*, november 17, 1883.

©BIU Santé

rédaction personnelle, et pour ne pas dégénérer en un recueil monotone de procès-verbaux, avec lesquels on fait un journal de fabrication commode mais, selon nous, fastidieux.

« Leur partie originale consiste en leçons débitées dans quelques services des hôpitaux de Paris, ou en lectures faites à une Société savante. Le jeune docteur ou le praticien qui n'est ni professeur ni membre d'une Société, est rarement admis dans les colonnes du journal. Quelques personnalités éminentes et leurs élèves ont le monopole de la littérature médicale. » En vérité, sommes-nous si peu libéraux ? Quel est donc « le jeune docteur ou le praticien » à qui les journaux sont fermés, s'il travaille ? Est-ce notre faute si quelques-uns laissent aux « personnalités éminentes » le soin de travailler pour eux ? Est-ce que dans les journaux d'Amérique les médecins qui ne font rien et ne savent pas grand'chose tiendraient la même place que les hommes de science et leurs élèves ?

« Le trait particulier du journalisme médical, en France, est le feuilleton. Or, le feuilleton demande à être bien fait, pour n'être pas *very stupid*. » Nous sommes d'accord. « Avec Latour, le feuilleton de l'*Union médicale* est devenu fameux. Les médecins français ont la passion des anecdotes et des bons mots, et plusieurs journaux consacrent une large place à ce genre de littérature, qui n'est pas toujours de la plus grande propreté. » Encore une fois, de quelles feuilles de bas étage parlez-vous ? « Locke a affirmé qu'un homme d'esprit (a man of wit) ne peut être un homme de jugement ; *ergo* les hommes d'esprit ne peuvent faire de grands médecins. » Dans le pays de Locke, c'est possible ; mais nous refusons énergiquement d' « appliquer cette loi à la France ». Chez nous, avoir de l'esprit, c'est avoir du jugement et traduire ses observations dans un langage bien frappé, ce n'est pas cultiver l'anecdote et la grosse plaisanterie. Mais voici où notre confrère triomphe : « En Angleterre et en Amérique, il n'y a pas eu assez d'esprit depuis quelques années pour gâter un seul médecin. » Nous le croyons, puisque c'est vous qui le dites ; mais n'essayez pas de nous persuader que, pour être un savant, il soit nécessaire d'être lourd et morose.

« En somme, le journalisme français ne s'intéresse qu'aux travaux qui voient le jour à Paris. Loin de répondre à l'idée moderne du journalisme, qui ne connaît ni langues ni nations et met à contribution la science de tous les pays, celui de France est étroit et provincial... » Voilà comme on nous paie de nous être engoués si souvent d'élucubrations étrangères, dont notre bon sens national, si elles étaient nées parmi nous, aurait fait promptement justice. Ne sait-on pas que nos feuilles médicales regorgent de bibliographie, et nous tiennent journellement au courant de cette débauche d'innovations à laquelle se livrent nos voisins depuis quelques années, et qui n'a rien à voir avec les découvertes mûries de quelques hommes supérieurs? N'avons-nous pas enregistré coup sur coup toutes les corruptions apportées à la méthode antiseptique, les pansements nouveaux à la naphthaline, au sucre, au verre pilé, à toutes les folies? Et pour revenir aux Américains, n'ont-ils pas senti maintes fois notre bon vouloir à leur rendre justice et l'indulgence avec laquelle nous accueillons leurs produits? Avons-nous mal reçu Bozeman et Marion Sims, leurs travaux et leurs personnes; et celui-ci, opérateur distingué, plus habile exploiteur, n'a-t-il pas mangé longtemps à notre râtelier? Bigelow et ses instruments, quelquefois d'un calibre un peu fort pour de simples Français, n'ont-ils pas fait chez nous un chemin brillant et rapide ?

En vérité, c'est notre confrère qui, dans sa partialité dédaigneuse, oublie « l'idée moderne du journalisme, qui ne connaît ni langues ni nations ». Son mépris affecté, pendant l'époque difficile que nous traversons, nous ferait penser au coup de pied de l'âne, si nous voulions faire une citation qui n'est pas un « bon mot », mais qui reflète le jugement profond d'un de

nos plus grands hommes d'esprit. Nous sommes une des plus vieilles nations du vieux monde; l'Amérique, née d'hier, a déjà fait preuve d'une grande activité; mais il lui faut encore quelques siècles pour avoir rendu à l'humanité autant de services que nous. — L.-G. R.

Les myocardites aiguës et chroniques (1).

Les symptômes des myocardites chroniques sont mieux connus que ceux des myocardites aiguës, et l'un des premiers symptômes de la myocardite chronique granuleuse ou granulo-graisseuse, quelle que soit la lenteur de son évolution, est la sensation anormale qu'éprouve le malade au niveau de la région précordiale. Il « sent son cœur »; il a « le cœur douloureux ». Cette gêne, cette douleur, a son maximum au niveau *des troisième et quatrième cartilages costaux gauches*, et apparaît sous l'influence du moindre effort ou d'une vive émotion. Elle peut être aussi provoquée par l'exploration méthodique des espaces intercostaux (en remontant du sixième au troisième), et c'est au niveau du cinquième espace ou quelquefois du troisième qu'elle est généralement la plus vive. Les malades ont une dyspnée qui, presque continuelle, augmente lentement, et peut devenir dans les cas graves de l'orthopnée. A la suite d'émotions vives ou d'efforts violents, on voit survenir des attaques pseudo-asthmatiques et de véritables accès d'*angor pectoris*. Les signes sthétoscopiques sont négatifs, et l'auscultation du poumon ne révèle que tardivement des signes d'emphysème et plus tard de congestion passive des bases.

La *faiblesse des contractions cardiaques*, qui est le fait permanent dans l'évolution très lente de la myocardite chronique, se traduit par la faiblesse des bruits et la petitesse du pouls radial. Plus tard, les contractions sont inégales et deviennent irrégulières. Il y a des intermittences et des faux pas du cœur. Les modifications du pouls portent non seulement sur sa force et son rhythme, mais aussi sur sa fréquence; il reste *fréquent* pendant la plus longue partie de la durée de la maladie (période irritative) et devient *ralenti* quand la plus grande portion du muscle est dégénérée. A l'auscultation du cœur, on ne constate *aucun souffle* (d'où le nom de maladies latentes du cœur); toutefois, on peut entendre à la pointe un souffle doux, aspiratif et graduellement croissant, comme dans l'insuffisance mitrale. C'est là une insuffisance mitrale « surajoutée », consécutive aux troubles fonctionnels du cœur et aux troubles fonctionnels connexes, et déterminée par l'impuissance contractile du myocarde altéré primitivement. La percussion indique une augmentation de volume ou mieux de largeur, et la matité précordiale est plus étendue. Les signes fournis par la palpation sont de la plus haute valeur: à cette hypertrophie apparente du cœur, correspond l'affaiblissement, puis la disparition du choc cardiaque. Les battements sont pour ainsi dire diffus, et l'on a de la peine à localiser le siège exact de la pointe du cœur. La respiration est troublée de façons très diverses; tantôt elle est suspirieuse (Stokes et Walshe), tantôt elle est singultueuse. Nous avons déjà parlé de ces attaques de dyspnée pseudo-asthmatique avec angoisse et palpitation. Ces troubles fonctionnels sont très fréquemment provoqués par la « mise en action du pneumogastrique dans l'un ou l'autre de ses trois départements fonctionnels », et M. Peter a exposé d'une façon magistrale leur mécanisme, en les rattachant à leur cause anatomique. Mais outre ces attaques pseudo-asthmatiques, on observe des troubles respiratoires très graves, connus sous le nom de respiration de Cheyne-Stokes, et marquant le début de la phase terminale. Les conséquences ultérieures et nécessaires de la faiblesse de contractilité du cœur sont la langueur de la circulation, la stase vasculaire consécutive, les congestions viscérales multiples et enfin les hydropisies.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 29 et 30 mars.

©BIU Santé

C'est alors que l'on observe de la matité aux deux bases pulmonaires, des bulles humides en ces points. Il y a là « des râles indélogeables, et une zone irrespirante par suite de la stase vasculaire. » La dyspnée n'en est que plus grande, puisqu'il y a diminution du champ de l'hématose. Les extrémités inférieures présentent un refroidissement notable, une coloration violacée, et plus tard de l'œdème, « ordinairement plus mou que l'œdème lié à une insuffisance valvulaire. »

Les lésions artérielles concomitantes produisent souvent des troubles cérébraux par ischémie : vertiges, syncopes, attaques pseudo-apoplectiques de Stokes.

La myocardite fibreuse étant presque toujours associée à une autre affection (néphrite interstitielle, cirrhose hypertrophique, etc.), on comprend la difficulté d'une description isolée de ses symptômes. « Son histoire clinique est encore à faire, » et la complexité des symptômes tient à ce qu'ils sont intimement liés à ceux de la lésion hépatique ou rénale concomitante. Ainsi, outre les signes propres à l'affection cardiaque et qui sont ceux de la forme précédente, on constate dans la myocardite fibreuse : un bruit de galop, ou plutôt un dédoublement du premier ou du second bruit, avec hypertrophie du ventricule gauche, de la congestion et de la sclérose hépatique, de l'ascite, parfois une teinte subictérique liée à des troubles de la sécrétion biliaire ; de l'albuminurie, et des accidents urémiques.

A côté de cette symptomatologie mal définie, nous devons, pour être complet, présenter la symptomatologie assez spéciale qu'ont décrite MM. Rigal et Juhel-Rénoy à propos de la myocardite fibreuse hypertrophique. Les symptômes par lesquels se révèle cette lésion sont, d'après ces auteurs, dans une première période, des palpitations, de l'essoufflement, un affaiblissement notable du pouls et des battements du cœur, avec fréquence insolite et *régularité habituelle*, un assourdissement des bruits du cœur, tous les signes objectifs d'une hypertrophie peu considérable à marche progressive, et enfin l'absence absolue de toute espèce de bruit morbide ; nous ferons une exception pour le bruit de galop qui paraît exister dans quelques cas. A la période d'état, tous les symptômes ci-dessus énoncés s'accusent, et l'on voit survenir des attaques de congestion pulmonaire souvent unilatérales, avec œdème périmalléolaire intermittent. A la période ultime, on voit paraître tous les phénomènes de l'asystolie vulgaire (1).

Les symptômes de la myocardite chronique par invasion graisseuse du cœur sont très obscurs. Les malades accusent une sensation de pesanteur dans la région ; ils ont conscience d'une entrave fonctionnelle plutôt que d'une douleur réelle. La langueur de la circulation produit la sensation habituelle de froid et le refroidissement réel ; les doigts sont violacés, et les ongles facilement cyanosés. Il en est de même aux pieds et surtout aux orteils. La respiration est gênée, et l'oppression habituelle est due à la langueur circulatoire dans l'appareil pulmonaire. Quelquefois la dyspnée peut s'expliquer par la coexistence de l'emphysème pulmonaire, et, à une période avancée de la maladie, on constate aux bases l'existence des râles fins dont nous avons parlé plus haut. D'ailleurs, les symptômes de cette forme de myocardite chronique sont souvent complexes parce qu'à côté des troubles fonctionnels dus à la parésie cardiaque, se manifestent les signes dus à l'endartérite concomitante : bruit de souffle à la base ou à la pointe, par altération athéromateuse des valvules ; symptômes d'ischémie cérébrale consistant en vertiges, lipothymies, syncopes, perte de la mémoire, coma ; troubles respiratoires souvent consécutifs à un repas même peu copieux.

Les myocardites chroniques ont une marche lente et insidieuse, et, méconnues au début, elles sont encore plus difficiles à reconnaître à la période

(1) *Arch. gén. de médecine*, sept. 1881, p. 329.

© Santé

ultime. Quand elles ont produit les atrophies des parois et des piliers, et les anévrysmes partiels qui engendrent à leur tour l'insuffisance valvulaire, la dilatation des cavités et l'asystolie, ce n'est pas à elles que l'on songe, mais aux lésions valvulaires de l'endocardite rhumatismale.

La terminaison nécessaire est la mort, qui peut survenir lentement par le fait de la cachexie, ou brusquement à la suite d'une syncope consécutive à une émotion vive ou à une affection aiguë des voies respiratoires.

Quelquefois aussi la mort succède à une attaque pseudo-apoplectique ou à un état de coma progressif. Enfin elle peut résulter d'une rupture du cœur, et c'est dans la myocardite par invasion graisseuse que ce mode de terminaison est le plus fréquent.

A côté des différentes formes des myocardites chroniques que nous avons essayé de dégager du complexus symptomatique décrit par les anciens pathologistes sous le nom de myocardite fibreuse interstitielle, il est certaines formes qu'on pourrait appeler latentes parce qu'elles ne se révèlent par aucun symptôme. De ce nombre est la myocardite corticale de la péricardite, myocardite partielle, dont les symptômes, masqués par ceux de la péricardite qui dominent complètement la scène, ont été regardés à tort comme constituant la forme paralytique de la péricardite. Ces symptômes que les auteurs rapportent à la myocardite, sont dus « soit à une névrite du plexus cardiaque par propagation de la phlegmasie du péricarde aux nerfs du plexus contigu, soit par fluxion directe de ces nerfs, en raison d'une détermination morbide du rhumatisme sur ceux-ci ». Signalons encore cette forme de myocardite chronique dégénérante, qui résulte d'une lésion valvulaire, arrivée à une certaine période de son évolution.

Souvent jusqu'alors le malade n'avait jamais souffert de son cœur; maintenant il le sent, et cette sensation surajoutée à la symptomatologie de l'insuffisance valvulaire, ne doit pas être rapportée à la lésion valvulaire, mais à une altération du myocarde. C'est souvent le début de la phase terminale, dans laquelle vient d'entrer la maladie.

Le pronostic est nécessairement grave; mais l'infiltration graisseuse est, dans sa période ultime, la forme de beaucoup la plus grave, à cause de sa terminaison souvent brusque et de l'impuissance de la thérapeutique.

Le diagnostic est souvent très difficile, et c'est aux époques extrêmes, c'est-à-dire au début et à la fin de l'évolution de la maladie, qu'il présente les plus grandes difficultés. Les troubles fonctionnels circulatoires et respiratoires, les congestions viscérales possibles et les hydropisies terminales peuvent faire confondre la myocardite chronique avec toutes les *affections organiques du cœur*. L'absence de bruit de souffle et les sensations douloureuses locales spontanées et *provoquées* au niveau de la région précordiale, permettront de différencier les myocardites chroniques des maladies valvulaires. Les affections non valvulaires qui peuvent être confondues avec la myocardite chronique sont: les névralgies du cœur, les palpitations nerveuses, le tabagisme cardiaque et l'angine de poitrine. L'exploration de la sensibilité du cœur et les symptômes de parésie cardiaque permettront de faire le diagnostic. Les attaques dyspnéiques et les râles de congestion pulmonaire pourraient en imposer pour les affections des voies respiratoires telles que l'asthme, le catarrhe bronchique et l'emphysème pulmonaire souvent coexistant.

L'hypertrophie de la myocardite scléreuse de MM. Rigal et Juhel-Rénoy diffère de la véritable hypertrophie du cœur par la diminution de l'impulsion cardiaque et par l'absence des causes habituelles (athérome, maladie de Bright, etc.). Indépendamment du diagnostic différentiel avec ces hypertrophies secondaires, on doit encore éviter de confondre la myocardite chronique hypertrophique avec la dilatation aiguë du cœur, d'origine réflexe, avec la péricardite avec épanchement, avec les anévrysmes du cœur.

©BIU Santé

Le traitement peut enrayer, au moins dans une certaine mesure, la marche de la maladie, surtout s'il est institué dès le début, avant la dégénérescence du tissu musculaire.

Il y a plusieurs indications à remplir :

1° Combattre l'hyperémie, ou tout au moins le processus irritatif, par des révulsifs locaux ;

2° Calmer le pneumogastrique ;

3° Provoquer une stimulation générale et spéciale.

Les vésicatoires volants, la cautérisation ponctuée, les badigeonnages de teinture d'iode sur la région précordiale peuvent être employés comme révulsifs locaux. Dans une phase plus avancée de la maladie, on fera de la révulsion permanente à l'aide d'un cautère sur la région du cœur : on l'appliquera dans le troisième espace intercostal.

La révulsion dont nous venons de parler agit sur le pneumogastrique cardiaque ; on arrivera à modifier l'influence de l'acte digestif sur le pneumogastrique stomacal en donnant, immédiatement avant le repas, une petite dose de substance narcotique (2 gouttes de laudanum, 1 centigr. de poudre d'opium brut mélangée à 20 centigr. de bicarbonate de soude), et en conseillant l'usage d'aliments facilement assimilables (lait, œufs, viande crue, etc.). Enfin, on évitera l'excitation du pneumogastrique broncho-pulmonaire en conseillant aux malades de ne pas s'exposer aux changements brusques de la température, et de ne pas respirer les vapeurs irritantes, surtout celle du tabac, ce poison du cœur. Les injections de morphine, ce médicament eupnéique par excellence, les inhalations d'éther et d'oxygène sont indiquées quand le malade présente des troubles respiratoires graves.

La stimulation générale s'obtiendra à l'aide de vins généreux, d'eau-de-vie, de café pris à petite dose. Pour produire l'excitation spéciale du muscle cardiaque, on emploiera la noix vomique ou ses dérivés (1 centigr. de poudre de noix vomique dans une petite quantité de poudre alcaline), 3 gouttes amères de Baumé au commencement ou au milieu du repas. « La digitale, souvent impuissante, est presque toujours nuisible. »

Le traitement de la myocardite fibreuse diffère peu de celui de la myocardite granulo-graisseuse que nous venons d'exposer. Il consiste dans la révulsion associée à la diète lactée et à l'iodure de potassium. La digitale est parfois nécessaire, quand les intermittences sont trop fortes ; mais elle n'agit que comme auxiliaire de la révulsion. Dans le traitement de la myocardite par invasion graisseuse du cœur, il faut unir l'hygiène à la thérapeutique ; s'abstenir d'aliments gras, féculents ou sucrés, d'alcool, et combattre, en un mot, la polysarcie générale.

Que conclure de cette étude sur les myocardites? Que les pathologistes ont encore bien des points à élucider, bien des problèmes à résoudre, bien des recherches cliniques à entreprendre, dans le domaine si vaste de ces affections cardiaques, dont la connaissance paraît d'autant plus complexe qu'on cherche à l'approfondir davantage. Y a-t-il lieu d'admettre toutes les formes de myocardite chronique que nous avons essayé de distinguer : la forme granulo-graisseuse ou dégénérante, la forme scléreuse (comprenant la scléreuse deutéropathique, et la scléreuse hypertrophique primitive), la forme graisseuse (par invasion polysarcique), sans parler des formes mixtes et des formes latentes. De ces différents types, on dégagera peut-être encore d'autres formes, inconnues jusqu'ici. C'est par de nouvelles observations, par des faits cliniques nombreux et bien étudiés qu'on pourra contribuer à l'étude d'une classe de maladies sur lesquelles la lumière n'est pas encore complètement faite. Le symptôme dominant des myocardites, autour duquel se groupe tout le cortège symptomatique qui en dépend, est la *parésie cardiaque*. Mais il ne suffit pas d'analyser les symptômes envisagés isolément, il faut les rattacher à l'état général du malade, source des

indications thérapeutiques. C'est dans cette synthèse que consiste la saine clinique, la clinique disséquante, suivant l'heureuse expression du professeur Jaccoud, n'étant qu'une première étape que l'on doit franchir pour connaître et traiter fructueusement le malade. C'est ainsi que l'on pourra donner des myocardites une classification nette et précise, répondant à des types cliniques bien définis, et que l'on verra bientôt prendre place parmi les maladies classiques du cœur ces lésions dont l'ignorance n'était due qu'à leur silence même, caractérisé par l'absence fréquente de tout bruit de souffle, et par une marche lente et insidieuse. La voie est tracée par des maîtres ; aux élèves de la suivre et de marcher vers le but.

Maurice NOTTA.

BIBLIOTHÈQUE

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET CLINIQUES SUR LES MODIFICATIONS DU RETARD DU POULS DANS LES LÉSIONS DE L'ORIFICE AORTIQUE, par M. le docteur Maurice RIVALS. — Paris, 1883; Delahaye et Lecrosnier.

Il y a déjà longtemps qu'on a signalé l'exagération du retard du pouls sur la systole ventriculaire. Dans l'insuffisance aortique, Marc-d'Espine, Handerson, Roncati et Tripier accordaient à ce phénomène une grande valeur dans le diagnostic de cette affection. Depuis, il est vrai, M. Franck a démontré que ce retard n'était pas réel, et que ces observateurs avaient été induits en erreur par ce fait que, pris au début de la systole ventriculaire, le choc précordial est un accident diastolique provoqué par le reflux du sang dans le ventricule, et antérieur par conséquent à la systole véritable.

Pour vérifier ces faits, M. Rivals emploie la méthode graphique ordinaire complétée par l'appareil enregistreur de M. Buisson et le signal à transmission d'air. Les observations cliniques et expérimentales ont été enregistrées avec cet appareil instrumental. Elles donnent lieu aux conclusions suivantes : l'athérome artériel facilite la transmission de l'onde sanguine dans les vaisseaux et diminue le retard normal. Dans l'insuffisance aortique, ce retard devient encore moindre, tandis que, dans le rétrécissement aortique, il est augmenté. Dans l'insuffisance avec rétrécissement, la diminution et l'augmentation du retard peuvent se compenser, si le muscle cardiaque est vigoureux. De plus, l'athérome s'ajoutant à l'insuffisance favorise la diminution du retard du pouls, tandis que l'athérome avec rétrécissement l'augmenterait notablement.

Enfin, M. Rivals a aussi noté que le mécanisme du choc cardiaque et du pouls sont en apparence plus intenses après la production de l'insuffisance, parce que la systole a lieu en un seul temps, et que la pression artérielle moyenne est, en effet, la résultante des deux pressions : la pression de la systole ventriculaire et la pression correspondant au reflux.

Ces conclusions ne sont pas seulement très importantes pour la symptomatologie de l'insuffisance aortique, elles fournissent des arguments contre la théorie vasomotrice des phénomènes cliniques de l'insuffisance aortique. Contrairement à l'opinion de M. Franck, M. Rivals n'hésite pas à les attribuer, comme le retard du pouls, à une cause purement physique : la diminution de résistance des sigmoïdes. Ce mémoire est à l'honneur de la sagacité expérimentale de son auteur et de la Faculté de médecine de Bordeaux, à laquelle il appartient. — C.-L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er avril 1884. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Siredey, comme membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Siredey prend place parmi ses collègues.

©BIU Santé

La correspondance non officielle comprend :

Un rapport de M. le docteur Delisle, adressé à M. le préfet d'Eure-et-Loir, sur la statistique des nourrissons nés en 1881 dans ce département.

M. Laboulbène présente : 1° au nom de M. le docteur Louis Boucher, une thèse intitulée : *La Salpêtrière, son histoire de 1669 à 1790, ses origines et son fonctionnement au* XVIIIe *siècle;* 2° au nom de M. le docteur Laveran (du Val-de-Grâce), un *Traité des fièvres palustres, avec la description des microbes du paludisme.*

M. Villemin présente, au nom de M. le docteur Burlureaux, médecin-major, une brochure intitulée : *Maladies observées en Tunisie de 1881 à 1883.*

M. Brouardel présente, au nom de M. le docteur Hallopeau, un ouvrage intitulé : *Traité élémentaire de pathologie générale.*

M. le Président annonce que M. Henri Gueneau de Mussy a bien voulu accepter la mission de représenter l'Académie à la célébration du troisième centenaire de la fondation de l'Université d'Edimbourg.

— M. Colin (d'Alfort) a la parole sur la communication faite dans la dernière séance par M. Luys.

M. Colin dit que le déplacement du cerveau dans le crâne est évident sur le cadavre. Mais sur l'animal vivant les mouvements du cerveau sont beaucoup moins marqués. On peut les constater toutefois en ayant soin de fixer soit une circonvolution cérébrale, soit un vaisseau. On observe ainsi les mouvements produits sous l'influence de la pesanteur, en avant, en arrière et latéralement, suivant les diverses inclinaisons imprimées à la tête de l'animal. Ces mouvements du cerveau cessent lorsque cessent les inclinaisons de la tête et l'on ne voit plus que les mouvements qui sont sous l'influence de la respiration et de la circulation.

Longet avait nié à tort les déplacements du cerveau par l'action de la pesanteur; M. Colin les a constatés chaque fois qu'il a mis à nu le cerveau des animaux vivants. Il a vu que cette locomobilité était plus marquée sur certains points que sur d'autres, en particulier au niveau de la scissure interlobaire et dans le voisinage des sinus.

M. Luys a constaté, dans ses expériences, des déplacements très étendus; mais cela tient à diverses causes : 1° parce que M. Luys a observé sur le cadavre, c'est-à-dire alors que le volume du cerveau a subi une réduction sensible; 2° M. Luys a enlevé la dure-mère, c'est-à dire qu'il a détruit ainsi les petits tubes séreux qui, de la face externe de l'arachnoïde, vont à la dure-mère et qui, contribuant à maintenir les circonvolutions cérébrales, limitent les mouvements du cerveau; 3° sur le cadavre il n'existe plus de liquide sous-arachnoïdien, ce qui contribue à augmenter le vide de la cavité et par conséquent à favoriser le déplacement; 4° sur le cadavre le sang est coagulé dans les tissus, ce qui ne permet plus à ce liquide de se déplacer. Telles sont, suivant M. Colin, les raisons pour lesquelles M. Luys a observé des déplacements aussi étendus que ceux dont il a parlé dans sa communication. M. Luys a donc exagéré l'étendue de ces déplacements; la vérité est, suivant M. Colin, que sur l'animal vivant, ils sont beaucoup plus restreints et ne sont à peu près marqués que vers les sinus.

M. Luys répond que les expériences de M. Colin ont porté seulement sur les animaux et que chez l'homme les conditions très différentes de la direction de l'axe cérébro-spinal changent complètement les résultats de l'observation, les régions sur lesquelles M. Luys a fait ses observations n'existant pas sur les animaux.

Quant à l'objection du vide sur le cadavre, M. Luys y avait répondu d'avance, en quelque sorte, en faisant d'une part des injections coagulables dans les vaisseaux et destinées à rétablir l'équilibre, d'autre part en injectant des liquides dans l'encéphale.

— M. Dechambre fait une communication sur la chromidrose.

L'auteur, après avoir fait quelques remarques relatives à l'état de l'opinion sur ce sujet, montre que la préoccupation de supercherie, quant à la chromidrose faciale, a fait perdre de vue l'existence possible de sueurs colorées sur d'autres parties du corps.

Il rapporte l'observation d'une femme de 27 à 28 ans chez laquelle la supercherie ne pouvait être invoquée ou soupçonnée, étant donné l'état moral et la vie réglée et très laborieuse de cette femme.

Quatre jours après ses couches, la malade vit apparaître des taches qui occupèrent d'abord le cou, le dos et le devant de la poitrine, puis s'étendirent aux reins et au ventre, respectant la face. Quatre mois après les couches, ces taches étaient d'un bleu clair pour quelques-unes, d'autres étaient vertes ou jaunes.

L'enduit coloré tachait fortement le linge, on l'enlevait aisément par le frottement qui laissait cependant persister un fond très nettement coloré; il se dissolvait très bien dans l'eau chaude. L'examen des divers morceaux de linge imbibés confiés à MM. Pearson, Videau, Schutzenberger, chimistes, donna les résultats suivants : M. Pearson crut à la présence de principes relevant de la bile; M. Videau rejeta cette manière de voir sur la provenance et les caractères chimiques de la substance; M. Schutzenberger regarda la matière colorante comme analogue à l'uroxanthine.

M. Dechambre ajoute enfin que M. Hénocque, qui avait examiné la matière colorante au microscope, y constata la présence de cellules épithéliales, de granulations graisseuses colorées, de cristaux et de paillettes bleues et de granulations pigmentaires.

M. Le Roy de Méricourt est en mesure de compléter l'observation de l'une des malades dont a parlé M. Dechambre et qui avait été suspectée de supercherie.

Cette jeune dame, mère de famille très dévouée, ayant eu à soigner sa petite fille de 4 ans, qui succomba à la maladie, veilla toutes les nuits auprès de son enfant, et pendant toute la durée de la maladie jusqu'à la mort, alors sans doute qu'elle ne devait pas songer aux petits manèges de la coquetterie, ne cessa de présenter les phénomènes de la chromidrose.

M. Colin fait remarquer que l'opinion de M. Pearson, d'après laquelle la matière exhalée par la sueur, dans la chromidrose, pourrait provenir de la bile, mérite d'être prise en considération. La bile, en effet, contient une matière colorante jaune qui, au contact des acides, devient bleue comme du bleu de Prusse. On peut se demander si, chez certains sujets, la matière colorante jaune de la bile, amenée sur certains points de la peau, ne pourrait pas, grâce à l'acidité de la sueur, subir la transformation en bleu. Il y aurait, suivant M. Colin, d'intéressantes recherches chimiques à faire à ce sujet.

M. Bouchardat fils lit le rapport général officiel sur les eaux minérales pour l'exercice 1882. Les conclusions de ce rapport seront lues et discutées en comité secret.

M. Dujardin-Beaumetz communique les résultats de recherches expérimentales sur l'alcoolisme qui lui sont communes avec M. le docteur Audigé. Voici les conclusions de ce travail:

« 1° Les alcools administrés d'une façon lente et continue déterminent chez le porc, au bout d'un certain temps, des lésions anatomiques qui consistent en des congestions et des inflammations du tube digestif et du foie sans atteindre cependant dans cet organe le degré d'hépatite interstitielle que l'on observe chez l'homme; en des congestions du parenchyme pulmonaire qui peuvent aller quelquefois jusqu'à l'apoplexie ; en des dégénérescences athéromateuses des gros vaisseaux et en particulier de l'aorte, et, enfin, en des suffusions sanguines dans l'épaisseur des muscles et du tissu cellulaire;

« 2° Les alcools de vin et ceux qui sont complètement rectifiés produisent des lésions peu appréciables, tandis qu'au contraire elles sont très accusées avec les alcools bruts ou mal rectifiés provenant soit des betteraves, soit des grains, soit des pommes de terre ;

« 3° La liqueur d'absinthe et l'essence d'absinthe déterminent chez les animaux de l'excitation et finissent par déterminer des phénomènes convulsifs. »

M. Maurice Perrin demande la parole sur la communication de M. Dujardin-Beaumetz. Vu l'heure avancée et le comité secret, elle ne lui sera accordée que dans la prochaine séance.

M. Jules Béclard a demandé également que la parole lui fût accordée, mardi prochain, pour présenter quelques observations au sujet de la dernière communication de M. Luys.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture des conclusions du rapport de M. Bouchardat.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 mars 1884. — Présidence de M. Polaillon.

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

La correspondance imprimée comprend les journaux de la quinzaine : Le *Progrès médical*, le *Concours médical*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal des sages-femmes*, le *Compte rendu général des Académies et Sociétés*

©BIU Santé

médicales, les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, la *Revue médicale et scientifique d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes*, les *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, la *Revue des travaux scientifiques*.

M. DE BEAUVAIS : La communication faite dans la dernière séance par M. Apostoli me rappelle plusieurs faits analogues consignés dans nos *Bulletins*. Notre excellent collègue M. Rougon a présenté, à l'appui de sa candidature en 1877, l'observation d'une dame qui a gardé pendant *20 ans* un pessaire en *porcelaine* placé, sur la demande d'une sage-femme, par un bandagiste pour un prolapsus utérin, sans autre conséquence ultérieure que l'effacement presque complet du col de l'utérus et du cul-de-sac utéro-vaginal. M. Boinet cite le cas d'une infirmière de l'hôpital Saint-Louis, qui vit sortir spontanément un pessaire en *argent*, dont elle avait perdu le souvenir et qui avait été appliqué *25 ans* auparavant par Richerand. M. Guibout rappelle l'exemple d'une femme qui a porté impunément pendant *20 ans* un pessaire en *buis* ayant la forme de bilboquet, et dont l'extraction devenue nécessaire, au bout de ce temps, fut des plus laborieuses. Il s'était comme incrusté dans les parois du vagin. J'ai extrait moi-même, au bout de trois ans, un pessaire en caoutchouc durci, qui avait contracté des adhérences intimes avec le col de l'utérus, et qui n'avait pas empêché, malgré cet état morbide, la femme de concevoir, car elle fit, peu de jours après, une fausse couche de trois mois et demi.

M. Laissus, membre correspondant, nous a envoyé deux observations de pessaires tout à fait primitifs faits avec de gros bouchons de liège, dont l'un, recouvert de cire jaune, avait été gardé impunément pendant *36 ans*. Les règles avaient continué à être normales, mais il n'y avait plus eu de nouvelles grossesses. Il est curieux de remarquer cependant que les pessaires en anneaux de Sims et de Dumontpallier ne sont pas ordinairement défavorables à la conception. Nous ajouterons avec M. Charrier que les pessaires en gomme élastique, en bois, en liège, en caoutchouc se laissent pénétrer plus ou moins facilement par les sécrétions vaginales, se gonflent, s'incrustent dans les tissus voisins, et causent des écoulements d'une fétidité extrême, ce qui n'a pas eu lieu avec les pessaires en porcelaine et en argent, dont nous avons parlé dans les observations précédentes.

M. RICHELOT : J'ai vu ce matin, à l'hospice d'Issy, un pessaire en porcelaine qui est en place depuis trois ans. Il y a de la leucorrhée, d'une grande fétidité, et des douleurs. L'extraction me paraît entourée de certaines difficultés; je me propose d'y procéder, et je rendrai compte à la Société des détails qui offriraient de l'intérêt.

M. le président POLAILLON, en son nom et en celui de son interne, M. BARBIER, présente la suite de l'observation du malade atteint de paralysie par injection sous-cutanée d'éther dans l'épaisseur du nerf sciatique, et dont M. Charpentier avait entretenu la Société dans sa séance du 10 novembre 1883. Cet homme est entré dans le service de M. Polaillon pour un mal perforant, consécutif à la lésion nerveuse. (Sera publiée.)

M. le docteur Pineau, du Château-d'Oleron, et M. le docteur Pasquier, d'Evreux, sont nommés membres correspondant à l'unanimité des suffrages.

Sur la proposition de M. DUBUC, la Société décide de tenir sa prochaine séance le samedi 5 avril; le 12 avril, jour réglementaire, étant la veille de Pâques.

La proposition de M. Dubuc est adoptée.

M. THORENS donne lecture d'une note sur les déformations du pied par impotence musculaire. (Sera publiée.)

M. RICHELOT : J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Thorens, parce qu'il s'agit d'une question importante, encore mal connue de la plupart des médecins.

M. Thorens a fort bien fait, je crois, de rendre hommage aux travaux de Duchenne, de Boulogne. Il a rappelé les deux théories, osseuse et musculaire, qui se disputent l'honneur d'expliquer la tarsalgie des adolescents. La théorie osseuse doit être, selon moi, définitivement abandonnée, malgré l'autorité de son principal défenseur, M. Gosselin; elle ne s'appuie que sur deux autopsies où on a trouvé quelques ulcérations des cartilages du tarse, mais où rien ne prouve que les lésions constatées fussent primitives. Il est difficile de nier, avec M. Gosselin, l'impotence du long péronier latéral, si bien démontrée par l'analyse physiologique à laquelle Duchenne s'est livré, pour admettre une sorte « d'arthrite sèche » survenant chez les adolescents, alors que celle-ci est l'apanage d'un âge plus avancé, arthrite sèche qui aurait pour propriété, chez ces mêmes adolescents,

de provoquer directement la contracture des groupes musculaires voisins, ce qu'elle ne fait jamais ailleurs.

M. Thorens a eu raison, je crois, de ne pas admettre la contracture primitive, et de la regarder comme consécutive à l'affaiblissement des antagonistes. Je rappellerai que Duchenne a décrit une contracture consécutive non seulement à l'impotence des antagonistes, mais à celle du muscle même qui est le siège de la contracture.

M. Thorens n'a pas mentionné spécialement la théorie ligamenteuse, qui a été défendue par M. Le Fort, et qui fait consister la lésion primitive du pied bot valgus douloureux dans un relâchement du ligament calcanéo-cuboïdien inférieur. Toutefois, il l'a implicitement discutée, en démontrant que les ligaments ne peuvent commencer à être distendus que quand les muscles ont cédé. Il faut ajouter que l'argument sur lequel s'appuie cette théorie, à savoir l'amélioration fonctionnelle par l'usage d'une semelle convexe qui réforme la voûte plantaire aplatie, n'a pas grande valeur démonstrative; car la semelle convexe vient en aide au muscle impotent aussi bien qu'au ligament distendu.

Au contraire, la théorie de l'impotence du long péronier latéral, soutenue, comme je l'ai dit, par une analyse rigoureuse du rôle physiologique des muscles de la jambe, résiste beaucoup mieux à la critique. Si on demande comment s'explique à son tour cette impotence musculaire primitive, et pourquoi elle siège sur le long péronier plus souvent que sur tout autre, il faut rappeler que le long péronier est, comme disait Duchenne, le « maître muscle » du membre inférieur, celui qui travaille le plus et constitue, pour ainsi dire, la clef de voûte de tout le mécanisme. Pendant la période d'accroissement de l'organisme, ce sont les maîtres muscles qui se fatiguent le plus et qui sont le plus facilement surmenés.

Je félicite M. Thorens de son intéressante communication, et je m'associe à la plupar de ses conclusions.

M. Dubuc demande si la douleur est toujours un fait consécutif à l'impotence du long péronier latéral.

M. Thorens: Il y a toujours des douleurs articulaires qui ont un caractère névralgique, une fois que le muscle a été vaincu; mais on trouve généralement avant des douleurs musculaires, des crampes qui n'attirent souvent pas l'attention du malade, mais qui impliquent l'existence d'une affection musculaire.

M. de Ranse: J'admets volontiers la théorie musculaire de M. Thorens, mais je demande à M. Richelot ce qu'il entend par une contracture musculaire succédant à l'impotence du même muscle?

Au sujet de la thérapeutique de M. Thorens, je crois devoir donner les conclusions qui me sont suggérées par une observation personnelle. Un enfant était atteint de pied bot varus équin. Duchenne prescrivit un appareil de jour comme ceux de M. Thorens, ainsi qu'un appareil de nuit; on en fit usage pendant trois ans, en y ajoutant des frictions et des faradisations sans aucun effet. Au bout de ce temps, je me décidai à faire faire de la gymnastique active, des exercices de résistance, et sous cette influence, au bout de six mois, la déformation avait complètement disparu.

Je crois que la gymnastique active est, dans de semblables circonstances, le moyen supérieur.

M. Thorens: Je n'ai pas voulu parler uniquement du valgus pied plat douloureux. Il y a un grand nombre de formes douloureuses mal décrites et qui sont justiciables de la même théorie. En ce qui concerne la théorie ligamenteuse, je dois dire que je l'avais en vue aussi bien que la théorie osseuse, sous le nom de théorie articulaire.

Je m'associe à la question que M. de Ranse pose à M. Richelot relativement à la contracture d'un muscle succédant à son affaiblissement, et j'ajoute: qu'est-ce qu'une contracture? Ce mot semble indiquer un phénomène actif, tandis qu'il s'agit ici d'un phénomène passif. C'est un mot vague, sous lequel on a confondu les états les plus divers. Pour m'en tenir au pied, je ne vois l'existence que de raccourcissements par adaptation consécutifs à une paralysie des antagonistes, et, à un moindre degré, des contractions par vigilance musculaire ou par appréhension. C'est ce qui a été fort bien décrit par M. Dally, dont on voit la théorie fréquemment reproduite, surtout à l'étranger, mais sans nom d'auteur.

M. Duroziez insiste sur ce qu'à la palpation du long péronier latéral on provoque de la douleur, et cela avant que le pied soit douloureux à son tour; de là la grande importance de cet examen.

M. Richelot : Je répondrai à M. Thorens que je n'en sais pas plus long que lui sur la

©BIU Santé

distinction qu'on peut faire entre la contracture et le raccourcissement par adaptation.

Quant à la question que m'a posée M. de Ranse : « Que veut dire la contraction d'un muscle succédant à l'impotence du même muscle ? », Duchenne a établi que les muscles impotents peuvent se mettre temporairement en état de contracture. Peu m'importe la cause de ce phénomène; le fait est qu'il y a des péroniers latéraux impotents qui sont, à un moment donné, le siège d'un spasme que Duchenne a parfaitement décrit, de telle sorte que le valgus pied plat se transforme en un valgus pied creux, mais cela surtout si le malade est au repos. Faites-le marcher, au contraire: le muscle affaibli, quoiqu'en état de contracture légère, ne peut soutenir le poids du corps, la voûte plantaire s'effondre, et le pied creux valgus redevient un pied plat; ainsi réapparaît l'impotence primitive.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, MARCHAL.

COURRIER

BIENFAITEURS DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants de :

MM. les Drs	Bourdin (de Choisy-le-Roi)	Fr.	80 »
	Levavasseur (de l'Indre)		100 »
	Pfeiffer		100 »
	Siredey		500 »
	Amodru		500 »
	Cazeneuve (de Lille)		500 »
	Durand-Fardel		100 »
	Foville		100 »
	Cordès (de Genève)		80 »
	Brun (Auguste)		100 »
	Bucquoy		100 »
	Georges Wickham		25 »
	Total	Fr.	2285 »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance extraordinaire du 5 avril 1884 remplaçant la séance réglementaire du 12 avril. — 1. M. Thevenot : La lithiase biliaire et ses rapports avec la métrite. — 2. M. Dubuc : Observation d'uréthrotomie interne contre un rétrécissement très serré, avec incontinence d'urine. — 3. Communications diverses.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Barrière, des Eyzines (Gironde), vient de mourir à l'âge de 85 ans.

— Les journaux russes ont annoncé récemment la mort du docteur Frese, professeur de psychiatrie et directeur de l'hospice des aliénés de Saint-Pétersbourg.

— Le journal *The Lancet* du 22 mars 1884 annonce la mort du docteur J. Hall Davis, chirurgien-accoucheur de l'hôpital Middlesex.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fontan, médecin à Essey-et-Mézerais (Meurthe-et-Moselle), et celle du docteur Rigaut, de Chaumont (Haute-Marne). Henri Rigaut avait soutenu sa thèse à Paris, en 1879, sur les *Propriétés anesthésiques de l'acide phénique dans les affections prurigineuses*.

RÉCOMPENSES HONORIFIQUES. — Par décision ministérielle du 17 mars 1884, le ministre de la guerre a accordé un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie, ainsi que leur familles, à :

MM. Hacquart, officier de santé aux Lilas (Seine); Seurat, docteur en médecine à Essonnes (Seine-et-Oise); Szacfaier, docteur en médecine à Martigues (Bouches-du-Rhône); Soyer, officier de santé à Guiscard (Oise); Leclerc, docteur en médecine à la Fère-en-Tardenois (Aisne); Bourrand, docteur en médecine à La Rochefoucauld (Charente); Duvernoy, docteur en médecine à Audincourt (Doubs), et Guyot, docteur en médecine à La Pacaudière (Loire).

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Somma're

I. R. Moutard-Martin : Pleurésie hémorrhagique chez un homme de 74 ans; guérison après une ponction. — II. Intérêts professionnels. — III. Revue des Journaux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Conseil d'hygiène publique. — VI. Variétés. — VII. Bulletin des décès de la Ville de Paris. — VIII. Courrier. — IX. Feuilleton : Edmond Cotteau.

Pleurésie hémorrhagique chez un homme de 74 ans, guérie après une seule ponction.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 décembre 1883.

Par M. R. Moutard-Martin, médecin du Bureau central.

Le 28 août 1883 entrait, à l'hôpital Necker, salle Saint-Jean, n° 3, dans le service de M. Rigal, que je remplaçais alors, un homme de 74 ans, Lem..., tailleur de pierres, dont la respiration était difficile et fréquente.

Œdème des jambes, surtout péri-malléolaire, sans traces d'albumine dans l'urine, varices, battements cardiaques irréguliers, aucun souffle à aucun orifice, claquement sonore du second bruit à la base; pouls inégal à 90 pulsations, artères radiales noueuses, d'une rigidité véritablement calcaire, tel était l'état du système circulatoire du malade. La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal.

Le foie est volumineux, il déborde les fausses côtes. Du côté des poumons, nous trouvons à gauche, dans toute la hauteur, des râles inégaux, ronflants au sommet, sous-crépitants à la base, dans la moitié inférieure. Respiration emphysémateuse des deux côtés. A droite, au-dessous de l'épine de l'omoplate, le murmure respiratoire ne peut être entendu nulle part. Dans toute cette région, en arrière aussi bien qu'en avant et sur la partie latérale, la matité est très nette dans toute la hauteur; mais les vibrations vocales sont seulement diminuées. Il n'y a ni œgophonie, ni bronchophonie, ni pectoriloquie aphone. Seulement, à la fin des grandes inspirations, on finit par percevoir profondément quelques râles sous-crépitants inégaux.

Le diagnostic porté fut : athérome cardio-vasculaire avec congestion hépatique, congestion pulmonaire bilatérale et pleurésie droite.

M. Grancher, à qui je montrai le malade, pensa, comme moi, que nous étions en présence d'une pleurésie à signes anomaux, produite par une congestion pulmonaire sous-jacente (il n'y avait pas, au-dessus de la matité et dans le point indiqué par le professeur Potain, la sonorité exagérée qu'il a signalée).

Le 30, une ponction fut faite avec l'appareil aspirateur, et je retirai deux litres envi-

FEUILLETON

Edmond Cotteau. De Paris au Japon à travers la Sibérie, — un Touriste dans l'extrême Orient (Japon, Chine, Indo-Chine, Tonkin) — Paris, 1883 et 1884, librairie Hachette et Cie.

Notre aimable et alerte compatriote, M. Edmond Cotteau, a eu l'idée hardie de traverser toute l'étendue de la Sibérie pour aller faire une visite au Japon, qu'il voulait explorer et nous faire connaître. Pour un pareil voyage, il a eu le bon sens de choisir la saison d'été, précaution que beaucoup de voyageurs n'ont pas su ou n'ont pas pu prendre. Dans son récit rapide, animé, intéressant, il nous conduit de Paris à Berlin, Saint-Pétersbourg, Kazan, Tobolsk, Tomsk, Krasnoyarsk, Irkoutsk, Tchita, Blagovestchensk, Aigun, et enfin Vladivostok, dernière ville russe, d'où la vapeur l'a transporté à Nagasaki.

On peut dire que la Sibérie n'est pas connue en France. Les faits que notre auteur rapporte avec exactitude et entrain, les descriptions qu'il nous donne, ouvrent à l'esprit des vues toutes nouvelles sur ce vaste pays, qui doit se civiliser et moralement grandir dans la suite des temps, bien qu'à notre époque il présente des conditions déplorablement primitives.

« La Sibérie, contrée immense et presque déserte, a besoin d'être peuplée. Dans les régions méridionales, le sol est fertile et presque entièrement couvert de forêts d'arbres

©BIU Santé

ron d'un liquide tellement hématique, que, bien que la numération des globules rouges n'ait pu être faite, il ne saurait subsister aucun doute sur la présence du sang avec tous ses éléments et même en quantité considérable. Le lendemain, une trame peu abondante de fibrine avait cependant entraîné une bonne partie des globules; le reste du liquide était encore fortement coloré.

La nature hémorrhagique du liquide m'amena à penser que l'athérome vasculaire et la congestion pulmonaire sous-jacente à l'épanchement étaient les deux causes de cet épanchement ainsi caractérisé. Recherchant le début de la maladie actuelle, de la pleurésie, je ne pus recueillir aucun renseignement sur l'existence d'un point du côté intérieur. J'appris seulement que mon malade avait subi, il y a une trentaine d'années, la lithotritie à l'Hôtel-Dieu, que, depuis, il ne présentait aucun trouble du côté des voies urinaires. Quelques douleurs articulaires ne l'ont jamais obligé à garder le lit. Aucune trace d'alcoolisme actuel ou antérieur. Il y a deux ans que les jambes ont commencé à enfler le soir. Depuis un an, un peu de dyspnée s'est manifesté, avec quelques efforts de toux suivis d'une expectoration muqueuse.

Après cette ponction, on entendit vers l'angle inférieur de l'omoplate un léger souffle lointain qui, six heures après la ponction, se percevait encore.

Le lendemain ce souffle avait disparu et tous les signes étaient exactement les mêmes qu'avant la ponction; toutefois le malade respirait beaucoup plus facilement.

L'examen du foie me permit alors de constater quelques particularités intéressantes surtout à cause de l'âge du malade (74 ans) qui, sans avoir le teint cachectique, était très maigre et présentait quelques troubles stomacaux, surtout de la perte d'appétit : le foie est gros, le lobe droit arrondi, saillant, hypertrophié ; le lobe gauche n'est pas volumineux; au-devant de la surface lisse et résistante qu'il présente au niveau du creux épigastrique, on sent une petite saillie de la largeur d'une pièce de deux francs, mollasse, presque fluctuante. Je conclus (opinion partagée par M. Monod), à l'existence d'un lipome au devant d'un foie congestionné et quelque peu anormal par le développement de son lobe droit seul. M. Henriet pensant que peut-être il y avait là un kyste, une ponction capillaire fut faite, elle ne donna issue à aucun liquide. Il n'y eut aucune réaction à la suite de cette ponction. Je rejetai absolument l'hypothèse d'une tumeur cancéreuse du foie propagée à la plèvre quel qu'en eût d'ailleurs pu être le point de départ et je pensai que la pleurésie était simple et allait marcher vers la guérison.

Quinze jours après la ponction du thorax, les signes locaux demeurant toujours et invariablement les mêmes, le malade respirait bien, mangeait avec appétit. Afin de juger la question de savoir s'il y avait encore du liquide dans la plèvre droite, je pratiquai en différents espaces intercostaux trois ponctions capillaires avec la seringue de Pravaz. Pas une goutte de liquide n'étant sortie, je puis affirmer que la plèvre droite était alors exempte de tout épanchement, mais seulement très épaissie.

---

séculaires; des mines innombrables, variées, inépuisables, restent inexploitées; ce qui manque pour développer toutes ces richesses, ce sont des habitants. »

Nous nous exagérons maintenant, en général, les souffrances physiques et morales des exilés en Sibérie. Depuis 1862, des idées plus humaines ont prévalu. « ... Le climat de la Sibérie, quoique rude, est très salubre et permet aux déportés de se livrer aux pacifiques travaux de l'agriculture, côte à côte avec la population libre, sans qu'il soit nécessaire d'entretenir, pour leur garde, une armée de fonctionnaires et de soldats. »

Voici un fait curieux et significatif : le général Iliachevitch, en tournée d'inspection, observant quelques désordres, voulut sévir contre un groupe d'exilés politiques. Une jeune femme, Marie Koutikouski, lui déchargea un revolver en pleine poitrine. Ramenée dans sa prison et traduite devant une cour martiale, elle fut condamnée à mort. Mais Alexandre III vient de commuer sa peine en celle des travaux forcés à perpétuité. Or, elle y était déjà condamnée. Il n'y a donc rien de changé dans sa position!!

Mais ce qui nous intéresse le plus dans la publication de M. Edmond Cotteau, c'est son second volume, où il nous parle d'une manière très agréable du Japon, du Tonkin, etc. D'après ses récits, les Japonais sont bien au-dessus des Chinois. Ce que nous recherchons, nous médecins, ce sont surtout les faits relatifs aux mœurs, à l'hygiène. A ce point de vue, la page suivante est bien de nature à nous édifier; c'est une pittoresque peinture de mœurs. Je laisse parler le voyageur :

« Yumoto est une petite ville d'eaux très fréquentée par les Japonais pendant la saison des bains; mais on n'y voit que rarement des Européens. Elle ne ressemble pas aux autres villages japonais; les rues sont plus étroites et les maisons plus élevées, avec balcon au premier étage.

Il y a huit jours, j'ai revu le malade. La respiration s'entend, quoique affaiblie à droite, de la submatité persiste; la congestion pulmonaire même à gauche a disparu et il ne reste plus que de la bronchite avec emphysème. Le malade vient d'être placé à Bicêtre, le 10 décembre, je crois.

En résumé, voici chez un homme de 74 ans, porteur d'un foie volumineux, un épanchement hémorrhagique qui eût pu faire craindre l'existence d'un cancer. La maigreur de la face pouvait aussi, quoique rien de net ne pût être constaté comme trouble dyspeptique, conduire à cette idée. Il me parut cependant que, malgré l'âge du malade, malgré l'état du foie, cette pleurésie était de celles qui ne suppurent que bien rarement (pleurésies hémorrhagiques simples) et qui guérissent d'ordinaire après une seule ponction.

L'issue de la maladie est venue confirmer ce que je disais en 1878 (*in* Th. inaug., Paris) sur l'évolution et la curabilité de la pleurésie hémorrhagique simple (ou primitive).

A propos du cas que je viens de vous communiquer, j'ai recherché les observations publiées depuis mon premier travail sur ce sujet.

Je citerai d'abord deux faits qui, par une omission involontaire, n'ont pas figuré dans mon premier mémoire; ils appartiennent à M. Chouppe qui les a publiés dans la *Gazette hebdomadaire* de 1874.

Ces deux faits ne sont pas encourageants au point de vue du pronostic: il s'agissait d'une femme de 45 ans et d'un homme de 48 ans qui moururent tous deux et à l'autopsie desquels on trouva des altérations que je résumerai très clairement en un seul mot: il existait une véritable pachypleurite hémorrhagique. De ces deux cas, je n'en retiendrai qu'un seul, celui de l'homme; quant à la femme, elle présentait une péricardite hémorrhagique en même temps qu'une pleurésie double de même nature. La ponction avait permis chez les deux malades de reconnaître pendant la vie la nature du liquide exhalé dans les plèvres.

M. Chouppe rapporte brièvement une observation qui lui a été communiquée par M. Vulpian. Celui-ci l'avait recueillie alors qu'il était médecin du Bureau central.

Une jeune fille, entrée dans son service avec tous les symptômes d'une pleurésie aiguë, présenta bientôt les signes d'un épanchement très abondant.

« Nous sortons pour visiter les établissements de bains. Il y en a plusieurs, les uns couverts, renfermant des piscines d'une température différente, les autres en plein air, tous largement ouverts sur la rue et fréquentés par les deux sexes indistinctement. Nos coolies sont déjà au bain; je tâte l'eau dans laquelle ils se plongent avec délices : elle est brûlante. Les Japonais l'aiment ainsi, mais je ne pourrais certainement pas la supporter.

« Hommes, femmes, enfants, jeunes filles et vieillards, tous absolument nus, entrent dans les piscines, s'asseyent sur le bord, et, puisant de l'eau avec une tasse de bois, se la versent sur le corps; chacun se lave et se frotte sans nul souci de son voisin ou de sa voisine; d'autres, plongés dans l'eau jusqu'aux épaules, restent serrés les uns contre les autres, dans la même cuve. Puis, on sort de la piscine comme on y est entré; on s'essuie sans se presser; les femmes comme les hommes achèvent tranquillement leur toilette dans la rue. Tout cela se fait naturellement, sans songer à mal; et ce qui passerait chez nous pour un gros scandale, une véritable indécence, n'éveille pas, chez les Japonais, la moindre idée déshonnête.

« Mes compagnons, ne voulant pas se baigner au milieu de tout ce monde, avaient commandé à l'hôtel un bain séparé. On leur apporta, au beau milieu de la cour, un grand baquet plein d'eau, et ils durent se résigner à s'asperger le corps sous les regards curieux de tout le personnel de l'établissement, des servantes et des voisins, qui, peu habitués à voir des Européens, riaient aux éclats à l'aspect de la peau blanche des Anglais et surtout du gros ventre du colonel.

« Au Japon, où les hommes sont généralement petits et maigres, les individus un peu gros jouissent, parmi les gens du peuple, d'une considération proportionnée à leur

©BIU Santé

Une ponction donna issue à une grande quantité de sérosité sanguinolente. Une deuxième ponction fut bientôt nécessaire. En fin de compte, la malade sortait guérie après trois semaines de maladie. Voilà donc un cas suivi de guérison. Les détails manquent cependant, je le reconnais.

Un autre fait, recueilli dans le service de M. Blachez, a été inséré par M. Poulin dans le *Bulletin de la Société clinique* de 1879, p. 81, il présente tous les détails désirables.

Un homme de 55 ans, dont les urines étaient fortement albumineuses, fut ponctionné : on retira 1500 grammes de liquide très fibrineux et tout à fait rouge : le liquide ne se reproduisit pas et l'épanchement fut tari après une seule ponction. Le titre de cette observation est : *Pleurésie hémorrhagique survenue au cours d'une néphrite interstitielle.*

Deux thèses ont été soutenues devant la Faculté de médecine sur le sujet qui m'occupe en ce moment : l'une, en 1880, par M. Nolais, a pour titre : *Etude sur les pleurésies hémorrhagiques ;* l'autre, en 1882, par M. Mangeon, est intitulée : *Etude sur les pleurésies hémorrhagiques et leur suppuration.*

M. Nolais adopte une classification différente de celle que j'ai adoptée. Il prend pour base le moment où l'hémorrhagie a pu se produire, et suivant qu'elle est, par rapport à l'épanchement, antérieure, contemporaine ou postérieure, il appelle la *pleurésie hémorrhagique* primitive, d'emblée ou secondaire. Cette classification, très claire en théorie, ne peut pas être conservée en pratique, car nous ignorons presque toujours à quel moment la pleurésie est devenue hémorrhagique. Témoin mon malade, celui de M. Poulin et ceux de M. Chouppe. En outre, une hémorrhagie pleurale, à la suite de laquelle se développe une pleurésie, ne saurait être regardée comme une pleurésie hémorrhagique.

Il est, je crois, plus utile de différencier d'après leur nature les pleurésies hémorragiques, et de préciser non le moment où l'hémorrhagie s'est faite, mais s'il y a ou non, soit des tubercules, soit un cancer chez le malade qui porte cet épanchement.

Quant aux divisions en primitives et secondaires, je les accepte encore avec réserve, et je me contente de dire, comme dans le fait que je vous rapporte : il s'agit d'une pleurésie hémorrhagique simple, c'est-à-dire indépendante du tubercule et du cancer. Là est l'important ; de là découle le

---

masse ; et comme, de ce côté, j'étais au moins aussi bien partagé que M. March, il arrivait souvent, lors de nos arrêts aux maisons de thé de la route, que l'on me demandait la permission de me palper et de mesurer ma ceinture, tout cela en souriant et sans moquerie ; après quoi, on me remerciait poliment, et on se retirait avec de grands gestes d'admiration.

« Pour moi, dans mon amour de la couleur locale, je n'hésitai pas à me mêler aux Japonais. J'entrai dans la première piscine venue ; l'eau étant trop chaude, je passai dans une seconde où elle était à un degré tolérable. Je m'y trouvai bientôt en nombreuse compagnie des deux sexes. Tout ce monde me faisait bon accueil ; on cherchait à me rendre de petits services ; on me donnait la main pour passer d'un bassin à l'autre ; on m'adressait en souriant des paroles que j'avais le regret de ne pas comprendre ; leur curiosité n'était nullement gênante. Quel singulier peuple, et comme tous ces gens sont vraiment aimables !

« On s'est baigné sous nos fenêtres jusqu'à une heure fort avancée. Longtemps avant le jour, le bruit recommence. A quatre heures du matin, je suis sur pied, et je me promène dans le village. Il fait encore nuit, et déjà on se rend en famille aux piscines, pour y barboter à son aise. Le Japonais est matinal ; en voyage, il a l'habitude de prendre son premier repas avant le lever du soleil, et de se mettre en route au point du jour.

« A sept heures, nous nous disposons à partir. Le maître de l'hôtel, que notre cuisinier vient de payer, nous remet sa note acquittée, se prosterne de nouveau jusqu'à terre, et fait présent à chacun de nous d'une grande image coloriée, représentant la ville de Yumoto. »

©E Santé

pronostic : c'est là ce qui nous permet d'entrevoir la guérison comme possible.

D'ailleurs, les observations personnelles au nombre de six, rapportées par M. Nolais, sont toutes, sauf une, relatives à des malades atteints de cancer, de tubercule, de lymphadénome. Le seul malade dont la pleurésie ne dépendît pas de ces affections était un homme de 70 ans, qui mourut comme les cinq autres d'ailleurs, et à l'autopsie duquel on trouva un athérome artériel généralisé, et pas autre chose, lésion que M. Debove — dans le service duquel ira sans doute finir mon malade, admis à Bicêtre — pourra certainement constater sur lui dans un temps plus ou moins prochain.

M. Mangeon rapporte une seule observation inédite recueillie dans le service de M. Hutimel. Il y eut trois ponctions successivement faites chez la jeune femme qui portait un épanchement gauche, avec déviation du cœur à droite, et la malade partit après un séjour de six semaines à l'hôpital; elle était considérée comme guérie.

Une thèse de Görlitz, analysée dans le *Iahresbericht* de 1881, t. II, p. 160, relate deux observations; mais il s'agissait de cancer.

Enfin, on peut lire dans la *Lancet* (5 nov. 1881) une discussion à laquelle Barker, Bühl, Green et Mackensie ont pris part et qui a roulé surtout sur la nature et les causes de la pleurésie hémorrhagique. Barker admet un empoisonnement du sang; Bühl un vice de nutrition des vaisseaux; Green pense que cette affection peut se rencontrer en dehors du tubercule et du cancer, opinion que combat Mackensie. A l'appui de son opinion, Green a cité un fait suivi de guérison.

Tels sont les seuls documents relatifs à la question de la pleurésie hémorrhagique qui aient été publiés depuis 1878.

Je crois avoir démontré à cette époque que l'opinion défendue depuis par Green est exacte, et avoir indiqué, comme Buhl le soutenait plus récemment, qu'il existe sans doute un vice de nutrition des vaisseaux favorisant l'hémorrhagie. L'observation présente vient corroborer ces différentes idées.

Je me résumerai, en disant que chez le malade qui nous occupe actuellement, la pleurésie a été hémorrhagique, par suite de l'athérome (vice de

---

Est-ce que dans ce récit vivant on ne se trouve pas momentanément avec le voyageur au milieu des Japonais? Notre compatriote nous représente le Japon comme un pays magnifique, dont les monuments, d'ailleurs décrits par lui, sont nombreux et en général splendides, et dont la population est excellente et pleine de séductions.

On lira encore avec intérêt ce qu'il nous dit du Cambodge, de l'Annam et du Tonkin; et au sujet de ce dernier pays, je ne puis laisser dans l'ombre les remarques suivantes :

« Il est de mode aujourd'hui de prétendre que les Anglais seuls s'entendent à créer des colonies. Bien des gens nous répètent sur tous les tons que les Français ne savent pas coloniser. A ceux-là, je conseillerai d'aller faire un tour en Cochinchine, et de revenir ensuite dire ce qu'ils auront vu; ou simplement si, comme il est probable, ils reculent devant le voyage, de feuilleter une brochure éditée par l'Imprimerie nationale de Saïgon et intitulée: *Etat de la Cochinchine française en 1880*. Ils y verront ce que nous avons su faire en une vingtaire d'années seulement, et cela à 13,500 kilomètres de la mère-patrie! »

Je recommande vivement la lecture des deux petits volumes de M. Edmond Cotteau, qui est facile et attrayante. Des gravures charmantes et de belles cartes enrichissent cette publication, qui n'est pas seulement agréable, mais encore instructive.

G. Richelot père.

©BIU Santé

nutrition) si marqué qu'il présentait et de la congestion pulmonaire sous-jacente à l'épanchement; qu'il s'agissait bien, malgré l'âge du sujet, d'une pleurésie hémorrhagique simple, que cette pleurésie a guéri après une seule ponction, que la guérison même est la meilleure confirmation du diagnostic que j'avais porté.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE ET SON PROJET DE RÉFORME DE LA LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

En élaborant la proposition de loi actuelle sur l'exercice de la médecine, l'Association générale ne fait pas seulement preuve de vitalité, elle donne à nouveau réponse par des faits aux tumultueuses récriminations de ses trop bruyants adversaires. Une fois de plus, elle mérite donc bien du corps médical.

De plus, le Conseil général de l'Association tient compte du mouvement de l'opinion médicale, et dément ainsi, —on doit lui en savoir gré, —les reproches dont l'Association est trop souvent la victime de la part des révolutionnaires et des impatients. Enfin, par la manière dont il procède, c'est-à-dire en soumettant cette proposition à la fois à la Chambre et aux Société locales, en faisant appel à la critique de la presse médicale, il donne une preuve de libéralisme, de tolérance des opinions et de sagesse à laquelle on ne saurait trop applaudir.

D'ailleurs, au milieu du bruit dont on entoure les réformes étudiées actuellement par la Commission du Palais-Bourbon, comment oublier, à moins de commettre un déni de justice, que l'Association a été ici encore l'ouvrière de la première heure? En 1876, c'est un membre du conseil, M. Cornil, qui prit l'initiative des réformes de l'enseignement de la médecine. En 1878, M. Dufay, autre membre du même Conseil, reçut mission de mettre en harmonie avec les nécessités du temps présent, la loi si défectueuse de ventôse... J'arrête ici des citations qu'il serait facile de multiplier en explorant les annales de l'Association. Certes, si les espérances ne se réalisèrent pas, les événements politiques seuls sont responsables de ces nombreux échecs.

Malgré ces contre-temps, et avec une ténacité digne d'un meilleur succès, et digne aussi d'être imitée par de turbulents détracteurs, l'Association générale tente aujourd'hui un nouvel effort pour vaincre l'indifférence des pouvoirs publics à l'égard des choses de la médecine et des médecins.

Quelle est l'économie de la proposition de réforme dont M. Lunier vient de rédiger le rapport au nom d'une commission composée de MM. Roger, Dufay, Foville, Gallard, Guerrier, Jaccoud, Pénard et Vannesson?

D'abord, et avec raison, on constate que ce projet vise seulement la réglementation de l'exercice médical et laisse de côté toutes les réformes d'enseignement. C'est donc simplifier la question et conséquemment en hâter la solution. Les auteurs du projet auquel on donne le nom de M. Chevandier, ont été moins heureux, et, dans le titre II de eur proposition, légifèrent sur les études médicales, empiétant ainsi sur un domaine tout spécialement réservé au Conseil de l'instruction publique. De plus, ils omettent d'examiner la question des expertises et des réquisitions adressées aux médecins, l'organisation de la médecine dentaire, l'interdiction des associations entre médecins et pharmaciens et les scandaleux abus des deux diplômes.

Le projet qu'a rédigé M. Lunier est plus complet; c'est une œuvre de maturité, tenant compte des difficultés pratiques et des oppositions que soulèveront ces projets, même parmi certains médecins législateurs.

L'article Ier a pour objet l'*unification des titres*, question sur laquelle tout le monde s'entend depuis les propositions de M. Salvandi et le Congrès médical de 1845. Pour les personnes qui exercent l'art dentaire, les auteurs du projet demandent la création d'un diplôme spécial de dentiste, sanctionnant ainsi un vœu émis en 1882 par la Faculté de Paris après l'adoption du rapport de M. Le Fort sur la réglementation de l'odontotechnie. Cette innovation est légitimée par l'exemple de nombreux pays étrangers.

Aux termes de l'article 2, les officiers de santé actuellement en exercice conservent leur droit. De plus, ils pourront obtenir l'autorisation de pratiquer la médecine dans les départements limitrophes de leur résidence. Certes, voilà une disposition qui, pour être

nouvelle, ne fait que consacrer législativement ne tolérance déjà existante. Il eût été plus équitable d'abroger nettement les dispositions restrictives de la loi de l'an XI, et de ne pas s'en rapporter à l'arbitraire administratif et au bon vouloir des fonctionnaires. Dans la pratique de l'art, les officiers de santé restent soumis aux conditions de la loi du 20 mars 1803.

Transitoirement, on faciliterait aux officiers de santé déjà en exercice l'accession au doctorat. Ceux qui auraient quatre années d'exercice et qui posséderaient l'un des deux baccalauréats n'auraient à subir, devant une Faculté de l'Etat, que des épreuves restreintes dont le Conseil de l'instruction publique déterminerait la nature. Cette disposition est plus libérale que celle du projet de M. Chevandier, qui fixe ce stage à six années au lieu de quatre.

D'après l'article 4, tout étranger possédant un diplôme délivré par une Faculté de l'Etat peut exercer librement. Par contre, les individus munis de diplômes des Universités étrangères ne peuvent exercer en France, à moins de subir, devant une Faculté française, tous les examens de doctorat, et d'acquitter l'intégralité des droits universitaires. Les individus de nationalité francaise, munis de diplômes étrangers, ne peuvent exercer qu'après satisfaction à ces mêmes conditions.

Les autorisations d'exercer seraient supprimées. Cette disposition est sage. Toutefois, une réserve est faite en faveur des étrangers qui auront rendu de grands services à la science. Le ministre pourra leur donner une autorisation toujours révocable pour exercer en France, mais seulement après avis conforme de la Faculté de Paris et du Conseil de l'instruction publique. Puisse ce tempérament à la loi ne pas devenir l'origine de nouvelles et coupables tolérances ! En tout cas cette disposition vaudrait mieux que la réciprocité dont nous menacent quelques membres de la commission parlementaire.

L'article 8 prescrit l'affichage annuel, dans chaque localité, de la liste des individus exerçant légalement une des branches de l'art de guérir. Ici même, à plusieurs reprises, on a signalé la négligence des autorités dans l'établissement de ces listes. En sera-t-il autrement par l'adoption du projet actuel? Cette crainte n'est pas illégitime, si on en juge par le passé, puisque les médecins, qui sont intéressés directement au sincère établissement de ces listes, n'interviendront pas dans leur confection.

L'article 10 fixe un point de jurisprudence souvent contesté: l'obligation pour le médecin de déférer aux réquisitions administratives et judiciaires. Cette obligation, toutefois, serait formelle seulement en cas de flagrant délit et d'urgence absolue. Le médecin, ainsi requis, aurait la qualité d'expert et recevrait une rémunération correspondante. Cette disposition règle donc les rapports du médecin avec la justice et comble une regrettable lacune de la législation actuelle, tout en l'améliorant.

Reprenant un article de la loi sur l'exercice de la pharmacie et le complétant, l'Association générale demande, par les articles 7 et 8, l'interdiction absolue et sévère des associations de toute nature entre médecin et pharmacien. La loi de ventôse n'avait pas prévu ce délit d'abus de confiance à l'égard du malade. Conséquemment, elle réclame aussi, avec tout le corps médical dont elle se fait l'organe autorisé et compétent, la suppression de la faculté d'exercer les deux professions simultanément par les pharmaciens munis du double diplôme. Ce projet protège donc à la fois la santé publique et les intérêts moraux de la médecine française.

Enfin, l'article 11 énonce les incapacités légales ou les cas de déchéance au droit d'exercer l'art de guérir. Sur ce point, le projet reproduit les dispositions de la proposition Salvandi, en exceptant toutefois les condamnations de cause politique et les délits d'opinion.

Le titre II a pour but de fixer la répression de l'exercice illégal. Ces conditions sont ainsi formulées:

« *Article 12.* — Exerce illégalement la médecine :

« 1° Toute personne qui, sans être munie d'un diplôme de docteur en médecine ou « d'une autorisation exceptionnelle, d'une commission, d'un diplôme spécial de dentiste « ou d'un brevet, obtenus conformément aux dispositions des articles 1, 2, 3, 4 et 5 de « la présente loi et avoir fait enregistrer son titre, a l'habitude de prescrire ou conseiller « un mode de traitement, l'usage d'un médicament ou d'une substance quelconque « qu'elle représente comme capable de guérir ou de se livrer à des manœuvres ou opé- « rations ayant le même but.

« 2° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que ce titre « lui confère.

« *Article 13 :* — L'exercice illégal est un délit justiciable des tribunaux correc- « tionnels. »

©BIU Santé

La sanction de ces articles de loi consiste dans les pénalités énumérées dans le titre III. En attribuant aux tribunaux correctionnels la connaissance de ces délits, on assure, de l'avis de tous, une répression et une prévention plus efficaces de l'exercice illégal dérisoirement déféré, à l'heure actuelle, devant les tribunaux de simple police.

Voilà donc un projet d'utilité générale. Inspiré par des travaux dont ces questions ont été l'objet depuis quelques années, tenant compte des vœux du corps médical tou entier, il sera sans doute motivé par les délibérations des Sociétés locales comme il est déjà appuyé par l'autorité de représentants éminents de la médecine française.

Quel que soit le sort définitif de ces propositions devant le Parlement, il est donc désirable que ce projet soit adopté dans la réunion du 21 août prochain par les délégués des Sociétés locales. Devenant ainsi l'œuvre collective des membres de l'Association, et non pas l'œuvre personnelle de quelques-uns, il aurait des chances plus grandes de succès auprès de la Chambre des députés où, comme dans toutes les Assemblées politiques, l'autorité du nombre est toujours si puissante.

Voilà aussi pour les dissidents de l'Association une occasion nouvelle de faire acte de solidarité confraternelle et d'entrer dans ses rangs. Ces faits témoignent qu'elle n'abdique pas ; ils montrent aussi que s'il est désirable, — c'est notre vœu ainsi que celui de ses meilleurs amis, — de la voir prendre définitivement des allures plus militantes; il ne tient qu'aux membres du corps médical de les lui imprimer dans les élections locales et générales.

Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

De l'avortement provoqué par les vers intestinaux, par Vodiagni. — Cet observateur s'appuie sur les cas suivants, pour admettre la provocation de l'avortement par la présence de vers dans l'intestin. Deux jeunes femmes bien constituées avortent, l'une cinq fois en six ans, l'autre deux fois en deux ans. La première avait un bothriocéphale plat, la seconde un tœnia armé. Après leur guérison, elles devinrent de nouveau enceintes, arrivèrent à terme et accouchèrent sans accident. Dans ces cas, d'après l'auteur, l'irritation de l'intestin par les helminthes retentit sur l'utérus, et, par voie réflexe, produit l'avortement. (*Meditzinskoie obozrenie*, nov. 1883; et *the L. Med. Rec.*, 1884, 15 mars.)

C. L. D.

De l'administration du salicylate de soude, par le docteur Kennedy. — Ce médecin recommande la formule suivante, qui aurait l'avantage de masquer le goût désagréable de ce sel: *bicarbonate de soude*, 7 gr. 65 centigr., *acide salicylique*, 11 gr. 30 centigr., *glycérine* et *eau distillée*, aa 122 gr.

Il se produit un dégagement de gaz par la réaction de l'acide salicylique sur le bicarbonate de soude, et le salicylate ainsi produit est en suspension dans la glycérine. (*Phil. Med. Reporter*, 24 novembre 1883.) — C. L. D.

Anatomie pathologique de la maladie d'Addison, par le docteur Maguire. — En examinant les coupes des capsules surrénales d'un individu qui était atteint de maladie d'Addison, M. Maguire note, dans une communication à la Société de médecine de Manchester, que ces capsules étaient hypertrophiées et augmentées de consistance. Leur tissu était constitué par un stroma transparent contenant de nombreux amas jaunâtres. Sous le champ du microscope, ce stroma paraissait constitué par des agglomérats de noyaux accompagnés de cellules épithéliales et d'autres cellules géantes. Les masses jaunâtres résultaient d'un processus de dégénérescence caséeuse. Les vaisseaux sanguins présentaient les lésions de l'endartérite et un notable rétrécissement de leur calibre. (*The Brit. Medical Journal*, 18 mars 1884.) — C. L. D.

De l'influence de l'iodoforme sur le poids des phthisiques, par le docteur Ransome. — C'est à la dose quotidienne de trois pilules contenant chacune 80 milligrammes d'iodoforme et 10 centigrammes de croton chloral que l'auteur administrait ce médicament aux phthisiques.

Vingt et un cas furent traités par cette médication, et on pouvait diviser les malades en trois séries. Dans la première (phthisiques au premier degré), trois furent améliorés; dans la seconde (phthisiques au deuxième degré), cinq augmentèrent de poids aussitôt après le début du traitement; mais, chez trois d'entre eux, cette augmentation ne dura pas. Dans la troisième série, composée de douze malades, six conservèrent le même poids pendant tout le traitement, qui dura six et huit mois; chez deux autres il augmenta, et chez quatre, au contraire, il devint moins considérable. (*Brit. med. Journ.* Janvier 1884.)

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 31 mars 1884. — Présidence de M. Rolland.

De mémoire d'académicien, on n'a jamais vu de président si pressé de clore la séance publique au profit du comité secret. C'est à peine si les honorables académiciens chargés de faire des présentations ont le temps d'énoncer le titre des ouvrages ou mémoires qu'ils déposent sur le bureau. Il est vrai que les choses importantes, au point de vue de l'administration et du recrutement de la savante Compagnie, se passent en comité secret. Il n'y aurait donc pas grand'chose à dire sur cette hâte du président à terminer la séance publique si, par une regrettable coïncidence, les séances, depuis le commencement de l'année, ne commençaient pas plus tard que l'heure réglementaire et traditionnelle. Jusqu'à présent, à trois heures précises, messieurs les officiers prenaient place au bureau et la séance était ouverte. Maintenant, c'est à trois heures et quart, si plus ne passe, que le coup de sonnette initial se fait entendre, et les retardataires habituels n'ont plus de reproches à s'adresser. Tout pourrait s'arranger, semble-t-il, avec un peu plus de fermeté au début, et un peu plus de patience après.

M. Faye dépose sur le bureau le troisième volume des *Annales du bureau des longitudes*.

M. l'amiral de Jonquières (dont la nomination n'est pas encore ratifiée) adresse une lettre pour faire savoir que des quantités prodigieuses de pierres ponces ont été apportées par la mer, à Batavia, six mois après l'éruption du Krakatoa.

M. Gaudry présente plusieurs côtes fossiles de lamantin, trouvées à Louveciennes. Ces côtes sont cylindriques, énormes, grosses comme le bras, et constituent, selon l'expression de M. Gaudry, une sorte de blindage. On en a trouvé déjà, en 1841, dans les fouilles nécessitées par la construction des fortifications de Paris. « Cet animal s'est donc promené, avant nous, sur l'emplacement de nos boulevards. » La réflexion est de l'honorable présentateur.

M. Paul Bert, frappé de ce fait, à savoir que la glande mammaire produit, à l'époque de la lactation, une très grande quantité de lactose, s'est demandé d'où provenait cette matière sucrée. Depuis 1878, il a entrepris, pour résoudre ce problème, plusieurs expériences qui consistaient à enlever la glande mammaire avant la parturition, et même avant la fécondation, à des femelles de cochon d'Inde, puis à des chèvres. — Le 22 mars 1884, une chèvre a mis bas, dans ces conditions, et l'on a pu constater qu'elle est devenue immédiatement glycosurique à un haut degré, cette glycosurie n'a duré que dix jours. Cela suffit pour qu'on soit en droit de conclure que le sucre de lait, sécrété par la glande mammaire, pendant la lactation, est fourni par tout l'organisme, et, selon les plus grandes probabilités, par le foie principalement. M. Paul Bert se propose d'élucider ce dernier point ; ce sera l'objet d'une prochaine communication.

M. Dupuy de Lôme dépose sur le bureau un mémoire de M. Desmares relatif à une méthode nouvelle de calculer par avance la stabilité des navires. On aurait ainsi un moyen assuré d'éviter les catastrophes telles que celle qui est arrivée dernièrement : un grand navire de commerce a chaviré au moment du lancement et a causé la mort de 200 personnes.

M. Larrey présente, pour être renvoyé à la Commission des prix de médecine et de chirurgie, un travail de M le docteur Laveran, du Val-de-Grâce, sur les fièvres palustres et sur les microbes qui les causent.

M. Gaudry, au nom de M. Ch. Brongniart, présente une note et de nouveaux dessins de M Fayolle, relatifs à plusieurs insectes fossiles découverts dans le terrain houiller. Un de ces insectes avait 50 centimètres de long et 70 centimètres d'envergure.

M. le professeur Richet dépose sur le bureau une note de M. Ch. Richet, son fils, relative à l'influence des lésions de la moelle cérébrale sur l'élévation de la température, élévation qui atteint jusqu'à 42 et 43 degrés, et qui entraîne la mort par hyperthermie.

— A quatre heures vingt, l'Académie se forme en comité secret. — M. L.

©BIU Santé

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Séance du 24 mars 1884.

Le Conseil approuve les conclusions du rapport de M. le docteur Lagneau sur les maladies épidémiques observées dans le département de la Seine durant l'année 1882.

M. le docteur Dujardin-Beaumetz donne lecture d'un rapport relatif à un cas de décès qui avait été attribué au charbon. En réalité, la malade est morte des suites de la gangrène sénile.

Le même rapporteur rend compte d'un cas de rage observé à l'hôpital Saint-Louis. La malade fut mordue à la lèvre inférieure, le 12 janvier dernier, par un chien qu'elle tenait sur ses genoux ; elle a dit s'être cautérisée immédiatement après la morsure avec un fer rouge, et elle n'a pris aucun autre soin jusqu'au 1er mars, jour où elle est entrée à l'hôpital, à la suite d'une crise rabique. Tous les symptômes observés à l'hôpital, où elle mourut trois heures après son arrivée, permettent d'affirmer qu'elle a succombé à la rage. Des injections hypodermiques de pilocarpine ont été faites sans résultat.

A cette occasion, M. le rapporteur dit que l'autopsie n'a pu être pratiquée que 64 heures après le décès, ce qui n'a pas permis de faire des expériences concluantes au moyen du bulbe et de la moelle. M. Dujardin-Beaumetz demande que l'Administration autorise l'autopsie dans les douze heures qui suivent le décès, pour permettre de compléter les recherches dont la rage est en ce moment l'objet.

VARIÉTÉS

La question du personnel médical des Bureaux de bienfaisance devant le Conseil municipal de Paris.

Le 31 mars, dans la discussion sur l'organisation de l'assistance à domicile, le mode de recrutement du personnel médical de l'assistance à domicile a été l'objet d'un vif débat devant le Conseil municipal.

Les solutions proposées étant au nombre de trois, le Conseil municipal avait l'embarras du choix, et m'est avis qu'il est aujourd'hui encore fort embarrassé. Il est inutile de s'arrêter au projet qui veut faire nommer nos confrères par les indigents, fussent-ils même sans doute atteints d'aliénation mentale! D'autre part, à quoi bon relever ces critiques adressées au service de nos estimés confrères, dont le dévouement traditionnel n'a pas besoin d'être défendu. On en connaît le but et on sait assez à quel prix il faut estimer ces critiques.

La commission proposait de laisser le choix des médecins au préfet, qui les recruterait d'après une liste de candidats désignés par un conseil. Ce conseil aurait pour grands électeurs, dans chaque arrondissement, le maire, les conseillers municipaux, trois administrateurs et trois médecins du Bureau de bienfaisance.

Après divers épisodes, le Conseil municipal a rejeté le maintien du recrutement actuel au moyen de l'élection directe par le corps médical. Il s'est rallié au mode de nomination par le concours. Quand ces décisions seront définitives et que le conseil d'Etat aura donné son avis sur ce projet, nous examinerons, comme elle les méritent, la valeur et les conséquences de ces mesures nouvelles. Il se pourrait bien d'ailleurs que ce bruit si grand à l'heure actuelle cessât après les élections municipales. — C.-L. D.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 24 au 30 mars 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1213. — Fièvre typhoïde, 47. — Variole, 1. — Rougeole, 50. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 67. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 65. — Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchites aiguës, 49. — Pneumonie, 100. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 45; au sein et mixte, 26; — inconnues, 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 120; circulatoire, 81 ; respiratoire, 82; digestif, 36; génito-urinaire, 32; de la peau et du tissu lamineux, 7 ; des os, articulat. et muscles, 11. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 3.

Résumé de la 13e semaine. — Le service de Statistique municipale a reçu notification de 1,213 décès pendant la semaine dernière, chiffre supérieur à ceux qui ont été observés depuis le mois de juin dernier.

La comparaison des chiffres de la semaine actuelle et de ceux des semaines précédentes, fait remarquer un accroissement notable pour la Fièvre typhoïde, la Rougeole, la Bronchite, la Pneumonie et pour l'Athrepsie des jeunes enfants. La plupart des autres maladies restent à peu près à l'état stationnaire.

La Fièvre typhoïde a causé 47 décès au lieu de 31, qui avaient été comptés pendant la semaine précédente. Cette maladie n'est localisée dans aucune partie de la ville; cependant, on remarque sa fréquence dans les quartiers de la Porte-Saint-Martin et de l'Hôpital-Saint-Louis, qui présentent chacun 3 décès cette semaine et qui avaient déjà été frappés pendant les semaines précédentes.

La Rougeole (50 décès au lieu de 40), dont nous constatons les progrès constants depuis six semaines, présente une nouvelle recrudescence. Les quartiers les plus frappés depuis le commencement de cette petite épidémie sont : la Gare (5 décès cette semaine) et la Maison-Blanche qui lui est contigu; Plaisance (4 décès pendant cette semaine), Clignancourt et la Goutte-d'Or (2 décès cette semaine), présentent, chaque semaine, quelques décès par Rougeole. Enfin, Picpus a compté 5 décès dans chacune des deux dernières semaines. On remarquera que les quartiers que nous venons d'énumérer comme frappés par la maladie, sont tous excentriques.

La Diphthérie (67 décès au lieu de 66) est toujours fréquente. Nous avons déjà fait remarquer que cette maladie est plus répandue dans les faubourgs populeux que dans le centre de la ville; toutefois, cette semaine, deux quartiers du centre (Rochechouart et Saint-Victor) ont présenté, l'un et l'autre, 4 décès diphthéritiques.

Le quartier des Grandes-Carrières a présenté cette semaine 7 décès par Diphthérie; la Villette, 3; Belleville, 4, etc.

La Variole (1 décès au lieu de 2), la Scarlatine (5 décès au lieu de 4), l'Erysipèle (6 décès dans chacune des deux semaines), l'Infection puerpérale (5 décès au lieu de 8), sont restés stationnaires ou ont présenté des variations sans importance. La Coqueluche (6 décès au lieu de 13) présente une atténuation probablement peu durable.

La Bronchite aiguë (49 décès au lieu de 43) et la Pneumonie (100 au lieu de 88) ont augmenté l'une et l'autre de fréquence.

Le service de statistique a reçu avis de la naissance de 1,351 enfants vivants (698 garçons et 653 filles), dont 969 légitimes et 382 illégitimes; 66, parmi ces derniers, ont été reconnus immédiatement par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Potion contre la coqueluche. — Dujardin-Beaumetz.

Bromure de potassium	2	grammes.
Bromure de sodium	4	—
Bromure d'ammonium	2	—
Eau distillée	60	—
Sirop de chloral	50	—

Faites dissoudre. — Soir et matin, dans un verre de lait additionné d'un jaune d'œuf, on fait prendre une cuillerée à dessert ou une cuillerée à soupe de cette potion, selon l'âge de l'enfant atteint de coqueluche. — N. G.

COURRIER

Société de médecine légale. — *Séance du lundi 7 avril 1884* (séance avancée de huit jours, à cause des fêtes de Pâques), à 4 heures *très précises*, au Palais de Justice. (Salle d'audiences de la 5e chambre du tribunal civil.)

Ordre du jour : I. Elections de six membres titulaires. — II. Election d'un membre correspondant étranger. — III. Rapport de M. Le Blond, sur la question de savoir si certaines manœuvres abortives ont pu être pratiquées par la patiente elle-même. — IV. Suite de l'ordre du jour de la précédente séance.

©BIU Santé

— La *Société française de tempérance*, Association contre l'abus des boissons alcooliques (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880), tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. le docteur Jules Bergeron, membre de l'Académie de médecine, le dimanche 6 avril 1884, 3 heures précises du soir, à l'hôtel de la Société d'horticulture, rue de Grenelle, 84.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. le docteur J. Bergeron, président. — 2° Rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre, par M. Lunier, secrétaire général. — 3° Rapport présenté au nom de la première commission des prix, par M. Decaisne. — 4° Rapport présenté au nom de la troisième commission des prix, par M. Gibert. — 5° Rapport sur les récompenses à décerner en 1884, par Van den Dorpel.

NOMINATION. — Par décret, en date du 26 mars 1884, M. le docteur Doumic, ancien médecin sanitaire, ancien médecin de la Maison centrale de Poissy, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 mars 1884, M. le docteur Delisle est nommé médecin du bureau de bienfaisance du Ve arrondissement de Paris.

LAURÉATS EN PHARMACIE. — La distribution des prix aux internes en pharmacie des hôpitaux de Paris a eu lieu, comme nous l'avions annoncé, jeudi dernier. Ont été proclamés lauréats :

Première division : Médaille d'or, M. Sionné-Moret ; médaille d'argent, M. Bréhal ; mentions honorables, MM. Meillière et Causse.

Deuxième division : médaille d'argent, M. Gasselin ; accessit, M. Baudren ; mentions honorables, MM. Carette et Gérard.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Hubert-Valleroux (de Paris), décédé à l'âge de 75 ans.

— Le docteur O. Lereboullet, doyen de la Faculté des sciences et directeur du Muséum d'histoire naturelle de Strasbourg, vient de succomber dans cette ville à l'âge de 74 ans.

— M. Léard, pharmacien et officier de santé, 24, rue de Charonne, est mort le 28 mars, à l'âge de 46 ans.

NOMINATIONS. — Par décret en date du 30 mars 1884, M. Catelau, médecin de première classe, a été promu au grade de médecin principal de la marine.

RETRAITE DU PROFESSEUR TEISSIER. — Par décret, en date du 12 mars, M. le professeur Teissier a été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

Dans son assemblée du 20 mars, la Faculté de médecine de Lyon a autorisé la permutation de M. le professeur Bondet de la chaire de pathologie interne à celle de clinique médicale.

Attaché à la clinique depuis 1852 (successivement professeur libre, puis adjoint, puis titulaire à l'Ecole, enfin à la Faculté de médecine), M. Teissier s'était peu à peu incarné en quelque sorte dans cet enseignement dont il possédait toutes les traditions, tous les éléments, toutes les aptitudes.

Ne laissons pas partir l'éminent professeur, dit le *Lyon médical*, sans lui payer le sincère tribut de reconnaissance et d'estime dû à ses longs services, aux incessants exemples de dignité professionnelle qui forment comme la trame de sa carrière si remplie déjà et si pleine encore de promesses.

PERSONNEL MÉDICAL DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Aux termes d'un arrêté pris sur le vu du procès-verbal de l'élection du 10 février 1884, M. le docteur Avezou est nommé médecin du bureau de bienfaisance du IVe arrondissement de Paris.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du XIe arrondissement que, le jeudi 17 avril 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin attaché au service dutraitement à domicile.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Henri Barth : Fragments d'helminthologie. — II. Bibliothèque. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — IV. Variétés. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Fragments d'helminthologie

II. — La trichine et la trichinose.

Dès l'année 1821, Hilton, de Guy's Hospital, avait découvert chez l'homme les petits corps blanchâtres formés par l'encapsulation des trichines dans les muscles, mais il n'en avait pas soupçonné la nature. Un peu plus tard, en 1835, Owen avait vu et décrit le parasite musculaire et lui avait donné le nom de *trichina spiralis* en raison de l'aspect qu'il affecte constamment lorsqu'il est enkysté. Mais c'est seulement en 1860 que la question de la trichinose est entrée dans une phase scientifique, au moment où les travaux de Leuckart, de Virchow et de Zenker firent connaître presque simultanément l'évolution de la trichine chez le porc, sa transmissibilité à l'homme et les troubles morbides graves qu'elle détermine chez ce dernier. Depuis lors des épidémies nombreuses, éclatant d'année en année soit en Allemagne soit en d'autres pays, ont démontré l'importance de la trichinose au point de vue de l'hygiène publique, et provoqué une légitime émotion; pendant que les savants s'efforçaient par des recherches et des expériences persévérantes, d'élucider l'histoire naturelle de la trichine et les conditions de sa transmission à l'homme, divers gouvernements ont cherché à mettre en vigueur des mesures prophylactiques capables de mettre les populations à l'abri du danger. Récemment dans notre pays la constatation répétée de la présence des trichines dans la viande de porc d'importation américaine a rappelé l'attention sur cette question, et en dépit de l'immunité presque complète dont la France avait bénéficié jusqu'alors, l'opinion publique a réclamé avec insistance des mesures de protection efficaces. L'importante discussion qui vient d'avoir lieu sur ce sujet à l'Académie de médecine de Paris, à l'occasion du remarquable rapport de MM. Brouardel et Grancher, n'aura pas eu pour unique résultat d'éclairer la religion de M. le ministre du commerce sur l'opportunité de la prohibition des viandes américaines ; elle aura, de plus, servi à rappeler aux médecins un grand nombre de faits oubliés ou trop peu connus.

La trichine adulte, telle qu'on la rencontre dans l'intestin d'un animal récemment infecté, est, suivant la description de Cobbold, un ver nématoïde fort petit, qui mesure dans son complet développement : le mâle, environ 1 millimètre 5, la femelle, environ 3 millimètres. Le corps cylindrique et filiforme, plus épais en avant qu'en arrière, se termine par une tête mince un peu pointue ; l'orifice buccal, en forme de pertuis médian, est arrondi et inerme. La queue du mâle est bilobée, et l'orifice cloacal est situé entre les lobes ; le pénis consiste en un spicule unique, recourbé en forme de V. La femelle, plus grosse que le mâle, a son pore génital placé à l'union du cinquième antérieur avec les quatre cinquièmes postérieurs ; les œufs mesurent 18 μ environ d'un pôle à l'autre ; les embryons, mis en liberté dans la cavité même de l'utérus, sont au nombre de mille ou quinze cents ; une fois sortis de l'organisme maternel, ils ont environ 10 μ de long sur 5,6 de large ; ils sont revêtus d'une fine cuticule à travers laquelle on distingue une ligne axile, rudiment du canal alimentaire qui se divisera plus tard en une partie antérieure (œsophage) et une partie postérieure (estomac et intestin) ; les organes sexuels ne se développeront qu'après la migration du parasite dans les muscles.

©BIU Santé

Cette migration est la condition indispensable du développement ultérieur des trichines et la phase la plus caractéristique de leur cycle vital ; grâce aux recherches de Leuckart et de Virchow sur les animaux, on a pu en suivre toutes les étapes. D'abord cachés dans le mucus qui tapisse la paroi de l'intestin, les embryons ne tardent pas à perforer cette paroi pour se rendre d'abord dans la cavité péritonéale, ou dans le tissu cellulo-graisseux du mésentère ; de là, par les orifices diaphragmatiques, ils pénètrent dans la cavité du thorax, et gagnent ensuite toutes les régions du corps pour aller se loger dans les muscles. La durée de cette migration est fort courte : elle ne dépasse guère huit ou dix jours. Il est probable que les embryons traversent directement le tissu et cheminent avec facilité dans les cloisons conjonctives qui séparent les divers organes ; d'après certains auteurs, Fielder notamment, ils pourraient aussi pénétrer dans les vaisseaux, et être entraînés avec le courant sanguin, mais ce mode de transport, s'il est réel, n'est certainement pas le plus ordinaire.

Arrivée dans le tissu conjonctif intra-musculaire, la trichine perfore une gaîne sarcolemmique et s'introduit dans l'épaisseur du faisceau primitif où elle s'établit ; à son voisinage les noyaux musculaires se multiplient considérablement et la substance fondamentale subit la dégénérescence graisseuse. L'embryon en même temps augmente de volume, ses organes deviennent plus distincts, le tube digestif se différencie en ses diverses parties et l'on voit apparaître les rudiments de l'appareil génital et du système nerveux. Bientôt le ver s'allonge, se recourbe en spirale et se pelotonne sur lui-même, le sarcolemme qui l'entoure s'épaissit alors et devient opaque, de manière à former un véritable kyste, une sorte de capsule fusiforme. Trois semaines suffisent pour que cet enkystement des trichines soit terminé. Si alors on examine un fragment de tissu musculaire avec un grossissement de 20 à 50 diamètres, on découvre les parasites sous la forme de petits vers cylindriques enfermés dans des kystes ovoïdes qui se continuent par leurs deux extrémités avec une fibre musculaire plus ou moins altérée. Ces kystes à peine visibles à l'œil nu, forment de petits grains grisâtres inégalement disséminés dans tous les muscles striés de l'économie ; leur lieu d'élection est le diaphragme. Au bout de quelques mois les capsules se calcifient, deviennent blanches et opaques ; les parasites qu'elles renferment ne subissent plus aucune modification, mais ils continuent à vivre, et cet état d'hibernation, pendant lequel ils conservent leur aptitude évolutive, peut durer un grand nombre d'années (douze ans et plus, selon Virchow, et jusqu'à vingt-quatre ans, dans un cas observé par Klopsch).

Pour que le développement continue, il faut que la trichine musculaire soit transportée à nouveau dans l'intestin, ce qui a lieu quand un autre animal vient à manger la chair infectée. Le travail de la digestion, en dissolvant les capsules, met bientôt le parasite en liberté : il suffit pour cela de trois ou quatre heures. Le ver grandit alors rapidement, son appareil sexuel atteint son développement complet ; dans les quarante-huit heures qui suivent, l'accouplement a lieu, et, dès le cinquième jour, chaque femelle met en liberté plusieurs centaines d'embryons qui ne tarderont pas à se développer comme nous l'avons dit plus haut, pour entreprendre au bout de peu de temps leur migration à travers l'organisme de leur nouvel hôte. Quant aux trichines mères, leur rôle reproducteur accompli, elles meurent et sont expulsées avec les matières fécales. Tel est le cycle entier de la vie de ce parasite, qui n'achève son développement qu'à la condition de passer, comme beaucoup d'autres helminthes, par deux organismes successifs, mais qui accomplit indifféremment l'une ou l'autre de ses phases dans des animaux de la même espèce.

Si l'histoire naturelle de la trichine mérite d'être connue, les phénomènes morbides qui résultent de sa présence chez l'homme offrent encore

plus d'intérêt, car la trichinose humaine est une maladie souvent grave et parfois mortelle. Les nombreuses épidémies observées depuis vingt ans en Allemagne ont permis d'en noter exactement tous les symptômes, et les récentes études de M. Grancher à Emersleben ont confirmé, en les complétant, les travaux de ses devanciers.

Lorsqu'un individu vient à consommer de la viande trichinée crue, ou insuffisamment cuite, il est pris, au bout d'un temps variable (2 à 10 jours après l'ingestion), de douleurs abdominales, souvent accompagnées de diarrhée, et même de vomissements; ces accidents sont parfois assez brusques et assez violents pour faire croire à une attaque de choléra; en même temps il y a un grand malaise général avec inappétence, fièvre et insomnie. Au bout de sept à huit jours il se manifeste des douleurs dans les membres, souvent accompagnées de roideurs musculaires et même de contractures; les muscles, très sensibles à la pression, sont rigides et durs comme du bois; un œdème léger apparaît à la face et bientôt se généralise; en même temps la fièvre persiste, irrégulière, parfois très intense, et le malade tombe dans un état d'adynamie qui rappelle la fièvre typhoïde: la langue est sèche, le ventre ballonné; il y a des sueurs profuses très fétides et accompagnées d'éruptions miliaires; souvent la respiration devient gênée, et le malade accuse une sensation de constriction thoracique qui paraît due à la contracture du diaphragme et des intercostaux; on a noté également des hoquets très pénibles, de la dysphagie, des altérations de la voix (Kratz). Cet état peut durer dix ou quinze jours et même davantage : puis le tableau clinique se modifie encore une fois : la peau prend une pâleur cireuse, l'anasarque devient énorme; l'aspect du malade rappelle alors celui des gens atteints de mal de Bright: les téguments très douloureux à la pression offrent des déchirures dues à la distension excessive, il se forme des plaques d'érythème lisse, des phlegmons et des eschares; cependant les urines ne sont presque jamais albumineuses. Dans les cas graves, la diarrhée persiste, accompagnée de ténesme; les poumons s'œdématisent et il se produit des poussées broncho-pneumoniques ; enfin la cachexie fait des progrès rapides, et le malade finit par succomber, à une époque qui varie entre la troisième et la huitième semaine de la maladie.

Telle est la marche de la trichinose chez l'homme dans sa forme complète; dans les trois périodes assez nettement dessinées qu'elle présente, on a voulu reconnaître les trois phases de l'évolution du parasite: son développement dans l'intestin (période gastro-intestinale), sa migration dans les muscles (période typhoïde), son enkystement (période œdémateuse). Cette division est un peu trop théorique; au point de vue évolutif, la trichinose n'offre en réalité que deux stades: le stade intestinal et le stade musculaire. D'ailleurs la maladie est loin de présenter toujours la succession régulière des symptômes dont nous avons tracé le tableau: souvent, dans les cas légers, les phénomènes gastro-intestinaux semblent constituer toute la maladie, l'œdème fait défaut et les douleurs musculaires passent presque inaperçues; dans d'autres cas (et ce sont parfois les plus graves) la diarrhée débute seulement vers le huitième jour et cesse bientôt, tandis que les roideurs musculaires et les manifestations œdémateuses prennent d'emblée une intensité très grande. La violence et la durée des accidents varient d'ailleurs beaucoup selon les épidémies, selon les conditions dans lesquelles l'infection s'est produite, selon l'âge et le tempérament des sujets: on aurait donc tort d'attribuer une parfaite uniformité à ce tableau clinique si variable.

Néanmoins, le diagnostic de la trichinose paraît offrir en général assez peu de difficultés: si le début des accidents est souvent trompeur, si les phénomènes gastro-intestinaux en particulier font parfois songer à un empoisonnement ou à une attaque de choléra, la succession des phases de

©BIU Santé

la maladie ne tarde pas à mettre le médecin sur le chemin de la vérité, d'autant plus que la trichinose affecte presque toujours une allure épidémique, frappant à la fois tous les membres d'une ou de plusieurs familles, et qu'il est en général facile de retrouver l'origine du mal dans un repas pris en commun, où figurait de la viande de porc crue ou mal cuite.

La plupart des épidémies observées ont en effet sévi en Allemagne, où l'usage du porc cru est très répandu dans toutes les classes de la société. Depuis 1860, époque où la trichinose humaine a été pour la première fois démontrée par Zenker, il n'est presque pas d'année où l'on n'ait eu à signaler quelque manifestation du fléau, et plusieurs de ces épidémies ont atteint des proportions vraiment désastreuses : en 1862, il y a eu, à Plauen, 30 malades ; à Calbe, 38 malades, dont 8 morts ; en 1863, à Hettstadt, 134 personnes ont été atteintes, 23 sont mortes ; en 1864, à Blankenburg, 278 malades ; à Quedlinburg, 90 malades ; en 1865, l'épidémie de Hedersleben, la plus grave de toutes, a atteint 350 personnes, dont 101 ont succombé ; en 1866, il y a eu, à Greifswald, 100 malades, dont 4 morts ; en 1868, à Schönebeck, 64 malades, dont 8 morts ; en 1871, à Libau, 90 malades ; en 1882, à Brunswick, 254 malades ; enfin, en 1883, à Emersleben et dans les environs, 376 malades, dont 53 morts. Dans tous ces cas et dans beaucoup d'autres, on a pu remonter à la source de l'infection et reconnaître qu'elle était due à de la viande de porc trichinée, mangée crue ou imparfaitement cuite. Il en était de même dans divers faits observés en Russie, aux Etats-Unis, de même aussi dans la seule épidémie constatée en France, celle de Crépy-en-Valois, relatée par le professeur Laboulbène. Récemment un médecin anglais, Wortabet, a signalé deux épidémies de trichinose survenues dans la haute vallée du Jourdain et causées l'une et l'autre par la viande d'un sanglier sauvage. Ces faits, il faut l'avouer, tendent à justifier la sentence d'impureté lancée par les religions orientales sur tous les animaux de la race porcine.

Aux yeux des peuples de l'Occident il n'y a d'impur que les animaux malades, et le porc est une ressource alimentaire trop précieuse pour qu'on songe à y renoncer ; il a donc fallu chercher des mesures prophylactiques moins rigoureuses. La meilleure, si elle était praticable, serait d'empêcher l'infection du porc, tâche fort ardue, car cet animal peut contracter la trichinose de plusieurs manières. D'abord en mangeant de la viande trichinée ; c'est ainsi que s'infectent les porcs élevés dans les abattoirs, auprès des boucheries, et nourris avec les déchets des animaux sacrifiés. Puis en dévorant accidentellement les rats, les souris et autres petits rongeurs qui sont fréquemment porteurs de trichines : c'est le mode probable d'infection des porcs élevés à la campagne et nourris exclusivement de matières végétales. Enfin en consommant les matières fécales des individus récemment infectés, et en absorbant ainsi des trichines pleines et des embryons déjà nés, en même temps que des débris de viande non digérés contenant encore des trichines musculaires : c'est ainsi qu'on a expliqué la récurrence des épidémies dans certaines localités. Loger et nourrir sainement les porcs, ne jamais leur donner aucun déchet de charcuterie, les mettre à l'abri du contact des rats, leur interdire l'approche des immondices, tels seraient les moyens à employer ; mais, en dépit de quelques efforts dans ce sens, la trichinose du porc est très fréquente dans certains pays : en Allemagne, seul pays d'Europe où l'on ait dressé sur ce sujet des statistiques régulières, on compte environ 1 porc trichiné sur 2,000 ; c'est bien pis aux Etats-Unis, où récemment Billings, sur près de 8,000 animaux de provenances diverses, en a trouvé 4 p. 100 d'infectés.

La trichinose chez le porc ne se traduit par aucun symptôme caractéristique : certains expérimentateurs, à la vérité, ont noté de la fièvre, de la diarrhée, des sueurs fétides, mais ces phénomènes qui, d'ailleurs, peuvent manquer, échappent la plupart du temps aux yeux non prévenus. L'animal

©BIU Santé

malade reste susceptible d'être engraissé, et sa chair ne présente à l'œil nu rien qui la distingue d'une viande saine. Pour reconnaître la présence du parasite, il est absolument nécessaire de pratiquer l'examen microscopique. C'est ce qu'on s'est mis résolument à faire en Allemagne, où l'inspection histologique est maintenant obligatoire; une armée de 18,000 micrographes, répartis sur tous les points du territoire, examinent avec une discipline toute militaire, chaque porc abattu, et saisissent la viande où ils trouvent des trichines. Malgré cette puissante et coûteuse organisation, des épidémies de trichinose continuent à se produire, soit que l'examen ait été omis, soit qu'il n'ait pas été fait avec un soin suffisant.

Pour supprimer tout danger, il y aurait pourtant un moyen fort simple, qui est à la portée de chacun, et qui n'exige ni grande peine ni grande dépense; c'est de faire cuire le porc avant de le consommer. L'observation et l'expérience ont depuis longtemps démontré que la cuisson, en faisant périr le parasite musculaire, rendait inoffensive la viande la plus manifestement trichinée. Mais cette pratique n'a pu jusqu'ici prévaloir dans les pays de langue allemande, où la chair de porc non cuite est un véritable mets national; le goût du public pour cet aliment est même si vif qu'à Emersleben au déclin de la dernière épidémie, M. Grancher a vu des convalescents dévorer d'épaisses tartines de porc cru, haché et étendu sur du pain, s'exposant ainsi de nouveau à l'infection sans que la rude leçon qu'ils venaient de recevoir pût les empêcher de se livrer à leurs instincts carnivores. On comprend d'après cela que la trichinose ait de la peine à disparaître.

En France, la question se pose tout autrement : d'abord la trichinose du cochon, loin d'être endémique dans notre pays, est même tout à fait exceptionnelle. En second lieu, l'habitude de manger du porc cru est à peu près inconnue, aussi bien dans les villes que dans les campagnes. C'est à cette double cause qu'il faut attribuer l'extrême rareté de la maladie qui depuis 1860 paraît n'avoir fait chez nous qu'une seule apparition : la petite épidémie de Crépy-en-Valois. En présence d'une immunité si remarquable, il n'est pas surprenant que jusqu'à ces dernières années on se soit peu préoccupé des dangers causés par la trichinose et des moyens de les écarter. Cette question est restée dans le domaine des choses abstraites, apanage exclusif de quelques savants, et on ne s'est pas mis en peine d'examiner microscopiquement la viande de porc, ni de dresser des statistiques dont l'utilité semblait fort douteuse.

Depuis quelque temps un revirement s'est produit dans l'opinion, à la suite de l'importation croissante des salaisons américaines. N'allions-nous pas voir disparaître cette immunité privilégiée? Les viandes américaines renferment souvent des trichines, cela est certain, et s'il est prouvé qu'une salaison bien faite détruit les parasites, il n'est pas moins sûr qu'une préparation trop sommaire les laisse vivre, surtout quand il s'agit de grosses pièces de viande, dont les parties centrales sont difficilement pénétrées par le sel. Que des consommateurs imprudents viennent à manger ces viandes incuites et voilà la trichinose déclarée: Bien plus! les rats et autres petits rongeurs prélevant leur tribut sur cette dangereuse charcuterie contracteront le parasite et risqueront d'infecter nos porcs indigènes, très friands, comme tous les animaux de leur espèce, de ce menu gibier; dès lors la maladie deviendra endémique, et il faudra, comme nos voisins d'outre-Rhin, lever une armée de micrographes pour nous en préserver incomplètement. Conclusion : il faut se hâter d'arrêter à la frontière les quarante millions de kilogrammes de viande plus ou moins trichinée que l'Amérique nous envoie annuellement. C'est ce qu'on a fait.

Beaucoup de bons esprits ont trouvé cette mesure excessive, et tout récemment devant l'Académie de médecine MM. Brouardel et Proust ont résumé les arguments qui peuvent lui être opposés. D'abord la prohibition est illusoire, car les viandes américaines repoussées de nos ports entrent

©BIU Santé

chez nous par des voies détournées et sous de fausses étiquettes. Ensuite ces viandes, même trichinées, sous moins dangereuses qu'on ne le croit (moins dangereuses surtout que les porcs vivants qui nous arrivent d'Allemagne par milliers); en effet, c'est surtout la chair fraîche qui donne la trichinose; le sel détruit promptement les parasites (Brouardel, Colin) ou du moins s'il les laisse vivre, il les rend incapables de se développer. La même raison (jointe au peu de goût des petits animaux pour la salaison) rend tout à fait improbable l'infection indirecte des porcs indigènes dont on nous menace; observons d'ailleurs que si cette infection était chose facile, elle aurait déjà eu lieu puisque, dès 1867, Goujon examinant les rats des égouts de Paris, en a trouvé 7 pour 100 de trichinés. Enfin, fait capital, en France on ne mange pas de porc cru, et toutes les viandes malades, fraîches ou salées, n'ont pu produire depuis dix ans un seul cas de trichinose.

Ces raisons ne sont pas toutes également bonnes; celles qui s'appuient sur l'existence de la fraude nous paraissent fort discutables; parce que le robinet fuit, est-ce une raison pour l'ouvrir tout grand? La question de la résistance des trichines à la salure appelle de nouvelles études. Quant à l'infection indirecte, peu redoutable à Paris où on n'élève pas de porcs, elle serait à craindre si la trichinose s'étendait aux rats des champs. En somme, l'argument décisif, celui qui a entraîné le vote de l'Académie, c'est ce fait d'observation qu'il n'y a pas eu de cas de maladie même parmi ceux qui ont mangé sans les faire cuire des salaisons américaines notoirement infectées. Tant que cette immunité durera, la France sera en droit de ne pas se refuser une ressource alimentaire utile et d'attendre, pour se mettre en défense, que l'ennemi ait donné signe de vie.

Henri Barth.

BIBLIOTHÈQUE

La syphilis chez les scrofuleux (étude chirurgicale), par le docteur Ramonat, ancien interne des hôpitaux de Paris. G. Masson, 1883.

Elève distingué de MM. Le Fort, Millard, Desprès, et directement inspiré dans l'élaboration de son travail inaugural par le professeur Verneuil, M. Ramonat s'est posé le problème suivant :

La syphilis A est observée chez un malade ayant eu ou ayant des manifestations de la scrofule ou de la tuberculose B.

1° *A* va-t-il être modifié par *B* dans ses manifestations diverses *a*, *b*, *c*, etc.?

2° Si *A* reste semblable à lui-même, va-t-il modifier *B* dans ses manifestations *a'*, *b'*, *c'*, etc.?

3° Les manifestations de *A* vont-elles avoir, sous l'influence de *B*, des points de prédilection?

4° Les manifestations de *B* vont-elles être rappelées par la présence de *A*?

5° La gravité de *A* et de *B* est-elle augmentée par le fait de leur réunion?

6° Est-il nécessaire de combattre *A* et *B* isolément ou ensemble?

Voici comment l'auteur répond à ces diverses questions :

La syphilis, chez les scrofuleux et chez les tuberculeux, se trouve souvent modifiée, dans ses manifestations, par le fait même du terrain sur lequel elle évolue. Ses différentes manifestations ne sont pas toutes modifiées à un même degré; certaines d'entre elles, d'ordre plutôt médical que chirurgical, doivent échapper à l'influence de la diathèse scrofuleuse ou tuberculeuse. Les manifestations qui paraissent le plus influencées par la strume, quoique à des degrés divers, sont : le chancre induré, les manifestations ganglionnaires, les syphilides de la peau et des muqueuses, les affections du globe oculaire, les gommes et surtout celles de la peau et du périoste; à ces dernières se rattachent les manifestations du côté des os et des articulations; le larynx est, chez les tuberculeux, un terrain d'évolution commun aux deux diathèses...

Chez les scrofuleux, la syphilis a une tendance marquée à la suppuration, qui peut se produire soit sur le point touché par la diathèse syphilitique (éruptions cutanées et muqueuses, œil, productions osseuses et périostiques), soit loin de ce point (adénite consé-

cutive au chancre, aux syphilides, etc.). Ces manifestations, constituées par le mélange des deux diathèses, paraissent être plutôt sous l'influence de la syphilis que de la scrofule, du moins comme conditions d'existence, car elles cessent souvent lorsque, par le traitement, on affaiblit ou on détruit l'influence de la syphilis; au point de vue anatomique, elles tiennent fréquemment des deux affections...

La syphilis ne paraît pas avoir une action manifeste sur le rappel des lésions scrofuleuses, en dehors de l'évolution propre de la syphilis. Elle a une action malheureusement funeste pour éveiller et susciter la tuberculose; elle crée des foyers morbides, des points de moindre résistance, dont la tuberculose s'emparera pour évoluer en précipitant sa marche habituelle.

La syphilis, tout en ayant une gravité plus grande chez les scrofuleux, gravité qui varie avec l'espèce, l'âge des lésions, est cependant guérissable, et, en même temps que les manifestations syphilitiques proprement dites, disparaissent aussi la plupart du temps les manifestations scrofuleuses dont le réveil s'est fait sous l'influence de la dernière diathèse. Chez les tuberculeux, la syphilis acquiert une gravité exceptionnelle.

La connaissance de ces formes hybrides de la syphilo-strume est des plus intéressantes, tant au point de vue du diagnostic que du traitement, qui devient parfois un moyen précieux de diagnostic. Chez les scrofuleux, le traitement spécifique devra toujours être associé au traitement tonique et reconstituant. Chez les tuberculeux, le début de la syphilis devra être surveillé, si cela est possible, car la moindre manifestation spécifique pourra éveiller la tuberculose en puissance ou déjà en action et amener un dénouement fatal.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PÉRIOSTITE ALBUMINEUSE OU EXSUDATIVE, par M. le docteur CATUFFE, ancien interne des hôpitaux de Paris. — A. Davy, 1883.

M. Catuffe a entrepris une étude fort délicate en abordant l'histoire de la *périostite albumineuse*, cette affection rare, mal caractérisée, dont la pathogénie est si loin d'être connue. Le professeur Ollier, qui l'a le premier décrite, MM. Gosselin, Poncet, Lannelongue, n'ont émis que des hypothèses, et le nom même de la maladie paraît fort discutable. Quoi qu'il en soit, les faits réunis par M. Catuffe et sa discussion nous font connaître exactement le peu qu'on sait aujourd'hui, et ses conclusions, que nous nous bornerons à transcrire, serviront de base aux recherches de l'avenir.

1° Sous le nom de périostite albumineuse, ou mieux exsudative, il faut entendre une périostite à marche subaiguë, survenant presque toujours chez un adolescent ou un adulte jeune, caractérisée essentiellement par la présence d'un liquide jaune verdâtre, de quantité variable, dans lequel on trouve de la métalbumine, de la paralbumine, des phosphates et carbonates calcaires, quelquefois du sucre.

2° Cette collection liquide peut s'effectuer rapidement et alors avec une réaction locale plus marquée, ou plus lentement, c'est le cas ordinaire; elle est alors précédée d'une période plus ou moins longue de douleur (pseudo-névralgies) affectant parfois le type des douleurs osseuses ou périostiques.

3° Son siège ordinaire est sur les membres, surtout au voisinage des extrémités articulaires; on peut la rencontrer aussi sur la diaphyse.

4° Cette collection étant reconnue, une indication se pose, c'est la ponction, d'abord exploratrice, puis évacuatrice, qu'on fera suivre de l'application d'un bandage compressif, et du repos absolu. La reproduction du liquide est le cas le plus fréquent. Une révulsion énergique, vésicatoire, pâte de Vienne, peut produire de bons effets, et amener la guérison complète, sans suppuration.

5° Si le liquide se transforme en pus, large débridement, pansement antiseptique. Si une ou plusieurs fistules tendent à s'établir, injections irritantes d'acide phénique, teinture d'iode, chlorure de zinc, etc., pour exciter la vitalité des parois. Si ces moyens échouent, la curette de Volkmann, en grattant la paroi, peut donner de bons résultats.

DU CANCER CHEZ LES SYPHILITIQUES. — *De l'hybridité cancéro-syphilitique de la cavité buccale en particulier*, par le docteur E.-H. OZENNE, ancien interne des hôpitaux, etc. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1884.

Au titre seul de ce mémoire, on reconnaît l'inspiration du professeur Verneuil. M. Ozenne arrive aux conclusions suivantes :

1° L'association du cancer et de la syphilis constitue un état mixte, une hybridité pathologique bien définie.

2° Dans la cavité buccale (langue, amygdale, etc.), elle se caractérise par des signes physiques qui peuvent revêtir trois formes : 1° forme cancéro-scléreuse; 2° forme

©BIU Santé

cancéro-gommeuse; 3° forme cancéro-scléro-gommeuse; et par des symptômes fonctionnels particuliers.

3° En général le diagnostic en est facile; il se déduit de la solution des questions suivantes : 1° quelle est la nature de la tumeur? 2° quelle est la nature de l'ulcération? 3° si cette dernière est polydiathésique, quelle est la variété d'hybridité?

4° Le traitement ioduré produit une amélioration momentanée évidente.

5° Dans les autres régions du corps l'hybridité se rencontre également, mais ses caractères paraissent moins nombreux et moins accusés; ils sont d'ailleurs en rapport avec l'état anatomique de la partie affectée.

6° Envisagée au point de vue général, la question montre qu'il existe, dans quelques cas, une relation intime entre le cancer et la syphilis; chacune des deux diathèses, en s'influençant réciproquement, donne lieu à des manifestations hybrides.

Le cancer rappelle la syphilis, sans paraître lui communiquer de gravité.

La syphilis crée des lieux de moindre résistance, qui favorisent le développement du cancer, dont elle modifie la physionomie habituelle, et agit sur les troubles fonctionnels, en particulier sur la douleur, qu'elle atténue ou abolit. Après avoir provoqué l'apparition du néoplasme, elle semble en retarder pendant quelque temps la marche. Mais, plus tard, elle disparaît de la scène et laisse le champ libre au cancer, qui reprend tous ses droits.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 avril 1884. – Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Les hôpitaux de Paris et la septicémie. — Du diagnostic différentiel des tumeurs dures de la voûte palatine. — De l'élongation combinée avec la résection du nerf spinal externe dans le torticolis spasmodique. — Contribution au traitement des kystes para-ovariens par les injections iodées. — Présentation de pièce anatomique : monstre pseudencéphalien.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Tillaux dit que l'anatomiste russe à qui on doit les recherches sur la direction exacte de l'estomac, dont il a été question dans la discussion sur la gastro-stomie, est le professeur Leskoff (de Saint-Pétersbourg). Ces recherches sont consignées dans la traduction en langue russe de la troisième édition du *Traité d'anatomie topographique* de M. Tillaux.

— M. Terrier communique la statistique des opérations qu'il a pratiquées dans son service à l'hôpital Bichat pendant l'année 1883. Sur la totalité de ces opérations, il n'y a eu qu'un seul cas de septicémie.

— M. Magitot fait une communication sur le *diagnostic différentiel des tumeurs dures de la voûte palatine*.

Après un court historique de ce genre de tumeurs qui sont rares et dont il n'existe dans la science qu'un petit nombre d'observations, M. Magitot dit avoir observé dans ces derniers temps deux tumeurs dures de la voûte palatine qui ont présenté des difficultés considérables pour le diagnostic. Le premier fait est relatif à l'apparition lente et progressive d'une tumeur chez une femme de 74 ans entièrement dépourvue de dents depuis longtemps.

La tumeur, du volume d'une petite amande, resta d'abord indolente pendant plusieurs années, puis devint le point de départ de douleurs névralgiques très intenses et enfin livra passage à une dent canine qui fut reconnue, par une enquête rétrospective, comme effectuant son éruption à la fois tardivement et hétérotopiquement au centre de la voûte.

Le second fait a encore pour origine une anomalie dentaire, mais il diffère du précédent par le volume considérable de la masse, par l'intensité et l'étrangeté des accidents et par les difficultés plus grandes encore du diagnostic.

Voici le sommaire de cette observation :

Tumeur dure de la voûte palatine; — douleurs névralgiques intenses du côté droit de la face; — paralysie du muscle droit externe du globe oculaire du même côté; — strabisme interne; — incertitudes du diagnostic, hypothèse d'une tumeur spécifique, impuissance du traitement antisyphilitique; — inflammation brusque de la masse; — ouverture d'une vaste poche

osseuse au fond de laquelle est implantée une couronne de canine ; — affaissement graduel des parois ; — cessation immédiate des accidents.

Le sujet est un homme de 30 ans, d'une santé parfaite et n'ayant, à aucune époque, souffert de la bouche ou des dents ni offert d'antécédents syphilitiques.

Il y a huit mois, apparut à la voûte palatine, presque au centre de la région, un peu à droite de la ligne médiane, une grosseur dure, incompressible, absolument indolente et sans aucune mobilité. Cette tumeur se développa avec une extrême lenteur, et ne produisit tout d'abord d'autre phénomène qu'une gêne légère dans les fonctions de la bouche.

Au bout de deux mois, la masse avait acquis le volume d'une amande; bientôt s'éveillèrent, dans le voisinage, des douleurs affectant le caractère névralgique avec points d'élection sus et sous-orbitaires et irradiations à tout le tégument du côté correspondant de la face.

Peu de temps après, apparut un nouveau phénomène; le malade s'aperçut qu'il louchait en dedans de l'œil droit.

Le malade, inquiet, consulta plusieurs médecins, parmi lesquels un syphilographe des plus distingués, qui n'hésita pas à déclarer comme étant des accidents de nature tertiaire la tumeur de la voûte palatine, la névralgie faciale et la paralysie du muscle droit externe du globe de l'œil.

Un traitement spécifique fut institué et suivi rigoureusement pendant six semaines sans amener aucun effet; la tumeur continua de grossir, puis, tout à coup, la masse s'enflamma, devint douloureuse à la pression et augmenta rapidement de volume.

Consulté à ce moment par le malade, M. Magitot constate que la tumeur, du volume d'une noix, a envahi presque toute la voûte, est rouge, tendue, sensible à la pression, et qu'elle est le siège d'un foyer purulent dont il pratique immédiatement l'ouverture.

Le bistouri rencontre, au-dessous de la muqueuse, une résistance évidemment osseuse qui arrête l'instrument; il s'écoule un liquide abondant manifestement composé de pus et d'une sérosité visqueuse et filante.

La tuméfaction, cependant, ne s'affaisse pas et reste tendue comme avant l'incision.

L'exploration à l'aide d'un stylet permet alors à M. Magitot de reconnaître l'existence d'une poche à parois dures, au fond de laquelle l'instrument vient se heurter à un corps résistant, saillant, arrondi, lisse et poli, qui ne pouvait être que la couronne d'une dent. Le diagnostic se déterminait en quelque sorte de lui-même: *kyste folliculaire de la voûte palatine.*

Un segment de la paroi, détaché d'un coup de ciseau, fit constater la superposition des tissus suivants de dehors en dedans:

1° Muqueuse palatine notablement épaissie et injectée;

2° Coque osseuse mince, mais compacte et résistante;

3° Couche feutrée de tissu conjonctif en forme de membrane lâche et tapissée, à sa face libre, par une couche épithéliale pavimenteuse qui paraît simple, sans épaississement par places ni villosités.

Dans le liquide qui baigne la préparation, on reconnaît la présence des leucocytes du pus et quelques cristaux de cholestérine.

Examinant ensuite l'appareil dentaire, M. Magitot constate l'absence, en son siège normal, de la canine supérieure droite qui, au dire du malade, n'avait jamais paru.

L'ouverture du kyste fut suivie du tamponnement de la cavité, puis de lavages quotidiens, qui amenèrent en une quinzaine de jours l'affaissement complet de la poche, la résorption progressive de la coque osseuse, et la couronne de la dent canine apparut finalement entre les lèvres de l'ouverture de la muqueuse. M. Magitot n'a pas cru devoir pousser plus loin l'opération, car, outre le peu de saillie de la couronne qui la rend insaisissable aux instruments, son état indolent et le peu de gêne qu'elle occasionne lui ont paru des raisons suffisantes pour imposer l'abstention complète d'une intervention chirurgicale, qui ne saurait s'effectuer, à son avis, sans délabrements sérieux. M. Magitot croit pouvoir tirer de ces faits les conclusions suivantes :

1° Il existe dans la voûte palatine une variété de tumeurs ayant pour origine l'hétérotopie d'un follicule dentaire.

Cette variété se divise en deux sous-variétés : une première comprend les faits de simple éruption d'une couronne coiffée seulement de la muqueuse correspondante; une seconde sous-variété comprend les kystes développés au sein même d'un follicule frappé lui-même d'hétérotopie préalable.

©BIU Santé

2° Dans ce dernier cas, le follicule devient le siège d'une transformation kystique dont la paroi n'est autre que la poche du follicule lui-même, coiffée d'une coque osseuse empruntée à la lame inférieure de la voûte.

3° Le diagnostic différentiel des tumeurs de la voûte devra toujours être subordonné à l'examen attentif de l'état de l'appareil dentaire.

Toute anomalie par diminution numérique établie, soit par l'examen actuel, soit par les renseignements rétrospectifs, devra toujours faire émettre l'hypothèse d'un fait d'hétérotopie dentaire, kystique ou non.

M. Delens dit qu'il a eu l'occasion d'extraire de la branche horizontale du maxillaire inférieur une tumeur kystique de même genre que celle dont vient de parler M. Magitot.

M. Théophile Anger a également observé un fait d'hétérotopie dentaire kystique analogue à celui de M. Magitot. Dans ce cas, la dent qui était une incisive, avait son siège à la partie supérieure de la joue, et la couronne était tournée du côté de l'œil. L'extraction de la dent, après ouverture du kyste, amena la guérison du malade.

M. Tillaux demande à M. Magitot pourquoi il s'est arrêté dans son opération et n'a pas pratiqué l'extraction de la dent faisant saillie sur la paroi de la voûte palatine.

M. Magitot répond que la saillie de la couronne était trop peu marquée ; à peine le sommet de la couronne était sorti ; comme d'ailleurs les accidents dont souffrait le malade avaient cessé, il n'a pas cru devoir l'exposer aux délabrements considérables qu'il aurait fallu produire pour atteindre la couronne entière et l'extraire.

M. Schwartz, chirurgien des hôpitaux, lit un travail intitulé : *De l'élongation combinée avec la résection du nerf spinal externe dans le traitement du torticolis spasmodique.* (Comm. MM. Polaillon, Monod, Tillaux, rapporteur.)

M. Jeannel (de Bordeaux) lit un travail intitulé : *Contribution au traitement des kystes paraovariens par les injections iodées.* (Comm. MM. Nicaise, Terrier, Verneuil, rapporteur.)

Nous reviendrons sur ces communications à l'occasion des rapports des commissions désignées pour les examiner.

— M. Monod présente un monstre *pseudencéphalien*, genre pseudencéphale d'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, qui lui a été adressé par M. le docteur Carrive, de Sauveterre de-Béarn. La femme qui a mis au monde ce monstre, avait eu une grossesse normale ; en outre, elle a senti remuer presque jusqu'à la fin de cette grossesse qui s'est terminée à sept mois, ce qui est en contradiction avec l'opinion des auteurs qui prétendent que la vie de pareils monstres ne peut se prolonger dans le sein maternel au delà d'une très courte durée. — A. T.

VARIÉTÉS

L'escamotage d'un concours.

M. le docteur Decaisne a publié dans la *France* du 24 mars un article dont nous extrayons les passages principaux :

Un concours pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux avait eu lieu à Marseille ; deux candidats avaient pris part aux épreuves qui s'étaient normalement terminées par la nomination d'un jeune docteur, au succès duquel le jury et le public ont volontiers applaudi. Une seconde place étant devenue vacante, par suite du décès du docteur Richaud, ancien interne des hôpitaux de Paris et praticien très distingué, plusieurs jeunes médecins comptant sur un prochain concours se préparaient à la lutte.

Leur déception a été grande quand on leur a appris que l'administration des hospices venait d'un coup de plume de nommer à la place vacante le candidat évincé du dernier concours. Les protestations que cette mesure étrange autant qu'injuste a soulevées, ont été si vives et si nombreuses, que l'administration a cru devoir se justifier et a fait publier dans les journaux de Marseille une note qu'on ne peut laisser passer sans critique. L'administration revendique d'abord le pouvoir de nommer comme bon lui semble ses médecins et ses chirurgiens. La loi du 7 août 1851 lui conférerait ce droit et la dispenserait même de l'approbation préfectorale.

Nous ne contestons pas les dispositions de cette loi, mais ce que nous nions absolument, c'est qu'une administration ait le droit de violer son règlement. Or, l'article 3 du

règlement de santé en vigueur dans les hospices de Marseille établit d'une façon péremptoire que les médecins et chirurgiens sont nommés au concours. Il n'y a pas deux façons d'interpréter le règlement, et la théorie tout administrative d'après laquelle son application serait facultative ne saurait être sérieusement soutenue. Ce qui nous paraît plus curieux encore que cette théorie, c'est la prétention d'être restée fidèle au principe du concours. Ce principe a été respecté, dit la note administrative, « puisque le candidat nommé a concouru deux fois et a obtenu dans son dernier concours un nombre de points supérieur au minimum fixé ».

Tout commentaire devient inutile. Désormais, la valeur d'un candidat se mesurera au nombre de ses échecs antérieurs...

Il faudrait rire de pareils arguments, si la mesure à l'appui de laquelle on les invoque n'était capable de jeter le trouble et le découragement au sein de cette jeunesse studieuse, qui ne veut arriver que par le mérite et le travail.

Pour nous résumer, nous dirons que la nouvelle commission administrative des hospices de Marseille, s'inspirant à tort de l'exemple de ses aînées, est en désaccord complet aussi bien avec son règlement qu'avec l'opinion publique, et nous persistons à croire que l'autorité supérieure, faisant droit à de légitimes réclamations, empêchera l'exécution d'une mesure qui est une violation manifeste de la loi et qui porte atteinte au principe si utile du concours.

FORMULAIRE

COLLYRES CONTRE LE PANNUS. — Warlomont.

N° 1. — Sulfate de cuivre.	1	gramme.
Glycérine pure	8	—
N° 2. — Sulfate de cuivre.	1	—
Glycérine pure	6	—
N° 3. — Sulfate de cuivre.	1	—
Glycérine pure.	4	—

Faites dissoudre. — A l'aide d'un pinceau, on introduit, deux ou trois fois par jour, quelques gouttes de collyre dans l'œil atteint de pannus. On passe d'un collyre à l'autre, à mesure que s'établit la tolérance, qui est en général très prompte à se manifester. Dans les pannus épais, accompagnés de granulations volumineuses, outre les instillations de sulfate de cuivre, on applique de jour en jour, à l'aide d'un pinceau humide, sur les conjonctives palpébrales et sur les cornées, une couche de sulfate de cuivre finement porphyrisé. — Dans les pannus où la vascularisation de la cornée constitue l'élément principal de la maladie, il y a lieu de recourir à la péridectomie. Enfin, l'inoculation blennophthalmique convient surtout aux cas de pannus accompagnés de végétations conjonctivales en crête de coq, c'est-à-dire arrivés à une période où tout autre traitement est destiné à échouer. — N. G.

COURRIER

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu le 20 et le 21 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

MM. les présidents et délégués des Sociétés locales sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans le grand amphithéâtre de l'Administration générale, le dimanche 20 avril, et le lundi 21, *à une heure.*

Ordre du jour de la séance du dimanche 20 avril 1884. — La séance sera ouverte à *trois heures précises.* — 1° Allocution de M. le président; 2° exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier; 3° rapport sur cet exposé et sur la gestion du trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général; 4° compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1883, par M. A. Foville, secrétaire général; 5° élection d'un vice-président de l'Association en remplacement de M. Seux, décédé, et de six membres du Conseil général en remplacement de

©BIU Santé

MM. Lannelongue, Fauvel, Hérard, Moreau (de Tours), Bancel, Dufay arrivés aux termes de leur exercice (les membres du Conseil sont rééligibles); 6° première partie du rapport de M. Durand-Fardel sur les pensions viagères à accorder en 1884; 7° rapport par M. Lunier sur les vœux relatifs à la législation de l'exercice de la médecine, émis par M. Pestel au nom de la Société de l'Indre, Dubois au nom de la Société de la Haute-Vienne, Paillé au nom de la Société de Rochefort, et par la Société des Côtes-du-Nord, vœux qui ont été pris en considération par l'assemblée générale de 1883.

Ordre du jour de la séance du lundi 21 avril 1884. — La séance sera ouverte à *deux heures précises*. — 1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale; 2° approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale; 3° rapport par M. Martineau, sur le vœu relatif aux placements et remplacements de médecins, émis par M. Boutequoy au nom de la Société de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine et pris en considération par l'assemblée générale de 1883; 4° deuxième partie du rapport de M. Durand-Fardel, sur les pensions viagères à accorder en 1884. Discussion et vote des conclusions; 5° ouverture du scrutin pour l'élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1885; 6° discussion du rapport de M. Lunier lu dans la séance de la veille; 7° exposé des vœux émis par les Sociétés locales qui, renvoyés au Conseil général, seront l'objet d'un rapport dans l'assemblée générale en 1885.

Banquet. — Le banquet aura lieu le dimanche 20 avril, à *sept heures précises*, dans les salons de l'Hôtel Continental, rue Castiglione.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les vacances de Pâques sont ainsi fixées : 1° Vendredi saint; 2° semaine de Pâques (du 14 au 20 avril inclus).

Les cours, examens et travaux pratiques continueront le lundi 21 avril prochain.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Edmond Simonin, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy, ancien directeur de l'Ecole de médecine, correspondant national de l'Académie de médecine, etc., etc.

— Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort du docteur Ricard de Morgny; il fut l'ami de Gratiolet, aux enfants duquel il laisse sa fortune. Il était âgé de 70 ans.

NOMINATIONS. — La première épreuve, — épreuve clinique, — du concours pour la nomination à trois places de médecins des hôpitaux et hospices de Paris s'est terminée, le jeudi 3 avril 1884.

Ont été reconnus admissibles les vingt-six candidats dont les noms suivent : MM. Muselier, Merklen, Gaillard, Hirtz (Edgar), Renault, Barié, Dreyfous, Brissaud, Lorey, Oulmont, Lucas-Championnière, Martin, Josias, Leroux (Marie), Comby, Faisans, Gauchas, Marie, de Beurmann, Jean, Hirtz (Hippolyte), Leduc, Béclère, Gaucher, Havage, Juhel-Rénoy.

— Le jury pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris se compose de MM. Porak, Marchand, Ribemont, Benjamin Anger, Pinard, Lailler et Berger.

Le nombre des candidats est de neuf. Ce sont MM. les docteurs Auvard, Bureau, Champetier de Ribes, Doléris, Loviot, Olivier, Rey, Schweich et Stapfer.

ENSEIGNEMENT LIBRE. — MM. Bar et Auvard recommenceront leur cours d'accouchements, complet en 50 leçons, le mardi 22 avril, à 4 heures 1/2 du soir, 20, rue Dauphine.

MM. les étudiants seront exercés aux manœuvres obstétricales.

Pour se faire inscrire, et pour les renseignements, écrire à M. Auvard, 103, boulevard Saint-Michel.

PRIX LACAZE. — Le doyen de la Faculté de médecine de Paris rappelle aux intéressés qu'il y aura lieu de décerner, en 1884, le prix Lacaze : 1° *pour la période biennale* 1881-1882 (*Fièvre typhoïde*), reportée successivement à 1883, puis à 1884; 2° et *pour la période biennale* 1883-1884 (*Phthisie*).

La valeur du prix Lacaze est de 10,000 francs pour chacune des périodes biennales.

Mme Noémie Carles, 75, rue du Rocher, garde-malades, soigne les dames en couches.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

I. Bulletin. — II. L.-H. Petit : Sur les imperforations du rectum et leur traitement par la méthode de Littre. — III. Revue des Journaux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Bulletin des décès de la Ville de Paris. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Il n'y a pas bien longtemps que nous avons reçu de l'Assistance publique une circulaire où M. Ch. Quentin, directeur général, attire notre attention sur l'accroissement immodéré des dépenses hospitalières, aligne des chiffres terrifiants, annonce des projets d'économie et nous invite à le seconder dans cette louable entreprise.

Nous avons reconnu tout ce qu'il y a de fondé dans les plaintes de l'administration, tout en la priant de ne pas chercher à détourner sur les médecins la part de responsabilité qui lui incombe, et de faire d'abord son examen de conscience. On pouvait déjà s'étonner, à l'aspect des relevés que M. Quentin a mis sous nos yeux, que la circulaire vînt si tard; on peut s'étonner aujourd'hui qu'une administration si prête à surveiller son budget emploie, pour l'équilibrer, les moyens que nous allons dire. C'est un simple fait que nous voulons raconter; la scène se passe en décembre 1882.

Dans un hôpital récemment construit gisait un homme qui, en tombant du haut des fortifications, s'était fracturé la colonne vertébrale. Il fallait un lit mécanique, mais l'hôpital n'en possédait pas. Le chef de service alla trouver M. Quentin, directeur général, et essaya de lui démontrer qu'un lit mécanique n'est pas un objet de luxe. Réponse du directeur : « Vous n'y pensez pas, c'est trop cher! Nous le prendrons en location. » Le chef de service entreprit alors la démonstration d'un second fait, à savoir qu'une location prolongée pourrait devenir plus dispendieuse qu'un achat pur et simple. Mais l'esprit du directeur ne fut pas frappé de cette vérité.

Le lit mécanique fut loué chaque fois qu'on en eut besoin. Toujours il fallait l'attendre, et quand il servait trois jours, l'administration payait pour un mois; si bien que, pendant seize mois, du 1er décembre 1882 au 1er avril 1884, le fabricant toucha 287 fr., c'est-à-dire deux fois la valeur de l'objet. Si cela continue, l'Assistance publique, au lieu de payer une seule fois 100 et quelques francs, dépensera chaque année 215 fr. 25 pour ce lit qui deviendra fameux (capital : 5,521 fr. à 3 0/0). Et de plus un chirurgien français, si quelque étranger vient lui faire visite, pourra se trouver mis en demeure d'avouer qu'à Paris, dans un grand service d'hôpital, on n'a pas de lit mécanique.

Payer un objet environ trente-six fois sa valeur pour ne l'avoir jamais sous la main, voilà une façon d'économiser qui se passe de commentaire.

Il est vrai que le même chef de service, ayant demandé à l'administration une boîte d'instruments dont le prix est de 120 fr., s'est vu refuser cette boîte, sous prétexte que le budget de l'hôpital était épuisé. C'était le 1er avril. — L.-G. R.

La question de la contagion tuberculeuse au siècle dernier. — On n'est pas peu surpris de retrouver à cent ans en arrière les preuves d'une conviction assez arrêtée dans l'esprit de certains médecins, sur la contagion de la tuberculose, pour qu'ils l'aient fait passer dans l'opinion de leurs concitoyens, et, par un ascendant dont nous avons perdu le secret, aient obtenu, sous prétexte de prophylaxie, la promulgation d'une série de mesures vraiment oppressives.

Une sorte de conseil sanitaire suprême de la ville de Naples, qui comp-

©BIU Santé

tait des noms comme ceux de Domenico Cirillo, Domenico Coutagno, Francesco Dolce, Gaetano Ruberti, parvint à imposer à l'autorité les termes d'un décret, mis en vigueur à partir du 19 juillet 1782, dont voici les principales dispositions :

Tout médecin ayant à donner des soins à un malade atteint « d'ulcère du poumon » devra en faire immédiatement la déclaration, sous peine d'une amende de 300 ducats pour première infraction, et d'un bannissement de dix années en cas de récidive.

Le traitement des malades pauvres à l'hôpital est obligatoire; leur linge et leurs effets seront emmagasinés à part; un inventaire minutieux en sera dressé, renouvelé après la mort des malades. Toute irrégularité dans cette gestion sera punie de la prison ou des galères. On désinfectera une partie des objets à leur usage et on brûlera le reste. Les amendes les plus sévères seront portées contre ceux qui auront vendu ou acheté leurs effets.

Les appartements qu'ils auront occupés seront désinfectés à la diligence de l'autorité; on renouvellera les planchers, les plafonds, les tentures; on brûlera les portes et les fenêtres; les locaux ne seront réoccupés qu'au bout d'une année.

On se demande ce qu'on aurait pu édicter de plus radical et de plus draconien contre la peste. Ces prescriptions reçurent leur stricte exécution et toute la vie sociale de la cité en fut bouleversée. L'apparition d'un cas de phthisie dans une famille y jetait la ruine et la désolation; les malheureux parents devenaient des suspects; leurs relations étaient rompues, leur commerce perdu, leurs immeubles avilis; les plus riches étaient réduits à la mendicité.

En 1809, le Collège médical était saisi de la question d'opportunité du rappel de l'ordonnance; les avis furent partagés; la majorité ne professait plus des opinions aussi absolues sur la contagion de la phthisie; mais les vieux médecins tinrent bon et l'ordonnance fut maintenue. On prétend qu'en 1848 elle était encore exécutée dans toute sa rigueur; depuis, elle est tombée en desuétude, et J. Uffelmann, à qui nous empruntons ces détails, s'informant à Naples même en 1880, personne ne le put renseigner à cet égard. Peut-être le temps n'est-il pas éloigné, termine l'auteur allemand, où, sous une autre forme, nous verrons refleurir (?) semblables mesures de prophylaxie. — R. L.

Sur les imperforations du rectum et leur traitement par la méthode de Littre.

Dans la séance de la Société de chirurgie du 27 février dernier, M. Lannelongue fit une intéressante communication sur les anomalies congénitales de l'anus et du rectum, à propos d'un fait de cloisonnement double de cet intestin. L'une des cloisons siégeait à quelques centimètres de l'anus, et l'autre à 11 cent. de la première ; entre les deux était une partie rétrécie, mais perméable, et tapissée par la muqueuse normale.

Ce fait, quoique déjà signalé, est néanmoins très rare, mais son existence ne peut être mise en doute; aussi la discussion qui suivit la relation de M. Lannelongue ne porta-t-elle pas sur ce point, mais sur la pathogénie de l'affection. Etait-ce un arrêt de développement, ou bien les traces d'une affection intestinale du fœtus pendant la vie intra-utérine? M. Lannelongue soutint cette dernière hypothèse; mais bien que d'autres membres de la Société, M. Trélat et M. Verneuil entre autres, admissent d'une manière générale la possibilité de cette cause, le présentateur resta à peu près seul de son avis sur le fait particulier.

Comme les faits et les travaux sur ce point sont très rares, je crois bon

d'apporter à l'appui de l'opinion de M. Lannelongue celle de Littre, dont le mémoire sur ce sujet est resté inédit jusqu'à ce jour, mais qui se trouve consigné en entier dans les registres manuscrits de l'Académie des sciences pour 1710. Cette pièce est d'autant plus importante, qu'elle renferme l'idée de la méthode dite de Littre pour remédier à l'imperforation ano-rectale, méthode dont on n'a parlé jusqu'alors que d'après le résumé incomplet qu'en a donné Fontenelle dans l'*Histoire de l'Académie*.

Ce résumé se terminant par ces mots : « Sur cette légère idée, d'habiles chirurgiens pourront imaginer d'eux-mêmes les détails que nous supprimons », j'avais regretté, comme tant d'autres, que Fontenelle ait supprimé *les détails*. Mais pensant qu'il avait écrit l'*Histoire de l'Académie* d'après des pièces déposées dans les archives, puisque le titre même de la publication indique que les *Mémoires* sont « tirés des registres de cette Académie », et que celui de Littre pouvait n'en avoir pas été « tiré » et y être resté, j'allai consulter le registre de l'année 1710, où j'eus la bonne fortune de trouver ce mémoire. Si quelque mérite doit me revenir de cette découverte, c'est tout uniment d'avoir pensé à consulter les registres si bien tenus et si bien écrits de l'Académie des sciences.

Voici donc la *copie conforme* du document en question.

Le mercredi 26 février 1710, M. Littre a lu l'écrit suivant et en a montré le fait principal (*Registre manuscrit de l'Académie royale des sciences*, 1710, t. XXIX, fol. 57) :

SUR LES IMPERFORATIONS

J'entends par imperforation la clôture des cavités ou des canaux, qui s'ouvrent à la surface du corps, telles que sont la bouche, le siège, le ventre, le vagin, etc. Cette clôture est ordinairement placée à l'entrée de ces cavités et quelquefois un peu plus avant.

Les clôtures sont faites, ou dans le temps de la conformation du fœtus, ou après qu'il est formé.

Les clôtures qui se font dans le temps de la conformation du fœtus arrivent lorsque la matière dont son corps doit être formé n'a pas les conditions requises pour être employée, ou qu'il y en a plus ou moins qu'il n'en faut pour que ses parties aient leur forme et leur grandeur naturelles.

Car s'il y a trop de matière, l'excédent est employé à fermer des parties superflues, ou à trop augmenter les parties nécessaires. Par exemple, si la portion de la surpeau, qui borde une ouverture naturelle et extérieure du corps, reçoit trop de suc nourricier par rapport aux autres parties, elle s'accroît de plus en plus de tous côtés, et ses parties à force de s'accroître doivent enfin se rencontrer, se toucher, se presser, s'échauffer, s'excorier, se coller ensemble, surtout si ce suc se trouve vicié, et ainsi fermer entièrement cette ouverture.

Au contraire, si la matière manque à un canal, tel qu'un intestin par exemple, et que par ce défaut de matière le canal ne puisse s'accroître ni s'allonger, à mesure que les parties auxquelles il est attaché s'accroissent et s'écartent, il doit enfin se rompre, et cela par l'endroit le plus faible. Or les deux bouts de ce canal rompu étant alors libres, leurs parois ne sont plus soutenues. Ainsi elles s'affaissent peu à peu, s'approchent, se touchent, et enfin se collent entre elles par le moyen du suc nourricier qui découle des vaisseaux rompus, de sorte que les deux bouts se trouvent séparés l'un de l'autre, et chacun entièrement fermé.

Les clôtures faites après la formation du fœtus sont l'effet d'une inflammation, d'un ulcère, d'un déchirement, d'une compression, etc., de canaux, parce qu'il s'échappe toujours des parties une espèce de lymphe qui, s'épaississant par la chaleur du corps, colle et unit ensemble l'intérieur des parois des canaux. On observe quelquefois ces sortes de clôtures dans le vagin, les intestins, les uretères, etc.

Les adhérences qui succèdent à ces ulcères, sont beaucoup plus fortes que celles que causent les inflammations et les compressions, parce que dans les premières adhérences les parties qui les forment s'engagent mutuellement et profondément entre elles, et que dans les dernières les parois ne sont unies que dans leur surface par un simple contact, les parties de l'une ne s'engageant pas du moins sensiblement dans celles de l'autre.

Lorsqu'une clôture extérieure est causée par l'accroissement extraordinaire de la surpeau ou de quelque autre membrane, elle est facile à reconnaître parce que la couleur y

©BIU Santé

est plus blanche qu'aux environs. D'ailleurs cette membrane est ou lâche ou tendue; si elle est lâche, on sent peu de résistance en la pressant, et si elle est tendue, elle fait ressort et rend du son quand on la frappe.

L'opération qui convient à cette dernière espèce de clôture est aisée et n'est aucunement dangereuse, car elle ne consiste que dans la simple incision de la membrane.

On commence cette opération par inciser la surpeau avec une lancette ou un bistouri à l'endroit le plus apparent ou au milieu de la clôture en coupant la membrane dans toute son épaisseur. Ensuite on insinue dans l'ouverture une sonde creuse et une branche de ciseaux dans la crénelure de la sonde. On continue l'incision à droite et à gauche le long de la clôture jusqu'aux bords, et après on en fait encore quelque autre en travers, s'il est nécessaire. L'opération étant finie, crainte que les parties divisées ne se réunissent, il faut mettre dans la plaie une espèce de fausse tente mollette, à laquelle on attache un fil pour la pouvoir retirer facilement quand on voudra.

Si c'est une adhérence de parois qui cause la clôture, elle est l'effet d'une inflammation, d'une compression, ou bien la suite d'un ulcère comme on l'a dit ci-dessus.

Si l'adhérence est l'effet d'une inflamination ou d'une compression, il faut pendant plusieurs jours mettre des huiles et des cataplasmes émollients sur la partie clôturée à l'endroit même de la clôture pour l'humecter et pour la relâcher. Ensuite essayer d'écarter doucement avec les doigts ou avec des instruments mousses les parois adhérentes et de les séparer l'une de l'autre. Si cela ne suffit pas, on doit avoir recours aux instruments tranchants, comme bistouri, scalpel, et inciser en suivant la direction de l'adhérence sans intéresser les parois que le moins qu'il est possible, et surtout celle dont les accidents seraient les plus fâcheux.

Dans l'adhérence faite à l'occasion d'un ulcère, si les chairs qui la causent ont quelque épaisseur, après avoir écarté les parois du canal, on fera une incision au milieu de la clôture, dans toute sa profondeur. Ensuite on introduira une sonde creuse à la faveur de laquelle on coupera l'adhérence d'un bout à l'autre et toujours suivant sa direction, prenant garde de blesser les parois du canal. On insinuera une tente de linge, attachée avec un fil et proportionnée à l'ouverture, de manière pourtant qu'elle y entre toujours un peu de force pour la dilater de plus en plus, à moins que la douleur, l'inflammation ou d'autres accidents qui peuvent survenir, n'obligeassent dans la suite à la faire moins dure et moins grosse.

Enfin, par le moyen de la suppuration, on fond les chairs qui faisaient l'adhérence, on déterge, on mortifie l'ulcère, et on en procure la cicatrice, observant devant et après de porter de l'éponge préparée dans le canal pour le remettre et le conserver dans son diamètre naturel.

Je vais présentement parler d'un enfant qui a donné lieu à ce mémoire. Voici ce que j'ai remarqué dans son cadavre.

C'était un garçon qui était né gros et gras et qui ne paraissait avoir aucune incommodité. Il tétait bien, n'urinait pas mal, mais n'allait point à la selle, quoiqu'il fît souvent des efforts en apparence suffisants pour y aller; aussi son ventre grossissait-il de jour en jour.

Tous les remèdes qu'on lui donna par la bouche pour le faire aller à la selle, bien loin d'avoir l'effet qu'on en attendait, ne firent que remplir son ventre de plus en plus. On voulut avoir recours aux lavements, mais on ne put jamais lui en donner, parce qu'on trouvait dans le boyau rectum, à un pouce du fondement, un obstacle qui empêchait le canon d'aller plus avant, et le lavement revenait à mesure qu'on le poussait.

Cet enfant n'a vécu que six jours. Pendant les cinq premiers il a tété et pris les nourritures et les remèdes qu'on lui a présentés. Pendant les deux derniers, il a eu la fièvre, de la peine à respirer, des mouvements convulsifs, le hoquet, des envies de vomir, et a vomi même et des matières puantes et noirâtres, surtout le dernier jour. Enfin son ventre devint un peu livide, si tendu et la respiration si difficile qu'il étouffa vers la fin du sixième jour.

Après la mort de l'enfant, je fis l'ouverture de son corps. Je n'y trouvai rien d'extraordinaire que dans le ventre, où avait été le siège de la maladie.

L'épiploon était collé aux intestins. La rate était fort noire. Le foie d'un rouge brun. L'estomac et les intestins étaient livides, gros et remplis d'une liqueur épaisse, noirâtre et puante, et qui n'était vraisemblablement que la casse, les sirops, le lait, etc., que cet enfant avait pris. Une grande partie de l'intestin iléon, et le côlon avec une partie du rectum, étaient pleins de méconium.

Enfin, le boyau rectum, à un pouce de son extrémité inférieure, était divisé en deux parties qui ne tenaient l'une à l'autre que par quelques petits filets, longs chacun d'environ un pouce. Ces petits filets étaient apparemment quelques-unes des fibres de ce

©BIU Santé

boyau qui n'ayant pas été rompues comme les autres dans le temps de la division, avaient été insensiblement allongées par l'éloignement des deux bouts d'intestin, qui ont résulté de sa division. Le bout supérieur avait un pouce et demi de longueur sur un de largeur, formant une espèce de sac rond et oblong, fermé et aveugle par en bas. Il était attaché au mésocôlon seulement par sa partie supérieure, ses parties moyenne et inférieure étant libres, et dans ces deux parties les membranes étaient plus minces que dans la supérieure. Enfin ce bout d'intestin était plein de méconium et descendait jusqu'au bas du bassin de l'hypogastre, à côté du bout inférieur, ayant été vraisemblablement forcé de descendre jusque-là par le poids des manières qu'il contenait dans sa cavité.

Le bout inférieur de cet intestin avait un pouce de longueur sur un demi de largeur. Il était attaché au mésocôlon dans toute sa longueur et ne contenait rien dans sa cavité. Il était fermé par sa partie supérieure et ressemblait assez à un doigt à coudre quand l'anus était ouvert. C'était cette clôture qui avait empêché le canon d'entrer plus avant dans le boyau lorsqu'on avait voulu donner des lavements à l'enfant.

Voilà tout ce qui regarde cette observation. N'en pourrait-on pas tirer quelque fruit? Je vais toujours proposer quelques signes pour faire connaître une pareille maladie et puis je tâcherai d'établir des moyens pour y remédier.

Pour s'assurer si dans l'intestin rectum d'un enfant il y a deux clôtures semblables à celles qui se sont trouvées dans le rectum de celui-ci, on peut employer trois moyens.

Le premier est de faire une incision à la clôture qui est la plus proche du fondement pour reconnaître s'il en sortira du méconium ou quelque autre matière qui soit ordinairement contenue dans ce boyau.

Le deuxième moyen consiste à introduire une sonde par la même incision pour voir si on la peut porter sans obstacle de tous côtés et bien avant dans la capacité du ventre.

Le troisième moyen est d'examiner si la sonde, quand on la retire, est sèche ou bien si elle est enduite de méconium.

On ne doit pas hésiter à faire l'incision de la première clôture ; elle est d'une nécessité absolue; elle est aisée à faire. La partie qu'il faut inciser n'est pas de conséquence, il n'en peut couler que peu de sang, et ce sang a la liberté de sortir hors du corps par le siége, surtout si après l'incision on contient le tronc du corps de l'enfant dans une situation droite, et quand il en tomberait dans la capacité du ventre, la quantité serait si petite qu'elle ne saurait produire de fâcheux accident.

L'on doit être d'autant plus incité à faire cette petite opération, qu'il peut arriver que la cavité du rectum n'est fermée que par une simple clôture, située en travers près de l'anus en manière de cloison, et formée par une membrane qui est attachée à toute la circonférence interne du boyau dont elle ferme la cavité. Car si cela est ainsi, on conservera la vie à l'enfant par la simple incision de la cloison, parce qu'alors les matières fécales ayant leur issue libre, il ira à la selle.

L'on fera facilement l'incision de la cloison si l'on emploie l'instrument appelé *speculum ani*; on la fera sûrement si l'on se sert du bistouri ou d'une lancette enfermés dans une canule en gaine, en sorte qu'ils y soient entièrement cachés quand on les introduit dans le rectum et quand on les en retire, et qu'il n'y en ait qu'un petit bout hors de la canule dans le temps qu'on fait l'incision. De cette manière, on sera sûr de ne point blesser le corps de l'intestin. Après l'incision, l'on emploiera les moyens que j'ai déjà proposés en parlant des clôtures en général.

Mais si par les signes que j'ai rapportés l'on reconnaît que le rectum est rompu et que d'ailleurs le bout supérieur est fermé comme il l'était dans ce sujet-ci, ce qu'on a lieu d'inférer, s'il ne paraît aucun épanchement dans la cavité du ventre, voici deux opérations, que je crois qu'on pourrait mettre en usage.

Dans toutes les deux, il faut faire une incision à un des côtés du ventre près le muscle droit, en suivant sa direction, commençant au-dessous du nombril et finissant à l'os pubis du même côté.

Dans la première opération, après l'incision du ventre, on doit chercher le bout supérieur du rectum, en ouvrir la clôture, vider la matière qu'il contient dans sa cavité aussi bien que celle du côlon et du cœcum, évitant qu'il n'en tombe dans la capacité du ventre ; exprimer le sang de la plaie et en toucher les lèvres avec de l'eau styptique ; passer avec une aiguille trois fils doubles et cirés à travers les parois de ce bout, à 4 lignes de son extrémité, partageant la circonférence en trois parties égales ; introduire dans ce bout le tiers d'une tente longue d'environ 3 pouces et ensuite d'un onguent convenable et liée d'un fil par son extrémité inférieure ; engager ce bout supérieur d'intestin avec les fils et la tente dans le bout inférieur, de sorte qu'il entre dans la cavité de celui-ci de la longueur de 6 à 7 lignes et que les fils de la tente sortent par le

©BIU Santé

fondement ; assujettir les fils aux environs du fondement avec des bandes propres et par leur moyen contenir dans cette situation et la tente et le bout supérieur jusqu'à ce que les parois des deux bouts se soient collées ensemble. Enfin on observera de laisser passer plusieurs jours sans toucher à la tente, après quoi l'on aura soin de la remuer de temps en temps et toujours fort doucement, et l'on ne la retirera que lorsqu'il y aura lieu de présumer que les deux bouts du boyau soient bien unis l'un à l'autre.

La deuxième sorte d'opération ne diffère de la première qu'en ce qu'au lieu d'engager le bout supérieur du boyau dans l'inférieur, il faut le conduire jusqu'aux bords extérieurs de la plaie du ventre et l'y contenir par le moyen des fils et du bandage jusqu'à ce qu'il y soit devenu adhérent par le suc nourricier qui coule de l'intestin et de la plaie.

Durant tout le traitement l'on donnera très peu de nourriture à l'enfant ; l'on tiendra une tente à l'entrée du boyau pour empêcher que les parois internes ne se collent l'une à l'autre. Enfin on guérira peu à peu la plaie du ventre, y laissant seulement une ouverture, qui réponde et qui soit proportionnée à l'embouchure de l'intestin, afin que les matières fécales aient par là leur issue, la voie naturelle, destinée à cette évacuation, étant entièrement fermée.

On a vu plusieurs personnes, de l'un et de l'autre sexe, réduites à vivre avec pareille incommodité, et qui n'avaient pas hésité à la préférer à la mort.

Ainsi, dès 1710, Littre établissait, au point de vue des causes, trois variétés de cloisons aux conduits muqueux: deux survenues pendant la formation du fœtus, la première *par excès* et la seconde *par défaut* de développement, et une troisième après la formation du fœtus, succédant à une inflammation, un ulcère, un déchirement, une compression, etc., des canaux. C'est la variété admise par M. Lannelongue chez le fœtus qu'il a présenté à la Société de chirurgie.

Cependant, comme description anatomique, la pièce de Littre différait de celle de M. Lannelongue, en ce que dans ce dernier cas les cloisons étaient séparées par un conduit complet, tandis que dans celui de Littre il n'existait entre elles que quelques petits filets longs chacun d'environ un pouce. Les deux faits différaient encore l'un de l'autre par l'interprétation de leur pathogénie, car Littre pensait que ces petits filets (qui représentent probablement le cordon fibreux qu'on trouve presque toujours entre les deux bouts de l'intestin, lorsqu'ils sont séparés chez le fœtus) étaient le vestige de la rupture qui s'était faite pendant la formation du fœtus.

Les moyens indiqués par Littre pour établir le diagnostic de la variété de clôture à laquelle on peut avoir affaire chez un nouveau-né, et ceux qu'il peut être nécessaire d'employer pour y remédier, font honneur à l'ingéniosité et à l'habileté de ce chirurgien. Ils sont dignes de celui qui, en 1702, dans un cas de grossesse extra-utérine avec ouverture du kyste dans le rectum, n'hésitait pas à extraire par la fistule les parties du fœtus putréfiées pour sauver la mère.

Les deux procédés de traitement suggérés par Littre en cas de double cloison du rectum ont eu un destin bien singulier. Le premier, qui consiste à ouvrir et à amener le bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur, dans le but de les faire adhérer l'un à l'autre et de rétablir le cours normal des matières, est resté absolument dans l'ombre. Bien que Littre l'ait décrit avec plus de détails que le second, on n'en a plus parlé depuis 1710. Fontenelle l'a même rapporté inexactement, car il dit que Littre avait proposé « de recoudre ensemble les deux parties d'intestin après les avoir rouvertes », tandis que l'auteur dit simplement qu'il fallait maintenir le bout supérieur dans l'inférieur « jusqu'à ce que les parois des deux bouts se soient collées ensemble ».

On a maintes fois vanté, et à bon droit, les connaissances encyclopédiques et la vaste intelligence de Fontenelle ; n'est-il pas remarquable de voir que le seul point oublié par Littre pour faire de son premier procédé une opération digne de la chirurgie moderne, c'est-à-dire la suture des deux bouts de l'intestin, ait justement été ajouté par le rédacteur de l'*Histoire de l'Académie ?*

©BIU Santé

Quant au second procédé, celui qui consiste à aboucher le bout supérieur de l'intestin dans la plaie du ventre, on n'en a conservé que l'idée générale, et il est devenu la « méthode de Littre »; mais le « procédé de Littre » proprement dit est rarement employé. Le procédé le plus commun et qui consiste à suturer l'intestin à la plaie du ventre, après l'avoir ouvert longitudinalement, devrait s'appeler procédé de Pillore (1776) ou mieux de Duret (1793).

Le siège de l'incision à la paroi abdominale a été la cause de nombreuses discussions. On l'a pratiquée d'ailleurs tantôt à droite, tantôt à gauche. Fontenelle, en disant simplement qu'il fallait faire une incision au ventre, avait ouvert le champ à ces discussions; Littre, au contraire, en disant que l'incision devait être faite « à un des côtés du ventre », paraît avoir voulu les éviter et mettre tout le monde d'accord. La publication du mémoire original de Littre comblera, nous l'espérons du moins, une lacune importante dans l'histoire de l'opération de l'anus artificiel.

L.-H. PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

Du tannate de cannabine comme agent hypnotique, par le docteur PUSINELLI. — A la dose d'un gramme à un gramme et demi, M. Pusinelli (de Dresde) a employé ce médicament dans soixante-trois cas d'insomnie produite par des lésions organiques ou bien d'origine purement nerveuse. De ces faits, il croit pouvoir conclure que le tannate de cannabine est indiqué en premier lieu dans la neurasthénie, ensuite contre les affections non douloureuses mais qui retiennent les malades au lit pendant longtemps. Il est sans action sur la toux des phthisiques. A doses modérées c'est aussi un médicament qui procure le sommeil, mais dont la valeur ne justifie pas l'enthousiasme de ceux qui le préconisent. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1884, n° 1; et *the L. Med. Rec.*, 15 mars 1884.)

C. L. D.

De l'emploi de la pilocarpine contre les épanchements péritonéaux, par M. le docteur de DOMINICIS. — Depuis plusieurs années, l'auteur fait usage avec succès de la pilocarpine pour provoquer la résorption des liquides pleurétiques ou des épanchements de la péritonite séreuse. Quand ses effets ne sont pas obtenus après des injections sous-cutanées de cet alcaloïde ou l'administration du jaborandi, on doit attribuer cet insuccès à des complications de la maladie. Dans ces observations, M. de Dominicis a noté que, sous l'influence du médicament, les mouvements du cœur sont augmentés, excepté pendant la période de sudation, que l'activité des glandes sudoripares est accrue d'une manière persistante chez les individus soumis à ce médicament; qu'enfin, la caféine et la quinine diminuent la puissance thérapeutique de la pilocarpine. (*Giorn. inter. delle scienze medich.*, janvier 1884.) — C. L. D.

Un cas de mort subite après une injection de morphine contre un accès d'angine de poitrine, par RUNEBERG. — Le malade était depuis longtemps atteint d'un accès d'angine de poitrine. Dans le but de calmer la douleur de son dernier accès, M. Runeberg lui pratiqua une injection sous-cutanée d'un quart de grain de morphine. Quelques instants après, le malade éprouvait du frissonnement, ouvrait les paupières, présentait de la dilatation pupillaire et succombait après deux ou trois efforts respiratoires.

A l'autopsie, le cœur était dilaté et les valvules tachetées de plaques jaunâtres cartilagineuses. De plus, l'aorte et les artères coronaires étaient nettement athéromateuses. (*Finska. Lakaresallskapets handlingua*, t. XXIV et *the L. Med. Rec.*, 15 mars 1884.)

Cette observation confirme à nouveau les faits signalés par M. Huchard dans son récent mémoire sur l'angine de poitrine. — C. L. D.

Les inconvénients de la kairine dans le traitement de la pneumonie, par RIEGEL. — Inutile pour combattre l'hyperthermie, qui est peu redoutable dans cette maladie et ayant une action antithermique faible, la kairine doit être employée à hautes doses. De là les dangers de collapsus, dans les cas où on doit l'administrer pendant longtemps. M. Riegel, en présence de ces inconvénients, prescrit donc l'usage de la kairine dans le traitement de la pneumonie. (*Cent. für Klinische Medic.*, 10 nov. 1883.) — C. L. D.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 avril 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre par laquelle M. Simonin annonce la mort de son père, M. le professeur Simonin (de Nancy), membre correspondant de l'Académie.

2° La relation d'une épidémie de rougeole observée en 1883 à Revin (Ardennes), par M. le docteur Séjournet (de Reims).

3° Une lettre de M. Schrayer accompagnant l'envoi d'un *Traité de massage et de gymnastique médicale* dont il est l'auteur.

M. le Secretaire perpétuel présente, au nom de M. Goubaux, le troisième et dernier fascicule du *Traité de l'extérieur du cheval.*

M. Larrey dépose : 1° le 20e volume des Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg; 2° une série de mémoires sur divers sujets de chirurgie, de médecine et d'hygiène.

M. Jules Guérin présente : 1° au nom de MM. les docteurs Lefebvre et Debuisieux, de l'Université de Louvain, un ouvrage intitulé : *Cours de médecine opératoire;* 2° au nom de M. Louis Figuier, le 27e volume de l'*Année scientifique et industrielle.*

M. Marjolin présente, au nom de M. le docteur Henri Lefort, un travail manuscrit intitulé : *De l'influence de l'exécution de la loi Roussel sur la diminution de la mortalité des nourrissons dans le Calvados.*

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage son *Rapport sur les cas de rage humaine observés dans le département de la Seine de 1881 à 1883.*

M. Maheut (de Caen) lit un travail intitulé : *Du danger de l'emploi des purgatifs dans le troisième septenaire de la fièvre typhoïde.*

Voici les conclusions de ce travail :

Les purgatifs sont utiles, nécessaires, dès le début de la fièvre typhoïde, ne fût-ce que pour enlever de l'intestin les matières organiques qui pourraient par leur altération donner lieu à l'infection putride.

2° Ils doivent être administrés avec une sage réserve à une période avancée de cette maladie, alors qu'il y a lieu de supposer l'existence d'ulcérations intestinales, et de craindre par conséquent la rupture des membranes intestinales. (Comm. MM. Marrotte, Proust et Peter.)

M. Jules Béclard a la parole pour présenter quelques observations au sujet de la communication de M. Luys sur les locomotions du cerveau.

L'orateur commence par déterminer d'une manière nette et précise le sujet dont il s'agit, vieille question, dit-il, qui reparaît périodiquement depuis cinquante ans et sur laquelle les physiologistes, après quelques dissentiments au début, ont fini par tomber universellement et complètement d'accord.

Le mot *mouvements* est, suivant M. Béclard, une expression trop ambitieuse; il faudrait dire plutôt: ébranlements, changements de volume du cerveau, circonscrits dans des limites très peu étendues.

Ces mouvements ont été constatés non seulement dans le cerveau, mais encore dans toutes les parties molles; ils ont été l'objet d'observations très remarquables faites par un physiologiste italien fort distingué, M. Mosso (de Florence), qui, à l'aide d'un appareil enregistreur de son invention, a étudié non seulement dans le crâne et dans le thorax, mais encore dans toutes les autres parties du corps, tronc et membres, les changements de volume en rapport avec les mouvements de la respiration et de la circulation. Cette étude a été faite également en France par M. Marey.

Voici les faits constatés par ces expérimentateurs :

Quand, sur un animal vivant, on enlève à la partie supérieure du crâne une rondelle osseuse, et que par l'ablation d'une rondelle égale de la dure-mère, on met à nu une partie correspondante de l'encéphale, on voit la masse nerveuse s'affaisser et se relever alternativement par des mouvements isochrones à ceux de la respiration, ainsi qu'aux pulsations artérielles.

Lorsque, par ces expériences, on emploie des appareils de grande sensibilité, tels que des ampoules de caoutchouc remplies d'air et mises en rapport avec des tambours polygraphes qui augmentent l'amplitude des oscillations, il est facile de constater les mouvements du cerveau en rapport avec les mouvements respiratoires et avec ceux de la circulation artérielle. Ce que l'on peut constater expérimentalement chez le chien, on peut l'observer également sur l'homme, soit dans les opérations de trépan chez l'adulte, soit chez l'enfant, alors que les fontanelles ne sont pas encore ossifiées.

Ces mouvements très légers, circonscrits dans de très faibles limites, existent donc chez l'homme, et on peut les expliquer facilement. En effet, la cavité du crâne n'est pas une voûte complètement fermée; les parois du canal céphalo-rachidien ne sont pas partout rigides. Il y a, dans le canal rachidien en particulier, des points extensibles comme les disques intervertébraux et les ligaments jaunes; il y a aussi les trous de conjugaison qui livrent passage aux paires nerveuses; enfin il existe autour de la masse nerveuse encéphalo-rachidienne, un liquide particulier, connu sous le nom de liquide céphalo-rachidien, qui a son siège sous le feuillet viscéral de l'arachnoïde, et qui se porte, suivant les circonstances, tantôt de la cavité du crâne dans celle du canal rachidien, tantôt de la cavité du rachis dans celle du crâne. Grâce à ce liquide, aux ligaments, aux disques intervertébraux, grâce, enfin, et surtout, à ce vaste réservoir sanguin qui, sous le nom de plexus veineux, existe dans le rachis, et sous l'influence des mouvements alternatifs de réplétion et de déplétion de ces sinus veineux rachidiens, grâce à ces diverses conditions, il se produit dans le système nerveux central de légers changements de volume.

Mais ce n'est pas de ces mouvements légers, périodiques, qu'il a été question dans la communication de M. Luys, mais de déplacements en masse et durables; suivant lui, le cerveau se détacherait de la voûte du crâne pour se porter en avant, en arrière, latéralement d'après les diverses attitudes imprimées à la tête.

A ces affirmations, M. Luys n'apporte aucune preuve physiologique, il se borne à des démonstrations purement anatomiques.

Or, la physiologie nous apprend que l'encéphale remplit complètement la cavité crânienne, en ajoutant à la masse nerveuse les membranes qui l'enveloppent, les vaisseaux qui la nourrissent et le liquide céphalo-rachidien qui la protège contre les compressions et les chocs. Il n'y a pas de vide entre la paroi crânienne et le cerveau; cela est si vrai que la dure-mère et le périoste crânien sont une seule et même chose.

Il en est de même du canal rachidien, bien que la moelle soit loin de remplir le calibre de ce canal; l'espace laissé entre la paroi osseuse et les enveloppes fibreuses se trouve rempli par du tissu cellulo-adipeux et par les sinus veineux rachidiens. Il n'y a pas plus de vide dans la cavité rachidienne que dans la cavité crânienne, et dans celle-ci pas plus que dans la cavité thoracique.

Il ne faut donc jamais parler d'un vide qui n'existe pas.

Sait-on, d'ailleurs, à quelle force devrait obéir le cerveau pour se détacher de la voûte crânienne? Etant donnés le poids moyen du cerveau, qui est de 1 kilogramme, la densité du liquide dans lequel il est suspendu, et qui est à très peu près égale à la sienne, on a calculé que, pour détacher le cerveau de la paroi crânienne, il faudrait une force égale au poids d'une colonne de mercure ayant 76 centimètres de hauteur et 2 décimètres carrés de base, c'est-à-dire une force de 200 kilogrammes.

Contrairement à l'opinion de M. Luys, jamais, nulle part dans l'organisme, les organes contenus dans les cavités séreuses ne se séparent des parois de ces cavités ; toujours la pression atmosphérique intervient pour empêcher le vide de se produire et pour maintenir les organes appliqués intimement contre les parois.

M. Luys a eu beau apporter des pièces anatomiques à l'appui de son opinion, les expériences sur les animaux vivants, en particulier celle contenue dans la thèse de M. Salathé sont absolument démonstratives et déposent contre cette opinion.

En résumé, suivant M. Béclard, il y a dans l'encéphale un très léger changement de volume isochrone avec le mouvement respiratoire, et j un autre avec la pulsation cardiaque; quant au déplacement du cerveau en masse, non seulement il n'est pas démontré, mais encore il n'est pas possible.

M. Luys remercie M. Béclard de l'attention bienveillante qu'il a accordée à sa communication. Malgré les objections opposées par son savant contradicteur, M. Luys persiste à affirmer le fait de la locomotion du cerveau suivant les attitudes imprimées à la tête. Ses démonstrations anatomiques n'ont pas été renversées par les arguments de M. Béclard; il croit avoir prouvé que le cerveau se meut, il faudra maintenant que ses adversaires prouvent qu'il ne se meut pas. Les expériences de M. Colin ont apporté un

©BIU Santé

nouveau témoignage à l'appui de l'opinion soutenue par M. Luys, et M. Béclard lui-même, tout en soutenant qu'il n'y a pas de vide dans la boîte crânienne, a été bien près d'admettre l'existence de ce vide.

M. J. Béclard : Jamais !

M. Luys : Quand on se place dans les conditions que j'ai indiquées, ces mouvements deviennent évidents; j'ai répété mes expériences, je les ai variées de diverses manières, et j'ai obtenu les mêmes résultats; toujours j'ai vu le déplacement en masse du cerveau se révélant par le déplacement d'une tige métallique introduite à travers une perforation de la voûte du crâne sur le cadavre. Et d'ailleurs, sans invoquer les résultats de ces expériences cadavériques ne suffit-il pas de constater que le cerveau est enveloppé d'une membrane séreuse, l'arachnoïde, pour admettre ses mouvements? partout, en effet, où existe une membrane séreuse, il y a des mouvements qui consistent dans le glissement de l'organe entre les deux feuillets de la séreuse. Il en est, du cerveau dans la boîte crânienne, comme des poumons dans la cavité pleurale, comme de l'intestin dans la cavité péritonéale. S'il n'y a pas de vide réel, il y a du moins un espace, lequel, dans les épanchements séreux, devient manifeste par la présence du liquide pathologique. La cavité crânienne, d'après les mesures prises, a une capacité légèrement supérieure au volume de l'encéphale. Si tout est plein dans la cavité crânienne, comme le prétend M. Béclard, comment se fait-il que le cerveau pressant nécessairement sur la paroi crânienne ne marque pas sur cette paroi l'empreinte de ses circonvolutions?

Les mouvements de déplacement du cerveau sont rendus évidents par les opérations du trépan et par les observations faites sur des individus atteints de nécrose des os de la paroi crânienne.

Enfin, les expériences physiologiques donnent un dernier appoint à la démonstration de la doctrine des mouvements du cerveau, et M. Colin (d'Alfort), qui a fait depuis longtemps des expériences sur les animaux, est arrivé à des résultats semblables aux miens.

M. Jules Guérin croit pouvoir apporter dans la question qui se discute un élément qui lui paraît être de nature à mettre jusqu'à un certain point l'accord entre les opinions contradictoires. Il y a quarante-cinq ans, en 1842, M. Jules Guérin a lu devant l'Académie des sciences un mémoire intitulé : *Recherches et expériences sur la pression atmosphérique considérée comme élément d'activité sécrétoire.* Dans ce travail, il établissait que toutes les cavités closes du corps humain sont le siège d'ampliations périodiques, en vertu desquelles il se fait, dans ces cavités, non un vide, mais une *tendance* au vide. Il s'agit là d'une ampliation passagère, d'une raréfaction de l'espace ayant pour effet de favoriser l'activité sécrétoire des membranes séreuses qui tapissent les cavités.

Voici l'expérience par laquelle M. Jules Guérin a démontré le phénomène: dans la cavité articulaire d'un animal vivant, il introduit l'extrémité d'un tube de Welter, puis, par des mouvements successifs de flexion et d'extension, il opère des oscillations d'ascension et d'abaissement du niveau de la colonne de liquide qui remplit le tube.

Le fait du défaut d'équilibre entre la pression extérieure et la pression intérieure est donc indéniable, et ce phénomène est destiné à faciliter la circulation et les sécrétions dans les cavités séreuses.

Il est aujourd'hui admis, dans tous les traités de physiologie, que certaines attitudes ont pour effet de faciliter les mouvements circulatoires et l'activité sécrétoire.

Ainsi que l'a fort bien indiqué M. Béclard, les organes internes, dans le crâne comme dans la cage thoracique, ne quittent jamais les parois de ces cavités sur lesquelles ils se moulent incessamment. Il n'y a pas de vide, car la pression atmosphérique rétablit aussitôt l'équilibre au fur et à mesure que la tendance au vide se produit. Il n'existe donc qu'une diminution relative de pression, une tendance au vide. M. Jules Guérin ne croit pas au déplacement des organes, mais seulement à des changements de volume déterminés par la fluxion et la défluxion des canaux vasculaires. Sur une vieille femme syphilitique dont le cerveau avait été mis à découvert à la suite de perforations par nécrose des os de la paroi crânienne, M. Jules Guérin a fait les mêmes observations et les mêmes expériences avec le tube de Welter et il a constaté les mêmes résultats que dans ses expériences sur l'animal vivant. Il a vu des mouvements alternatifs d'expansion et de dépression isochrones aux mouvements respiratoires.

Il est donc démontré aujourd'hui en physiologie que tous les espaces confinés, tapissés par des membranes séreuses, sont susceptibles de présenter passagèrement des ampliations périodiques, en vertu desquelles les organes contenus, soumis alors à des diminutions de pression, jouissent d'une activité plus grande circulatoire et sécrétoire.

©BIU Santé

M. Colin (d'Alfort) dit que, dans la dernière séance, il a combattu M. Luys; aujourd'hui il vient le défendre. M. Colin a vu, comme M. Luys, les mouvements du cerveau; il les a observés sur l'animal vivant, tandis que M. Luys les a étudiés seulement sur le cadavre. M. Luys a exagéré l'étendue de ces mouvements, mais ils existent, quoique plus restreints, et les objections de M. Béclard ne sauraient prévaloir contre ce fait d'observation. Ces objections, d'ailleurs, ne portent pas sur le véritable point du litige; il ne s'agit, en effet, dans la communication de M. Luys, ni des mouvements du cerveau isochrone aux mouvements de la respiration, ni des mouvements de la moelle épinière, mais seulement des mouvements du cerveau qui sont sous l'influence de la pesanteur.

M. Béclard est dans l'erreur, lorsqu'il dit que le cerveau ne peut pas se mouvoir dans le crâne, parce qu'il remplit exactement la cavité crânienne. Suivant M. Colin, le vide n'existe pas entre la paroi osseuse du crâne et la dure-mère, mais il existe entre l'arachnoïde et le cerveau. Il y a là un vide, et non pas, comme l'a dit M. Jules Guérin, une simple tendance au vide. La cavité de l'arachnoïde contient non seulement une certaine quantité de liquide, mais encore une certaine quantité de vapeur qui permet au cerveau de se déplacer. Il en est de même pour le poumon dans la cage thoracique et pour l'intestin dans la cavité abdominale. Cerveau, poumons, intestin, ne se déplacent et ne glissent dans leurs cavités séreuses que grâce à la présence de cette vapeur et aux variations de sa tension.

Quant aux expériences dont a parlé M. Béclard, elles n'ont, suivant M. Colin, aucune valeur démonstrative. M. Colin déclare qu'il est complètement d'accord avec M. Luys sur la possibilité et la réalité des mouvements du cerveau produits par l'action de la pesanteur. Seulement, M. Colin les ayant observés sur l'animal vivant, les a trouvés plus restreints que ne le dit M. Luys, qui les a seulement étudiés sur le cadavre.

M. Béclard répond qu'il n'a jamais nié les mouvements des organes contenus dans les cavités séreuses; ce sont de simples glissements, et ces mouvements ne dépendent pas, comme le prétend M. Luys, d'un vide produit dans ces cavités. M. Béclard maintient que ce vide ne se produit jamais, ne peut se produire à aucun moment. Ce qui fait l'illusion de M. Colin, c'est qu'il a observé sur des animaux vivants, après ouverture des cavités, ce qui change entièrement les conditions du problème. Les expériences auxquelles M. Béclard a fait allusion lui paraissent plus concluantes, et il maintient la signification qu'il leur a déjà donnée.

En résumé, les organes contenus dans les cavités séreuses ne quittent jamais les parois de ces cavités; ils ne se déplacent pas en totalité, ils glissent simplement entre les feuillets des membranes qui les enveloppent. D'ailleurs, contrairement au dire de M. Colin, le liquide céphalo-rachidien a son siège sous l'arachnoïde et non pas dans la cavité arachnoïdienne; celle-ci ne contient ni liquide ni vapeur.

M. Lagneau cite un passage de Gratiolet d'après lequel l'empreinte des circonvolutions cérébrales serait évidente sur les parois de la voûte du crâne, chez les individus appartenant à des races inférieures.

M. Noël Gueneau de Mussy dit que M. Colin vient d'introduire en anatomie un élément nouveau, la vapeur, qui, suivant lui, existerait dans la cavité de l'arachnoïde. M. Gueneau de Mussy demande à M. Colin sur quelles preuves il appuie son assertion.

M. Colin répond qu'il suffit d'ouvrir une cavité séreuse pour voir s'en exhaler cette vapeur. D'ailleurs, comment comprendre sans cela les mouvements de glissement entre les surfaces séreuses?

M. Gariel dit qu'il est erroné de croire avec M. Colin qu'une vapeur est nécessaire pour expliquer les mouvements de glissement entre deux surfaces. Il suffit, pour que le glissement ait lieu, de l'interposition d'une simple couche liquide, comme il résulte de l'observation de ce qui se passe dans une foule de machines qui servent dans l'industrie.

M. Colin objecte que, lorsqu'on met en contact deux plaques de verre polies enduites d'un corps gras sur leurs faces de contact, on a la plus grande peine à les déplacer.

M. Gariel répond que c'est la séparation de ces plaques l'une de l'autre qui est difficile, non le glissement qui se fait avec la plus grande facilité.

— La séance est levée à cinq heures.

©BIU Santé

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 1er au 7 mars 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1275. — Fièvre typhoïde, 43. — Variole, 2. — Rougeole, 35. — Scarlatine, 3 — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 54. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 13. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 53. — Phthisie pulmonaire, 234. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchites aiguës, 37. — Pneumonie, 103. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 43; au sein et mixte, 30; — inconnues, 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 105; circulatoire, 79 ; respiratoire, 113; digestif, 68; génito-urinaire, 34; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulat. et muscles, 5. — Morts violentes, 39. — Causes non classées, 4.

Résumé de la 14e semaine. — Le service de Statistique municipale a reçu pendant la semaine actuelle notification de 1275 décès. C'est le chiffre le plus élevé que nous ayons observé depuis un an. Cependant, les maladies épidémiques ont peu contribué à ce fâcheux résultat qui doit être surtout attribué aux maladies des voies respiratoires.

La comparaison des chiffres de la semaine actuelle et de ceux de la semaine précédente, fait remarquer la rareté de la Variole (2 décès au lieu de 1), de la Scarlatine (3 décès au lieu de 3) et de la Coqueluche (9 décès au lieu de 6). Les chiffres qui concernent ces maladies sont stationnaires ou presque stationnaires.

Les maladies puerpérales ont fait, cette semaine, jusqu'à 13 victimes. La Fièvre typhoïde continue à présenter des chiffres élevés (43 décès au lieu de 47).

On remarque une légère atténuation des deux maladies qui règnent en ce moment à l'état épidémique : La Rougeole (35 décès au lieu de 50) et la Diphthérie (54 décès au lieu de 67).

La fréquence de ces deux maladies depuis trois mois nous engage à rechercher dans quels arrondissements de Paris elles ont été le plus répandues. L'observation de chaque semaine nous a fait remarquer qu'en général, les quartiers du centre de la ville ont été moins atteints par elles que les quartiers excentriques.

Le nombre des décès par Rougeole enregistrés par les *Bulletins hebdomadaires*, du 3 janvier au 3 avril, sont au nombre de 363, ce qui suppose une mortalité trimestrielle de 16 pour 100,000 habitants.

Mais il s'en faut de beaucoup que tous les quartiers de Paris soient frappés dans cette proportion.....

Le service de statistique a reçu notification de 280 mariages et 1,259 naissances d'enfants vivants (656 garçons et 603 filles) dont 937 légitimes et 322 illégitimes; 49 parmi ces derniers ont été immédiatement reconnus par l'un de leurs parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Banquet annuel de l'Internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 19 avril, à sept heures et demie, dans les salons du *Grand Hôtel*, sous la présidence du professeur Hardy.

Le prix de la cotisation, 20 fr. pour les anciens internes, 16 fr. pour les internes en exercice, pourra être donné dans les hôpitaux à l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou bien remis directement à l'un des commissaires du banquet, MM. Piogey, 23, rue Saint-Georges; Bottentuit, 45, rue de Londres, et Emile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs

© BIU Santé

Sommaire

I. Ch. Eloy : De la valeur diagnostique et de la signification pronostique du vitiligo. — II. Lettres de Belgique. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causeries.

Revue de clinique Médicale des Hôpitaux

DE LA VALEUR DIAGNOSTIQUE ET DE LA SIGNIFICATION PRONOSTIQUE DU VITILIGO.

Hôpital Cochin. — Service de M. Dujardin-Beaumetz.

Lésions cutanées multiples avec cachexie progressive à marche rapide. — Diagnostic différentiel et pathogénique du vitiligo. — Vitiligos des convalescents, des diathésiques, des nerveux. — Dyschromies vitiligineuses : vitiligos traumatiques, vitiligos névralgiques. — Vitiligo avec cachexie et syndrome parallèle à celui de la mélanodermie d'Addison. — Asthénie, perturbations digestives, douleurs et dyschromie par hyperchromie ou par achromie hyperchromateuse. — Valeur pronostique du vitiligo.

Quelle est la valeur clinique du vitiligo? Cette question de pratique usuelle n'est pas exempte de difficultés. A ce point de vue, le malade qui, dernièrement dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, occupait le lit n° 33 du baraquement n° II, présentait un réel intérêt.

Fatigué, anémié, privé de sommeil et d'appétit, éprouvant un état de débilité générale et d'extrême faiblesse, souffrant enfin d'une poussée furonculeuse, cet individu sollicitait, le 9 février dernier, son admission à l'hôpital. Voici, en abrégé, son signalement clinique, d'après l'observation recueillie par M. Le Gendre, l'un des internes très distingués du service.

Agé de 37 ans, cordonnier de sa profession, il a des lésions cutanées qui attirent d'abord l'attention : ce sont des furoncles, des bulles de pemphigus et des taches de vitiligo; dermatopathies d'âges différents, car celles-ci sont anciennes et celles-là sont de date récente.

Les plus anciennes, les plaques vitiligineuses, datent de quatre années Pendant l'été et à la suite d'un refroidissement au sortir d'un bain, « des

FEUILLETON

CAUSERIES

A quoi peut conduire la lecture d'un travail sérieux. — Le rêve et la réalité. — Petites indélicatesses professionnelles devant le Conseil de l'Ordre des médecins.

« Messieurs, la cause est entendue! Le Conseil va délibérer! »

Profitons de la sortie du Conseil et de sa délibération pour dire où nous sommes. C'est dans une grande salle presque carrée, très haute, à plafond caissonné comme celui de la grande salle du palais de justice de Rouen, un des plus beaux plafonds de France, à murs garnis de superbes tapisseries des Gobelins. Devant moi, une estrade recouverte de tables et de fauteuils, où siégeaient tout à l'heure les membres du Conseil; près du président, une autre table recouverte de livres, de placards, d'affiches; autour de la salle, des piédestaux surmontés de bustes en marbre et en bronze; devant l'estrade, des bancs rembourrés, à dossiers, pour le public. Nulle part de fenêtres ni de portes; la salle était éclairée par des globes électriques placés aux quatre coins du plafond. En cherchant les portes, je vis qu'elles étaient masquées par les tapisseries, qu'un architecte barbare avait coupées sans pitié.

Je venais d'entrer, quand le Conseil s'était retiré dans la chambre des délibérations; aussi demandai-je à mon voisin de quoi il s'agissait.

— C'est pour l'affaire des dictionnaires, monsieur.

©BIU Santé

cloques blanches », dit le malade, s'élevèrent sur la peau. persistèrent pendant un mois, puis disparurent. Elles laissèrent après elles des taches arrondies, à zone centrale, lisse, onctueuse et achromateuse et à zone marginale hyperchromateuse et pigmentée d'une teinte chamois. Cette dernière tranchait d'une part avec la couleur normale de la peau des régions adjacentes; d'autre part, avec l'aspect blanc et cireux de l'îlot central de chacune des plaques.

Quelle est la distribution de ces lésions pigmentaires? Elles sont symétriques, maculant des régions homologues du corps ou les parties correspondantes de chaque région. Aux membres supérieurs, elles siègent sur les bras, les avant-bras et plus encore sur les mains; conséquemment leur nombre et leur netteté augmentent depuis la racine de ces membres jusqu'à leur extrémité. Aux deux membres inférieurs, leur répartition est inverse. Apparentes surtout vers la racine des cuisses, elles deviennent graduellement plus rares et moins manifestes vers les genoux.

Toute autre est leur distribution sur le tronc. En vain on les chercherait sur la peau du thorax; elles y font défaut. En vain aussi on explore attentivement le dos et la région lombaire; elles n'y existent pas. Par contre, cette altération de la pigmentation est apparente sur les parties de l'abdomen sous-jacentes à l'épigastre. L'une d'elles à bords irréguliers circonscrit l'ombilic ; une autre bande linéaire longe chacun des côtés de la verge, et le gland lui-même est sillonné de lisérés brunâtres marbrant sur leurs bords des zones d'achromie.

Plus récente est la poussée furonculeuse. Huit jours avant l'entrée à l'hôpital, elle débutait brusquement sous forme d'une éruption disséminée de petits boutons dont quelques-uns arrivèrent à suppuration, mais dont la plupart évoluèrent incomplètement ayant en grande partie ce caractère fruste désigné par les dermatologistes de langue anglaise sous le nom de *blindboil*. Cette éruption était localisée au pli de l'aine du côté droit, les fesses et les lombes, c'est-à-dire sur des régions indemnes de vitiligo.

Reste le pemphigus. Plus récent encore et contemporain de l'admission du malade à l'hôpital, il se réduit à deux bulles typiques : l'une sur la face dorsale de la main, l'autre sur l'hypochondre droit. Ce pemphigus est de la forme vulgaire et aiguë.

Ce n'est pas tout, ces déterminations cutanées ont suivi et accompagnent

---

— Quels dictionnaires?

— Les deux grands dictionnaires, celui de Dechambre et de Jaccoud, ou du moins qu'on désigne ainsi, car vous savez.....

— Oui, je sais qu'ils sont les directeurs de la rédaction. Mais que viennent-ils faire ici?

— Comment, vous ne savez pas? Je vais vous le dire. Vous vous rappelez que les deux dictionnaires, conçus à la même époque, ont été terminés de même; mais, comme l'un a paru par séries, et que l'autre a suivi tout bonnement l'ordre alphabétique, il en résulte que certains articles de l'un ont été publiés avant les mêmes articles de l'autre, et réciproquement; les éditeurs se sont accusés mutuellement de plagiat; *inde iræ;* et, avant d'en appeler aux tribunaux, ils ont prié le Conseil de chercher à les mettre d'accord.

— Le Conseil? Quel Conseil?

— Mais d'où venez-vous donc? Le Conseil de l'Ordre!

— Des avocats?

— Non pas; vous revenez certainement de l'autre monde, cher monsieur! Le Conseil de l'Ordre des médecins, installé depuis la rentrée scolaire 1934-1935, et qui fonctionne à la grande satisfaction de tout le corps médical. Il est composé, comme vous savez sans doute, de 365 membres, nommés par le suffrage universel des médecins, venus de toutes les villes et communes de France; chaque semaine, sept membres, pris sur la liste suivant leur rang d'élection, se réunissent et forment un tribunal qui examine et juge toutes les questions professionnelles en litige. Toutes les causes sont exposées par les

©BIU Santé

des circonstances dont il faudra tenir compte dans la discussion de l'état morbide général de ce malade.

Au commencement de janvier dernier, il tombe de la hauteur d'un premier étage sur les pieds et sur les reins. La chute paraît d'abord sans gravité; il se relève, continue son travail, quand, deux heures plus tard, de vives douleurs éclatent dans les lombes, s'irradient dans les cuisses et l'obligent à prendre le lit pendant plusieurs jours.

Depuis, malgré les révulsifs, malgré les pointes de feu, ces douleurs persistèrent, l'affaiblissement musculaire ne s'amenda pas, et, dès le premier examen, M. Dujardin-Beaumetz constatait l'endolorissement à la pression dans l'hypochondre gauche et une notable diminution des réflexes tendineux. Par contre, l'exploration des organes thoraciques était et est encore négative; les urines sont normales qualitativement et quantitativement.

Ainsi donc, d'après l'inspection attentive de ses organes et l'exploration de ses fonctions, cet individu était d'une part, en possession de troubles locaux : altérations cutanées anciennes, le vitiligo, dermatopathies récentes, le pemphigus et les furoncles; d'autre part, en puissance d'un état général de cachexie; cachexie à marche rapide, à début hâtif et qu'aucune lésion des viscères ou des grandes fonctions ne légitimait.

De ces manifestations cutanées, la plus intéressante est, à coup sûr, le vitiligo. Quelle en est la justification diagnostique, la signification pathogénique et l'interprétation pronostique?

La justification diagnostique? Il n'y a guère lieu à s'y arrêter. Dans l'espèce, le diagnostic différentiel est aisé. Celse lui-même retrouverait sur ces taches bicolores, cet aspect vitiliforme de la peau des jeunes bovinés qui le déterminait à imposer à cet achromie hyperchromateuse la dénomination de vitiligo.

La signification pathogénique de ces taches vitiligineuses? Elle mérite discussion. Existe-t-il, dans l'histoire de ce malade, quelques commémoratifs donnant la raison pathogénique de ces phénomènes? Fils d'un père mort d'alcoolisme, mais non alcoolique lui-même, il est exempt de syphilis. Enfant, il a eu une adénite cervicale, et, adulte, une fluxion de poitrine, mais cet épisode pathologique remonte à quatorze ans. Ce n'est donc là ni le *vitiligo des convalescents* dans le décours des grandes maladies. Ce n'est pas non plus le *vitiligo d'un tuberculeux* ou le *vitiligo d'un syphilitique*, les an-

---

parties elles-mêmes, sans intermédiaire d'avocat ni d'avoué, ce dont personne ne songe à se plaindre. Mais voici le Conseil qui rentre. Ecoutons l'arrêt.

— Larrey! C'est donc lui le président?

— Vous plaisantez! M. Larrey est toujours jeune et vert malgré ses 95 ans, mais...

— Comment, 95 ans! (J'étais abasourdi.)

— Silence, messieurs! glapit l'huissier.

Le président se leva, toussa, essuya ses lunettes, et pendant ce temps je cherchai à reconnaître les figures des membres du Conseil. Tous portaient la robe et le bonnet des agrégés de la Faculté de médecine, mais les figures qui se trouvaient entre le bonnet et la robe m'étaient totalement inconnues.

— Le Conseil, lut le président d'une voix claire, ouï M. le professeur Jaccoud d'une part, et M. le docteur Dechambre d'autre part (je reconnus très bien les deux éminents confrères, surtout M. Dechambre qui s'essuyait le front, car la séance avait été chaude, paraît-il, au grand détriment de sa perruque), parlant au nom des éditeurs du Comité de rédaction et des rédacteurs des deux dictionnaires,

Attendu qu'il appert des citations faites par les deux parties demanderesses que beaucoup de passages du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* se retrouvent plus ou moins déguisés dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* mais attendu que beaucoup de passages des articles parus antérieurement dans le dernier nommé se retrouvent avec des modifications plus ou moins semblables dans le premier;

Attendu que les experts commis à l'examen desdits passages ont reconnu que l'analogie signalée par les éditeurs demandeurs était incontestable, mais attendu que cette

©BIU Santé

técédents le prouvent ; ce n'est pas encore le *vitiligo des lymphatiques*, car l'adénite cervicale infantile qu'il accuse est dans l'espèce une manifestation incertaine de la scrofulose.

Sont aussi hors de cause les dyschromies pigmentaires localisées sur le trajet des nerfs enflammés, blessés ou douloureux, indices manifestes de troubles trophiques locaux ; *dyschromies vitiligineuses névritiques*, *traumatiques* ou *névralgiques* plutôt que vitiligos vrais. Il ne saurait être non plus question d'un de ces vitiligos développés sur le territoire du sympathique, tels que les *vitiligos émotifs* qui sont plutôt des achromies que des dyschromies hyperchromateuses. Le *vitiligo des aliénés*, des déments, des mélancoliques? Son état psychique proteste contre cette interprétation. Ce n'est pas enfin le *vitiligo des cérébraux* qu'on a observé seulement dans le cas de tumeur cérébrale, ou celui de la face qu'on a signalé dans les cas de troubles de l'irrigation sanguine, tels que ceux des anévrysmes carotidiens. Rien n'autorise aucune de ces hypothèses.

Faut-il en faire alors un vitiligo idiopathique? Non, assurément ; puisque ce qualificatif n'a guère d'autre valeur que d'exprimer l'aveu de notre ignorance sur la nature d'une manifestation morbide.

Enfin, voici encore une autre forme de vitiligo : le *vitiligo des arthritiques*, survenant chez les rhumatisants, parfois alternant avec l'asthme, la migraine ou d'autres manifestations de l'arthritisme, ou bien encore consécutif à des refroidissements. Il est vrai que, d'après le récit du malade, les altérations pigmentaires se seraient manifestées après un refroidissement. Est-ce là un motif pour placer ce vitiligo parmi ceux d'origine arthritique ? Il serait téméraire de le faire en l'absence d'autres preuves démonstratives.

Il faut donc chercher ailleurs. Dans l'évolution de ce processus morbide, il existe quatre phénomènes dominateurs qui, par ordre chronologique, constituent le syndrome suivant : dystrophie pigmentaire déjà ancienne, troubles des fonctions digestives, douleurs lombo-crurales, asthénie progressive à marche rapide. Voilà donc un processus pathologique ayant débuté par des altérations cutanées, aboutissant à une dystrophie générale de la nutrition sous forme de cachexie, et dans lequel, si tant est qu'on puisse invoquer son influence, un refroidissement a joué le rôle de cause occasionnelle. Il n'est donc pas illégitime de supposer ici un état

---

analogie est due à ce que les auteurs des différents articles avaient puisé à la même source, ainsi qu'il résulte des mêmes fautes qui se retrouvent dans la source et dans les passages incriminés ; le Conseil pense qu'il y a lieu de blâmer également les deux dictionnaires d'avoir vulgarisé des erreurs au lieu de les corriger, ce qui eût été facile si les auteurs avaient employé convenablement les cinquante années qu'ils prétendent avoir consacrées à la rédaction desdits dictionnaires ;

Mais attendu qu'ils étaient obligés de puiser aux mêmes sources, et en outre qu'ils étaient autorisés par les usages à s'emprunter mutuellement ce qu'ils avaient de bon ou de mauvais et qu'ils n'avaient pas trouvé ailleurs ;

Attendu qu'ils ont rendu de grands services à la science en vulgarisant plus de vérités que d'erreurs et de bonnes choses que de mauvaises, il faut les féliciter d'avoir enfin terminé leurs dictionnaires,

Mais attendu qu'ils s'accusent mutuellement d'avoir nui à la vente desdits dictionnaires par les emprunts qu'ils prétendent s'être faits, et demandent des dommages-intérêts ; attendu d'autre part que le retentissement donné à cette affaire par la voie de la presse médicale et extra-médicale augmentera considérablement ladite vente, et qu'ainsi le dommage sera largement réparé ;

Le Conseil invite les deux parties à vivre dorénavant en bonne intelligence, à l'ombre des piles de leurs volumes et sur leurs lauriers, à se réjouir de l'heureuse terminaison d'une œuvre qui restera le plus beau monument de l'esprit médical au XIXe siècle, et à payer les dépens chacun par moitié.

Il me semblait entendre parler Salomon. Je voulus demander à mon voisin le nom de

©B Santé

morbide par trophonévrose à marche lente, dont le vitiligo a été le premier indice révélateur.

Ce n'est pas tout. A ce point de vue, le syndrome précédent est jusqu'à un certain point comparable à un autre syndrome, constitué aussi par quatre phénomènes dominateurs : le syndrome qui appartient à une affection dont une dystrophie pigmentaire est généralement une des manifestations initiales. En effet, dans la Maladie bronzée, l'hyperchromie s'accompagne de douleurs lombo-abdominales, de perturbations digestives et d'une profonde asthénie fatalement croissante jusqu'à la mort. Comment, d'après le parallélisme de ces symptômes ne pas établir une analogie entre la pathogénie du processus pathologique dont il est ici question et la malanodermie d'Addison ? Or dans l'histoire de cette dernière maladie, après des controverses sans nombre et sur les ruines des théories les plus diverses, un fait dominateur subsiste : le rôle pathogène incontestable de l'innervation.

Inutile après cela d'insister sur la signification pronostique de ce vitiligo, sinon pour conclure à son importance comme signe avant-coureur d'une cachexie menaçante ou comme phénomène révélateur d'une cachexie déjà commencée. C'est donc à ce point de vue et dans ce sens qu'on peut admettre cliniquement des vitiligo constitutionnels et plus particulièrement un *vitiligo arthritique* ou plutôt *neuro-arthritique*, puisque l'arthritisme est une diathèse toujours féconde en épisodes d'origine nerveuse.

Resterait à discuter la valeur pathogénique de l'éruption pemphigineuse et de la poussée furonculeuse. Pour la première, on trouve réponse à cette question, dans les recherches de M. Leloir (1) et d'autres habiles histologistes sur les affections cutanées d'origine nerveuse. Aussi, tout dernièrement, dans son essai de classification des maladies cutanées, M. Hutchinson n'a pas hésité, de par l'anatomie et la physiologie pathologiques, à placer le vitiligo et le pemphigus dans le même groupe nosologique (2).

Pour la seconde, qu'on admette l'origine nécrobiotique d'emblée des furoncles, ou qu'on prenne parti pour la théorie parasitaire de cette

(1) Leloir : *Thèse inaug.*, Paris, 1881. — Arnozan : *Thèse d'agrégation*, 1881. Voir de plus : *Annales de dermat. et de syph.*, 1882-1883, et *Journal of cutaneous and venereal diseases*, t. I. N.-York, 1883.

(2) Hutchinson : *Naturals groups of skin diseases, the Med. Press and Circ.*, 13 févr. 1884.

---

ce sage, mais il était parti avec des feuillets qu'il avait rapidement écrits pendant la lecture du jugement. Ce devait être un journaliste. Mais où donc étais-je ?

— Huissier, reprit le président, appelez maintenant les petits dictionnaires !

Quelques petits fascicules in-4°, une vingtaine au plus, furent apportés et rangés en deux piles auprès du président : c'était le corps du délit. Je me rappelai vaguement avoir lu, dans le temps, plusieurs articles de critique sur le *Dictionnaire usuel* des sciences médicales et sur le *Dictionnaire de Nysten*, dont une nouvelle édition avait paru en même temps que la première du *Dictionnaire usuel*. Il paraît qu'à chaque nouvelle édition une polémique recommence entre les partisans des deux dictionnaires, et qu'ils se lancent à la tête toutes les fautes d'orthographe et d'impression qui se trouvent dans leurs colonnes. Tout sert d'argument ; on mesure les articles au mètre, au compas ; on compte les lignes des pages, les mots des lignes, et si l'un a seulement une lettre de plus, vlan ! comme disaient les jeunes gens très distingués de ce temps-là, en voilà assez pour un article. Si j'ai bonne mémoire, l'origine de la querelle remonte à la fondation des deux librairies ; elle s'est fortement ravivée au début des grands dictionnaires ; la naissance des deux petits n'a fait qu'élargir le fossé qui sépare les deux maisons de la concorde mutuelle.

Cette fois, c'est le *Nysten* qui avait commencé ; il avait fait une sorte de comparaison des deux dictionnaires, tout à son avantage, bien entendu, mais au fond fort anodine, pas méchante ; malheureusement, il avait raillé le grec de son adversaire. Or, le grec, vous savez, c'est terrible ; quand on ne s'embrasse pas en son nom, on se mord ; et justement, le *Nysten* ayant trouvé faible le grec du *Dechambre*, celui-ci, ou plutôt le feuilletonnier de la maison, qui a comme son adversaire de grandes prétentions au grec, tous

©BIU Santé

affection, théorie souvent justifiée d'ailleurs, on n'en doit pas moins reconnaître sans peine, à coup sûr, combien chez de tels malades les troubles trophiques préalables sont favorables au développement des microbes dans les tissus.

En résumé, chez ce malade et vraisemblablement dans beaucoup d'autres cas, le vitiligo est le phénomène initial d'un syndrome comparable, mais non identique à celui de la mélanodermie d'Addison. Dans l'une et l'autre de ces affections, la dyschromie, indice d'une altération de la fonction chromogène, est la conséquence d'altérations nerveuses et à défaut de lésions anatomiques, échappant aux moyens actuels de l'investigation anatomique, d'une tropho-névrose. De là, conséquemment, l'existence du vitiligo comme manifestation de certains états constitutionnels ou acquis ; de là aussi l'importance pronostique de certains vitiligos comme signes avant-coureurs d'une cachexie menaçante ; de là enfin la valeur diagnostique de cette dermatopathie, comme premier phénomène dénonciateur d'un ralentissement des activités trophiques et de lésions du système nerveux.

Ch. Eloy.

Lettres de Belgique.

Dans ma précédente lettre (1), j'ai signalé les principaux travaux relatifs aux sciences médicales, publiés récemment en Belgique, en me restreignant, pour cette fois, à ceux dont l'Académie de médecine avait reçu la primeur. J'ai pu, à cette occasion, appeler l'attention sur certains détails d'organisation de cette Société savante, vers laquelle convergent les éléments les plus importants de l'activité scientifique médicale du pays, et dont quelques-uns ont leur originalité. Je suis amené à y revenir. J'ai dit que l'Académie, pour obvier à des difficultés dépendant de la ligue possible des partis, avait introduit dans ses statuts cette clause, que « nulle élection n'est désormais valable que pour autant que le candidat réunisse les voix des *deux tiers* au moins des membres titulaires existants ». De cette façon, le concours des deux moitiés adverses est indispensable à toute élection. Si ce concours fait défaut, si, après deux épreuves successives, à un mois

(1) *Union médicale*, n° 179, jeudi 20 décembre 1883.

deux gens à lunettes d'ailleurs, poètes tous deux, lui a appliqué une volée de racines vertes !

Tant de grec entre-t-il dans un bon dictionnaire? Quoi qu'il en soit, la querelle s'est ort étendue depuis; les fautes du dictionnaire étant un peu usées comme arguments, on a empoigné les autres ouvrages des collaborateurs, puis ceux de leurs amis, puis enfin ceux de toute personne qui se faisait éditer par l'une des deux maisons; de sorte que maint auteur, qui serait resté absolument inconnu sans cela, se fit éditer, pour qu'on parlât un peu de lui, quoiqu'en mal, par la librairie J.-B. Baillière et fils ou par celle de MM. Masson et Cie. Ce genre de publicité devint même tellement à la mode, depuis l'an de grâce 1900, que les autres librairies, n'ayant plus de clients, firent faillite. Aussi ne peut-il être plus question de réconciliation entre les deux parties, puisque leur fortune repose sur leur rivalité; et c'est pourquoi elles continuent et continueront jusqu'à la fin des sciences à polémiquer entre elles, tout en se faisant à chaque nouvelle occasion *« des excuses sincères, avec tout le respect qu'elles se doivent et qu'elles se portent »*.

Tel fut à peu près l'exposé de la cause par M. le président. Le Conseil, fort au courant de la question, ne crut pas devoir délibérer ; on se borna à renvoyer les deux parties dos à dos, en les exhortant à ménager leurs expressions à l'avenir et à signer leurs articles. (Naïf, le président.)

Puis vinrent d'autres causes sur lesquelles on passa rapidement. Une accusation de plagiat d'un maître contre un ancien élève, qui répondit avoir mis entre guillemets et avec l'indication bibliographique en marge, les passages empruntés d'un article publié en 1934 ; la faute en était au compositeur, qui avait oublié note et guillemets. D'ailleurs

©BIU Santé

de distance, aucun des candidats n'a réuni les deux tiers des voix, à une troisième, encore distante d'un mois de la précédente, la majorité absolue suffit, à la condition que les deux tiers au moins des membres de la Compagnie aient pris part au scrutin.

J'ajoutais que ceux qui se disent minorité ne se trouvaient nullement sauvegardés par cette disposition statutaire, qu'heureusement jusqu'alors, aucune élection n'avait eu à subir les fatigues des trois épreuves.

Cela ne pouvait pas durer. Depuis que cette lettre a paru, l'inverse est devenu la règle: aucune nomination ne s'est accomplie, si ce n'est au prix des trois scrutins. C'est ainsi que le bureau, qui doit être constitué réglementairement dans la séance d'octobre, n'a pu l'être, cette année, que dans celle de janvier suivant. C'est ainsi encore que la liste triple de candidats à présenter au Gouvernement, pour la place de secrétaire, devenue vacante par la mort de M. Thiernesse, survenue le 17 octobre, n'a pu être dressée également qu'au troisième scrutin (en février), encore que le premier candidat, M. Rommelaere, qui y figure à ce titre, s'imposât de toute l'autorité de sa valeur scientifique et de ses aptitudes, et que ce poste, auquel il sera sans doute appelé, ne lui fût pas disputé.

Lors donc que je faisais remarquer qu'il n'y avait, dans cette innovation, qu'un stérile expédient, je ne me trompais pas. Aura-t-elle au moins l'avantage de rendre les élections plus recueillies, en raison du temps qui y est consacré et qui laisse aux électeurs le loisir d'une sage réflexion, aux candidats l'occasion de réunir leurs titres ou de s'en créer de nouveaux et de les faire valoir? Peut-être.

C'est à cette circonstance, en effet, que l'Académie doit, vraisemblablement, la production de deux mémoires émanant des candidats proposés pour la place actuellement vacante dans la troisième section (médecine), l'un de M. *Vanden Corput*, professeur à l'Université de Bruxelles, correspondant (1871), l'autre de M. *Hayoit*, professeur à celle de Louvain, également correspondant (1876). Ces deux travaux sont analysés ci-après (2).

1. *Considérations sur l'étiologie du cancer et sur sa prophylaxie*, par Vanden Corput, corresp. — Après la tuberculose, dit l'auteur, c'est le *cancérisme* qui, dans nos contrées, constitue la diathèse aujourd'hui la plus commune. Malgré les progrès de la microscopie, l'anatomie pathologique, loin de nous éclairer sur la nature du mal, n'a fait que nous égarer. Tous les moyens, tant chirurgicaux que médicaux, sont purement illusoires; bien plus, il semble que, loin de retarder les conséquences funestes du mal, l'opération, quel que soit le mode d'extirpation de la tumeur et quelque précoce qu'en ait été l'application, ne fait que favoriser la généralisation du mal et hâter la mort. La marche de la diathèse semble alors devenir aiguë, confirmant ainsi le *noli me tangere* des anciens.

« Les tentatives qui, dans ces dernières années, ont été entreprises pour résoudre

(1) Pour se procurer les fascicules séparés du *Bulletin*, s'adresser à Mme veuve Manceaux, libraire, rue des Trois-Têtes, Bruxelles.

---

les épreuves n'avaient pas été corrigées, comme l'indiquaient suffisamment maintes autres fautes d'impression. Cette explication vraisemblable satisfit le Conseil, qui vota un blâme à l'imprimeur. Une accusation, par deux honorables membres du corps des médecins des hôpitaux, contre deux homonymes, qui avaient profité de leur homonymat pour lancer des affiches trompeuses où l'un d'eux, se disant spécialiste pour les maladies du cœur, recommandait ses consultations par correspondance et ses auscultations par téléphone ; et l'autre, se disant spécialiste pour les maladies nerveuses, vantait les bons effets du magnétisme et de l'hypnotisme à distance, et de l'électrisation localisée par le télégraphe. Le Conseil interdit à l'avenir l'affichage de semblables inepties, sous peine d'interdiction de l'exercice de la médecine en France. Enfin la lecture d'une circulaire envoyée à tous les médecins, et dans laquelle le directeur d'une station d'eaux minérales priait les médecins qui lui adresseraient des malades de vouloir bien y joindre une consultation pour laquelle on ferait parvenir au consultant un *honorarium* de vingt francs. Cette lecture souleva un *tolle* général de l'assistance, surtout d'un groupe qui ressemblait beaucoup à un syndicat, et situé entre le centre droit et le centre gauche.

Ce bruit me réveilla.

Hélas ! oui, je m'étais endormi, après avoir lu le dernier feuilleton de la *Gazette hebdomadaire*, le fameux n° 12 du *Paris médical* auquel il fait allusion, les articles si intéressants de notre collaborateur M. Surmay sur le *Conseil de l'Ordre des médecins*, une foule de circulaires entassées sur mon bureau. Triste résultat d'un travail acharné ! J'avais rêvé que ledit Conseil de notre Ordre était créé, qu'il fonctionnait et qu'il rendait des arrêts !

A quand la réalisation de ce beau rêve ? C'est ce que ne verra probablement pas

Simplissime.

©BIU Santé

l'énigme posée par ce sphynx redoutable, qui a nom *cancérisme*, ajoute M. Vanden Corput, n'ont guère aidé à en dissiper les mystères; il en est cependant qui ont réalisé un énorme progrès. De ce nombre sont surtout les recherches de M. *Rommelaere* qui l'ont — comme on sait — conduit à constater que « *dans les tumeurs de mauvaise nature, quels que soient d'ailleurs leur siège et leur nature morphologique, le chiffre de l'urée uri-naire quotidienne descend graduellement, et finit par rester inférieur à 12 grammes.* »

En ce qui concerne l'étiologie, l'auteur avoue implicitement n'avoir fait aucune découverte, quand il dit que, de toutes ses recherches, il est simplement résulté l'indice que « la cause réelle de la diathèse cancéreuse réside dans une altération humorale, déterminée par la présence ou la rétention dans le sang d'un principe infectieux, capable de favoriser un développement cellulaire à évolution plus ou moins rapide, doué de la propriété de s'assimiler la substance nutritive des éléments organiques normaux. Ce serait de la même manière qu'originairement le tissu embryonnaire se développerait sous l'influence de certains reliquats azotés ou phosphatés, introduits en excès dans l'organisme par une alimentation animale exagérée, et détournés de leur destination physiologique par certaines causes, au nombre desquelles les troubles de l'innervation peuvent ordinairement jouer un rôle très important. » Il se résume en disant que « la cause pathogénique du cancérisme naît vraisemblablement d'un régime trop exclusivement animalisé, et termine cette esquisse, qu'il a soin d'appeler lui-même incomplète, en préconisant, contre le développement de la diathèse qu'il appelle « cancérisme », le changement d'habitat, de lieu, mais surtout de régime, seuls moyens qui, dans les états diathésiques, soient réellement capables de modifier une disposition pathogénique, souvent innée, qui constitue presque une autre nature.

L'intérêt de cette communication se trouve surtout dans les considérations générales qui en constituent la trame. (Voy. *Bull. de l'Acad.* 1883, n° 11, pp. 1143-1174.)

2. *Des accidents céphaliques sympathiques de la dyspepsie*, par Hayoit, corresp. — Bonne monographie résumant avec sagacité tout ce qui concerne cet intéressant sujet. (*Bull. Id.* n° 12, pp. 1218-1257.)

Viennent ensuite les communications suivantes :

3. *Note sur l'emploi des appareils dits respirateurs dans le traitement des affections de la poitrine*, avec présentation d'un instrument nouveau de M. le docteur Graham Brown (d'Edimbourg), par M. Moeller, corresp. — L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

a) Les appareils respirateurs, ayant simplement pour but d'élever la température de l'air inspiré, sont absolument inutiles ;

b) Pour rendre tous les services qu'on est en droit d'en attendre, les appareils respirateurs doivent être munis d'une couche d'ouate, d'éponge ou de toute autre substance capable d'arrêter les particules inorganiques et les germes microscopiques suspendus dans l'atmosphère. En imbibant ces substances d'un liquide antiseptique, on détruit, au passage, les microbes suspendus dans l'air inspiré, en même temps qu'on agit sur les organes respiratoires malades ; mais il convient alors que le respirateur soit muni de soupapes disposées de telle sorte que l'air expiré ne suive pas, à la sortie, la même voie que celui qui est inspiré.

c) L'appareil du docteur Graham Brown offre l'avantage de tirer parti de la chaleur de l'air expiré pour élever la température de la ouate et du liquide médicamenteux, ce qui active le dégagement des émanations antiseptiques. C'est pourquoi ce respirateur sera préféré, chaque fois qu'on recherchera un effet thérapeutique spécial. (*Bull. id.*, pp. 1117-1143.)

4. L'Académie avait mis au concours la question suivante : *Exposer le rôle des germes animés dans l'étiologie des maladies, en s'appuyant sur des expériences nouvelles.* — Un seul mémoire avait été envoyé, dans lequel l'auteur donne une place prédominante à des observations personnelles sur l'endocardite ulcéreuse dans ses rapports avec la théorie des germes animés. L'auteur ayant ainsi passé à côté de la question sans y répondre, le prix n'a pas été décerné. (*M. Rommelaere*, rapporteur, *Bull. id.*, n° 12, pp. 1259-1272.)

5. *Résumé d'un mémoire sur la morphologie du carpe chez les mammifères*, par Lebouco, corresp. — I. Evolution du canal central du carpe : le central se différencie, en même temps que les autres éléments du carpe, vers la cinquième semaine. Vers la fin du deuxième mois, il commence à se souder avec le radial ; la soudure est généralement complète avant la fin du troisième mois. — II. Les recherches sur le pisiforme tendent

©BIU Santé

à établir que cet os a une dignité plus élevée que celle du sésamoïde développé dans le tendon du cubital antérieur. Le mémoire complet sera publié dans le recueil des *Mémoires* in-8°. (*Bull. id.* 1884, n° 1, pp. 141-147.)

6. *Note sur la fièvre chez le lapin*, par L. Frédéricq, corresp. — Dans un précédent travail *Sur la fièvre traumatique chez le chien*, publié, il y a plus d'un an, dans le *Bulletin*, l'auteur disait qu'il avait été conduit à admettre que l'accélération fébrile des pulsations cardiaques était due principalement à une paralysie plus ou moins prononcée du centre modérateur de la moelle allongée, à une suspension de l'action tonique d'arrêt que le spinal pneumogastrique exerce d'ordinaire sur le cœur, hypothèse en contradiction avec les théories le plus généralement admises sur la pathogénie de l'accélération du rhythme cardiaque dans la fièvre. L'étude de la fièvre chez le lapin, où l'action *tonique* d'arrêt exercée par le pneumogastrique sur le cœur est nulle, est venue la confirmer. On sait, en effet, que, chez cet animal, la section des pneumogastriques au cou, ou l'empoisonnement par l'atropine, ne précipitent pas les battements du cœur, comme c'est le cas chez le chien et les autres mammifères. L'auteur a produit, chez le lapin, de grandes lésions traumatiques, telles que la fracture de la colonne vertébrale avec mise à nu de la moelle lombaire; il a injecté du pus, du sang putréfié dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans la veine jugulaire, sans parvenir à provoquer une accélération sensible des pulsations cardiaques, alors que l'augmentation de la température rectale indiquait un état fébrile marqué. On a donc l'exemple curieux d'un animal présentant une fièvre intense, sans que le nombre des battements cardiaques ait augmenté notablement. M. Frédéricq a recueilli les pulsations cardiaques au moyen de l'explorateur à deux tambours de Marey, relié à un tambour à levier, écrivant sur le cylindre enfumé de l'appareil enregistreur. Une horloge à secondes inscrit son graphique en regard. (*Bull. Id.*, n° 1, pp. 179-182.)

7. *Le jéquirity et son principe phlogogène*, par Bruylants et Venneman, corresp. — Le jéquirity avait fait, à l'Académie, une entrée malheureuse (voy. *U. M.* 1883, p. 1057); il vient de prendre sa revanche. Le mémoire actuel est une monographie du jéquirity, au point de vue botanique et chimique principalement. Les auteurs y ont cherché, non pas à démontrer l'action phlogogène de cette graine — c'est désormais un fait acquis — mais à découvrir le principe dans lequel git cette activité spécifique. Or, cette activité, pour nos auteurs, revient en tout et pour tout, à une *substance zymotique* (ferment inorganisé) formée, sous l'action de la vie, pendant la germination de la graine; les bactéries n'y interviennent pour rien.

L'activité phlogogène de ce principe — qu'ils appellent *jéquiritine* — est très grande; il suffit d'un *centième de milligramme* et, dans certains cas, de *la moitié de cette dose*, pour produire sur le lapin une ophthalmie caractéristique. L'homme exige une proportion plus forte; chez certains individus, on a produit la conjonctivite, en instillant dans l'œil trois ou quatre gouttes d'une solution de 2 centigrammes de substance pour 10 centimètres cubes d'eau, soit environ 5 dixièmes de milligramme; chez d'autres, il a fallu une proportion double ou triple.

La jéquiritine a des propriétés toxiques très prononcées, soit qu'on l'injecte dans le tissu cellulaire ou dans les veines, soit qu'on la fasse prendre par la bouche : deux lapins pesant de 1,400 à 1,500 grammes ont reçu, l'un 2 et l'autre 3 centigrammes de jéquiritine mélangée avec une pâte de riz bouilli. Tous deux avaient succombé au bout, celui-ci de 24, celui-là de 48 heures. Elle appartient, à n'en pas douter, aux ferments dissolvants. Son action désorganisatrice est la cause première de l'inflammation conjonctivale, et c'est la production abondante du ferment de la fibrine, mise en liberté par cette désorganisation, qui donne à cette inflammation un caractère particulier, celui des fausses membranes. Cette opinion est en opposition avec celle de l'école allemande, représentée par M. Sattler.

Le travail des auteurs belges, en tout cas, semble avoir dégagé plus d'une inconnue dans la question de l'action chimique et physiologique du jéquirity. Il appartenait à un autre praticien du même pays de lui faire faire un vigoureux pas en avant, en ce qui concerne son action thérapeutique. C'est au docteur *Coppez*, de Bruxelles, que revient l'honneur d'avoir ouvert le feu, à ce sujet, à la dernière session de la *Société française d'ophthalmologie*. Il a déclaré en avoir retiré 78 guérisons sur 140 cas de vieux trachomes avec pannus rebelle : il considère également le jéquirity comme l'un des moyens les plus puissants pour obtenir la vascularisation des ulcères atoniques de la cornée et des kératites parenchymateuses asthéniques, dont il accélère la guérison; enfin, dans aucun cas, l'état des granuleux n'a empiré d'une façon définitive sous son action.

Le jéquirity est donc bien décidément entré dans la thérapeutique oculaire, où il

©BIU Santé

occupera une place d'honneur. Il ne sera pas téméraire d'ajouter que, vu ses propriétés toxiques, il fera — comme ont fait la fève de Calabar et le jaborandi — le tour de la thérapeutique générale. A l'avenir revient le devoir d'en préciser les indications. (*Bull. Id.*, 1884, n° 1, pp. 147-179.)

8. *De l'ergotine d'Yvon dans le goître, et surtout de l'injection parenchymateuse de cette substance*, par le docteur Bauwens (d'Alost). — Ce travail, imprimé dans le *Bulletin* (1884, n° 2, pp. 262-294) a fait l'objet d'un rapport de M. Soupart. — La structure foncièrement vasculaire du corps thyroïde sert, pour les poumons et les cavités droites du cœur, de diverticulum du sang, dans certains actes et certains états physiologiques, tels qu'efforts, cris, chants, grossesse, qui, en se multipliant, provoquent et engendrent l'hypertrophie de la glande. De ces données, l'auteur conclut que, en atténuant l'impulsion cardiaque et en rendant aux vaisseaux dilatés leur tonus normal et leur contractilité première, on diminue l'afflux du sang dans l'organe, et l'on arrive ainsi à amoindrir la sécrétion des vésicules, à condenser les éléments glanduleux et à amener la fonte de la tumeur. Or, ces propriétés se rencontrent dans l'ergotine. (Voy. Lettre précéd. *U. M.*, 20 déc., p. 1056.) (*Bull. Id.*, 1884, n°2, pp. 214-218.)

—

Vaccine. — Grâce à l'existence, en Belgique, d'une agence de la ligue anti-vaccinatrice, la question de vaccine y est sans cesse à l'état aigu. A chaque manifeste, à chaque provocation, à chaque défi, il est répondu par quelque disposition rendant plus générale l'application, dans le pays, de la vaccination et de la revaccination. Tels les projectiles lancés par les armes rayées, dont la force et la précision sont en raison de la résistance qu'ils rencontrent à la sortie. La vaccine n'y est pas encore décrétée d'obligation, sous peine de l'amende ou de la prison, mais l'obligation existe sous une autre forme. Ainsi, de même qu'en France, où elle règne déjà virtuellement dans une large mesure, par la condition de la revaccination imposée à l'entrée dans le plus grand nombre des établissements d'instruction, elle s'impose par le droit dont disposent les communes belges — et elles ne se font pas faute d'en user — d'exiger la production de semblable attestation pour l'admission des élèves dans les écoles. Or, un projet de loi étant en ce moment à l'étude pour l'établissement de l'instruction obligatoire, on fera d'une pierre deux coups.

Il y a peu d'années, le Gouvernement belge, incité par des vœux académiques réitérés et unanimes, a pris l'engagement de donner à l'application de la vaccine toute l'extension qu'il croirait compatible avec la liberté, dès qu'il aurait en mains les moyens d'exécution. Il a fondé, dans ce but, des dépôts de vaccin humain et donné les plus larges développements à l'*Institut vaccinal de l'Etat*, fondé en 1868 par celui qui écrit ces lignes, et qui est devenu depuis deux ans l'*Office vaccinogène central*. Placé sous le contrôle immédiat de l'Etat, cet office délivre gratuitement du vaccin animal en quantité illimitée aux médecins, aux administrations communales et aux particuliers dont la demande est contresignée par celles-ci ou par les hommes de l'art. Le moment psychologique est donc arrivé :

Aux injures d'autrui,
Tant pis pour lui,
La vaccine est rebelle,
Tant mieux pour elle.

Ce sera le mot de la fin.

Dr Warlomont.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 avril 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. Dareste adresse une note sur les monstruosités qui peuvent résulter, chez les poules, de l'incubation des œufs dans l'air comprimé.

M. Olsewski a mesuré, à l'aide d'un thermomètre à oxygène, les températures obte-

©BIU Santé

nues par la détente de l'oxygène préalablement liquéfié et nécessaires pour amener la liquéfaction de l'hydrogène. Il a pu constater qu'un abaissement de 198 degrés centigrades au-dessous de zéro ne suffisait pas à déterminer ce résultat.

M. DE CALIGNY, correspondant de la section de mécanique, dépose sur le bureau une note de laquelle il appert que M. Scila, de Rome, correspondant de la section de minéralogie, mort récemment, a reconnu, devant le Parlement italien, que M. Colladon, de Genève, a, le premier, proposé l'emploi de l'air comprimé pour percer les grands massifs de montagnes, tels que le Mont-Cenis; et que c'est M. de Caligny qui a découvert que l'eau est le meilleur moyen, et le plus économique, pour obtenir la compression de l'air.

M. TACHINI, de Rome, envoie le résumé de ses observations sur les taches du soleil à la fin de l'année précédente et pendant le premier trimestre de l'année courante. Ces observations montrent que jamais les taches n'ont été plus nombreuses que pendant les mois de janvier, février et mars 1884.

M. Paul MARTIN, que personne ne connaît à l'Académie, écrit qu'un jeune homme du Valais a été guéri d'une dartre rongeante par sa tante, laquelle possède beaucoup de fluide magnétique.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL veut renvoyer l'examen de cette communication au moins étrange, et qui n'a rien de scientifique, à M. Charcot. Mais le savant professeur se récuse, et M. LARREY fait observer avec beaucoup de raison qu'il conviendrait peut-être de ne pas encourager l'envoi de pareilles insanités.

Lecture est donnée de l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. le vice-amiral de Jonquières, en remplacement de M. Bréguet. — Sur l'invitation de M. LE PRÉSIDENT, M. de Jonquières, présent à la séance, prend place parmi ses confrères.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL fait savoir à l'Académie que M. l'amiral Jurien de la Gravière a donné à la bibliothèque de l'Institut la collection complète de tous ses ouvrages. Et comme le bibliothécaire, à cette occasion, a fait remarquer que la bibliothèque était loin de posséder tout ce qu'ont publié les membres de l'Académie, M. le Secrétaire engage ses confrères à suivre l'exemple de M. de la Gravière.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre titulaire dans la section de géographie et de navigation en remplacement de M. Yvon de Villarceau, décédé.

Dans le comité secret de la dernière séance, la section avait arrêté la liste suivante de candidats :

En première ligne, M. Bouquet de la Grye; — en deuxième ligne, M. l'amiral Cloué; — en troisième ligne, *ex æquo*, MM. E. Bertin et A. Grandidier.

Avant que circulent les urnes, M. LE SECRÉTAIRE donne lecture d'une lettre de M. l'amiral Cloué, vice-président du Bureau des longitudes, qui se désiste de sa candidature, et qui prie l'Académie de lui réserver sa bienveillance pour une occasion prochaine.

Sur 55 votants, M. Bouquet de la Grye obtient 46 suffrages; M. Grandidier, 6; M. Bertin, 2, et une voix se perd sur le nom de M. Cloué.

En conséquence, M. Bouquet de la Grye est élu.

M. FAYE fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Rousseau, d'un premier volume énorme (un in-octavo presque cubique) intitulé : *Bibliographie astronomique*. Ce premier volume ne contient que l'énumération des mémoires relatifs à la science astronomique. Il y en aura deux autres de même dimension, consacrés aux ouvrages et aux travaux concernant le ciel.

M. le colonel PERRIER offre, au nom de l'empereur du Brésil, la carte du Brésil.

M. LE PRÉSIDENT prévient les membres de l'Académie que lundi prochain aura lieu l'élection d'un académicien libre, en remplacement de M. du Moncel.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie. — M. L.

©BIU Santé

FORMULAIRE

INJECTION CONTRE L'OTITE PARASITAIRE. — Ladreit de La Charrière.

Bichlorure de mercure.	1 gramme.
Eau de Cologne.	100

Faites dissoudre. — On verse 10 gouttes de cette solution dans un demi-verre d'eau tiède, et on s'en sert pour pratiquer des injections, matin et soir, dans le cas d'inflammation de l'oreille produite par la présence du microsporon. On fait soigneusement couper les poils des conduits auditifs. On peut aussi prescrire des lotions soit avec l'eau naturelle de Challes, soit avec une solution de sulfure de sodium. A l'intérieur, médication arsenicale ou sulfureuse. — Si, après la disparition du parasite, le tympan conserve une certaine rigidité, on a recours au cathétérisme avec insufflation des caisses, afin de rétablir la sensibilité auditive. — Lorsque le parasite qui provoque l'inflammation de l'oreille est l'aspergillus, l'auteur recommande, pour le détruire, quelques applications faites à l'aide d'un pinceau, d'une solution au quart de nitrate d'argent; après quoi, on injecte dans l'oreille soit de la liqueur de Fowler, soit une solution phéniquée au dixième. — N. G.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion des FÊTES DE PAQUES, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Mardi 15 Avril.

CONCOURS DES ACCOUCHEURS. — Le sujet de la question écrite (première épreuve) donnée aux candidats du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices de la ville de Paris a été : 1° Paroi antéro-latérale de l'abdomen; 2° De l'effort.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bertrand de Saint-Germain.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — La Société française de mpérance a tenu sa séance solennelle le 6 avril, sous la présidence de M. le docteur Jules Bergeron, membre de l'Académie de médecine.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. le docteur Jules Bergeron, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, les rapports sur les prix de MM. Decaisne et Gibert et celui de M. Van den Dorpel, sur les récompenses, la Société a décerné : une médaille de vermeil à M. le docteur Pierre Boyer, rédacteur en chef du *Bon Conseiller*; des médailles d'argent avec 250 fr. à MM. les docteurs Devoisins et Legendre; 250 fr. à M. le docteur Jaillet (lauréat de 1882); des médailles d'argent avec 200 fr. et 150 fr. à MM. Paul Timon et docteur Victor Bridou; des médailles d'argent à MM. Bachy, L. Evrard, Ludovic Fauconnier, Charles Lecoq et docteur Plonquet; 174 diplômes de membre associé honoraire, 24 médailles d'argent, 177 médailles de bronze et 532 diplômes de témoignage de satisfaction ; 72 livrets de caisse d'épargne postale (870 fr.); 1 compte rendu du congrès international de 1878, 215 manuels Picard, 344 volumes de ses bulletins, 1061 exemplaires des années 1880 à 1883 du *Bon Conseiller* et 15 abonnements 1884 à ce journal, publié sous son patronage.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos, par le docteur Richelot, ancien président de la Société de médecine de Paris, chez G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120. — Prix : 2,50

Dyspepsie-Anorexie.— Ces états pathologiques si fréquents sont rapidement modifiés par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez. — Exp. cliniques de MM. Archambault, Gubler, etc.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœur

Sommaire

I. J. Christian : Troubles oculaires de nature probablement syphilitique au début de la paralysie générale. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. Eloge de Duparcque. — V. Variétés. — VI. Courrier.

Troubles oculaires de nature probablement syphilitique au début de la paralysie générale.

Note lue à la Société médico-pratique, dans la séance du 26 septembre 1883

Par le docteur J. Christian, médecin de la Maison nationale de Charenton.

Les troubles de l'appareil de la vision ne sont pas absolument rares chez les aliénés, et notamment chez ceux qui sont atteints de paralysie générale. Assez souvent ces derniers malades deviennent aveugles; ce qui peut également arriver dans les folies consécutives aux lésions variées de l'encéphale (tumeurs, etc.). Une autre lésion moins grave est de règle dans la paralysie générale, mais on la rencontre aussi dans d'autres circonstances, c'est l'inégalité des pupilles.

Les faits que je me propose de vous soumettre sont d'un autre ordre. Tandis que les premiers peuvent être considérés comme des épiphénomènes de la maladie cérébrale, comme des conséquences de la lésion qui a déterminé la folie, il s'agit au contraire ici de troubles de la vision, ayant précédé l'explosion du délire, et ne s'y rattachant, du moins je le crois, que d'une façon directe.

Des faits analogues ont été publiés, notamment par Magnan (*Recherches sur les centres nerveux*, 1878, p. 848); Foville (*Ann. médico-psychol.*, 1873, numéro de janvier), et déjà auparavant par Billod (obs. empruntée à J. Falret, in *Ann. méd. psychol.*, 1864, I, p. 33).

Voici d'abord mes observations :

Obs. I. — *Hérédité inconnue. — Chagrins, frayeur pendant la Commune. — En 1875, premiers troubles oculaires. — Un an plus tard, embarras de la parole. — En 1877, délire; — Paralysie générale amenant la mort en 1880.*

B..., né en 1843, marié, commerçant, entré en janvier 1879. Antécédents inconnus; nous ne savons rien de l'hérédité. A eu la syphilis étant jeune homme.

En 1871, violente frayeur pendant la Commune. Son magasin est pillé et incendié; soucis et inquiétudes pour ses affaires qui ne prospèrent pas. Quatre ans plus tard, en 1875, apparaissent, au milieu d'une santé en apparence parfaite, de la diplopie et un strabisme convergent de l'œil gauche. B... se mit successivement entre les mains de plusieurs oculistes, et suivit plus ou moins régulièrement les traitements qui lui furent conseillés, et qui consistèrent en hydrothérapie, bromure et iodure de potassium, révulsifs, etc.

Il y eut des alternatives de mieux et de plus mal; les symptômes oculaires ne se dissipèrent jamais complètement.

Vers le milieu de 1876, troubles légers du côté de la parole, qui devint un peu embarrassée; B... avait peine à prononcer certains mots. Ces troubles allèrent en augmentant peu à peu, s'accompagnant d'un peu d'affaiblissement de la mémoire et de certaines bizarreries d'humeur, auxquelles dans l'entourage du malade on n'attribua pas d'abord toute la gravité qu'ils comportaient réellement.

Un an après, en 1877, premier accès de délire généralisé avec agitation violente, qui dure une huitaine de jours. Le calme revint en apparence complet, mais il fallut bien reconnaître que l'intelligence s'affaiblissait de jour en jour, et que le malade devenait de moins en moins apte à s'occuper de ses affaires.

Dans les derniers jours de décembre 1878, le délire et l'agitation reparurent avec une intensité telle qu'on dut faire entrer B... à Charenton.

Il y était depuis un mois environ quand je pris le service. Dès ce moment, le diagnostic

©BIU Santé

de paralysie générale n'était pas douteux. L'intelligence était très affaiblie; le malade envisageait toutes choses avec une satisfaction enfantine; la parole était lente, traînante, embarrassée. Il existait un strabisme convergent de l'œil gauche, mais B... ne paraissait pas gêné de cette infirmité, il répondait invariablement que sa vue était excellente.

Soupçonnant à ce strabisme une origine spécifique et apprenant que B... avait eu antérieurement la syphilis, sachant d'ailleurs que la lésion du nerf oculaire avait été le premier indice de la maladie cérébrale, je crus devoir instituer un traitement spécifique, et j'ordonnai l'iodure de potassium; je ne pus dépasser la dose de 3 gr. que je continuai pendant plusieurs mois, sans aucun résultat. Je n'obtins pas un meilleur effet d'un séton à la nuque qui resta en place depuis le 18 avril jusqu'au mois de juin.

La paralysie générale suivit son cours; il y eut de temps en temps de légères attaques congestives suivies de paralysie du bras gauche qui se dissipait en quelques jours.

Le 15 mai 1880, au réveil, le malade fut pris d'attaques épileptiformes qui se succédèrent coup sur coup et entraînèrent la mort au bout de quelques heures. B... était arrivé au dernier degré du marasme. La famille s'opposa formellement à l'autopsie.

Obs. II. — *Pas d'hérédité. — Excès vénériens. — En 1870 graves blessures par armes à feu. — En 1880 troubles de la vision; 6 mois plus tard délire maniaque avec idées ambitieuses, auquel a succédé depuis un délire lypémaniaque : paralysie générale à marche lente.*

M..., né en 1852, célibataire, employé dans un ministère, entré le 31 mai 1881. Père mort depuis de longues années, d'une maladie de poitrine ; la mère vit, mais est presque complètement sourde. Le malade a fait des excès de femmes dans sa jeunesse. En 1870, à la bataille de Gravelotte, il fut criblé de blessures et laissé pour mort sur le champ de bataille ; cependant il n'y eut aucune blessure à la tête.

Environ six mois avant son entrée à Charenton, M... ressentit des troubles du côté de la vision : il ne pouvait plus ni lire ni écrire ; il voyait tous les objets doubles. Peu après chute de la paupière gauche et strabisme interne de l'œil du même côté. M... fut traité à cette époque par un de nos oculistes les plus distingués et soumis à l'iodure de potassium à haute dose.

Vers la même époque, le caractère changea : M... devint fantasque, mobile, irritable; il eut des insomnies presque continuelles. Au mois de mai éclata un délire maniaque d'une intensité telle qu'il fallut d'urgence l'amener à Charenton.

A ce moment le délire offrait les caractères de celui de la paralysie générale : idées de grandeur absurdes et incohérentes ; il décorait tout le monde ; il allait être ministre de la guerre, etc. Loquacité intarissable, insomnie, cris, mouvements incessants ; le malade, très amaigri, avait cependant conservé l'appétit ; constipation opiniâtre ; la physionomie a une apparence singulière par suite de la chute presque complète de la paupière supérieure gauche ; quand on la soulève, on constate un strabisme interne de l'œil qui a ses mouvements d'abduction limités jusqu'à la partie médiane de la fente palpébrale ; il ne peut pas être porté plus en dehors, tandis qu'il est entraîné, involontairement, dans l'angle interne.

Le traitement institué consista en bains tièdes prolongés, purgatifs fréquents, iodure de potassium à l'intérieur. Je ne sais si ce fut sous l'influence de ce traitement, mais les troubles oculaires disparurent complètement en moins de quelques semaines, et ils n'ont plus reparu depuis à aucun degré.

Quant au délire, il dura plusieurs mois avec le même caractère, pour faire place ensuite à un état de profonde mélancolie. M... prétendit qu'il n'avait plus de bras, plus de jambes, plus d'estomac ; il fallut le nourrir à la sonde pendant plusieurs semaines. Il se remit alors graduellement à manger, mais en restant anxieux, inquiet, tourmenté ; dans l'intervalle, quelques accès d'agitation, mais de courte durée.

Actuellement M... reste dans cet état de lypémanie anxieuse ; la parole est légèrement embarrassée ; chaque nuit le malade mouille son lit ; il est irritable, frappe souvent ses compagnons. Une fois même, il a eu une légère attaque congestive, qui n'a pas eu de suite. Nous sommes en présence d'une paralysie générale, mais qui paraît devoir marcher avec une grande lenteur.

Dans les deux observations qui précèdent les choses se sont passées d'une façon à peu près identique. Ces deux malades, au milieu d'une santé en apparence parfaite, sont atteints de troubles oculo-moteurs insolites, dont la signification véritable échappe tout d'abord, et qui sont suivis à court intervalle, d'une maladie mentale fort grave.

Dans l'observation suivante, les accidents du côté de la vision ont été en quelque sorte concomitants du délire.

Obs. III. — *Convulsions dans l'enfance; forme anormale de la tête. — Excès. — En 1882, délire ambitieux avec agitation maniaque; en même temps strabisme externe gauche, qui se dissipe spontanément. — Paralysie générale.*

Le malade qui fait le sujet de cette observation, né en 1844, est entré au mois de février 1883. Il est veuf en deuxièmes noces; tous les enfants qu'il a eus de ses deux mariages (ils ont été, je crois, au nombre de 8), sont morts en bas-âge, de convulsions. M... lui-même a eu des convulsions dans sa première enfance, et il a été fréquemment malade; ses parents désespéraient de le voir grandir. Sa tête a du reste une forme singulière, elle est très aplatie transversalement et le front fortement bombé en avant.

Les premiers symptômes d'aliénation mentale remontent à environ un an, M... a été traité pendant six mois dans une maison de santé. Sorti amélioré, il n'avait pas tardé à recommencer ses extravagances, et il avait fallu se hâter de le séquestrer de nouveau.

A son entrée, il présente un délire ambitieux bien caractérisé : il est très riche, il va faire des spéculations qui lui feront gagner des sommes immenses; il veut se marier, et même, dans les derniers jours qu'il était libre, il avait fait tous les préparatifs de sa noce, commandé le dîner, les voitures, etc. Il ne lui manquait que la fiancée. Il existe un strabisme divergent de l'œil gauche; le malade ne s'en impressionne pas; il prétend qu'il voit parfaitement, des deux yeux. La famille de M... m'a affirmé de la manière la plus formelle que ce strabisme n'existait pas autrefois, qu'il est apparu seulement, pendant que M... était à la maison de santé. Ce symptôme ne se serait donc montré qu'au début de l'affection mentale, en même temps que les premiers symptômes du délire.

J'avais été vivement frappé de l'existence de ce strabisme, et, lui soupçonnant une origine spécifique (le malade a d'ailleurs eu la vérole), je m'étais proposé d'instituer un traitement en conséquence. Je ne voulais rien faire cependant avant d'avoir vu la famille et de m'être convenablement renseigné sur les antécédents. Il se passa ainsi une quinzaine de jours pendant lesquels je restai dans l'attente, et, chose singulière, je constatai alors que le strabisme diminuait de jour en jour. Je persistai dans l'expectative, et la lésion oculaire disparut pour ne plus reparaître. Par contre, la maladie mentale n'avait cessé de progresser : l'intelligence s'affaiblit de plus en plus, la mémoire est diminuée, l'embarras de la parole est de plus en plus marqué; les idées sont enfantines, ne sortent pas d'un cercle très restreint et s'accompagnent de la satisfaction et du contentement propres aux paralytiques; la paralysie générale est en effet absolument déclarée, et suit sa marche fatalement progressive.

Réflexions. — Les faits comme ceux que je viens de rapporter sont assurément rares; en près de cinq ans, et sur un nombre considérable d'aliénés et notamment de paralytiques généraux, ce sont les seuls que j'aie rencontrés.

A dire vrai, ils présentent quelques lacunes. Ainsi, il serait d'un grand intérêt de savoir dans quel état se trouvait l'œil au moment de l'apparition des premiers accidents. L'examen ophthalmoscopique a dû être pratiqué, et il importerait de savoir ce qu'il a révélé ou s'il a révélé quelque chose. Plus tard, cet examen n'offre plus la même importance, et, une fois le malade en proie au délire, il ne peut plus être fait aussi facilement.

Quoi qu'il en soit, la première idée qui vient à l'esprit, c'est de rattacher ces troubles oculo-moteurs directement à la paralysie générale qui leur succède, d'admettre qu'ils en ont été la première manifestation. Magnan et Foville ont tous deux considéré leurs malades comme des exemples de paralysie générale *par propagation*.

Mais, ici, cette hypothèse soulève bien des objections. Les troubles oculo-moteurs que je viens de décrire ont, en effet, un caractère tout particulier; ils éclatent d'une manière soudaine et insolite. Par leur siège, leur mode d'apparition, leur évolution, ils rappellent singulièrement les altérations syphilitiques depuis longtemps signalées et décrites, et dont Ricord disait : « Une paralysie oculaire, c'est en quelque sorte la signature de la

©BIU Santé

« vérole sur l'œil du malade. » M. le professeur Fournier (1), à qui j'emprunte cette citation, a longuement insisté sur la supériorité de fréquence incomparable avec laquelle les nerfs moteurs oculaires subissent les atteintes de la syphilis. Aussi, les médecins qui ont vu mes malades n'ont-ils pas hésité à instituer un traitement en conséquence; et moi-même, à une époque plus avancée de la maladie, j'ai repris la médication spécifique. Mais, si elle a paru efficace chez le second malade, dont les yeux sont revenus à l'état normal, elle n'a produit aucun effet chez le malade de l'obs. I, dont l'œil est resté strabique. Quant au malade de l'obs. III, le strabisme a disparu spontanément, ce qui, d'après Fournier, est encore un des caractères de ces paralysies oculaires spécifiques.

J'ajouterai que, dans les trois cas, l'origine des troubles oculaires était rendue moins douteuse encore par suite de l'existence, non niée, d'une syphilis antérieure. Il est vrai qu'il n'y avait pas d'autres symptômes actuels de vérole, mais c'est encore, suivant Ricord, ce que l'on observe le plus généralement.

Les nerfs atteints étaient ceux de la sixième paire (Obs. I et II), de la troisième (Obs. III); dans les trois cas, la lésion devait siéger sur le trajet périphérique du nerf, et non point dans le noyau d'origine, car je n'ai observé aucun des symptômes de la déviation conjuguée, si bien décrite dans la thèse de notre collègue M. Graux.

Quant au degré de l'altération, nous pouvons supposer que chez les deux derniers malades il n'y avait encore que cette hyperplasie cellulaire qui, d'après M. Fournier, caractérise le premier degré des lésions syphilitiques de l'encéphale. Dans l'obs. I, il y avait probablement un degré de plus, une véritable sclérose, car le traitement a été sans effet.

Mais reste toujours la question la plus intéressante, celle de savoir s'il existe un lien entre les troubles oculaires et la paralysie générale qui leur a succédé. Dans son livre sur l'ataxie, M. Fournier a signalé le rôle considérable que jouent dans la période *préataxique* du tabes les troubles d'innervation motrice oculaire. Il est vrai que ces troubles oculaires sont de règle dans l'ataxie, tandis qu'ils sont d'une extrême rareté dans la paralysie générale; aussi je ne pense pas que l'on puisse établir une entière analogie entre les deux cas.

Peut-on supposer que chez mes trois malades la paralysie générale a été le résultat de la propagation de la lésion, qui, limitée d'abord au nerf oculo-moteur, aurait gagné de proche en proche la substance des hémisphères?

S'il en était ainsi, il resterait à expliquer comment le traitement spécifique a pu guérir la lésion du nerf, tandis qu'il est resté sans action sur l'altération consécutive du tissu cérébral. Faut-il admettre que dans le tissu cérébral la lésion spécifique n'est plus susceptible de disparaître? Trop de faits viennent contredire cette assertion; les altérations syphilitiques du cerveau peuvent aussi bien guérir que celles des autres organes ou des autres tissus. Pour moi, je reste de plus en plus convaincu de l'exactitude de la thèse que j'ai soutenue dans un travail antérieur (2), à savoir que « l'encéphalopathie syphilitique n'apparaît jamais comme paralysie générale véritable »; et si, comme je le pense, les troubles oculo-moteurs doivent être rattachés à la syphilis, il me paraît également démontré que celle-ci n'a été pour rien dans l'étiologie de la paralysie générale. Nous nous trouvons donc en présence des deux hypothèses suivantes :

Ou la lésion primitive du nerf oculo-moteur a agi sur le cerveau par irri-

(1) Fournier. *Syphilis du cerveau*. Paris, 1879. *Id. De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*. Paris, 1882.

(2) *Des rapports entre la syphilis et la paralysie générale des aliénés*, in *Bulletin de la Soc. de méd. de Paris*. 1880, p. 22.

©BIU Santé

tation de voisinage, à la manière d'un corps étranger, qui, éveillant la susceptibilité morbide de l'encéphale, y aurait déterminé indirectement l'explosion de la péri-encéphalite. Celle-ci, une fois constituée, subsisterait par elle-même et indépendamment de la cause originelle.

Ou au contraire, dans l'apparition successive ou simultanée des deux maladies, il ne faut voir qu'une coïncidence fortuite. Il y aurait à la fois paralysie oculo-motrice due à la syphilis, et paralysie générale produite par l'une ou l'autre des causes habituelles de cette affection. La première pourrait guérir, la seconde serait incurable.

Pour ma part, je croirais volontiers qu'entre les deux processus morbides, il n'existe ni dépendance directe, ni indépendance absolue. Il me paraît admissible que les troubles oculo-moteurs, d'origine syphilitique, auront agi comme cause occasionnelle, hâtant l'éclosion de la paralysie générale chez des sujets *prédisposés* à cette maladie, par suite de causes variables.

Mais la question est trop obscure pour que je me hasarde à vouloir la trancher définitivement.

A quelque hypothèse que l'on veuille d'ailleurs se rattacher, on reconnaîtra, je l'espère, que mes trois observations offrent assez d'intérêt par elles-mêmes, et par les problèmes qu'elles soulèvent, pour avoir mérité de vous être rapportées avec quelques détails.

BIBLIOTHÈQUE

Traité de l'affection calculeuse du foie, par le docteur Jules Cyr, médecin inspecteur adjoint à Vichy. — Paris, 1884.

Voici une vraie monographie peu volumineuse, mais très substantielle. L'auteur, ayant à sa disposition, outre sa pratique privée, l'hôpital de Vichy, où les cas de calculs biliaires s'accumulent à chaque saison thermale, a étudié et traité son sujet avec un soin remarquable, avec les détails les plus utiles, en un mot avec l'attention éclairée d'un homme qui possède bien sa matière et sait en faire ressortir toutes les particularités qui intéressent la pratique.

Il devait naturellement commencer par discuter les caractères chimiques et physiques des calculs et le mode de leur formation. A cette occasion, il rappelle que c'est Thénard qui, le premier, a remarqué que c'est la soude contenue dans la bile qui y maintient en dissolution la cholestérine. Cette remarque ne pouvait manquer d'ouvrir une voie aux recherches d'hygiène, de pathogénie et de thérapeutique. Toutes ces questions, l'auteur les a abordées avec une grande autorité.

Dans l'étude de la lithiase biliaire, si l'on trouve la question de la pathogénie en général obscure et demandant à être approfondie et éclairée dans l'intérêt de la prophylaxie et du traitement, on apprécie tout autant les difficultés que présentent, dans un grand nombre de cas, la symptomatologie et le diagnostic.

A ce double point de vue, le livre de M. le docteur Cyr présente un incontestable intérêt. Il passe en revue, avec méthode et critique, tous les appareils, toutes les fonctions, toutes les sensations du malade, expliquant la raison d'être de la présence et de l'absence de l'ictère et sa valeur pour le diagnostic, en un mot tous les phénomènes locaux et généraux, ne négligeant rien pour en faire comprendre la signification.

Le chapitre des complications est également d'une grande importance. L'auteur y traite des phénomènes réflexes : troubles cardiaques, troubles pulmonaires, mort subite, troubles nerveux divers, fièvre intermittente hépatique ; des phénomènes locaux : cancer des voies biliaires, péritonite périhépatique ; des phénomènes de l'obstruction calculeuse : tumeur biliaire, dilatation des conduits biliaires et angiocholite, ictère, cirrhose ; de l'obstruction calculeuse du canal hépatique, du canal cystique et de la vésicule ; de la pyléphlébite ; de l'ulcération et de la perforation des voies biliaires, etc.

Dans l'exposé du traitement, l'auteur a mis une grande sobriété et une grande précision ; c'est toujours en les appuyant sur des faits qu'il a donné ses propositions et ses conseils.

Ce livre se lit facilement ; on y trouve tous les renseignements nécessaires pour la

©BIU Santé

pratique; ce qui plait surtout au lecteur, c'est qu'on voit très évidemment que l'auteur a fait ses descriptions d'après son observation personnelle, sans idée préconçue, qu'il dit ce qu'il a vu, — et il le dit bien, simplement, et pourtant avec un certain luxe de détails, et en très bon style. Ce petit livre sera recherché des praticiens.

G. Richelot père.

REVUE DES JOURNAUX

De la méningite tuberculeuse, par Wortmann. — Cette étude clinique consiste dans l'analyse soigneuse et détaillée de 56 cas consécutifs de méningite tuberculeuse.

Sur ces 56 malades, 30 appartenaient au sexe féminin. L'âge a varié de 10 mois à 11 ans, les trois quarts des malades étant âgés de 2 à 5 ans. A l'exception de 6 d'entre eux, tous les petits malades présentaient les traits caractéristiques de la misère physiologique. Chez 25, les ganglions étaient très développés. L'hérédité de la diathèse a pu être constatée chez 12 d'entre eux. Le premier symptôme de l'affection a été le vomissement qui survenait ordinairement une ou deux fois par jour et quelquefois plus souvent, mais rarement pendant la nuit. Ceux-ci s'arrêtaient généralement lorsque le pouls présentait sa lenteur caractéristique, dans un seul cas le vomissement persista jusqu'à la mort. Contrairement à l'expérience commune les vomissements reparurent dans 5 cas après avoir disparu pendant une période de 2 à 4 jours. Chez 4 malades, ces vomissements manquèrent complètement. Dans 42 cas, la constipation persista pendant tout le cours de la maladie; chez 10 malades, elle fut suivie de selles involontaires diarrhéiques survenant peu de jours avant la mort. Chez 4 malades, il y eut diarrhée pendant toute la durée de la maladie au lieu de la constipation habituelle.

A part une exception, la céphalalgie se montra un symptôme constant. L'abdomen fut rétracté en bateau chez 34 malades, chez les autres la rétraction était très modérée; mais l'hypothèse de Vogel attribuant ce phénomène au spasme tonique des muscles abdominaux, à part 3 cas où ce spasme était des plus évidents, ne fut point autrement vérifiée. La respiration pénible, dès le début du mal, atteignait un haut degré de dyspnée dans les derniers stades. Le pouls s'est montré avec ses caractères classiques. On nota toujours de la fièvre même dès le stade prodromique; jamais, dans le premier stade, elle n'atteignit au-dessus de 40° et montra toujours des rémissions matinales de près de 2 degrés. Avec la chute du pouls se produisait la chute de la température, mais il fallut plusieurs jours pour voir celle-ci revenir au degré normal.

Dans 16 cas cependant, il y eut élévation au lieu de descente et, sur ces 16 malades, 6 ne présentaient aucune complication. Dans le troisième stade, les malades présentèrent des températures très différentes de l'un à l'autre; mais, règle générale, ou il y avait ascension ou bien la température du troisième stade oscillait très peu autour du chiffre moyen de la température du deuxième stade. Ce n'est qu'assez rarement qu'on vit la température descendre d'une façon notable, dans deux cas cependant elle atteignit le chiffre de 32°4 (89°6 F.). Dans les cas simples, l'ascension agonique était extrêmement marquée, de 38° à 41°. Après la mort et lorsque la fièvre avait été vive depuis un certain temps, la température s'élevait légèrement, mais dans le cas d'ascension agonique rapide elle s'élevait encore beaucoup. Dans les autres cas, elle descendait graduellement. L'opisthotonos ne manqua que dans un seul cas, et il se montra en même temps que l'irrégularité du pouls. Chez un malade, il y eut une sorte de combinaison de l'opisthotonos et du pleurosthotonos; la tête était renversée en arrière et sur l'omoplate gauche; on trouva à l'autopsie un large tubercule sur l'hémisphère cérébelleux gauche. Dans tous les cas où les méninges spinales étaient intéressées, à part une exception, il y avait toujours un certain degré d'hyperesthésie. Et, dans l'un d'eux, on observa une éruption d'herpès zoster. Les urines soigneusement examinées ne présentèrent pas d'altérations constantes. La quantité d'urée était tantôt augmentée, tantôt diminuée. La photophobie présenta sa fréquence ordinaire. Dans le premier stade, on nota : l'instabilité des pupilles sans rapport avec une modification concomitante des rayons lumineux; leur paresse et leur dilatation coïncidant avec la lenteur et l'irrégularité du pouls, l'inégalité temporaire des pupilles sans rapport avec la position prise par l'enfant. Dans le stade paralytique les réactions pupillaires disparaissaient et les pupilles se contractaient ou reprenaient au moins leurs dimensions normales. L'examen histologique eut lieu dans 27 cas. Dans 12 d'entre eux, le fond de l'œil était normal, dans 4 autres, on distingua des tubercules sur la choroïde, dans 10 autres de l'hyperhémie veineuse de la rétine

avec névrite optique chez 4 d'entre eux. Dans un cas, il y avait des hémorrhagies et des plaques hémorrhagiques sur la rétine; à l'autopsie, on trouva de larges tubercules du cervelet, mais pas de néphrite. On observa le nystagmus 5 fois, le ptosis 6 fois. Les convulsions partielles, occupant généralement la face surtout, apparurent plus tôt que les convulsions généralisées. Pendant le paroxysme, les pupilles se dilataient. Les paralysies, qui ne furent jamais complètes, affectèrent dans les différents cas les yeux, la face, les extrémités. Dans un cas, la paralysie fut précédée de spasmes cloniques des parties atteintes. Dans la majorité des cas la tache cérébrale fut observée à un degré variable, mais les accès de rougeurs subites alternant avec la pâleur de la face se montrèrent dans tous les cas sans exception. La peau restait sèche jusque vers les derniers temps de la maladie, alors éclataient des transpirations abondantes. La durée de la maladie varia de 6 à 45 jours avec une moyenne de 3 semaines environ. Sur les 56 cas, les nécropsies révélèrent l'existence d'une granulie généralisée dans 45 cas. Toujours on constata des tubercules dans les ganglions bronchiques et cervicaux, toujours aussi la rate était tuberculeuse, soit le parenchyme, soit la capsule; il en fut de même des ganglions mésentériques, qui, dans 15 cas, avaient même subi la dégénérescence caséeuse. L'exsudat de la base présentait presque toujours une apparence gélatino-purulente et s'étendait en avant jusqu'aux lobes olfactifs. La convexité du cerveau était intéressée dans 14 cas, mais jamais sans que la base participât aux lésions. Les plexus choroïdes étaient tuberculeux dans 19 cas et dans tous présentaient un degré modéré de congestion. On examina la moelle chez les 27 derniers malades. Chez 4 d'entre eux, il n'existait aucune lésion, chez les autres, le liquide céphalo-rachidien était augmenté de quantité et souvent trouble. La pie-mère, surtout dans son segment postérieur, était épaissie, jaunâtre et tuberculeuse, et cela d'autant plus que l'affection avait duré plus longtemps. Dans 4 cas, la dure-mère était épaissie et dans deux autres on trouva sur la moelle un large tubercule solitaire. (*Jahrbuch für Kinderkeilkunde*. Baud XX, Heft 3.) — L. Dn.

ELOGE DE DUPARCQUE (1)

LU A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, DANS LA SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1883,

Par M. DE BEAUVAIS, ancien secrétaire général.

A propos de la pathologie infantile, nous ne saurions passer sous silence un mémoire publié en 1852 *Sur le ramollissement blanc aigu essentiel du cerveau chez les enfants*; que l'auteur a constaté chez des jeunes sujets d'une intelligence précoce ou développée, ayant subi des fatigues intellectuelles, des émotions morales profondes ou vives. Il proscrit les émissions sanguines, conseille les bains tièdes, les affusions froides sur la tête, les applications locales d'éther; à l'intérieur, les sédatifs, l'opium, et surtout le sulfate de quinine qu'il administrait en *lavements*, méthode fort avantageuse.

Dans ce curieux mémoire, Duparcque fait sa profession de foi en ces termes :

« Initié au vitalisme par nos premières études médicales, dans les savantes leçons des « dignes émules et continuateurs de Bichat, les professeurs Récamier et Roux, l'obser- « vation et l'expérience nous y ont de plus en plus attaché, au milieu des théories orga- « niciennes qui, depuis, lui ont été substituées. Donc, tout en nous inscrivant contre « l'opinion de Morgagni, *la lésion est la cause de la maladie*, nous nous rattachons en « l'espèce, mais avec réserve, au précepte de Laennec : *c'est par l'altération des organes « qu'on doit caractériser, spécifier la maladie.* »

J'appelle aussi votre attention, Messieurs, sur ce passage plein de philosophie et de haute humanité :

« On a signalé, dit-il, de ces jeunes merveilles surmenées dans les collèges, les pen- « sions de l'un et l'autre sexe, exhibées comme spécimens, et qui, génies précoces, n'ont « formé plus tard que des individus très ordinaires et même que des idiots. Quel pra- « ticien n'a été frappé de la fréquence des cérébrites, des méningites, des fièvres ner- « veuses, typhoïdes ou autres, dont sont trop souvent victimes les enfants, principale- « ment à l'occasion des concours et des prix.

« Une loi a été accordée aux réclamations longtemps élevées pour prévenir les désas- « treux résultats du travail précoce ou forcé chez les jeunes ouvriers; des réformes « seraient-elles moins nécessaires en faveur des jeunes intelligences dans la direction de « l'instruction moderne? »

Je livre à votre appréciation ces réflexions si sages, si vraies, qui démontrent un

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 30 mars 1884.

©BIU Santé

cœur aussi noble que généreux et un jugement profond. Ne sont-elles pas encore d'une actualité frappante?

Le thérapeutiste est à la hauteur du clinicien pénétrant et expérimenté.

Dans un rapport imprimé par décision de la Société de médecine de Paris, intitulé : *Considérations pratiques sur le seigle ergoté*, on trouve tracées de main de maître les indications les plus précises et les plus rationnelles sur ce précieux médicament, soit dans le travail de l'accouchement, soit après l'accouchement, soit en dehors de l'accouchement pour les métrorrhagies essentielles ou symptomatiques, voire même dans les épistaxis, les hémoptysies, les hématémèses, les hématuries. J'oserai dire que ce petit traité de thérapeutique est encore à la hauteur de nos connaissances actuelles, et qu'il sera consulté avec fruit par les praticiens les plus distingués.

Duparcque est aussi ingénieux qu'habile, il conseille le moyen suivant fort curieux pour combattre les accès d'éclampsie chez les jeunes enfants. Injecter en petite quantité par les fosses nasales, le chloroforme dissous dans une potion. Le médicament sera entraîné dans les voies digestives par un mouvement automatique de déglutition. Il importe seulement de profiter, pour l'administration de chaque dose, de l'intervalle de repos qui sépare l'inspiration de l'expiration.

Ce n'est pas sans surprise que je trouve, dès 1835, dans son *Traité des altérations utérines*, l'indication très nette de l'application de courants électriques ou galvaniques dirigés des lombes vers le pubis, de l'origine des nerfs de l'utérus vers leur terminaison dans cet organe pour provoquer la menstruation chez les filles chlorotiques, ou pour la rétablir quand elle est supprimée et même en combattre les fluxions utérines anormales.

Notre affectionné collègue, M. Perrin, vous a rappelé, à propos du traitement de la lithiase biliaire, la modification heureuse que Duparcque avait apportée au remède de Durande, en substituant l'huile de ricin à la térébenthine si désagréable à administrer et si difficile à supporter. Il mêlait à 60 grammes d'huile de ricin 4 grammes d'éther sulfurique qu'on édulcorait avec 30 grammes de sirop de sucre.

Beaucoup de praticiens qui ont expérimenté ce mode de traitement lui ont reconnu de réels et sérieux avantages.

Je ne saurais épuiser, sans fatiguer votre attention, la liste des mémoires aussi nombreux que variés, qui ont été publiés par Duparcque dans le cours de sa longue et laborieuse carrière.

N'oublions pas, en terminant cette énumération sommaire, de mentionner que Duparcque fut, en 1842, l'un des fondateurs des *Annales d'obstétrique et des maladies des femmes et des enfants*. Ce journal spécial de gynécologie et de pathologie infantile, nous manquait complètement. Quoique, il faut bien l'avouer, l'Allemagne et l'Angleterre possédassent depuis longtemps des organes périodiques, qui traitaient de ces questions d'un intérêt considérable.

Il me tarde maintenant, Messieurs, de vous parler des qualités intimes et particulières de l'homme privé.

Ses débuts dans l'exercice de la médecine, vous le comprenez sans peine, furent pénibles et difficiles.

Il consacrait tout son temps à l'étude et à ses malades indigents du Bureau de bienfaisance.

Il vivait retiré, le plus économiquement possible, presque seul chez lui, n'ayant à certaines heures, pour tout domestique qu'une femme de service. Mais quand le succès vint à couronner ses efforts, et quand la fortune se prit à lui sourire, il éprouva un certain bonheur à s'entourer de ses confrères et de ses meilleurs amis.

Dans un des salons de la maison légendaire de la rue des Quatre-Fils, il avait placé un billard. Là, on se réunissait, et tout en se livrant à ce jeu plein d'action, la conversation s'animait.

Duparcque avait l'esprit fin, gaulois, la répartie vive. Il aimait la plaisanterie de bon ton et pratiquait volontiers cet adage : « *Bene agere et lætari.* »

Son débit était rapide, pressé et donnait quelquefois à sa parole l'allure embarrassée, presque obscure. Il était voltairien et, malgré un certain scepticisme, il respectait toutes les convictions et ne bravait aucune croyance.

Au physique, Duparcque avait une physionomie toute particulière.

Il était grand, d'un tempérament sec et nerveux, sa marche était droite et ferme, sa mise sévère, simple, sans recherche; il rappelait par son attitude et sa démarche, le docteur Louis, le vénérable médecin de l'Hôtel-Dieu.

Duparcque aimait à se lever de bonne heure. On le voyait par toute saison parcourir le quartier du Temple de sept à neuf heures du matin, puis il rentrait régulièrement faire un premier repas pour continuer ensuite ses visites.

©BIU Santé

C'était un étrange spectacle, nous disait M. Perrin, notre excellent trésorier, que de rencontrer ce grand vieillard, à l'air vif, alerte, dont les favoris blancs encadraient magistralement le visage aux traits accentués, au regard loyal, au nez busqué, au teint animé, aux lèvres mobiles, se promenant gravement sur les boulevards, la boutonnière ornée d'un large ruban rouge, et les mains enveloppées d'un manchon.

C'était le *vir probus* par excellence, son esprit libéral était ouvert à tous les progrès. Son caractère était plein de franchise et de droiture. Dans tous les actes de sa vie professionnelle et de savant, il a toujours proclamé haut et ferme cette double maxime du médecin réellement digne de ce nom : *Probité dans l'art — Vérité dans la science.* Il a toujours fait preuve d'un désintéressement profond et sincère et d'une charité inépuisable.

Le malheur ne le trouvait jamais insensible, et sa bourse était souvent ouverte pour les déshérités de la vie ou de la profession, qui étaient dignes d'estime et de compassion.

Indulgent et dévoué pour les jeunes confrères, il les guidait et les protégeait volontiers, et leur donnait toujours l'exemple de l'abnégation et de la dignité professionnelle.

En voici un trait touchant :

Un médecin, qui débutait dans la carrière, avait une proche parente gravement malade, que soignait Duparcque. Dans les symptômes insidieux que présentait l'affection, le jeune praticien croit reconnaître, chose rare à Paris, les signes d'un accès de fièvre pernicieuse. Il s'alarme, appelle en toute hâte Andral en consultation ; il fait prévenir en même temps notre digne collègue. Pensant, vu l'urgence extrême, devoir administrer, *proprio motu*, le sulfate de quinine à haute dose, il le donne à la malade. Andral arrive le premier, confirme le diagnostic et approuve la médication.

Sur ces entrefaites survient Duparcque, il est mis au courant de la situation. Au lieu de se froisser de cette opinion contradictoire, de cette intervention spéciale, il félicite vivement le jeune confrère de sa conduite sage et énergique, signe la consultation et reste son meilleur ami.

En 1865, l'année même où Boys de Loury, notre honoré maître, suivant les traditions les plus anciennes de la Société de médecine de Paris, et comme ses distingués prédécesseurs Sédillot, Nacquart, Prus et Sandras, passait directement du secrétariat général à la vice-présidence, M. Forget, président, rappelait en termes émus un acte de pieux souvenir de Duparcque sur la vie et la mort de Rigaud, membre titulaire de la Société de médecine.

« Cet acte, dit éloquemment M. Forget, sorti non pas de la plume, mais du cœur « d'un des vétérans d'honneur de la Société, le vénéré Duparcque, est une lamentable « et navrante odyssée où se reproduit, sous une forme touchante et malheureusement « trop vraie, le long martyre d'un médecin instruit, dévoué, modeste, qui, arrivé au « terme d'une vie de travail, de déceptions et de maladies, a pu, avant de s'endormir « du sommeil de la mort, s'envelopper dans son honorabilité intacte comme d'un glo« rieux linceul et se répéter, pour consolation suprême, ces mots qui encadrent si bien « toute sa vie : *Tout est perdu, fors l'honneur!* »

— Il appartenait, Messieurs, à Duparcque, qui avait connu de si près les difficultés, les misères de l'existence, au début de sa carrière, il lui appartenait, dis-je, d'apprécier avec une généreuse sympathie les souffrances, les angoisses d'un digne confrère que la maladie et une infortune imméritée avaient réduit à une situation aussi précaire que regrettable.

Aussi, avec quel cœur, quelle sensibilité exquise il signale cette vie cruelle et cette mort douloureuse! « Nouvel et triste exemple, disait-il en terminant, à ajouter à tant « d'autres d'une existence médicale navrante, d'une fin déplorable, histoire que nous « résumerons en quelques mots pouvant servir et de moralité et d'épitaphe.

« Rigaud!
« Vie d'épreuves et de douleurs!
« Mort à la peine!
« Il était *médecin!* »

« Le style, c'est l'homme », a dit Buffon. L'âme de Duparcque vibre encore dans toute sa noblesse et sa fierté dans cette touchante allocution :

A soixante ans, il faut faire retraite.

Notre regretté collègue aimait souvent à citer ce vers.

A cette époque de la vie, Duparcque n'avait jamais quitté la capitale, et ne connaissait guère que sa ville natale et les environs de Paris. Il fut pris tout à coup d'un désir impérieux de voyager. Chaque année, il abandonnait sa clientèle, laissait déserte sa

©BIU Santé

demeure, trop calme à son gré, pour aller chercher dans de nouvelles pérégrinations une vie pleine de mouvement et de distractions.

En 1852, il inaugura le cours de ses voyages par Genève, Aix-les-Bains, la vallée de Chamounix, le Mont-Blanc. De 1853 à 1862, il visita les bords du Rhin, les Pyrénées et leurs stations thermales, la Provence, le Languedoc, les Vosges, l'Italie et la Sicile, l'Algérie, la Haute-Italie, l'Autriche, la Prusse, l'Espagne, la Belgique et la Hollande.

C'est au retour d'une de ces magnifiques excursions qu'il écrivit un mémoire très intéressant sur le climat de l'Algérie comparé à celui des contrées méditerranéennes de France et d'Italie.

Touriste enthousiaste, quoique septuagénaire, on le voyait dès l'aurore gravir les pics les plus difficiles. En 1854, sans l'héroïsme et la présence d'esprit de son guide, il aurait trouvé la mort en roulant par inattention dans un glacier, en descendant le col de la Picade, dans les Pyrénées.

Passionné pour la botanique et habile dessinateur, il mettait ses longues promenades à profit, rapportant ou des plantes rares, ou des croquis nouveaux.

Les villes d'eaux qu'il affectionnait le plus, c'est Aix-les-Bains et Vichy. Il trouvait dans ces stations le moyen de satisfaire son goût particulier pour la musique; il suivait assidument les concerts et les représentations théâtrales.

Il rencontra plusieurs fois, dans ces stations, quelques-uns de ses chers collègues; alors il éprouvait un bonheur infini à évoquer le passé, à vivre de souvenirs; alors son animation était extrême et son cœur s'ouvrait tout entier.

C'est à Vichy qu'il vint se reposer des suites douloureuses d'une opération d'abcès de la prostate, qui avait été pratiquée sur lui par son excellent collègue et ami Mercier, l'habile et regretté spécialiste que nous avons perdu récemment.

Duparcque ne s'est pas marié; lorsqu'on lui en demandait la raison, il répondait spirituellement : « Est-ce que j'ai le temps d'y penser? »

Le motif réel et digne d'être cité, me disait un de ses amis, c'est qu'il se croyait tuberculeux, et qu'il ne voulait pas donner le jour à de malheureux enfants phthisiques.

L'honnête homme et le médecin consciencieux se révèle tout entier dans ce sacrifice personnel, dans cette noble abnégation.

Malgré son âge avancé, il avait formé le projet d'aller en Egypte, à Jérusalem, à Constantinople, voire même en Amérique, mais les forces le trahirent et il renonça, à son grand regret, à ces lointains et fatigants voyages.

Il était à Baden-Baden lorsque la guerre de 1870 fut déclarée entre l'Allemagne et la France. Il revint en toute hâte à Paris, auprès de ses petites nièces orphelines, qu'il chérissait comme un père, et qu'il ne voulut pas abandonner ni pendant le Siège ni pendant la Commune.

Il vous souvient encore, Messieurs, de notre profonde inquiétude lors de la terrible explosion qui eut lieu rue Béranger, en face même de la demeure de notre affectionné bienfaiteur. Notre ancien et cher président, M. Géry, son ami particulier, se chargea de lui remettre une lettre que je rédigeai, au nom de la Société ; pour lui témoigner en cette circonstance notre vive sympathie et toute notre joie de le savoir sain et sauf.

Notons en passant, Messieurs, que, malgré ses 90 ans, Duparcque se rendit sur le lieu même de l'accident, et s'empressa de donner ses soins aux victimes de ce sinistre.

Permettez-moi de vous relire la touchante lettre que nous gardons précieusement dans nos archives et qu'il nous adressa en réponse à nos chaleureuses félicitations, le 4 juin 1878.

Monsieur le Président,

Veuillez être mon interprète auprès de la Société de médecine de Paris pour lui exprimer mieux que je ne saurais le faire, combien je suis profondément touché de l'intérêt qu'elle vient de manifester au plus ancien de ses membres, pour les dangers auxquels il vient d'échapper dans l'épouvantable catastrophe de la rue Béranger. Mille et mille fois merci de ce bienveillant et affectueux témoignage, consacré par la lettre de l'honorable secrétaire général, M. le docteur de Beauvais. Ce titre si flatteur pour la fin de ma longue carrière médicale, je le joins au diplôme qui, il y a *soixante ans*, honorait et encourageait mes débuts.

Votre tout dévoué collègue et ami,
DUPARCQUE.

Hélas ! Messieurs, un accident, en apparence insignifiant et sans conséquence, devait nous enlever en quinze jours notre cher collègue, que les épidémies les plus meurtrières, les dangers d'une longue carrière professionnelle avaient épargné.

C'est le cas de répéter avec Montaigne : « On ne sait où la mort nous attend, attendons-la partout. »

Voici dans quelles circonstances l'événement fatal est arrivé.

Duparcque, qui avait horreur du repos et un besoin constant de locomotion, pour qui l'inactivité était un supplice intolérable, surtout dans ses dernières années, trouvait un véritable soulagement et un plaisir à se faire transporter par les omnibus, jusqu'aux promenades les plus éloignées de Paris.

Un jour qu'il descendait du tramway, à la station de Passy, un jeune enfant qui jouait lui lança involontairement son cerceau dans les jambes. Notre malheureux nonagénaire chancela et fit une chute sur la chaussée. Il lui fut impossible de se relever, et l'on dut le ramener à Paris, sur une civière, à son domicile, rue Béranger.

Quoiqu'aucune fracture n'ait été le résultat de cette chute violente, Duparcque ne put, malgré les soins les plus dévoués de son collègue et ami, le docteur Géry, triompher d'un pareil ébranlement, si dangereux à son âge, et il s'éteignit, au bout de quinze jours, entre les mains de ses chères petites nièces, ses véritables enfants ; regretté et pleuré par tous ceux qui l'avaient approché et apprécié comme il le méritait.

En transcrivant les phases de cette belle vie, je me sens pris d'un immense regret, celui de n'avoir pas connu intimement Duparcque, de ne pas avoir eu le bonheur de serrer cette main loyale et chevaleresque.

Peu d'entre nous, Messieurs, ont eu cet enviable privilège, car depuis quelques années notre Société s'est presque entièrement renouvelée, et Duparcque, consacrant le reste de sa vie à un repos nécessaire, ne venait plus à nos séances.

Honneur, trois fois honneur à cet excellent collègue, à cet homme de bien qui fut fondateur de notre Société, son président, son sociétaire à vie, et qui meurt son bienfaiteur. Quelle existence glorieuse, et quelle noble fin !

Duparcque n'est pas mort pour nous, son nom vénéré restera à tout jamais gravé dans nos annales et dans nos cœurs.

Tous les deux ans, il revivra sur le front des lauréats qu'il a créés par un legs perpétuel.

Sa vie restera pour tous les médecins un modèle d'honneur, de probité, de désintéressement, de travail et de dévouement. Sa fin doit être pour nous un exemple à suivre et à méditer, surtout pour les heureux de la fortune, en même temps qu'un sujet d'éternelle et profonde gratitude.

Plaise à Dieu que l'accent de mon humble voix trouve un écho sympathique dans vos cœurs généreux, et que mon émotion sincère me fasse pardonner l'impuissance de ma plume et de mon langage à retracer dignement, dans sa lumineuse personnalité, un si noble collègue et un si grand caractère.

C'est l'unique ambition de votre ancien secrétaire général.

VARIÉTÉS

LES LÉPREUX DU TURKESTAN.

C'est aux études intéressantes de pathologie asiatique de M. Guillaume Chapus que nous empruntons les détails suivants sur l'endémie que les Kirghizes d'Astrakan désignent sous le nom de *tchapli*, les Tatars par celui d'*ourovoss-koschour* et les habitants du Turkestan par l'expression de *machaou* (1). Cette affection redoutée n'est autre que la lèpre dans ses trois formes classiques : lèpre tuberculeuse, lèpre tachetée et lèpre anesthésique.

Abandonnés à eux-mêmes et sans secours médicaux, les lépreux du pays sont le plus souvent relégués hors des villes. En 1869, le docteur Saveljeff visitait une léproserie des environs de Tachkent et constatait que ses vingt-neuf habitants étaient atteints de la lèpre à divers degrés. Presque tous portaient des pustules aux mains et à la figure ; d'autres étaient aveugles. Chez quatre d'entre eux, la maladie avait fait tomber les doigts des mains et des pieds.

Dans le district de Chodjent, près d'Oura-Tépé, M. Ferenjeff a observé un lépreux qui n'avait plus la forme humaine. Son visage avait disparu ; les pustules avaient détruit les yeux, les sourcils, le nez et le menton ; une ouverture informe remplaçait la

(1) Voir : *Revue scientifique*, p. 170, 1884.

©BIU Santé

bouche. Cet individu, à la fois sourd, aveugle et muet, âgé de trente ans, restait constamment étendu au soleil et couché par terre.

Auprès des centres de population, Tachkent, Samarcande, Kariki ou Bochara, M. Guillaume Chapus rencontrait sur le bord du chemin et jusqu'aux portes des villes, des groupes de lépreux couchés dans la poussière, vêtus de haillons et demeurant dans l'apathie et l'immobilité. A son approche, la masse se remuait, les haillons s'écartaient et il apercevait une face ou un bras difformes. La main, estropiée souvent par la chute de quelques doigts « tient, dit-il, une sébile vide, tandis qu'une voix rauque, étouffée, demande l'aumône : *Ssiljaou, toura, ssiljaou, ssiljaou!* (Aumône, seigneur, aumône, aumône!) »

Dans les grandes villes, ou bien à proximité de leur enceinte, existent des établissements ou des groupes d'habitations, quartiers isolés et distincts de la résidence des autres citadins. Ils sont réservés aux lépreux et recevaient le nom de *Mechaou-Kischlak*.

A Tachkent, cet établissement, placé à quatre kilomètres de la ville, est construit en terre battue et complètement isolé par une enceinte que forme une haute muraille. Vers 1835, on y transporta tous les lépreux des environs. En 1869, ils étaient au nombre de 29, de l'un et l'autre sexe, et, en 1871, de 31. En 1881, M. Guillaume Chapus évaluait le nombre à 45. L'endémie léprosique est donc à l'état stationnaire dans cette contrée, par contre elle ne présente aucune atténuation depuis un demi-siècle.

Dans le district de Chodjent, auprès d'Oura-Tépé, il existe un autre établissement qui, en 1870, renfermait 15 hommes, 5 femmes et 2 enfants, habitant dans 7 maisons. Les lépreux de ces établissements sont, d'après M. Chapus, relativement moins malheureux qu'on ne pourrait le supposer, parce qu'ils y sont exempts de tout souci et de toutes les charges de la vie.

A la nouvelle d'un cas de lèpre, les habitants d'un de ces asiles envoient une députation auprès du malade, lui demandant de venir résider parmi eux. S'il est pauvre, il accepte et suit la députation; s'il est riche, il se rachète moyennant un tribut annuel de 150 à 300 francs et ne cohabite pas avec les autres lépreux. D'ailleurs, le nombre total des lépreux ne s'élèverait guère au delà de 500 environ dans le Turkestan russe, le Bochara et le Chiva. L'hérédité par suite des unions entre lépreux, et les défectueuses conditions de l'hygiène générale doivent être considérées comme de puissants facteurs dans l'étiologie de la lèpre en Asie centrale. Ce sont là vraisemblablement aussi des causes qu'on pourrait invoquer dans l'étiologie des affections lépreuses des habitants du Caucase, de la Crimée et des bords du Don ou du Volga. — C.-L. D.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion des FÊTES DE PAQUES, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Mardi 15 Avril.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Amphithéâtre d'anatomie.* — Programme des cours de la saison d'été, année 1884 :

1° Cours de médecine opératoire. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon, directeur des travaux anatomiques, ouvrira ce cours le *lundi 21 avril 1884, à quatre heures.*

M. le docteur Tillaux traitera des *résections* et des *opérations spéciales*, les lundis et vendredis.

M. le docteur Le Bec, premier prosecteur, traitera des *amputations*, les mardis et jeudis.

M. Ricard, deuxième prosecteur, traitera des *ligatures d'artères*, les mercredis et samedis.

Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° Conférences d'histologie. — Des conférences sur *l'histologie normale et pathologique* continueront à être faites par M. le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire.

MM. les Elèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitememt à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 7 avril.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Panas : De l'amblyopie toxique. — II. Revue des Journaux. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — Académie de médecine. — IV. Bulletin des décès de la Ville de Paris. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

De l'amblyopie toxique.

Leçon de M. le professeur PANAS,

Recueillie par le docteur de Lapersonne, chef de clinique de la Faculté.

Dans une de nos dernières consultations, vous avez eu l'occasion d'observer un malade qui présentait un certain nombre de phénomènes fonctionnels dont l'ensemble nous a permis de porter le diagnostic d'amblyopie toxique au début. Tous les symptômes accusés par ce malade étaient d'ailleurs peu marqués; mais il est d'autant plus important de bien les reconnaître que, pendant longtemps, ils sont seuls à dévoiler la maladie. L'examen ophtalmoscopique ne fournit qu'un résultat négatif; quant à l'interrogatoire et à l'étude des antécédents, ils ne présentent pas des garanties assez sérieuses. Si les malades accusent facilement des habitudes invétérées de fumeur ou de priseur, ils n'avouent pas toujours des habitudes alcooliques. On sait qu'il faut faire un interrogatoire très méthodique pour avoir ces renseignements; d'ailleurs l'influence nicotinique ou alcoolique est très variable suivant l'âge, le sexe, le tempérament et surtout l'état social des individus; nous aurons à y revenir tout à l'heure.

Chez notre malade, il existait une sorte d'éblouissement particulier, de photophobie légère qui s'accusait surtout lorsqu'on lui faisait fixer certaines couleurs, telles que le rouge intense, le pourpre. Il avait d'ailleurs fort peu d'amblyopie et lisait encore les numéros les plus fins de l'échelle de Snellen. Il a été très soulagé par l'emploi de verres fumés, et mieux encore par des verres teintés en jaune ocre que nous lui avons conseillé de préférence, l'expérience nous ayant démontré que dans certaines photophobies d'origine rétinienne, ces verres sont beaucoup mieux supportés que les verres bleus et les verres fumés.

Il est d'ailleurs assez curieux de voir cette opposition entre cette photophobie rétinienne et la diminution de l'acuité visuelle. Vous observerez des amaurotiques absolus qui, loin de chercher la lumière en portant la tête haute et en maintenant les yeux ouverts largement, sont obligés de se protéger du jour et de se placer dans une obscurité complète pour éviter les effets de cette photophobie. Les deux propriétés de la rétine sont ici franchement en opposition.

Mais ce signe n'est pas constant, et la diminution de l'acuité visuelle est bien souvent le seul caractère qui dénote l'amblyopie toxique au début. La lecture devient impossible et aucun verre de lunette ne peut corriger ce trouble visuel. Recherchez alors la troisième propriété de la rétine, étudiez le sens chromatique et vous serez frappés des phénomènes que vous observerez. La dyschromatopsie d'origine toxique débute toujours par le centre du champ visuel. Aussi si l'on recherche les altérations du sens chromatique avec les écheveaux de laine, ou avec les papiers colorés de Heidelberg, on n'obtient pas toujours la preuve de la dyschromatopsie : les couleurs sont encore perçues par la périphérie. Ce n'est qu'avec le périmètre qu'on peut arriver à reconnaître ce scotome central.

Il se passe un phénomène analogue pour l'acuité visuelle : les malades

©BIU Santé

ne vous renseignent pas suffisamment sur le trouble qu'ils éprouvent, mais en prenant le champ visuel, on trouve, au moins à une certaine période, si ce n'est un scotome absolu, du moins une grande diminution de l'acuité visuelle dans le centre même du champ visuel.

Samelshon a montré que le trouble du sens lumineux commençait aussi par les parties qui répondent au point de fixation.

Ainsi toutes les altérations fonctionnelles commencent par le centre, par la partie où se trouvent, en plus grande quantité, les éléments nobles de la rétine. C'est là un caractère de la plus grande importance qui nous permet de reconnaître l'amblyopie toxique des lésions d'origine cérébrale, par exemple, ou des atrophies optiques de causes diverses. Ici, en effet, nous observons un rétrécissement du champ visuel, régulier ou par secteurs, l'altération commence par la périphérie de la rétine.

Pour quelques auteurs, entre autres pour le professeur Hirschberg, le scotome central pour les couleurs présenterait des différences suivant l'origine nicotinique ou alcoolique de l'amblyopie. Je ne sais si cette distinction est possible : nous n'avons pas pu la constater, ce qui n'a rien d'étonnant surtout dans notre clientèle d'hôpital, où les deux habitudes sont aussi invétérées et où il est bien difficile de savoir quelle part revient à chacune d'elles.

Les signes fournis par l'ophtalmoscope sont nuls au début, comme nous venons de le dire ; mais plus tard on remarque que la pupille est un peu plus colorée, comme teintée uniformément en rouge, les zones concentriques disparaissent, enfin les vaisseaux sont plus volumineux. Ces caractères dénotent une légère congestion papillaire. Puis sans inflammation notable du nerf, sans œdème papillaire, on voit survenir insensiblement une atrophie partielle, une décoloration de la papille dans la moitié externe (partie interne à l'image renversée).

S'appuyant sur cette limitation presque constante, Samelshon a pensé qu'il s'agissait d'une névrite partielle du faisceau qui se rend à la macula. Il a pu même suivre exactement ce faisceau nerveux jusqu'au niveau du chiasma. Ses fibres, d'abord situées à la partie externe du nerf à sa sortie du globe de l'œil, gagnent bientôt la partie supérieure, puis s'enfoncent dans la partie centrale, de telle sorte qu'à l'arrivée au chiasma, elles sont entourées de toute part par des fibres nerveuses, mais plus rapprochées du côté interne. Bien entendu, les lésions se généralisent plus tard et l'amblyopie toxique aboutit à l'atrophie complète du nerf optique. Cette étude anatomo-pathologique des lésions de l'amblyopie toxique est loin d'être terminée : elle présente le plus grand intérêt, et je crois que c'est par elle que nous arriverons à la connaissance définitive de cette affection, ainsi que je vais vous le dire à propos de la pathogénie.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur l'influence prépondérante de l'alcool et du tabac.

Hutchinson pense que le tabac est le seul coupable : il va même jusqu'à dire que l'alcool est un antidote de l'intoxication nicotinique, puisque le tabac est un hyposthénisant tandis que l'alcool est un excitant : l'alcool aurait donc dans ce cas l'action bienfaisante d'une potion de Todd. J'ai eu l'occasion de causer de cette question avec Hutchinson et voici une des raisons qui lui paraissent des plus péremptoires. A Moorfield's Hospital, sur une population de plus 20,000 malades, on rencontre un très grand nombre de cas d'amblyopie toxique chez les hommes, mais presque aucun chez les femmes. Or, tout le monde sait que dans la population misérable de Londres le nombre des femmes alcooliques est très grand. Si elles n'ont pas d'amblyopies toxiques c'est qu'elles ne fument pas.

Contre l'opinion d'Hutchinson, on pourrait invoquer des arguments fournis par les médecins qui exercent en Orient. A Constantinople, on n'observe presque jamais l'amblyopie toxique. Mais ceci peut tenir à des causes

qui, quoique secondaires, peuvent avoir leur influence, les tabacs du Levant contenant beaucoup moins de nicotine que les tabacs du Nord. Il n'est pas jusqu'à la manière de fumer qui n'ait son importance et, sans insister sur cette question, on peut dire qu'avec le nargilé, par exemple, on doit absorber beaucoup moins de nicotine qu'avec la petite pipe de terre, dite brûle-gueule.

Pour moi, un fait que je considère comme certain, c'est que l'alcool seul peut déterminer l'amblyopie. Bien plus, l'amblyopie peut débuter brusquement à la suite d'un excès alcoolique, et si l'ivresse seule ne peut pas produire cette affection, une ivresse chez un ancien alcoolique peut en être le point de départ. Plusieurs fois j'ai pu constater le fait. L'ouvrier parisien qui, peu à peu s'alcoolise comme vous le savez, en buvant « la goutte » ou seulement en buvant du vin, sous prétexte que « le vin ne fait pas mal », n'éprouve aucun phénomène morbide, mais qu'il soit soumis à une intoxication aiguë et brusquement l'amblyopie apparaîtra. Pendant la guerre j'ai vu plusieurs faits semblables. Les gardes nationaux, presque tous ouvriers parisiens, montaient la garde au bastion ; mal nourris, ils buvaient pour se soutenir et pour se réchauffer. A plusieurs reprises j'ai vu à la consultation du Bureau central quelques-uns de ces malades qui se présentaient en employant eux-mêmes cette expression bien typique : « J'ai la vue brûlée. »

Les excès alcooliques ne sont pas la seule cause occasionnelle à invoquer. Samelshon a insisté avec raison sur l'action d'un refroidissement brusque. D'autres causes pourraient exercer leur influence : le surmenage, les fatigues, les veilles prolongées à l'atelier m'ont paru agir dans le même sens. Je crois qu'il faudrait reprendre les corps d'état et voir quels sont ceux qui offrent le plus grand nombre d'amblyopes. Sans parler des marchands de vin, il est probable que dans toutes les industries où l'ouvrier est soumis à des intoxications diverses par le plomb, le mercure, le sulfure de carbone, etc., l'amblyopie trouvera un terrain propice pour se développer plus rapidement. Ce sont là, Messieurs, des questions d'hygiène sociale dont vous comprendrez toute l'importance et que l'ophtalmologie contribuera beaucoup à résoudre.

Comme vous le voyez, cette étude est pleine d'intérêt et vous gagnerez beaucoup à l'approfondir. Il ne faut pas, comme je l'entends trop souvent, dire dédaigneusement : « C'est un alcoolique. » N'est-il pas curieux de voir ce poison intoxiquer tout d'abord une petite partie de la rétine, la plus importante, la région de la macula, et se spécialiser dans un seul faisceau nerveux qu'on a pu suivre jusque dans le chiasma ?

Dans le livre de Græfe et Sœmisch, Leber avait décrit cette affection comme une névrite rétro-bulbaire, c'est-à-dire comme une névrite dont le point de départ serait dans la portion du nerf optique située immédiatement en arrière du globe ou bulbe de l'œil.

Nous ne sommes plus au temps où la limitation d'une névrite ou d'une paralysie à un seul faisceau nerveux nous obligeait à penser à une altération d'origine périphérique. Des recherches plus récentes nous ont appris qu'au delà des noyaux centraux, les filets nerveux poursuivaient leur marche vers les couches corticales, en s'épanouissant de nouveau ; et si l'anatomie est impuissante à les suivre, du moins la pathologie nous donne des renseignements assez précis sur leur origine. Il n'est donc pas étonnant qu'on observe des paralysies très limitées avec des lésions de cause centrale. Regardez ce qui se passe pour le moteur oculaire commun : M. Landouzy a observé une paralysie limitée au releveur de la paupière supérieure, et reconnaissant pour cause un petit noyau de ramollissement cortical. Dans la paralysie diphthéritique, dont l'origine centrale ne peut être mise en doute, que voit-on ? une paralysie limitée au muscle accommodateur.

©BIU Santé

Peut-être pourra-t-on démontrer un jour anatomiquement, que la névrite toxique est bien d'origine centrale et même corticale. Mais déjà nous ne pouvons accepter l'idée d'une névrite rétro-bulbaire aiguë ou chronique. Ce qui est certain, c'est qu'il existe une névrite partielle, localisée au début à un seul faisceau du nerf optique et qui se généralise plus tard pour aboutir à l'atrophie.

Devant les symptômes de l'amblyopie toxique, vous ne devez pas rester inactifs. Au début, vous obtiendrez de bons résultats par l'emploi du bromure de potassium et des révulsifs intestinaux; mais c'est surtout par un régime très sévère que vous arriverez à arrêter la marche de la maladie.

Je n'ai pas besoin de vous dire avec quelles difficultés on triomphe des habitudes des malades: aussi voit-on trop souvent l'affection passer à la seconde période, période d'atrophie. C'est dans ces cas que vous pouvez employer l'électricité à courants continus et les injections sous-cutanées de strychnine.

REVUE DES JOURNAUX

MÉNOXÉNIE. — *Jeune fille de 17 ans, réglée par le sein gauche.* — M. le docteur Rouxeau s'exprime ainsi, dans la *Gazette médicale* (de Nantes) du 9 janvier:

Pendant l'hiver de 1846-1847, une jeune fille des environs de Saint-Etienne-de-Mont-Luc vient me consulter pour une anomalie inquiétante dans sa santé. Elle a 17 ans, une taille moyenne et bien prise, plutôt grasse que maigre, elle est fraîche et présente l'aspect d'une excellente santé. Elle n'a jamais perdu une goutte de sang par les voies naturelles, mais depuis quatre ou cinq mois, *elle est réglée à jour fixe et pendant trois ou quatre jours, par le mamelon gauche.* Ici se trouve dans mes notes une regrettable lacune que mes souvenirs ne peuvent combler. Avait-elle eu du côté de l'utérus et pendant un temps plus ou moins long, des phénomènes précurseurs de la menstruation? Eprouvait-elle, à l'époque de ses règles déviées, un molimen hémorrhagique quelconque, du même côté, des pertes blanches, etc.? Double question malheureusement insoluble, bien qu'elle ait son importance.

Quoi qu'il en soit, cette jeune fille, qui était à huit jours de son époque, ne présentait rien d'anormal au siège de l'écoulement ménoxénique. Les deux seins, assez développés, étaient exactement semblables, et l'inspection à la loupe du mamelon gauche, ne m'offrit aucune particularité.

D'après nos conventions, sa mère me la ramène au bout d'une dizaine de jours, au milieu de la période menstruelle. La jeune fille a la poitrine garnie de linges ensanglantés. Le sein gauche, couvert de sang, est de près d'un tiers plus volumineux que le droit, tendu et turgescent, ainsi que le mamelon.

Après avoir soigneusement épongé la partie avec de l'eau tiède, je l'examine avec une attention minutieuse. Presque immédiatement, sept ou huit fines gouttelettes paraissent sur le mamelon et se réunissent bientôt en une grosse goutte qui coule sur le sein. Une seconde épreuve donne le même résultat. C'était donc un flux ménoxénique complet: congestion, tension, afflux sanguin considérable et hémorrhagie.

Le fait constaté, il fallait y remédier sans retard. Je conseillai: quatre sangsues au siège ou dans les aines, deux ou trois jours avant l'époque présumée de l'écoulement, et en même temps deux fumigations par jour, avec une infusion d'absinthe. Des pédiluves fréquents et l'usage de pilules d'aloès et de rhue. Ce traitement devait être continué plusieurs mois, jusqu'à l'établissement des règles normales.

Malheureusement, je n'ai pas revu cette jeune fille, je n'en ai jamais entendu parler depuis, de sorte que je ne puis compléter mon observation. Mais le fait n'en reste pas moins curieux, comme exemple certain et constaté de véritable ménoxénie, c'est-à-dire *de déviation de tout le sang menstruel* vers un organe lié à l'utérus par de nombreuses et étroites sympathies.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 avril 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Rapport sur une observation de luxation du poignet en avant. — Anévrysme cirsoïde de l'extrémité des doigts ; discussion. — Observation d'hystérectomie pratiquée pour un corps fibreux de l'utérus compliqué d'hydronéphrose suppurée ; guérison.

M. Chauvel lit un rapport sur une observation de M. Dieu, médecin-major à l'hôpital militaire de Constantine (Algérie), relative à un cas de luxation en avant du poignet.

Avec la relation de cette observation, l'auteur a envoyé le moule en plâtre de la partie malade.

Or, en examinant ce moule avec attention, M. le rapporteur n'a pu se défendre de concevoir des doutes sur la réalité de cette luxation, que l'on a d'ailleurs très rarement l'occasion d'observer. En effet, on constate sur le moule une saillie anormale de l'extrémité inférieure du cubitus, dont l'apophyse styloïde se trouve être sur le même plan transversal que l'apophyse styloïde du radius. M. Chauvel croit devoir faire des réserves au sujet de l'interprétation donnée par M. Dieu.

M. Richelot partage les doutes exprimés par M. le rapporteur; il pense que l'auteur de l'observation a été victime d'une illusion, et qu'il s'agit ici d'une fracture du radius, avec saillie de l'extrémité inférieure du cubitus.

— M. Desprès communique un cas d'anévrysme cirsoïde de l'extrémité des doigts, qu'il a eu l'occasion d'observer l'année dernière dans son service de l'hôpital de la Charité, et qui lui a paru présenter des particularités dignes d'intérêt.

Il s'agit d'une femme âgée de 64 ans, d'une bonne constitution, née de parents doués d'une santé excellente: le père est mort d'un accident traumatique, et la mère a succombé à la petite vérole.

Réglée à 14 ans, elle n'a jamais eu de rhumatisme. L'affection actuelle a débuté vers l'âge de 55 ans. L'extrémité pulpaire du doigt médius de la main droite présenta, à ce moment, une coloration violacée; elle devint le siège de douleurs assez vives qui empêchaient la malade de dormir et d'une augmentation notable de volume avec battements. La malade consulta un médecin qui lui pratiqua tous les quinze jours, pendant quatre mois, des piqûres avec la lancette sur l'extrémité du doigt. Chaque fois, il jaillissait des flots de sang des petites plaies faites par les piqûres, ce qui n'empêchait pas la tumeur de se reproduire après chaque opération. Au bout de quatre mois de ce traitement, la malade ne voulut plus le continuer.

Il y a deux ans, la tuméfaction du médius augmenta, et l'indicateur de la même main présenta à son tour une petite tuméfaction de couleur violacée avec battements à l'extrémité pulpaire. Puis le doigt se dessécha, se recouvrit de petites écailles, offrant toutes les apparences d'une partie momifiée. Chose curieuse, l'extrémité du doigt ainsi momifiée était le siège d'une ulcération trophique ne donnant pas une goutte de sang, bien qu'à la base de l'ulcération toutes les artères et les veines fussent ditatées et considérablement augmentées de volume.

C'est dans cet état que la malade entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Desprès.

M. Desprès constata que les dilatations variqueuses et les battements s'étendaient dans la paume de la main jusqu'aux éminences thénar et hypothénar. Ces battements cessaient par la compression des artères radiale et cubitale. L'artère radiale avait conservé sa direction rectiligne, mais la cubitale présentait des flexuosités dans une certaine étendue.

M. Desprès résolut de faire une double opération :

1° L'amputation du doigt médius notablement augmenté de volume et dont les artères étaient considérablement dilatées;

2° La résection de la partie flexueuse de l'artère cubitale qui lui semblait être la principale source de l'alimentation de la tumeur.

Il commença par la résection de la cubitale. Il découvrit et disséqua ce vaisseau, en ayant soin de ne pas ouvrir la gaîne du cubital antérieur, jusqu'au point où l'artère s'engage sous le ligament palmaire, puis, après avoir compris entre deux ligatures la

©BIU Santé

partie flexueuse de l'artère, il en pratiqua l'ablation. L'examen microscopique ne révéla aucune altération dans les tuniques de la portion réséquée.

Après la résection de la cubitale, M. Desprès pratiqua l'amputation du doigt médius avec la tête du métacarpien correspondant. Ce dernier détail du manuel opératoire lui paraît avoir un grand avantage au point de vue des fonctions de la main, qui sont facilitées par l'ablation de la tête du métacarpien; celle-ci, quand on la laisse, s'interpose aux doigts voisins, empêche leur rapprochement et gêne leurs mouvements.

L'amputation du doigt nécessita un grand nombre de ligatures, celles de deux collatérales superficielles et d'une collatérale profonde de chaque côté, en tout six ligatures.

Le seul pansement appliqué fut le pansement par occlusion, avec des bandelettes de diachylon, qui suffit à amener en peu de temps la cicatrisation complète de la plaie d'amputation.

Au bout d'un mois, pendant lequel M. Desprès tint la malade en observation, l'opérée quitta l'hôpital, parfaitement guérie de son opération, et ayant en outre obtenu, grâce à cette dernière, l'arrêt du développement de son anévrysme.

Il existait encore des battements dans le doigt indicateur, mais les battements avaient complètement cessé dans la paume de la main.

M. Desprès a reçu, il y a huit jours, des nouvelles de la malade qui se trouvait, à cette date, dans l'état le plus satisfaisant.

En présence du résultat de son opération, M. Desprès se demande s'il n'y aurait pas lieu d'introduire, dans le traitement des anévrysmes cirsoïdes, la résection de l'artère qui paraît être la source principale de l'alimentation de la tumeur.

Le docteur Décès, dans sa thèse *Sur l'anévrysme cirsoïde*, dit que le meilleur traitement de cette maladie consiste dans l'ablation de la tumeur. Le cas de M. Desprès semble indiquer que l'on peut obtenir de bons résultats sans faire courir aux malades les inconvénients et les dangers de l'extirpation ou de graves mutilations, par la seule résection des vaisseaux dilatés qui paraissent nourrir l'anévrysme cirsoïde.

M. Terrier rappelle le processus de l'anévrysme cirsoïde, le plus souvent produit soit par un traumatisme, soit par le développement d'un nœvus congénital ou acquis; la tumeur primitivement érectile, puis pulsatile, puis cirsoïde, enfin accompagnée de dilatations vasculaires, montre en quelque sorte, par les étapes successives qu'elle parcourt, quel est le meilleur mode de traitement à lui appliquer. En agissant sur les tumeurs, on fait disparaître les dilatations vasculaires, c'est exactement le contraire de ce que semble croire M. Desprès. M. Verneuil a cité un cas remarquable de ce genre tiré de sa pratique hospitalière: en enlevant une tumeur cirsoïde du cuir chevelu existant au niveau de la région frontale, il a fait disparaître les énormes dilatations vasculaires qui, de ce point, rayonnaient sur toutes les régions de la tête.

M. Terrier croit qu'il est difficile d'admettre, dans l'anévrysme cirsoïde, l'absence de lésions des tuniques artérielles, comme il semblerait résulter de l'examen histologique, sans doute incomplet, de la portion d'artère cubitale réséquée par M. Desprès.

M. Verneuil confirme ce que vient de dire M. Terrier au sujet de la tumeur cirsoïde qu'il enleva dans son service, avec le concours de MM. Bouilly et Richelot, aujourd'hui ses collègues. Il s'agissait, en effet, d'une tumeur cirsoïde du cuir chevelu ayant déterminé d'énormes dilatations vasculaires dans les artères frontales, temporales, occipitales. La tumeur originelle enlevée, toutes les dilatations artérielles disparurent comme par enchantement. Il est difficile de donner l'explication de pareils faits, mais ils sont incontestables.

M. Trélat dit avoir observé, au début de sa carrière de chirurgien des hôpitaux, dans le service de M. Alphonse Guérin, à l'hôpital de la Pitié, un fait qui vient à l'appui des idées émises par MM. Terrier et Verneuil. Il s'agissait d'un malade atteint de tumeur pulsatile ulcérée du médius de la main droite. Ce malade avait eu trois ou quatre crises hémorrhagiques violentes qui avaient failli l'emporter; il avait subi inutilement plusieurs injections coagulantes dans sa tumeur. Après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique, M. Trélat, qui remplaçait M. Alph. Guérin, se décida à pratiquer l'amputation de l'avant-bras, malgré les dilatations artérielles qui remontaient bien au-dessus de la section du membre. Le résultat de l'opération fut le même que dans le cas de M. Verneuil; les dilatations artérielles disparurent et le malade, complètement guéri, a été revu depuis à diverses reprises par M. Trélat, qui a reçu de lui des témoignages non équivoques de sa vive reconnaissance.

M. Trélat pense que les dilatations vasculaires sont produites par la tension exagérée

©BIU Santé

du sang au-dessus de la tumeur; en faisant disparaître la cause de cette exagération de la pression sanguine, on fait cesser du même coup la dilatation artérielle.

M. Pozzi pense que la dilatation artérielle a une cause diamétralement opposée à celle indiquée par M. Trélat; au lieu d'être due à un excès de pression, elle serait, au contraire, sous l'influence d'une diminution de la pression intra-artérielle; les parois des vaisseaux s'amincissent en vertu d'une sorte de dystrophie caractérisée par la diminution considérable des éléments musculaires ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse, et par l'augmentation corrélative des éléments du tissu conjonctif.

M. Marc Sée pense, contrairement à M. Pozzi, que la dilatation des artères, dans l'anévrysme cirsoïde, est due non à la dégénérescence de leurs parois, mais à une suractivité de la circulation dans ces vaisseaux. Partout où l'on voit une quantité plus considérable de sang affluer dans les artères, on voit parallèlement ces vaisseaux se dilater; c'est pourquoi, lorsque l'artère principale d'un membre est liée, on constate l'augmentation du volume des collatérales. Ce qui se passe du côté des dilatations artérielles, après l'ablation des tumeurs cirsoïdes, indique bien qu'il ne s'agit pas d'une dégénérescence des parois vasculaires, car ces dilatations ne disparaîtraient pas si elles étaient produites par des altérations matérielles. C'est donc l'hypertrophie, la nutrition plus active des parois des artères qui détermine leur dilatation dans l'anévrysme cirsoïde.

M. Chauvel demande à M. Desprès s'il pourrait apporter un certain nombre de faits à l'appui de ce qu'il a dit sur l'utilité qu'il y aurait, dans l'amputation des doigts, à enlever en même temps une partie du métacarpien correspondant.

M. Desprès répond qu'il a publié, en 1874, trois observations d'amputations d'orteils avec ablation de la tête des métatarsiens. Il a constaté que les opérés marchaient beaucoup mieux que ceux à qui on avait désarticulé simplement l'orteil.

De même, dans les amputations des doigts, lorsque l'on enlève en même temps les métacarpiens correspondants, on facilite les fonctions de la main en supprimant la gêne que l'interposition de la tête du métacarpien cause aux doigts voisins.

— M. Pozzi communique une observation d'hystérectomie pratiquée dans un cas de corps fibreux de l'utérus compliqué d'hydronéphrose suppurée. L'opération a été suivie de guérison.

A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 avril 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

Sommaire. — *Ulcération mortelle de la trachée après la trachéotomie. — Tympanisme sous-claviculaire dans la pneumonie avec hépatisation totale. — Hémiplégie hystérique et douleur pseudo-ovarienne chez l'homme. — Phlébite variqueuse oblitérante de la région hypogastrique.*

Parmi les pièces de la correspondance se trouve une lettre du ministre de l'instruction publique invitant la Société à désigner des délégués au congrès des Sociétés savantes.

M. d'Heilly présente une pièce anatomique qui permet d'observer un accident rare après la trachéotomie, une *eschare de la partie antérieure de la trachée.*

Un enfant de 5 ans, entré à l'hôpital pour la diphthérie, fut opéré sans que la trachéotomie présentât d'incident; la canule fut mise sans difficulté et la cicatrisation commença sans qu'on eût à noter d'autre symptôme insolite que la fétidité de la plaie et la coloration noirâtre de la canule. Celle-ci séjourna d'ailleurs peu de temps et fut, dès le début, retirée plusieurs fois par jour. Le huitième jour la plaie semblait à peu près guérie, lorsque, douze jours après l'opération, l'enfant fut pris d'une hémoptysie. La plaie se rouvrit sous l'influence de la toux, et le sang s'échappa par la bouche et la plaie. Malgré les efforts de l'interne de garde, la mort fut rapide. A l'autopsie, on trouva à un centimètre au-dessous de la plaie une ulcération de la dimension d'une pièce de 20 centimes, anfractueuse, infundibuliforme. Au fond existait un pertuis qui permettait à un stylet de pénétrer dans le tronc brachio-céphalique. La cause de cette ulcération a sans doute été le contact de la canule avec la muqueuse; mais, pourquoi chez cet enfant un contact si court a-t-il amené l'ulcération, tandis que l'on voit souvent d'autres fois conserver sans accident, pendant plusieurs mois, une canule à demeure? C'est là un accident exceptionnel. Roger, Barthez et Sanné ont rapporté un certain

©BIU Santé

nombre d'exemples de perforation de la trachée ; mais il n'y a dans la science que deux cas exactement analogues à celui-ci, relatés par un chirurgien anglais House (*Guy's hosp. Report*).

M. Laveran relate une observation pour servir à l'histoire du *tympanisme sous-claviculaire dans la pneumonie*, observation dans laquelle les phénomènes observés sont en contradiction avec les notions classiques admises sur ce point de séméiologie.

Un militaire de 22 ans entre le 12 décembre 1883 à l'hôpital du Gros-Caillou ; il était malade depuis trois jours et présentait les signes classiques d'une pneumonie lobaire gauche ; douleur de côté, fièvre; toux, expectoration rouillée, matité, souffle tubaire et râles crépitants dans la partie postérieure et inférieure gauche du thorax. La pneumonie s'étend et occupe bientôt toute la hauteur du poumon gauche. A ce moment au sommet gauche, en avant, sous la clavicule, existe une sonorité tympanique analogue à celle qu'on observe si souvent dans la pleurésie. M. Laveran en conclut que la partie supérieure du poumon était restée perméable à l'air. Le 20 décembre une pneumonie droite se déclarait et le malade succombait le 21 aux progrès de l'asphyxie. Le jour même de la mort le tympanisme sous-claviculaire existait encore ainsi que l'avaient constaté tous les élèves qui suivaient la visite.

A l'autopsie, on trouva le poumon gauche hépatisé dans toute son étendue ; c'était une hépatisation grise totale, l'organe avait sur les coupes l'aspect de foie gras et il n'eût pas été possible de trouver un lobule ni un alvéole sains. La sonorité tympanique avait donc existé en un point où le poumon ne renfermait plus d'air.

Quand on se reporte à l'historique de ce phénomène stéthoscopique, on se rappelle que Graves, William, l'expliquaient par un pneumothorax, explication depuis longtemps abandonnée. Ensuite Skoda, Wintrich, Woillez l'étudièrent avec soin ; celui-ci dès 1856, dans un mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, puis dans un article de la *Gazette des hôpitaux*, enfin dans son *Traité des maladies des voies respiratoires*. Mais le fait actuel diffère complètement de tous ceux qu'ont eus en vue les auteurs antérieurs ; on admettait jusqu'ici que dans ces cas il existait des parties saines à côté des parties hépatisées et les théories, au moins au nombre de trois, qui ont été proposées pour expliquer le phénomène, sont basées sur l'intégrité d'une portion de l'organe.

N'y aurait-il pas lieu d'admettre que dans ce cas la *sonorité est celle de la trachée et des grosses bronches transmise par le parenchyme hépatisé ?* Cette sonorité trachéale, ainsi que l'appelle Williams, a été observée à l'état normal chez quelques enfants par la percussion de la partie gauche du sternum. Cette explication ne pourrait-elle être appliquée, non seulement au tympanisme de la pneumonie en général, mais aussi à quelques cas de pleurésie avec épanchement dans lesquels le poumon a été trouvé à l'autopsie totalement imperméable ?

M. Debove présente un *homme atteint d'hystérie*.

Ces deux mots accouplés faisaient autrefois une étrange figure; aujourd'hui, on n'en est plus à compter les cas d'hystérie avérée dans le sexe masculin. Le fait sur lequel le présentateur appelle l'attention, c'est le début parfois subit des accidents hystériques pouvant simuler l'apoplexie ou les paralysies de cause organique.

Cet homme avait été bien portant jusqu'en 1881; il est puisatier. Après une céphalalgie de trois jours de durée, il tomba brusquement sans connaissance, et, quand il revint à lui, présentait une hémiplégie gauche sans anesthésie. Dans l'hôpital où il fut porté, on diagnostiqua une hémiplégie syphilitique; après deux mois et demi de traitement, il sortait guéri. M. Debove insiste sur la restitution complète des fonctions, la brusquerie du début et l'existence d'une contracture, qui s'était montrée subitement le lendemain de l'ictus, persista six semaines et disparut aussi subitement.

Il y a un mois, des accidents analogues reparurent. Après un ou deux jours de céphalalgie, nouvel ictus, nouvelle hémiplégie avec hémianesthésie cette fois et contracture intense pendant cinq à six heures. Aujourd'hui, bien que les accidents se soient bien amendés, il persiste de l'hémiparésie, et surtout une hémianesthésie gauche facile à vérifier, mais qui disparaîtra probablement sous l'influence des agents esthésiogènes auxquels M. Debove se propose de le soumettre.

Une autre particularité, c'est que, *en appuyant dans la fosse iliaque gauche*, en un point que M. Debove n'ose cependant appeler la région ovarienne, vu le sexe du malade, *on provoque chez lui une douleur tout à fait semblable à celle qu'accusent en ce point les hystériques femmes*. D'ailleurs, chez la femme, il n'est pas démontré que cette douleur ait son siège dans l'ovaire, puisqu'on l'a vue persister après la castration par extirpation de cet organe. La théorie ovarienne est un reste de l'opinion ancienne si erronée, qui faisait résider la cause de l'hystérie dans un trouble de l'appareil génital.

©BIU Santé

M. Debove sait d'ailleurs aussi bien que personne combien il faut se défier des symptômes accusés par les névropathes, et, dans ce cas particulier, il ne croit pas non plus qu'on puisse accuser son malade de simulation. Pour simuler l'hémianesthésie des muqueuses oculaire et nasale, il faudrait être un stoïcien ou pouvoir commander à ses réflexes.

En résumé, M. Debove appelle l'attention sur la *possibilité d'accidents paralytiques se montrant subitement chez des hommes hystériques et pouvant simuler l'apoplexie* par hémorrhagie cérébrale ou autre cause organique.

M. Gérin-Roze : Dans combien d'hôpitaux ce malade a-t-il été avant d'être vu par M. Debove? Ce peut être un simulateur ou un névropathe dressé involontairement par les médecins.

M. Debove : Il a passé, il est vrai, par plusieurs hôpitaux; mais, si on peut simuler bien des symptômes, peut-on simuler l'anesthésie de la conjonctive ou de la muqueuse nasale?

M. Joffroy accepte le fait qu'il existe chez ce malade un point douloureux correspondant au point où se trouve chez la femme l'ovaire. Lui-même a observé à la Pitié, lorsqu'il remplaçait M. Lasègue, un malade chez lequel une pression un peu prolongée en ce point provoquait un accès de grande hystérie ou faisait cesser un accès commencé. Mais M. Debove a peut-être tort de partir de ce fait pour attaquer la théorie qui rapporte à l'ovaire le siège de cette douleur chez la femme. Sans doute, ce n'est pas en tant qu'organe chargé de sécréter l'ovule que l'ovaire doit être incriminé, mais parce qu'il est au centre d'un plexus nerveux très riche, qui existe aussi chez l'homme. Il ne faut pas oublier que, pendant la grossesse où les rapports de l'ovaire avec la paroi abdominale sont modifiés, on voit se déplacer également la douleur ovarienne chez les hystériques. M. Joffroy admet donc que, chez la femme, l'ovaire est dans un rapport étroit avec le point ovarique, tandis que, chez l'homme, on provoque la douleur dans la même région par la pression des filets nerveux qui s'y trouvent.

M. Lacombe : Les renseignements fournis par le malade sont-ils de nature à faire admettre qu'il soit syphilitique?

M. Debove : Il a été déporté en Calédonie; il avait eu à cette époque, avec une femme canaque, des rapports sexuels suivis d'ulcérations qui paraissent avoir été de l'herpès, et que les chirurgiens militaires ont traités par des purgatifs. Aucun symptôme ne s'est montré depuis lors qui puisse faire soupçonner la syphilis chez lui.

M. Lacombe : Ne peut-on vraiment simuler l'hémianesthésie? D'ailleurs, peut-on qualifier un symptôme d'hystérique d'après son caractère propre? N'est-il pas nécessaire de tenir compte des autres commémoratifs relatifs au tempérament et à la nature du malade? Celui-ci présente-t-il un terrain hystérique? Ainsi, si demain M. Debove était atteint d'accidents analogues à ceux qui ont été observés chez son malade, M. Lacombe, connaissant M. Debove comme il le connaît, et sachant que celui-ci n'a jamais présenté les attributs du tempérament hystérique, hésiterait fort avant de porter chez lui le diagnostic d'hystérie; car, en pareil cas, c'est surtout dans les commémoratifs que doivent être puisés les éléments du diagnostic.

M. Cuffer : Observe-t-on un écoulement sanguin après la piqûre chez cet homme?

M. Debove : Non.

M. Cuffer : C'est tout en faveur de l'hystérie.

M. Debove : Je me propose d'ailleurs de rechercher s'il existe une différence de température entre un côté et l'autre du corps.

M. Lacombe : Mais cette différence ne peut-elle exister aussi dans les paralysies non hystériques?

M. Debove : Sans doute, mais elle écarterait du moins l'idée d'une simulation.

M. Du Castel : Dans une communication récente à la Société de médecine de Berlin, un membre a insisté sur la douleur de la fosse iliaque chez les hystériques hommes, et l'a rencontrée dans une douzaine de cas.

M. Troisier présente un malade chez lequel existe *dans la région sous-ombilicale une veine variqueuse et oblitérée.*

BIU Santé

Cet homme est atteint depuis trois ans de varices aux deux jambes. Il y a trois semaines s'est montrée chez lui une phlébite au niveau de la jambe gauche. La phlegmasie s'est propagée à la veine sous-cutanée abdominale gauche, puis à la veine hypogastrique, et s'est continuée jusqu'à la moitié gauche de la veine sous-cutanée abdominale droite, l'oblitération formant ainsi une anse anastomotique entre les veines des deux côtés. M. Troisier se demande s'il n'existe pas une oblitération de la veine fémorale gauche : au niveau de l'aine gauche se voient des veines variqueuses qui ne se montrent pas à droite; la cuisse gauche a trois centimètres de plus de circonférence que la droite.

Il n'existe d'ailleurs chez cet homme aucune cause, tumeur abdominale ou autre compression, pouvant expliquer l'existence de varices localisées à la région hypogastrique. Il n'a ni hémorrhoïdes, ni varicocèle. On ne saurait penser à une thrombose cachectique; le malade n'a aucune affection du cœur, des poumons ni des reins.

Il faut donc se rabattre sur la phlébite variqueuse et admettre ou qu'elle s'est développée spontanément dans la région hypogastrique comme au membre inférieur ou que la fémorale gauche est oblitérée.

En interrogeant le malade, on apprend qu'il a été soigné à Tenon, il y a trois ans, pour un coup de foret reçu dans le pli inguinal gauche. Serait-ce alors que se serait produite l'oblitération ? M. Troisier présente cette hypothèse sous toutes réserves.

C'est, en tout cas, un fait très rare. Boyer en a cité un cas d'après un de ses contemporains. Dans le *Progrès médical* de 1881, se trouve une observation publiée par M. Lagrange, aide-major au Val-de-Grâce. Elle est relative à un cas de varices sus-pubiennes, situées par conséquent un peu plus bas que dans le fait actuel, chez un malade du service de M. Guyot. Les deux veines fémorales se trouvaient réunies par une anse variqueuse complète. Le malade avait eu, dix ans auparavant, une fièvre typhoïde compliquée de phlegmatia qui avait amené l'oblitération d'une des fémorales et le rétablissement de la circulation par la voie des sous-cutanées abdominales.

M. Legroux a observé chez une dame de 60 ans, atteinte de tumeur fibreuse de l'utérus et ayant présenté de nombreuses poussées de péritonite, une phlegmatia des plus nettes qui s'étendit de l'épigastrique à la veine mammaire interne.

M. Ferrand présente de la part de M. le docteur Dauchez une thèse inaugurale fort intéressante intitulée : *Des éruptions vaccinales généralisées et de quelques dermatoses suscitées ou rappelées par la vaccination.*

M. Kelsch est élu membre titulaire par 25 voix, et M. Treille, membre correspondant par 24 voix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 avril 1884. — Présidence de M. Fauvel

La correspondance non officielle comprend un pli cacheté déposé par M. Labbée concernant la *cause originelle de la rage chez le chien.*

—

M. le Secrétaire perpétuel signale parmi les ouvrages déposés sur le bureau de l'Académie un volume intitulé : *Traité des déviations utérines* par le docteur B.-S. Schultze, professeur de gynécologie à l'Université d'Iéna, traduit de l'allemand par le docteur F.-G. Hergott, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Nancy.

M. Fauvel, vice-président, qui, en l'absence de M. Alphonse Guérin, occupe le fauteuil de la présidence, annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. J.-B. Dumas, membre titulaire, et donne lecture de l'allocution suivante :

« Nous venons de rendre les derniers devoirs à un homme qui a occupé une grande place dans l'histoire scientifique de notre pays. En l'absence de notre honorable président, je viens faire part à l'Académie de la perte que la France a faite en la personne de Jean-Baptiste Dumas, du savant qui fut une de nos gloires scientifiques.

« Malgré son grand âge, il était permis d'espérer que sa riche organisation le conserverait encore longtemps parmi nous ; une maladie de quelques jours a trompé notre espérance.

« Nature privilégiée, J.-B. Dumas a réalisé en sa personne les mérites les plus divers. Chimiste illustre entre tous, professeur incomparable, littérateur allant de pair avec les

maîtres, à ces qualités il joignait celles beaucoup plus rares qui partent du cœur et d'un esprit élevé.

« Doué d'une grande aménité de caractère, tout en restant ferme dans ses convictions, il était accessible à tous, encourageait et secourait les jeunes talents, et était pour tous d'une bonté dont les nombreux élèves ici présents peuvent porter le témoignage. C'est ainsi que sans contrainte il avait conquis cette grande autorité dont il jouissait dans le monde savant et qui était respectée de tous.

« J.-B. Dumas appartenait à l'Académie depuis 1843. Alors qu'il était ministre, il vint la présider dans des occasions importantes. Malgré les nombreux travaux dont il était chargé, il intervint maintes fois dans nos discussions et y avait apporté le fruit de sa longue expérience.

« L'Académie était représentée à ses obsèques par un grand nombre de ses membres ; mais aucune parole n'a été prononcée sur sa tombe au nom de l'Académie.

« Maintenant, en signe de deuil, et ainsi que l'Académie l'a fait pour plusieurs de ses membres illustres, qui n'avaient pas été présidents, nous lèverons la séance. »

La séance est levée à trois heures et demie.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 6 au 13 Avril 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1219. — Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 2. — Rougeole, 42. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 61. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 61. — Phthisie pulmonaire, 231. — Autres tuberculoses, 18. — Autres affections générales, 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 47. — Bronchites aiguës, 32. — Pneumonie, 105. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 49; au sein et mixte, 22; — inconnues, 9. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 107; circulatoire, 83 ; respiratoire, 82; digestif, 56; génito-urinaire, 40; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulat. et muscles, 6. — Morts violentes, 38. — Causes non classées, 5.

Résumé de la 15e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu notification pendant la semaine actuelle de 1,219 décès au lieu de 1,275 qui avaient été comptés pendant la semaine précédente.

La comparaison des chiffres des deux dernières semaines fait remarquer une atténuation peu importante pour la Fièvre typhoïde (36 décès au lieu de 43) et pour les affections puerpérales (8 décès au lieu de 13); l'état à peu près stationnaire pour la Scarlatine (3 décès dans chacune des deux semaines), la Variole (1 décès au lieu de 2) et la Coqueluche (8 décès au lieu de 9). Enfin la Rougeole (42 décès au lieu de 35) et la Diphthérie (61 décès au lieu de 54), continuent à être très répandues et ont subi, pendant cette semaine, un nouvel accroissement.

La Rougeole est surtout répandue dans les quartiers Picpus (3 décès), Gare (1 décès) et Maison-Blanche (2 décès), Plaisance (4 décès) et Javel (3 décès) ; nous avons constaté dans notre dernier Bulletin que ces quartiers ont été, pendant le trimestre dernier, les plus frappés par l'épidémie de Rougeole, soit parce que la maladie y est plus fréquente, soit parce qu'elle y est plus mal soignée.

On a constaté à Paris pendant le 1er trimestre de 1883, d'après les bulletins hebdomadaires de statistique municipale, 762 décès par Diphthérie, soit 16 décès pour 100,000 habitants pour un seul trimestre (soit une mortalité annuelle de 136 si la mortalité doit rester aussi élevée pendant les quatre trimestres de 1884).

Ce sont des chiffres très élevés, car pendant la période 1865-69, la mortalité annuelle par Diphthérie et Croup n'était que de 43 pour 100,000 habitants.

Le service de statistique a reçu notification de 278 mariages et de la naissance de 1,307 enfants vivants (665 garçons et 642 filles), dont 923 légitimes et 384 illégitimes 61, parmi ces derniers, ont été reconnus immédiatement par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

©BIU Santé

COURRIER

Association des médecins de la Seine. — L'assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine aura lieu le dimanche 27 avril, à deux heures très précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté sous la présidence de M. le professeur Béclard, président.

Cette assemblée a pour objet :

1° La lecture du compte rendu de l'année 1883 par M. le docteur Barth, secrétaire général adjoint.

2° L'élection d'un président, de deux vice-présidents et d'un secrétaire général. Les candidats proposés aux suffrages de l'assemblée par la commission générale sont :

Président, M. Béclard. — Vice-présidents, MM. Richet et Blanche. — Secrétaire général, M. Orfila.

3° Le tirage au sort des membres titulaires de la commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Les recettes pour l'année 1883 s'élèvent à la somme de 31,072 francs.

Dons faits pendant l'année 1883 : M. Lunier, 200 fr. M. Labarraque, 500 fr. M. G. Wickam 25 fr. Mme D., 25 fr. Un anonyme, 40 fr. M. Nédoux, 20 fr. M. Depaul, 500 fr. M. Rathery, 100 fr. M. Richet, 500 fr. Mme Homolle, 100 fr. Mlle Piedagnel, 1000 fr. La Société de médecine du IXe arrondissement, 100 fr, Mme Braive, 400 fr. La librairie Asselin, 50 fr. M. G. Masson, 100 fr. M. Vautier, 20 fr. M. et Mme Casenave-Fouquier, 10 fr. M. Potain, 1000 fr. M. Barth, 100 fr. M. Roger, 100 fr. M. Gérin-Roze, 100 fr. M. Després, 500 fr. Mme Marjolin, 50 fr. M. G. Marjolin, 20 fr. Total, 5560 fr.

Il a été distribué en secours 33,150 fr. Au 1er janvier 1884, l'Association possède 28,427 fr. de rente 3 p. 100 et 4 1/2 p. 100.

Nécrologie. — Une triste nouvelle nous arrive de Cannes: J.-B. Dumas vient de succomber aux suites d'une maladie contractée l'hiver dernier; un instant on avait pu espérer que la douceur du climat méditerranéen, les soins de sa famille et l'absence de toute préoccupation amèneraient la guérison. Il n'en a rien été et le malade s'est éteint doucement au milieu de ses enfants, de ses amis. C'est une perte cruelle pour la science et pour l'Académie: pour la science, dont il était un des plus illustres représentants; pour l'Académie, dont il était l'âme, le véritable directeur et administrateur....

L'œuvre de Dumas est immense; il a touché à toutes les hautes questions de chimie et de physiologie; il a résolu avec succès quelques-uns des problèmes les plus discutés. Il a été, on peut le dire, le créateur de la chimie organique et les méthodes d'analyse qu'il a imaginées n'ont pas été modifiées depuis et serviront longtemps de modèles. Sa théorie des substitutions a été la base de toutes les transformations de la chimie moderne. Dumas était un homme de science de premier ordre, mais il était en même temps un professeur incomparable. Parole claire, élégante, je dirai même éloquente, talent de démonstration, toutes les qualités du maître se trouvaient réunies chez lui. Ajoutez à cela le mérite d'avoir formé des élèves qui, devenus maîtres à leur tour, ont porté haut le renom de la science française. Il savait se faire aimer de tous ceux qui l'entouraient. J'ai rarement vu homme plus haut placé par la science, le savoir et les titres se montrer plus accessible, plus courtois et plus bienveillant pour tous ceux qui l'approchaient. C'est une perte cruelle et sa mort va laisser à l'Institut, où il remplissait les fonctions de secrétaire perpétuel avec un tact et une aménité sans égale, un vide irréparable. — Acart.

Bureau de bienfaisance. — MM. les médecins du XXe arrondissement de Paris sont informés que, le mercredi 30 avril 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Ancienne librairie Germer Baillière et Cie, Félix Alcan éditeur, 108, boulevard Saint-Germain à Paris. — Vient de paraître : *Introduction et premier chapitre du Traité inédit d'anatomie pathologique* de Laennec, précédés d'une préface de M. le professeur Cornil. Brochure in-18 ornée de deux portraits de Laennec tirés en taille douce, prix 1 fr. 50. — Trente exemplaires sur papier de Hollande, prix 3 francs.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Henri Barth : Fragments d'helminthologie. — II. Paul Gibier : Recherches expérimentales sur la rage. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — IV. Thèses de doctorat. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causeries.

Fragments d'helminthologie

III. — La filaire du sang et les maladies filariennes (1).

Nous avons consacré nos précédentes études à des parasites peu communs, il est vrai, mais cependant observés dans notre pays; celui dont nous avons à parler maintenant est, ou du moins passe pour être, exclusivement exotique. Il n'en offre pas moins un grand intérêt, tant à cause de son histoire naturelle fort curieuse, que du nombre et de la variété des affections morbides auxquelles il peut donner lieu.

La *filaire du sang* est de découverte toute récente, et cependant son histoire est déjà longue; des hommes du premier mérite se sont adonnés à son étude, et les documents qu'ils ont su réunir sont, dès aujourd'hui, assez précis pour former un corps de doctrine considérable.

C'est en 1866 que Wucherer (dont nous avons eu déjà l'occasion de citer les travaux) découvrit, dans les urines d'un individu atteint de chylurie tropicale, les embryons d'un entozoaire particulier, et nouveau dans la science : c'étaient de très petits vers, cylindriques, très vivaces, ressemblant un peu à des trichines musculaires, et ne présentant aucun indice de tube digestif ni d'organes sexuels. Dans les années suivantes, le même animalcule fut successivement aperçu, toujours dans des urines chyleuses, par Lewis à Calcutta, par Salisbury aux Etats-Unis, par Crevaux à la Guadeloupe et enfin par Spencer Cobbold à Port-Natal. Ces divers observateurs ne firent que répéter la description donnée par Wucherer et furent d'accord pour regarder l'entozoaire en question comme un parasite vésical.

Mais en 1872, Lewis, en examinant au microscope le sang d'un individu

(1) Cet article est en partie extrait d'une Revue générale que nous avons publiée sur le même sujet dans les *Annales de dermatologie*, 2e série, t. II, pages 546 et 677. — H. B.

FEUILLETON

CAUSERIES

On a remarqué depuis longtemps le rapport existant entre les noms et les œuvres des hommes célèbres, cette adaptation mystérieuse qui fait que la consonnance, l'aspect ou l'orthographe d'un nom conduisent celui qui le porte à accomplir exactement les choses qui conviennent le mieux à ce nom. J'ai lu, je ne sais où, des observations amusantes sur cette fatalité du nom, et les auteurs qui ont écrit là-dessus ne manquent pas de trouver, dans l'histoire, la vérification complète de leur théorie.

Pour les rois de France, par exemple, on voit tout de suite ce qu'il y a d'éclatant et de réjoui dans le nom d'Henri IV, de majestueux dans celui de Louis XIV, de morose dans celui de Louis XVI. De même pour tous les grands hommes. Ainsi, Voltaire ne pouvait pas s'appeler autrement que Voltaire, et jamais il n'aurait tenu une si grande place dans le monde s'il s'était obstiné à conserver son nom d'Arouet; Molière, sous la vulgaire désignation de Poquelin, n'aurait pas transmis une ligne de son œuvre à la postérité.

Ces aperçus ne sont pas de pure fantaisie, car ils servent de guide aux littérateurs pour les noms à donner aux personnages du roman ou du théâtre. Balzac, avant de baptiser ses héros, passait par des tribulations légendaires; il avait une foi absolue dans la prédestination des noms, et ses disciples en ont hérité. Flaubert eut un accès

©BIU Santé

atteint de diarrhée, rencontra, dans une même préparation, neuf embryons parfaitement semblables à ceux qu'il avait vus quatre ans auparavant : ces vers microscopiques, très actifs, animés de mouvements vigoureux, semblaient vivre dans le sang comme dans leur élément naturel. L'observateur anglais n'hésita donc pas à les regarder comme de véritables hématozoaires et leur donna le nom de *filaria sanguinis hominis*. Bientôt, poursuivant ses recherches, il reconnut que le ver en question était loin d'être rare : chose remarquable, parmi les malades qui le présentaient, la plupart étaient atteints soit de chylurie, soit d'éléphantiasis, ou encore de varices lymphatiques du scrotum ; l'embryon pouvait être observé tantôt dans le sang, tantôt dans l'urine, parfois même dans le liquide exsudé par les tissus malades. Lewis en conclut que la chylurie tropicale, l'éléphantiasis et les affections connexes étaient en rapport direct avec la présence de la filaire du sang, et que la cause immédiate de ces affections devait être une gêne mécanique apportée à la circulation de la lymphe.

Cette idée fut immédiatement adoptée par Manson, médecin de la douane chinoise d'Amoy, auquel on doit plusieurs travaux importants sur la filaire. Ce médecin, après avoir montré que l'entozoaire de Lewis était extrêmement commun en Chine, fit un relevé des malades chez lesquels il l'avait rencontré, et trouva que bon nombre d'entre eux étaient atteints ou de chylurie, ou d'éléphantiasis ou d'autres affections offrant avec celles-là un rapport plus ou moins direct. Puis, se basant sur les faits observés chez le chien, dont un parasite spécial, la *filaria immitis*, offre beaucoup de ressemblance avec celle de l'homme, il avança que l'origine commune de ces maladies devait être la présence dans les lymphatiques de la filaire adulte qui jusqu'alors avait échappé à toutes les recherches. Par sa présence et par l'inflammation qu'il détermine, ce ver devait produire l'oblitération des troncs lymphatiques, d'où l'arrêt du cours de la lymphe, suivi de dilatation des réseaux afférents et parfois de rupture des radicules, d'où l'éléphantiasis, les varices lymphatiques, la chylurie, l'hydrocèle chyleuse, la lymphorrhagie cutanée, selon le siège de l'obstruction.

Les faits ne tardèrent pas à justifier cette ingénieuse théorie : dès l'année 1877, Bancroft, médecin australien, découvrit la filaire adulte, d'abord dans un abcès lymphatique du bras, puis dans une hydrocèle du cordon spermatique. Presque en même temps, Lewis la trouvait à son tour

---

de tristesse un jour qu'il entendit prononcer un nom qu'il trouvait merveilleux pour une de ses créations, et dont l'inventeur dut lui céder la propriété séance tenante. Quant aux dynasties mises en mouvement par M. Zola, on voit assez le soin minutieux de l'auteur à dénommer chacun de ses sujets suivant son rôle et ses destinées. Henri Monnier fut un des plus heureux dans ce genre d'inventions, et son Joseph Prudhomme vivra à travers les siècles, parce que le nom et le personnage sont également impérissables.

*
* *

Pour les médecins illustres de toutes les époques, ne trouve-t-on pas aussi une conformité frappante entre leurs noms et leurs travaux? Prenons d'abord le père de la médecine ; en écrivant et en prononçant ce beau nom d'*Hippocrate*, ne voit-on pas s'épanouir en lui la toute-puissance divinatrice du vieillard de Cos? Ce nom a la solidité d'une assise, il est fondamental. Il commence par un H, et l'H, avec ses deux barres verticales s'élançant vers le ciel, et fortement reliées par le trait horizontal, est certainement la lettre la plus ample de l'alphabet. Un nom qui commence par un H annonce dès l'abord des destinées peu communes ; voyez, comme preuves, le nom de *Victor Hugo*, et ce mot de *Huguenots*, qui est à lui seul une page d'histoire.

Vous m'objecterez à cela qu'il n'y a pas d'H en grec, et que le nom d'Hippocrate en était dépourvu dans sa forme originelle. Cela démontre justement qu'il était indispensable, puisque les règles de l'étymologie l'y ont fait mettre. D'ailleurs, si l'H n'existait pas en grec comme signe d'écriture, sa valeur phonétique n'en était pas moins marquée par des notations spéciales.

dans un éléphantiasis nævoïde du scrotum et bientôt après Silva Aranjo et Felicio dos Santos au Brésil la signalèrent également dans des conditions analogues : c'était un ver blanc, cylindrique, de la grosseur d'un crin de cheval et d'une longueur de 8 à 10 centimètres ; son corps transparent laissait distinguer des tubes utérins, pleins d'œufs et d'embryons à divers degrés de développement. Les premières observations n'avaient pas permis de reconnaître exactement ses rapports avec les tissus, mais quelques années plus tard, Manson lui-même, en opérant l'ablation d'un lympho-scrotum, fut assez heureux pour rencontrer une filaire adulte vivante, encore en partie contenue dans un tronc lymphatique : la question de l'habitat du parasite s'est trouvée ainsi définitivement tranchée.

On connaissait donc et l'état adulte et l'état embryonnaire de la *filaria sanguinis*, on était à peu près fixé sur la nature de ses relations avec une série de maladies tropicales et sur l'influence directe qu'elle exerçait dans la genèse de ces maladies ; il fallait, pour compléter son histoire, révéler la série de ses transformations évolutives et déterminer les conditions de son introduction dans l'organisme humain. C'est encore à Manson que l'on doit cette dernière découverte qui n'est pas la partie la moins curieuse de l'histoire de ce curieux parasite. Frappé de l'idée que les moustiques, si avides de sang humain, pouvaient absorber les embryons en circulation dans les vaisseaux, il a exposé à la piqûre de ces insectes un Chinois affecté d'hydrocèle chyleuse et dont le sang fourmillait de filaires embryonnaires, il a recueilli les moustiques gorgés de sang et a retrouvé dans leur estomac le parasite humain ; par une suite d'observations ingénieuses, il a pu se convaincre que l'hématozoaire subit dans ce nouveau séjour toute une série de métamorphoses, au terme desquelles il se montre pourvu d'un tube digestif complet et capable de vivre indépendant ; à ce moment le moustique ayant achevé sa ponte va mourir à la surface de l'eau, et le parasite mis en liberté se trouve dans les conditions les plus favorables pour être introduit de nouveau dans l'organisme humain.

La révélation de ces faits intéressants a dissipé les derniers doutes : elle établit une analogie très satisfaisante entre la filaire du sang et la plupart des autres entozoaires qui, on le sait, ne parcourent leur cycle génésique complet qu'à la condition de passer par deux organismes différents. De plus, le fait de la migration par les moustiques rend probable, sinon

---

Après l'H initial, voici le double *p*, dont les jambages descendent vers la terre pour servir de bases à l'ensemble ; sur ces deux *p* s'appuie, comme sur des colonnes, l'édifice indestructible de l'œuvre hippocratique. Enfin, le nom se termine par cette désinence *crate*, qui est sèche et tranchante, et implique la pénétration, la certitude, presque le commandement.

Voilà, en tout, un nom qui est bien ce qu'il devait être ; on ne se figure pas Hippocrate s'appelant de toute autre façon, pas plus qu'on ne le conçoit avec un autre visage que le sien ; voyez-vous, par exemple, Hippocrate, l'immortel descendant des Asclépiades, avec des moustaches ou des favoris ?

*
* *

Galien est un nom doux, honnête, consciencieux, et tout spécialement bâti pour désigner le cérat.

La comparaison est frappante entre Hippocrate, qui retentit comme un éclat de trompette, et Galien, qui vous a des onctuosités d'officine.

*
* *

Ambroise Paré, avec ses deux *r*, offre quelque chose d'anguleux, où l'on devine à la fois l'austérité protestante et la sûreté chirurgicale de l'inventeur de la ligature. Il y a en outre, dans ce nom, un ronflement soutenu et comme un écho des champs de bataille sur lesquels Ambroise Paré étudiait et pansait les plaies d'arquebuses.

©BIU Santé

certaine, cette source d'infection vaguement indiquée par Silva Lima, les eaux stagnantes, où vont mourir les insectes et qui, bues sans précaution par les indigènes ou par les voyageurs, transportent dans l'organisme humain le ver déjà en voie de maturation. Enfin, le même fait fournit une explication toute naturelle de l'endémicité de la filaire dans les lieux humides, sur les plages basses, auprès des lagunes marécageuses et en général dans toutes les localités où l'influence des eaux stagnantes se manifeste par le développement des miasmes palustres.

La doctrine de l'helminthiase tropicale est donc définitivement fondée ; sans insister davantage sur l'historique, où nous pourrions trouver encore à relever bien des détails intéressants, nous jetterons un coup d'œil d'ensemble sur l'histoire naturelle de la filaire wuchererienne et nous tâcherons ensuite d'exposer brièvement ce qu'on sait des relations pathologiques de ce curieux entozoaire.

Le parasite de Lewis et de Manson est comme l'anchylostome, comme la trichine, comme le dragonneau, un ver nématoïde; il se rapproche beaucoup de ces deux derniers, et surtout du dragonneau ou filaire de Médine, autre espèce du genre *filaria* qui en compte dès aujourd'hui un grand nombre. L'embryon, tel qu'on le trouve dans le sang, mesure environ 200 μ de long sur 8 μ de large et ressemble à un petit serpent ; lisse et transparent, il paraît être enveloppé d'un mince étui sans ouverture, dans lequel il s'allonge et se raccourcit à volonté ; on ne lui distingue ni orifice buccal ni tube digestif; très mobile pendant les premières heures après son extraction, il se roule et se déroule incessamment sous la lamelle du microscope et fait voler les globules sanguins en tous sens. Dans l'urine des chyluriques et dans le liquide laiteux du lympho-scrotum on en rencontre en abondance, surtout au milieu des coagula qui, en les emprisonnant, font obstacle à leurs mouvements, mais dans le sang ils sont difficiles à découvrir.

Cette difficulté tient en grande partie à une particularité très curieuse, mise en lumière par Manson : les filaires ne se montrent dans le torrent circulatoire que la nuit. Si on procède à leur recherche au moment du grand jour, il est impossible d'en découvrir une seule; mais, vers sept heures du soir, elles commencent à apparaître et vont en croissant jusqu'à minuit, heure où elles fourmillent littéralement dans le liquide sanguin; leur

---

***

Le nom de Sydenham n'indique pas, par lui-même, une vocation déterminée, et ce n'est pas dans ses écrits, dans ses relations sur les maladies et les épidémies de son temps, que l'on trouverait la confirmation de l'accord universel entre les noms et la renommée des hommes.

Mais Sydenham nous a laissé un autre monument où cette harmonie se révèle avec une intensité toute particulière: je veux parler de son laudanum. Qui ne voit, en effet, au simple énoncé de ces mots : *laudanum de Sydenham*, comme ils vont bien ensemble, comme ils se complètent l'un l'autre, comme ils étaient prédestinés enfin à s'installer côte à côte dans les pharmacopées du monde entier? Leur accouplement forme un tout homogène, et se balance comme un rhythme, mais un rhythme grave, presque lugubre, ainsi qu'il convient à un narcotique. On chanterait cela en cadence, et celui qui voudrait composer une symphonie ou un opéra sur le laudanum de Sydenham en tirerait des beautés orchestrales à ravir les musiciens de l'avenir.

***

Parmi les modernes, j'en aperçois aussi qui se sont modelés de toutes pièces sur la physionomie de leurs noms. Il y en a deux surtout pour lesquels cette ressemblance me paraît indubitable : Broussais et Bouillaud.

Analysons tant soit peu le nom de *Broussais*. La première syllabe est bruyante, et même passablement brusque. C st à peu près l'interjection qui sert à traduire le

nombre décroît ensuite progressivement, et vers neuf ou dix heures du matin, elles ont complètement disparu. Quelle est la raison de cette intermittence? Les embryons reposent-ils, pendant le jour, dans les capillaires profonds, comme le pense Manson, ou bien se détruisent-ils après quelques heures de circulation dans le sang pour être remplacés la nuit suivante par le produit d'une ponte nouvelle, comme le suppose Myers? On ne sait; toujours est-il que si le malade vient à dormir le jour et à rester levé la nuit, on voit bientôt changer l'heure de l'apparition des filaires (Mackenzie).

C'est sans doute en raison de ces mœurs singulières que la filaire du sang est la proie ordinaire des moustiques, qui, comme on le sait, ne piquent que la nuit. C'est la femelle seule qui se nourrit du sang de l'homme; elle est d'une voracité extrême, et deux minutes lui suffisent pour se gorger. Avec les globules sanguins, elle avale également la filaire; il semble même qu'elle ait une sorte d'affinité élective pour cette dernière, car le nombre des embryons que l'on retrouve dans le corps des moustiques est proportionnellement bien supérieur à celui que renferme le sang humain. Son repas achevé, l'insecte alourdi se fixe à quelque objet et reste plongé dans une sorte d'assoupissement pendant lequel il digère avec rapidité le sang dont il s'est rempli; en même temps ses œufs, contenus au nombre de 60 à 100 dans deux ovaires, arrivent à maturité. Du troisième au cinquième jour après la sucée, le moustique s'abat sur l'eau, y dépose ses œufs et ne tarde pas à mourir.

Pendant ce temps, la filaire avalée a subi sa métamorphose qui comprend plusieurs phases : d'abord la gaîne qui l'enveloppait étroitement s'écarte à une distance appréciable, laissant apercevoir un double contour, et le corps de l'embryon se couvre de stries transversales très délicates; bientôt l'étui d'enveloppe est dissous et disparaît, l'animal reste nu sans aucune trace de prolongement caudal ou céphalique et prend un aspect tacheté particulier; cette première phase demande environ trente-six heures. Au début de la seconde période, l'embryon perd sa vivacité, devient paresseux; le corps se raccourcit et prend la forme d'un boudin cylindrique dans lequel on distingue de grandes cellules; on voit apparaître un orifice buccal, bientôt pourvu de quatre lèvres tantôt écartées, tantôt froncées comme l'orifice d'une bourse; à partir de la bouche, on suit nettement une ligne délicate qui parcourt toute la longueur du corps, jusqu'à un orifice près de la queue.

---

dégoût, la répugnance; il y a donc, dans cette syllabe, tous les présages d'une aversion hautaine pour les vieilles traditions, avec un besoin de fracas et de bouleversement des idées reçues.

L'autorité et l'esprit de rénovation s'accentuent davantage encore par les deux *s* qui sifflent aux oreilles comme un cinglement de cravache, ainsi que firent les hardiesses de Broussais à travers le sommeil paisible de l'empirisme. Ces deux *s* ont surtout quelque chose d'incisif, qui traduit clairement les morsures des sangsues et la piqûre de la lancette. Enfin, la dernière syllabe *ais*, avec sa consonnance ouverte et prolongée, appelle le souvenir de la veine béante d'où s'échappe le sang; toute la médecine antiphlogistique est dans cette syllabe, comme Broussais est tout entier dans son nom.

***

Avec *Bouillaud*, plus de révolution, plus de parti pris, plus d'acharnement sanguinaire; un nom tout en voyelles, y compris les deux *l* mouillés, qui en complètent l'allure douce, régulière et contenue, comme furent la carrière et la personne même de ce maître vénéré. Rien d'éclatant dans ce nom, qui exclut le bruit et les fantaisies tapageuses, pour n'évoquer que des idées de labeur, et de découvertes patiemment mises au jour et solidement établies.

Pour tout dire, le nom de Bouillaud est un nom essentiellement cardiaque, où est contenue visiblement la révélation anticipée des atteintes du cœur par la diathèse rhumatismale. Comme consistance, c'est un nom liquide; comme modulation, il est l'onomatopée des bruits du cœur, du bouillonnement du sang dans les cavités cardiaques

©BIU Santé

Pendant la troisième phase, très difficile à observer, la filaire s'allonge rapidement, jusqu'à atteindre un millimètre de longueur sur 50 μ de diamètre; le tube intestinal se forme et on commence à distinguer l'abouchement en forme de soupape de l'œsophage dans l'intestin; les organes sexuels commencent à paraître. Peu à peu le corps s'effile, s'amincit, toute apparence cellulaire disparaît et la transparence des tissus devient telle qu'on ne distingue plus aucun détail (Cobbold). Arrivée à cet état, la filaire sortant de sa torpeur s'échappe dans l'eau où le moustique est venu mourir et y vit quelque temps en liberté.

Comment la filaire arrive-t-elle dans le corps de l'homme? Peut-être perfore-t-elle la peau; c'est la première hypothèse de Manson, et le *craw-craw* (filariose cutanée de Silva Aranjo) s'observe en effet chez les individus qui se baignent dans les étangs infestés: le cas, unique, jusqu'ici, de filariose indigène observé récemment par Nielly en Bretagne paraît devoir être attribué à cette origine. Mais il est probable qu'en général le parasite est avalé avec l'eau des boissons et se fraye une route à travers les parois du canal alimentaire jusqu'au point où il doit se fixer. C'est dans le système lymphatique, et le plus souvent dans les troncs en amont des ganglions que la filaire va s'établir, pour atteindre son complet développement et effectuer sa reproduction.

L'animal adulte, ou du moins la femelle qui seule a été bien étudiée jusqu'à présent, est de couleur blanche, de forme arrondie; sa longueur est de 8 à 10 millimètres, son diamètre de 0mm3 au maximum. La tête, légèrement arrondie, est supportée par un cou très grêle; la bouche est plate, sans division labiale appréciable; l'œsophage se continue sans ligne de démarcation bien nette avec l'intestin, qui mesure 35 à 40 μ de diamètre, et se termine inférieurement par un anus situé à un quart de millimètre de la queue. L'orifice vaginal situé à peu de distance de l'origine du cou s'ouvre dans une poche de un quart de millimètre de longueur, séparée par une coarctation des tubes utérins, qui se prolongent en replis sinueux jusqu'au voisinage de l'extrémité caudale. Ceux-ci sont remplis d'œufs dont le contenu présente déjà des mouvements très apparents, d'autant plus vifs que leur développement est plus avancé; ces œufs, dont le diamètre varie de 12 à 35 μ, sont enveloppés d'une pellicule délicate et souple, qui se laisse distendre à mesure que l'embryon grandit et constitue la gaîne

---

enflammées. La première syllabe n'est même autre chose que l'imitation vocale d'un souffle d'endocardite, au premier temps et à la pointe; l'insuffisance mitrale d'origine rhumatismale était inscrite de tout temps dans cette première syllabe.

***

Les grands médecins ne sont pas les seuls qui se prêtent à cette analyse psychologique de leurs noms; ceux des savants sont dans le même cas.

Cuvier a de l'ampleur et de la gloire; c'est l'homme aux grandes conceptions, aux grandes situations, le haut dignitaire de la Légion d'honneur. Cuvier ayant pris pour lui la plus belle part de la zoologie, mais n'ayant point achevé son œuvre, la Providence eut soin de lui envoyer un continuateur, dont le nom seul était l'indice de sa mission; quel autre, en effet, que Lacépède aurait pu fonder sa renommée sur l'histoire naturelle des poissons et des cétacés? *Lacépède* va si bien avec *poissons* et *cétacés*, qu'on ne comprendrait pas une autre association; pour former ce nom de Lacépède, les habitants de l'onde semblent décrire des arabesques en se jouant dans les flots.

Le plus mal partagé, quant à son nom, parmi les grands hommes, fut certainement Bichat; non seulement il avait ce nom de famille sourd, incolore, plein de tristesse et de résignation, mais encore son parrain y avait ajouté, comme aggravation de peine, le fâcheux prénom de Xavier, hérissé de cet X qui est synonyme d'entrave, d'ardu et d'insoluble. Voilà pourquoi Bichat est mort, des suites d'une chute, à l'âge de 31 ans, épuisé par le travail, et réservant encore après sa mort, à ses contemporains, la surprise de ne trouver dans son crâne qu'un seul hémisphère cérébral.

protectrice que nous avons décrite. Il n'y a donc pas d'éclosion à proprement parler: la première phase du développement s'achève soit dans l'utérus maternel, soit après la ponte; les embryons, une fois en liberté, se rendent sans doute par les voies lymphatiques dans le sang où ils circulent comme nous l'avons vu plus haut.

Ainsi se trouve complété le cycle génésique de ce singulier parasite; il en est peu qui soient aussi compliqués, et à ce propos on ne peut s'empêcher d'admirer l'infinie variété des procédés dont la nature fait usage pour assurer la reproduction des animaux inférieurs, et pour mettre en même temps des bornes à leur fécondité. Sans sortir de la famille des nématoïdes, nous avons vu l'anchylostome duodénal effectuer une des phases de son développement à l'air libre, et passer les autres dans l'intestin; nous avons vu la trichine abandonner le tube digestif peu après sa naissance, et aller s'enkyster dans le tissu musculaire, pour y attendre passivement qu'une circonstance fortuite la ramène dans l'intestin d'un autre individu; nous voyons aujourd'hui la filaire née dans le système lymphatique émigrer dans le sang, passer avec ce liquide dans l'estomac du moustique pour y accomplir ses métamorphoses, quitter cet hôte intermédiaire pour aller vivre en liberté dans l'eau, et retourner enfin par le tube digestif de l'homme dans le système lymphatique, seul milieu où elle puisse achever son développement et se reproduire.

Si les migrations de la filaire du sang sont moins simples que celles de l'anchylostome et de la trichine, les maladies qu'elle détermine sont aussi beaucoup plus complexes, et il faut pénétrer assez avant dans leur étude pour découvrir le lien pathogénique qui les unit.

Le type des maladies filariennes est manifestement l'éléphantiasis nævoïde du scrotum ou lympho-scrotum. Cette affection, bien décrite par Fayrer, est caractérisée par une tuméfaction considérable des bourses, avec rudesse et dureté de la peau, et formation d'une infinité de petites vésicules transparentes, qui laissent écouler par intermittences une grande quantité de fluide blanc laiteux coagulable. Souvent il existe en même temps un état variqueux très marqué des ganglions inguinaux et des troncs lymphatiques qui s'y rendent. Si l'on vient à exciser les tissus malades, on les trouve constitués par des trabécules conjonctives entrecroisées formant un lacis de cellules et de sinus communiquants; la struc-

---

C'est d'ailleurs pour se conformer à tous les malheurs représentés par cette moitié de cerveau, et cette mort prématurée à la moitié du chemin, que la Faculté de médecine a érigé à Bichat cette moitié de statue, que l'on voit dans la grande cour de l'Ecole, et où l'auteur de l'*Anatomie générale*, dans une attitude plaintive, semble s'excuser auprès du passant de n'avoir pu cacher à tous les regards son atrophie musculaire généralisée.

*
* *

Après tant de considérations subtiles sur l'impulsion des noms, il aurait dû m'être facile d'en choisir un, pour signer mes feuilletons, qui convînt le mieux du monde à ce genre de productions.

J'ignore si le subséquent remplit toutes les conditions requises pour faire bonne figure à cette place.

Il a du moins cet avantage qu'il pourrait être changé à volonté, s'il venait à cesser de plaire, et qu'il offre ainsi, au coin de la page, les mêmes facilités pour le public que les marchandises qui ne sont pas au coin du quai.

P. Dubray.

Pommade contre l'acné. — Bartholow.

Iodure de mercure.	0 gr. 30 centigr.
Axonge.	30 grammes.

Mêlez sur un porphyre. — Employé en onctions contre l'acné indurata. — N. G.

©BIU Santé

ture microscopique est la même que dans l'éléphantiasis ordinaire. Cette lésion est évidemment le résultat d'un œdème lymphatique; tout concourt à le prouver: l'apparence extérieure des parties, qui montre l'existence d'une énorme dilatation des vaisseaux blancs, et la nature de l'écoulement formé par une véritable lymphe plus ou moins chargée de globules blancs et de graisse. Or, dans ce liquide, soit limpide, soit chyleux, exsudé par les tissus malades, on trouve constamment la filaire embryonnaire, et l'individu adulte a été rencontré par Lewis, par Silva Aranjo, par Manson, au niveau des lymphatiques dilatés. L'origine parasitaire du lympho-scrotum tropical est donc bien démontrée, et son mode de développement à la suite de l'oblitération des lymphatiques par la filaire est très facile à comprendre.

L'éléphantiasis vrai, tel qu'on l'observe dans les pays chauds, appartient à la même famille morbide que l'éléphantiasis nævoïde: l'un et l'autre sont constitués par une altération primitive des lymphatiques ; ils atteignent les mêmes parties; ils sont tous deux accompagnés d'inflammation avec accès fébriles intermittents; leur distribution géographique est la même; enfin on les voit parfois se réunir ou se succéder chez le même malade. D'après Manson, ces deux affections se produisent par le même mécanisme; seulement, dans le lympho-scrotum, l'oblitération des lymphatiques est incomplète, et la circulation de la lymphe, quoique très entravée, est néanmoins possible; au contraire, dans l'éléphantiasis vrai, l'oblitération est complète et permet la stagnation de la lymphe et son organisation en tissu conjonctif imparfait: d'où l'épaississement lardacé des téguments.

La chylurie tropicale offre également, avec les maladies précédentes, une étroite connexité: en effet, il est aujourd'hui démontré que l'aspect particulier de l'urine chyleuse est dû au mélange d'une certaine quantité de chyle ou de lymphe; or, on voit quelquefois cette altération succéder à l'arrêt brusque d'une lymphorrhagie cutanée, et même alterner régulièrement avec celle-ci. De même que le liquide exsudé par les varicosités lymphatiques, l'urine chyleuse contient des embryons de filaire en abondance. Il n'est donc pas téméraire de croire que les deux maladies reconnaissent une cause commune, et que cette cause est une oblitération des voies lymphatiques par les filaires mères.

Ces diverses affections, si disparates au premier abord, forment une sorte de famille naturelle, à laquelle il convient probablement de rattacher plusieurs autres maladies également endémiques dans les pays chauds. Signalons, avec Bancroft, certains abcès lymphatiques spontanés, des varices molles et des dilatations des ganglions de l'aine, certaines formes d'hydrocèle à contenu tantôt fibrineux, tantôt chyliforme. A en croire Winckell, il faudrait encore faire rentrer dans le même groupe une variété particulière d'ascite à épanchement laiteux, observée chez une femme qui avait vécu longtemps à Surinam, et dans laquelle on trouva des filaires embryonnaires en abondance.

Pour Manson et les observateurs brésiliens, l'origine parasitaire de ces affections ne fait aucun doute, et il y a lieu de réunir sous le nom de filariose (*filarious disease*) toute une série de maladies des pays chauds, qui présentent comme terme commun un trouble de la circulation lymphatique dû à la présence de la filaire de Lewis. Si ces vues sont exactes (et il y a tout lieu de les croire fondées), l'helminthiase filarienne présente autant, sinon plus d'importance que la trichinose, que le ténia, que le ver de Guinée. Un parasite avalé avec les eaux potables, ou introduit directement dans l'organisme par perforation des téguments, se fixe dans nos tissus. Enkysté sous la peau, il produirait le craw-craw (Silva Aranjo); fixé dans les lymphatiques, son habitat le plus ordinaire, il détermine des troubles variés de la circulation dans les vaisseaux blancs; ces désordres peuvent

rester entièrement latents; ils peuvent se traduire, selon le siège, l'abondance et le degré de développement du parasite, par de la chylurie, de l'éléphantiasis, du lympho-scrotum des varices ganglionnaires de l'aine, des abcès lymphatiques, peut-être une forme d'anasarque fébrile qui serait due, suivant Manson, à l'oblitération du canal thoracique, peut-être une espèce particulière de rétrécissement de l'œsophage fréquente sous les tropiques, peut-être d'autres maladies encore. Sans être à proprement parler contagieuse, la maladie est indirectement transmissible par l'intermédiaire des moustiques et des eaux stagnantes qui leur servent de refuge habituel. Ainsi s'explique l'endémicité de l'éléphantiasis et des autres affections filariennes dans les localités marécageuses, près des plages basses. D'après Königer, l'éléphantiasis est si commun aux îles Samoa, que 50 p. 100 de la population masculine en sont atteints, et il est de notoriété parmi les indigènes que le mal se développe surtout dans les campements voisins des étangs ; *cependant, la malaria est inconnue dans le pays!* On peut s'expliquer de la même manière le développement de l'éléphantiasis à la Barbade, où il était inconnu il y a quatre-vingts ans, et où on l'a vu se multiplier rapidement après l'immigration d'un seul individu malade.

Beaucoup d'objections ont été élevées contre cette théorie: elles ont toutes cédé successivement devant l'éloquence des faits. Quoique la doctrine de la filariose laisse encore subsister plusieurs points obscurs, elle est définitivement démontrée quant au fond, et elle constitue certainement la plus importante acquisition de l'helminthologie depuis la découverte de la trichine.

Henri BARTH.

Recherches expérimentales sur la rage : 1° les oiseaux contractent la rage ; 2° ils guérissent spontanément ;

Note lue à l'Académie des sciences, dans la séance du 25 février 1884,

Par M. Paul GIBIER.

Malgré quelques cas rapportés dans la science, on n'admet pas aujourd'hui que les oiseaux puissent contracter la rage.

Si l'on s'en tient à l'observation superficielle des phénomènes, l'inoculation de la rage chez les oiseaux ne paraît être suivie d'aucun résultat fâcheux pour ceux-ci ; c'est à peine si, une ou deux semaines après l'opération, ces animaux présentent quelques symptômes anormaux ; souvent ils n'offrent rien d'appréciable. Cependant, il m'est arrivé d'observer, parmi les oiseaux que j'ai inoculés, une poule qui fut atteinte, quinze jours après l'inoculation, d'une paralysie ou plutôt d'une parésie des membres inférieurs et des muscles extenseurs du cou. Lorsqu'on la mettait hors de sa cage et qu'on l'effrayait, cette poule cherchait à se sauver, mais ne pouvait se tenir sur ses pattes, devenues presque inertes, et se traînait sur le sol en s'aidant des ailes. Dans sa cage elle demeurait immobile et semblait ne pas pouvoir supporter sa tête, qu'elle laissait tomber lentement en avant jusqu'à ce que son bec eût rencontré le sol. A ce moment elle relevait brusquement la tête pour la laisser retomber sans cesse. Ces symptômes persistèrent pendant plusieurs jours ; cette poule ne prenait qu'une quantité insuffisante d'aliments et je m'attendais à la voir mourir lorsqu'un matin, en entrant au laboratoire, je la trouvai guérie de sa paralysie et en train de manger. Elle continua de vivre.

Ce fait m'inspira l'idée que les oiseaux contractent peut-être la rage, mais que, en raison de l'insensibilité relative bien connue de leur système cérébro-spinal, ou par une autre cause à rechercher, le microbe de la rage peut évoluer, subir toutes ses phases dans la substance nerveuse de ces animaux et être éliminé avant d'avoir produit des troubles incompatibles avec la vie. Une de mes poules en expérience s'était donc montrée plus sensible que les autres et avait été frappée de paralysie.

Voilà l'hypothèse, voici les faits :

J'inoculai, à l'aide d'une seringue de Pravaz, à travers les parois du crâne, un coq et un pigeon avec une goutte d'eau distillée fraîchement bouillie, tenant en suspension de la matière cérébrale rabique. Les symptômes pathologiques qui suivirent cette inocu-

SBIU Santé

lation furent peu accentués, surtout chez le coq, et ils auraient pu passer inaperçus pour un œil non prévenu.

Au bout de douze jours, après avoir fait une incision sur le crâne du pigeon, j'enlevai, à l'aide du scalpel, une petite lame osseuse et j'excisai un fragment du lobe cérébral droit de la grosseur d'une lentille. L'examen microscopique de la portion excisée m'y fit constater l'existence du micrococcus que j'ai signalé et décrit dans ma Communication du mois de juin 1883. Bien que, dès ce moment, je n'eusse aucun doute sur l'existence de la rage chez ce pigeon, le petit fragment de substance nerveuse fut délayé et inoculé à trois rats. Le rat présente un ensemble symptomatique tellement spécial, tellement caractéristique, que je n'hésite pas à considérer cet animal comme un véritable réactif pour l'étude de la rage.

Les trois rats inoculés de cette façon périrent de la rage, l'un (le plus jeune) au bout de dix jours, les deux autres le onzième jour. Ces animaux servirent à inoculer quatre autres sujets qui présentèrent les mêmes symptômes et moururent.

Au bout de vingt jours, j'inoculai trois rats et un cochon d'Inde avec une parcelle du cerveau du coq obtenue par le même procédé. L'examen microscopique y démontra l'existence du même microbe que chez le pigeon, mais plus abondant et disposé en certains points par groupes de dix à quinze granulations. Les rats inoculés périrent avec les mêmes signes et dans les mêmes délais que les précédents et que tous les rats inoculés par moi de la rage, et dont le nombre s'élève aujourd'hui à près de deux cents. Le cochon d'Inde mourut le treizième jour, après avoir présenté des troubles semblables à ceux des rats (1).

Quant aux volatiles auxquels j'ai fait subir ces opérations, leur santé ne s'en est pas trouvée altérée; ils vivent encore et vont me servir à déterminer le moment où la virulence disparaîtra de leur cerveau, c'est-à-dire où ils seront guéris de la rage. J'ai pu constater déjà que la virulence était éteinte, vingt-huit jours après l'inoculation, chez le pigeon qui a servi dans la première expérience citée plus haut.

J'aurai à rechercher encore si les oiseaux peuvent contracter plusieurs fois la rage, si cette maladie peut être transmise de l'oiseau à l'oiseau, et quelles modifications peut apporter au virus l'acclimatement chez ces animaux, etc.

Les observations détaillées de ces expériences seront publiées prochainement dans un Mémoire que j'aurai l'honneur de soumettre à l'Académie.

Ainsi donc, voilà des expériences qui témoignent qu'une maladie jusqu'à présent réputée incurable peut guérir spontanément chez une classe d'animaux. N'a-t-on pas le droit d'espérer que, si l'on parvient à saisir le déterminisme de ce fait, dont on comprendra toute l'importance, on ne soit conduit un jour à une thérapeutique rationnelle de la rage et à sa guérison? C'est une induction qui me paraît légitime.

(25 février 1884.)

Nota. — Depuis la communication de cette Note, j'ai constaté la cessation de la virulence dans la substance cérébrale d'un pigeon inoculé *sept mois auparavant à trois reprises différentes*, en même temps que des mammifères (rats, cobayes, chats, chiens qui moururent de la rage.

(1) Ces animaux ont également servi à donner à la rage à d'autres sujets d'expérience.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 avril 1884. — Présidence de M. Rolland.

A trois heures vingt, M. le Président déclare la séance ouverte.

Un très petit nombre d'académiciens sont à leurs places; les bancs réservés au public et à la presse sont à peu près déserts.

M. Jos. Bertrand lit rapidement le procès-verbal de la dernière séance.

M. le Président annonce la mort de J.-B. Dumas, et il essaie de donner lecture de quelques lignes, préparées à l'avance, à propos de ce regrettable événement. Mais il en est empêché par les larmes, et il lève immédiatement la séance. (Il est trois heures et demie.)

Je profiterai de l'espace dont je puis disposer pour mentionner une réclamation de priorité qui aurait dû figurer dans un précédent Bulletin. Une lettre de M. Melsens, adressée à M. le Président, formule ainsi la rectification dont il s'agit, rectification d'ailleurs intéressante par les points de science qu'elle rappelle :

« Je viens de prendre connaissance des Notes de MM. R. Pictet et Yung et de M. P. Regnard, qui ont été publiées récemment dans les *Comptes rendus*, sur la vitalité des virus et de la levure de bière.

« Je regrette que ces messieurs n'aient pas cru devoir citer les expériences que j'avais publiées en 1870, dans les tomes LXX et LXXI des *Comptes rendus* :

« 1° Sur la vitalité de la levure de bière ;

« 2° Sur la vitalité du virus-vaccin.

« Permettez-moi de vous prier de vouloir bien reproduire les conclusions que je formulais, après avoir décrit succinctement mes expériences :

« 1° La fermentation est possible au sein de la glace fondante, température à laquelle « les graines ne germent pas ;

« 2° La levure résiste à la congélation, au sein de l'eau, et à l'effort de dilatation qui « brise des vases capables de supporter plus de 8000 atm. de pression ;

« 3° L'énergie du ferment est diminuée, mais la vie n'est pas détruite par les froids « les plus intenses que l'on puisse produire (environ 100° au-dessous de zéro) ;

« 4° La fermentation alcoolique est, au moins, suspendue lorsque la température est « maintenue pendant quelque temps à 45° C. ;

« 5° La fermentation alcoolique est arrêtée lorsqu'on opère en vase clos, quand « l'acide carbonique produit exerce une pression d'environ 25 atm., et, dans ce cas, la « levure est *tuée*.

« 21 mars 1870. »

« La conclusion que M. P. Regnard tire de ses expériences confirme la mienne, en ce qui regarde l'effet de la pression. Je ferai remarquer, toutefois, que le mode d'opération diffère ; j'ai poussé la pression, non pas jusqu'à 1000 atm., mais jusqu'à 8000 atm., c'est-à-dire 80,000 m. de pression d'eau.

« S'agit-il de l'action du froid sur la levure, je ne suis pas absolument d'accord avec MM. R. Pictet et E. Yung et je maintiens la conclusion n° 3, citée ci-dessus, bien entendu dans les circonstances dans lesquelles j'ai fait des expériences assez nombreuses. Comme les détails des expériences sur les essais de fermentation avec la levure refroidie manquent dans la Note de ces messieurs, j'attendrai le prochain travail qu'ils annoncent.

« En ce qu concerne l'expérience sur evaccin (car il faut bien remarquer qu'ils n'en donnent qu'une seule), elle me paraît absolument insuffisante ; un résultat négatif ne prouve rien, et je maintiens que le virus-vaccin n'est pas détruit, ne perd pas sa virulence, lorsque l'on se place dans les circonstances dans lesquelles mes expériences ont été faites. »

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 1er AU 15 AVRIL 1884.

Mardi 1er. — Pas de thèses.

Mercredi 2. — M. Renouard : Du lupus et de ses rapports avec la scrofule et la tuberculose. (Président, M. Fournier.) — M. Leleu : De la kératite interstitielle et de son traitement. (Président, M. Fournier.) — M. Crosnier de Varigny : Recherches expérimentales sur l'excitabilité électrique des circonvolutions cérébrales. (Président, M. Vulpian.) — M. Hamel : Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité supérieure du tibia. (Président, M. Guyon.)

Jeudi 3. — M. Gilson : De la cirrhose alcoolique graisseuse. (Président, M. Ball.) — M. Menou : De l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde. (Président, M. Ball.)

Vendredi 4. — M. Contancin : Essai sur la dilatation du cœur droit consécutive à la pneumonie lobaire, franche, aiguë. (Président, M. Potain.) — M. Birabeau : Etude sur l'extraction des sondes tombées dans la vessie. (Président, M. Guyon.) — M. Proust : De la pneumonie traumatique. (Président, M. Guyon.)

Samedi 5. — M. Bennezon : Etude sur l'étiologie et la pathogénie des abcès de la région mammaire. (Président, M. Pajot.) — M. Noury : De la peptonurie. (Président, M. Cornil.)

©BIU Santé

Lundi 7. — Pas de thèses.

Mardi 8. — M. Denis : L'acide phénique dans le traitement des affections oculaires à forme sécrétante. (Président, M. Richet.) — M. Dagonet : Etude sur quelques points de la méningo-myélite expérimentale. (Président, M. Laboulbène.)

Mercredi 9. — M. Bertrand : Des tumeurs solides du médiastin. (Président, M. Damaschino.) — M. Ressein : Traitement préventif des lymphangites et des abcès du sein pendant l'allaitement. (Président, M. Tarnier.)

Jeudi 10 et vendredi 11. — Pas de thèses.

Samedi 12. — Mlle Lowry (Agnès) : De certains accidents de croissance. Des ostéo-myélites (fièvres de croissance). (Président, M. Hardy.) — Mlle Lowry (Isabel) : Des hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Hardy.)

COURRIER

Conférence. — M. le docteur Chassagny, notre savant confrère de Lyon, fera le lundi 21 avril, à midi, dans un des amphithéâtres de l'Ecole pratique, une conférence sur le sujet suivant : *Nouveau forceps, théories inédites, expériences à l'appui.*

Exposition internationale de géographie à Toulouse, du 2 juin au 15 août. — A l'occasion du VIIe congrès national des Sociétés de géographie qui doit se tenir à Toulouse, du 2 au 10 août, sous la présidence de M. le colonel Perrier, membre de l'Institut, la Société locale organise une grande exposition.

Cette exposition est internationale au point de vue de la géographie militaire, pour les autres parties, elle est limitée à la France, à l'Espagne, au Portugal et à leurs colonies.

Elle aura lieu dans les bâtiments de l'ancien collège des Jésuites qui n'ont pas moins de 5,000 mètres carrés et sont entourés de nombreuses cours où aura lieu une exposition d'horticulture.

La ville a voté une subvention de vingt mille francs pour l'emménagement des collections qui seront installées et protégées avec tous les soins désirables; *les emplacements sont gratuits*, les Compagnies de chemin de fer ont accordé une réduction de 50 p. 100 sur les prix de transport.

Les programmes et règlements sont délivrés par le directeur du Comité de l'exposition, rue Saint-Rome, 28. Toulouse. Voici le résumé des diverses sections.

Ire, IIe sections. — Géographie, topographie, hydrographie, travaux manuscrits et inédits, édités ou publiés depuis 1875. — Les cartes, ouvrages divers, plans en relief. — Les instruments et appareils relatifs à l'établissement et à l'impression de tous les systèmes de cartes. — L'outillage spécial aux explorateurs et excursionnistes sur terre, dans les fonds sous-marins ou dans l'atmosphère. — La géographie commerciale et la colonisation.

IIIe section. — Les applications de la photographie aux études géographiques et notamment les procédés d'impression en creux ou en relief. — Les appareils photographiques, les chambres noires et claires, les épreuves photographiques, les dessins, etc., de tous genres.

IVe section. — Géologie, cartes et collections, matériel d'enseignement. Minéralogie, collections et matériel pour son étude et son enseignement; tout ce qui concerne les mines, instruments, modèles réduits; produits manufacturés.

Ve section. — Anthropologie, étude des races, démographie statistique des peuples, archéologie préhistorique, ethnologie, linguistique, enseignement de l'histoire naturelle de l'homme, collections, dessins, ouvrages divers et livres.

VIe section. — Géographie et hydrologie médicale. — Tout ce qui concerne les stations d'eaux minérales des deux versants pyrénéens. — Météorologie, appareils et résultats d'observations; les observatoires, la géographie zoologique et botanique.

VIIe section. — Géographie rétrospective. — Ethnographie, costumes, ornements, armes, ustensiles, ameublements, etc.

VIIIe section. — Travaux scolaires, concours entre les maîtres et entre les élèves des départements du ressort académique.

Un jury complété par les délégués des Sociétés françaises de géographie, décernera des récompenses aux principaux exposants de chaque section.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Panas : Manifestations des maladies générales sur l'appareil de la vision. — Rhumatisme oculaire. — II. Lettres de Suisse et d'Allemagne. — III. Intérêts professionnels. — IV. Bibliothèque. — V. Thérapeutique. — VI. Variétés. — VII. Courrier.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Manifestations des maladies générales sur l'appareil de la vision. — Rhumatisme oculaire.

Leçon de M. le professeur PANAS,

Recueillie par le docteur de Lapersonne, chef de clinique de la Faculté.

Messieurs,

Continuant notre étude des relations entre les maladies générales et les affections oculaires, je désire appeler aujourd'hui votre attention sur les manifestations rhumatismales, à propos de deux malades que vous avez vus récemment dans notre service, et dont l'un est encore dans nos salles.

Une première difficulté nous arrête au début de cette étude, c'est la définition et la limitation de notre sujet. Nous avons tout de suite à nous demander: que faut-il entendre par rhumatisme de l'œil?

Cette idée est très ancienne et a dû certainement être prise tout d'abord dans le sens le plus large, celui qu'entendaient les anciens sous le nom de ρευμα, courant d'air. Si on devait accepter cette manière de voir, la limitation du rhumatisme oculaire serait impossible et devrait comprendre en outre des manifestations de la diathèse arthritique, toutes les affections qui, de près ou de loin, reconnaissent pour cause l'action du froid. A mesure qu'on étudie et qu'on connaît mieux toutes ces questions, on arrive à restreindre la sphère des rhumatismes oculaires, et, pour ne citer qu'un exemple, on ne range plus, depuis longtemps, le glaucome dans les manifestations rhumatismales de l'appareil de la vision. Ceci n'est, du reste, pas spécial à l'ophtalmologie. Nous voyons le même fait se produire dans la médecine et la chirurgie générales : mieux étudiées aujourd'hui, les périostites, certaines ostéites, et bien d'autres affections ne méritent plus l'épithète de rhumatismales.

Mais cette transformation est de date récente. Au commencement du siècle, Beer décrivait encore une ophtalmie rhumatismale idiopathique, l'œil pouvant être le siège d'une première atteinte de rhumatisme, comme une articulation, et cette manifestation protopathique était le glaucome aigu. Plus tard, Jünghen et Himly, poussant plus loin les idées de leur maître, avaient rangé un très grand nombre de lésions de l'œil sous le nom d'ophtalmies rhumatismales sympathiques et symptomatiques, complétant ainsi la grande classe des ophtalmies rhumatismales.

Aujourd'hui nous limitons beaucoup plus le champ du rhumatisme oculaire. Tel qu'il est, cependant, il est très considérable; aussi je passerai très rapidement sur les faits qui sont connus de tous pour insister particulièrement sur quelques points plus intéressants. Prenons tout d'abord son siège le plus fréquent, c'est-à-dire l'iris.

L'*iritis rhumatismale* survient le plus souvent chez les individus ayant à tous les degrés les signes plus ou moins apparents de la diathèse arthritique, soit des antécédents rhumatismaux aigus ou chroniques du côté des articulations, soit des manifestations goutteuses, soit enfin des altérations cutanées. Vous savez que le type classique de cette iritis est la forme séreuse, tandis que la forme plastique est plus souvent d'origine syphili-

©BIU Santé

tique. Il me serait impossible d'insister sur ce diagnostic différentiel. Je vous rappellerai seulement que l'iritis séreuse se caractérise par un épanchement assez considérable dans la chambre antérieure, l'humeur aqueuse est augmentée de quantité et légèrement trouble, l'œil est tendu et très douloureux, l'inflammation très vive, le chémosis assez considérable, pour qu'on ait pu croire à l'existence constante d'une sclérite. On n'observe des adhérences iriennes dans cette affection qu'à une période plus avancée : quand elles existent, elles sont toujours peu résistantes. Ces caractères très importants ne sont pas les seuls que nous observons. La cornée, par sa face postérieure, et particulièrement par sa membrane de Descemet, prend part à l'inflammation. Je ne veux pas vous faire entrer dans la discussion encore pendante sur le rôle de l'épithélium cornéen dans cette affection ; rappelez-vous seulement qu'elle a été tour à tour décrite sous le nom de desceméite, d'aquo-capsulite, d'iritis séreuse.

Le type que je viens de vous présenter est de beaucoup le plus simple ; lorsque vous le rencontrerez vous pourrez, sans crainte, affirmer l'iritis rhumatismale. Mais bien souvent les caractères ne sont pas aussi tranchés, dans les formes intermédiaires les iritis séreuse et plastique confondent un peu leurs symptômes : aussi, pour se prononcer, il est nécessaire de bien connaître les conditions étiologiques qui produisent chacune de ces formes.

Toutes les manifestations de la diathèse arthritique ne donnent pas également lieu à l'iritis rhumatismale. Elle est très rare dans le rhumatisme polyarticulaire aigu, tandis qu'elle est fréquemment associée aux arthrites chroniques déformantes, à ce que les Anglais appellent le rhumatisme goutteux. Elle n'est pas moins fréquente dans certaines manifestations cutanées de l'arthritisme, et dans ce qu'on la désigne sous le nom générique de diathèse urique. Hutchinson, admettant l'influence prépondérante de l'hérédité, décrit une iritis et une irido-cystite héréditaire.

Mais une variété assez fréquente est celle qui accompagne le rhumatisme blennorrhagique. Ici nous avons affaire très franchement à l'iritis séreuse et c'est cette forme que Himly et Ricord avaient décrite sous le nom d'ophtalmie blennorrhagique *métastatique* pour bien montrer qu'aucune contagion directe ne pouvait être soupçonnée comme dans l'ophtalmie purulente. Je me hâte de vous dire que l'iritis séreuse est exceptionnelle chez les gens simplement blennorrhagiques. C'est qu'en effet je crois qu'il ne suffit pas d'avoir la blennorrhagie pour que ces complications se produisent, il faut que la chaudepisse soit antée sur un terrain rhumatismal.

Pour l'école de mon ami et collègue, le professeur Fournier, qui admet l'infection spéciale blennorrhagique, tous ces accidents ne sont que les manifestations diverses d'un même virus blennorrhagique. A ce compte nous devrions observer les affections oculaires ou articulaires beaucoup plus souvent dans le cours d'un écoulement. Or les statistiques démontrent facilement que cette proportion est très minime. Est-ce ainsi que se conduisent les maladies virulentes ? La syphilis, par exemple, ne présente-t-elle pas dans le plus grand nombre de cas la suite régulière de ses manifestations diverses ? A peine de loin en loin peut-on noter un cas de syphilis avortée.

En réalité, messieurs, pour que les malades présentent des accidents articulaires ou oculaires, il faut qu'ils soient rhumatisants ou en puissance de rhumatisme. La blennorrhagie n'est que l'occasion qui fait éclore les phénomènes, qui réveille la diathèse. Ce sont des diathésiques ; peut-être n'ont-ils pas eu encore de manifestations bien nettes, peut-être ont-ils seulement des antécédents rhumatismaux héréditaires ; qu'importe, on a observé des cas, et je pourrais vous en citer de ma pratique particulière, où la manifestation rhumatismale ne survenait qu'au moment où les malades contractaient une blennorrhagie

D'autres raisons peuvent être invoquées à l'appui de l'opinion que je soutiens depuis longtemps. L'iritis blennorrhagique, de même que les accidents arthritiques de même origine, est très rare chez la femme. Ayant été chirurgien pendant deux ans au Midi et deux ans à Lourcine, j'ai pu me convaincre que la proportion était infiniment plus considérable chez les hommes, c'est aussi l'opinion de Cullerier et de bien d'autres auteurs spéciaux. Est-ce que la syphilis, pour continuer l'exemple de cette maladie virulente, se comporte différemment sur les deux sexes? Non certes; ce n'est pas dans un virus plus malfaisant pour l'homme qu'il faut trouver la cause de ces différences, je crois qu'il faut l'attribuer à une raison purement anatomique. Chez la femme on n'observe pas de retentissement fâcheux sur le col de la vessie. Chez l'homme, au contraire, c'est dans la partie la plus reculée de l'urèthre que la blennorrhagie va se continuer pendant longtemps et si le col de la vessie est pris à son tour, il y aura plus de chances pour voir survenir les accidents articulaires ou oculaires. C'est donc dans une période tardive, après trois semaines ou un mois qu'on pourra les observer, alors même que le pus blennorrhagique n'est plus contagieux, tandis que dans l'hypothèse de la virulence, les accidents devraient éclater indifféremment à toutes les périodes.

C'est donc seulement chez les rhumatisants avérés ou latents qu'on observe ces accidents oculaires de la blennorrhagie. De même qu'une irritation mécanique banale du canal et du col de la vessie, un simple cathétérisme peuvent être le point de départ d'une hydarthrose du genou, chez les individus prédisposés, de même la blennorrhagie, comme l'action du froid ou des causes mécaniques seront le point de départ, l'occasion d'accidents rhumatismaux de l'œil, lorsque le col de la vessie aura été atteint.

Du côté de la *cornée*, nous observons une forme particulière de kératite, dont les relations avec le rhumatisme dans certains cas, ne me semblent plus douteuses. C'est la kératite interstitielle parenchymateuse profonde de Sœmisch, scrofuleuse de Arlt, vasculaire profonde, hérédo-syphilitique d'Hutchinson, et que je continuerai à appeler kératite dyscrasique, ne voulant pas préjuger de son étiologie. Plusieurs auteurs reviennent déjà de l'idée systématique qui veut faire de cette kératite une forme de syphilis tardive congénitale ou acquise, et admettent l'origine rhumatismale. C'est revenir aux idées que je soutiens depuis plusieurs années.

Quelques-uns d'entre vous ont pu suivre un très bel exemple pendant plusieurs mois à notre clinique. Ils se rappellent que nous avons observé une petite fille de 9 ou 10 ans, qui nous était adressée par M. Marjolin et qui présentait le type de la kératite interstitielle. Du côté des parents, aucune trace de syphilis; mais, chez le père, des douleurs rhumatismales. Pendant le cours du traitement, qui a duré plusieurs semaines, la petite fille a été prise d'arthrite avec épanchement abondant d'un genou, puis de l'autre, gênant la marche et ayant nécessité un traitement de quatre à six semaines par l'iodure de potassium. Cet épanchement articulaire est venu confirmer le diagnostic de kératite d'origine rhumatismale, que nous avions porté après une étude approfondie de la jeune malade. Förster a observé des faits analogues; il a noté que souvent ces kératites étaient liées à des hydarthroses d'origine rhumatismale, et il a reconnu, lui aussi, l'influence heureuse de l'iodure de potassium. Pourrait-on conclure de l'action efficace de ce médicament à l'origine syphilitique de la maladie? Je crois que ce serait aller trop loin (1).

Comme l'iritis, cette kératite ne s'observe pas ordinairement dans le

(1) Cette leçon a été faite avant la réunion de la Société française d'ophtalmologie. On lira avec intérêt, dans les *Bulletins* de cette Société, la communication de M. Parinaud sur la kératite interstitielle rhumatismale et la discussion dans laquelle M. Panas a, de nouveau, affirmé ses idées (L.).

©BIU Santé

cours d'une attaque de rhumatisme, mais elle est bien plutôt liée aux arthrites chroniques. Je dois noter cependant que Spencer Watson a publié un cas de kératite interstitielle dans le cours d'un rhumatisme polyarticulaire aigu.

Existe-t-il une inflammation spéciale de la sclérotique, et peut-on décrire une sclérite pure d'origine rhumatismale? Si on considère la structure de la sclérotique, on pourrait croire à une fréquence plus grande de cette affection, le tissu fibreux étant un siège de prédilection pour les localisations rhumatismales. Il n'en est rien cependant, et à part les cas bien observés de Noyes, de New-York, je crois qu'on n'a guère reconnu de faits de ce genre. Ce qui est beaucoup plus fréquent, c'est de voir des scléro-choroïdites antérieures, des épisclérites. Ici les parties voisines concourent à l'inflammation et donnent à la maladie une physionomie toute spéciale. Cette affection reste toujours localisée autour de la cornée elle est remarquable par sa ténacité et ses récidives fréquentes.

Je suis de plus en plus certain que pour agir contre cet état pathologique, il faut s'adresser surtout à la diathèse. C'est en insistant beaucoup sur le traitement général que j'ai eu la satisfaction de guérir, entre autres, deux malades dont l'histoire m'a particulièrement frappé. Dans un cas, il s'agissait d'une dame, habitant Passy, qui était, depuis plusieurs années, en proie à une épisclérite des plus rebelles. Les traitements locaux n'avaient produit aucun effet, et si la malade avait de temps à autre une accalmie, une nouvelle poussée aiguë ne tardait pas à survenir, ne lui laissant que peu de repos. C'est par l'iodure de potassium et l'iodure de sodium, c'est par l'emploi des arsénicaux et par une saison à la Bourboule que je suis arrivé à débarrasser complètement cette malade qui, depuis plusieurs hivers, n'a pas eu de nouvelles scléro-choroïdites.

Le malade qui fait le sujet de l'autre observation est un jeune étudiant que vous pouvez voir souvent dans notre service, et qui avait été obligé, à un moment donné, d'abandonner complètement ses études et d'entrer comme malade dans nos salles. Il était continuellement fatigué par des poussées de sclérites contre lesquelles aucun traitement ne pouvait agir. C'est en nous adressant à la diathèse rhumatismale que nous sommes parvenus à guérir définitivement ce jeune homme.

Existe-t-il une manifestation du rhumatisme oculaire sur la conjonctive? Oui, sans doute, il existe une ou plutôt des conjonctivites rhumatismales, et je serais porté à croire qu'un certain nombre de conjonctivites dites catarrhales sont directement sous la dépendance de la diathèse arthritique.

Chez les deux malades que vous avez vus tout à l'heure, vous pouvez noter deux exemples qui présentent chacun des caractères propres. Chez l'un, qui est nettement rhumatisant, qui relève à peine d'une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu, vous observez la forme de conjonctivite folliculaire, désignée aussi sous le nom de catarrhe sec de la conjonctive, lésion très fréquemment saisonnière, et s'observe surtout au printemps et à l'automne.

L'autre malade n'a que des manifestations peu accusées de l'arthritisme, et c'est en cherchant beaucoup que l'on trouve chez lui du pithyriasis du cuir chevelu, une pharyngite glanduleuse et une dyspepsie déjà ancienne; mais il a la chaudepisse depuis un mois et, depuis huit jours environ, il a une blépharo-conjonctivite avec sécrétion muco-purulente assez abondante. Il semble que, dans ce cas, la blennorrhagie soit venue réveiller la diathèse et ait été l'occasion des accidents aigus que ce malade présente. Remarquez chez lui une sorte de dépoli de la cornée à sa périphérie; il semble qu'il y ait eu là une série de petites phlycténules ayant donné lieu par la suite à une desquamation épithéliale. C'est un fait que

j'ai eu déjà l'occasion de signaler et qui s'explique fort bien par la continuité de l'épithélium kérato-conjonctival.

La conjonctivite rhumatismale, accompagnée le plus souvent de sécrétion muco-purulente, peut revêtir un aspect tout différent; c'est ce qu'on peut appeler la forme éruptive. C'est une sorte d'eczéma ou de pithyriasis de la conjonctive et du bord libre des paupières, qui est tenace et très sujet aux récidives. Dans cette classe rentrent les conjonctivites, souvent très intenses, produites par les instillations d'atropine ou d'ésérine; je ne doute pas que cette susceptibilité si grande de certains malades à l'emploi de ces médicaments, et la production si facile d'éruptions blépharo-conjonctivales, tiennent en grande partie à leur état général, à une prédisposition arthritique.

Dans une communication récente à l'Académie de médecine, M. Perrin a décrit une autre forme, c'est la conjonctivite grave, purulente et destructive, qui, survenant dans le cours ou après des accidents rhumatismaux, et en dehors de toute contagion, devrait être attribuée à la diathèse arthritique; ce serait la forme purulente rhumatismale de l'œil. Je ne puis que répéter ici les réserves que je faisais devant l'Académie à propos de cette communication. Je n'ai jamais observé de cas de ce genre : toutes les fois que l'ophtalmie a été très aiguë, destructive à bref délai, j'ai pu retrouver la cause dans une contagion du pus blennorrhagique. Je sais bien que le contage direct n'est pas toujours facile à dévoiler, mais il suffit de lire Mackenzie pour voir que, bien souvent, il s'est produit par une cause qui pourrait facilement passer inaperçue.

Il me resterait à vous parler des paralysies maculaires d'origine rhumatismale. Vous savez que l'action du froid est couramment accusée de produire les paralysies. Dans une autre sphère, j'ai contribué à faire disparaître une erreur d'interprétation (1). Ici, les preuves me manquent encore; mais je doute que le rhumatisme ait une action bien directe sur les paralysies des muscles de l'œil. Je ne vois guère qu'un exemple qui est dû à Michel. Il s'agissait, dans ce cas, d'une paralysie oculaire qui précéda un rhumatisme articulaire aigu avec phénomènes méningitiques, et qui disparut après les manifestations articulaires.

De cette étude des différentes manifestations du rhumatisme ou de l'arthritisme sur l'appareil de la vision, retenez ce fait important : c'est qu'il est toujours difficile de rapporter à leur véritable cause les lésions qu'on observe. Lorsqu'il s'agit en particulier de rhumatisme ou de syphilis, une erreur dans l'interprétation des faits serait très préjudiciable. Vous devez donc vous appliquer à bien reconnaître les lésions du rhumatisme oculaire, et dans la thérapeutique que vous mettrez en usage, vous n'oublierez jamais d'agir énergiquement contre la diathèse.

(1) Paralysie radiale par compression. *Bull. de l'Académie de médecine* (1872); *Archives de médecine* (1873).

Lettres de Suisse et d'Allemagne

Berne, avril 1883.

Le bacille du choléra et les travaux de M. Koch aux Indes. — Le microbe de la rougeole et celui de l'ostéomyélite. — La méthode du docteur Giacomi pour la recherche du bacille tuberculeux. — Récents travaux en Allemagne. — Programme du Congrès de médecine et de chirurgie de Berlin.

Les lecteurs de l'*Union médicale*, qui ont bien voulu lire avec indulgence les lettres de Suisse et d'Allemagne, doivent se demander aujourd'hui si l'auteur est mort ou si ces deux pays ont cessé de produire des choses scientifiques intéressantes.

©BIU Santé

Il n'en est ainsi ni de l'un ni de l'autre, et même il me sera impossible de donner un aperçu complet du mouvement scientifique dans ces deux pays depuis janvier 1884, et vous le comprendrez en pensant à ce que doit publier la cohue des travailleurs infatigables des 35 ou 40 Universités allemandes, sans compter toutes les publications des Sociétés médicales des grands centres non universitaires.

Je signalerai d'abord la lettre de Koch, écrite de Calcutta, où il raconte tout au long la découverte de son bacille du choléra. La plus grande difficulté, était comme en Egypte, de choisir au milieu de la multitude de micro-organismes qui peuplaient l'intestin des malades. Ce n'est qu'en comparant le résultat d'un grand nombre d'autopsies, en particulier d'autopsies faites sur des individus morts pendant la première période de la maladie, qu'il est arrivé à choisir avec sûreté un de ces bacilles, celui qu'il a rencontré avec le plus de constance et qui lui a paru le plus remarquable.

Ce bacille a pour caractère spécial de ne pas être, comme la plupart d'entre eux, parfaitement droit, mais un peu arqué en forme de virgule. L'arc se prononce assez parfois pour former un demi-cercle. Dans les cultures pures, ces organismes légèrement recourbés ont assez souvent la forme d'S plus ou moins prononcés, ou de lignes ondulées, suivant que la chaine est produite par la réunion de deux ou de plusieurs individus qui sans doute sont restés attachés ensemble après leur développement par scission Ces bacilles sont animés d'un mouvement propre que l'on constate surtout facilement dans une goutte de solution nutritive suspendue à un couvre-objet (Deckglässchen).

Son développement est caractéristique dans la gélatine nutritive au milieu de laquelle se forment des colonies incolores. Tout d'abord indépendantes, sous forme de petits centres, semblables à des morceaux de verre brillants, ces colonies se réunissent peu à peu en liquéfiant la gélatine pour constituer un foyer proliférant assez considérable. Les bacilles se développent aussi facilement dans le porte-objet creux.

La mission allemande a pu examiner 22 cadavres de cholériques et 17 malades atteints de cette affection. Chaque fois un grand nombre de cultures et de préparations microscopiques ont été faites.

Comme contrôle, 28 autres autopsies ont été faites, entre autres celles de 11 dysentériques. Sur ces derniers cadavres, de même que sur un sujet guéri depuis peu de temps du choléra et mort de pneumonie, il n'a pas été possible de découvrir le bacille en question. D'ailleurs ce bacille serait identique, d'après Koch, à celui qu'il a déjà entrevu en Egypte.

Son développement dans le tube intestinal de l'homme doit être la cause du processus morbide qu'on désigne sous le nom de choléra. Il n'a été trouvé que deux fois dans les matières vomies par les cholériques. Dans les déjections, on le voit d'une façon constante pendant les premiers jours; puis il disparaît peu à peu à mesure que les selles deviennent de nouveau féculentes. Lorsque les selles sont aqueuses, le bacille se trouve presque à l'état de culture pure dans l'intestin. L'estomac n'en contient pas en général, probablement à cause de l'acidité du suc gastrique, ce micro-organisme ne pouvant se développer que dans une substance nutritive parfaitement alcaline. Un estomac sain ne doit pas en laisser passer un seul ; en effet, la maladie éclate presque toujours après un dérangement quelconque d'estomac. Koch trouve le bacille en dernier lieu dans les glandes en tube de l'intestin; alors les selles sont déjà parfaitement putrides, et ne contiennent plus le microbe caractéristique; le malade est guéri.

Comme cause importante d'infection, l'auteur allemand trouve une prolifération excessive de ce bacille dans le linge sali par les déjections des cholériques.

L'existence même du bacille semble être de courte durée : trois ou quatre semaines au plus. Koch admet par contre un germe de nature sporadique très résistant, nous échappant encore, qui peut supporter toutes les dessiccations sans périr et qui conserve la maladie.

Aucune greffe n'a encore réussi chez les animaux et Koch n'a pu trouver au Bengale un seul animal susceptible de contracter cette maladie. Il en est de même, on le sait, pour le typhus et pour la lèpre, qu'on n'a pu encore greffer sur aucun animal, témoin les derniers essais de Campana en Italie.

Dans l'*Allgemeine medicinische central Zeitung* du 8 avril 1884, le docteur Klamann annonce la découverte de microcoques dans les écailles épidermiques des enfants atteints de rougeole. Ces organismes sont analogues à ceux de la scarlatine, dont j'ai déjà parlé, et se colorent de même ; néanmoins leurs dimensions paraissent un peu moins considérables.

Dans le *Centralblatt für Chirurgie* du 2 février 1884, le professeur Rosenbach, de Gœttingue, parle des micro-organismes qui produisent chez l'homme l'ostéomyélite aiguë. Le pus

de cette affection contient toujours un micrococcus, que presque tous les chirurgiens ont cultivé : il est assez gros, se développe dans la gélatine sous forme de petites masses du plus bel orange, sans se réunir en chaînes. Le professeur Rosenbach l'a cherché plus loin que l'ostéomyélite, et veut l'avoir trouvé dans plusieurs cas d'empyème, de pyoémie, dans des furoncles, enfin 14 fois sur 15 dans l'ostéomyélite, dont 12 fois à l'état de culture pure.

Plusieurs essais faits sur des animaux atteints de fractures ou de simples contusions de l'os, ont donné presque constamment, pour une ingestion de microcoques dans le sang, des localisations ostéomyélitiques. L'auteur croit que la plupart des ostéomyélites sont le produit de ce microbe, et qu'il ne joue pas seulement un rôle dans cette maladie, mais peut engendrer aussi des abcès, des phlegmons très intenses. Il le regarde donc plutôt comme un agent pyogène très actif que comme le microbe spécifique de l'ostéomyélite, et le nomme *staphylococcus pyogenes aureus*.

Les médecins praticiens se plaignent toujours beaucoup des complications de la recherche du bacille de la tuberculose et de la perte de temps qu'elle occasionne. Voici la méthode de coloration rapide du docteur Giacomi, de Berne, chef de clinique médicale.

Giacomi emploie une solution alcoolique très concentrée de fuchsine, en verse quelques gouttes dans un verre de montre qu'il remplit à peu près complètement d'eau distillée. Les couvre-objets préparés sont alors déposés bien à plat à la surface du liquide de façon qu'ils surnagent, puis le tout est chauffé sur une flamme d'esprit de vin jusqu'à ce que le liquide laisse dégager des vapeurs. Les couvre-objets sont alors retirés, lavés à grande eau, décolorés dans l'acide nitrique à 30 0/0, lavés encore à grande eau, puis examinés au microscope. En 10 minutes, ce travail est fait au complet. On peut aussi colorer les préparations à froid, mais il faut alors les laisser dans le liquide une bonne demi-heure.

Pour les coupes microscopiques, il sera bon de les laisser 24 heures dans le liquide afin d'avoir une sûreté complète de coloration.

Il est évident que les médecins praticiens doivent avoir un bon microscope pour ces recherches et qu'une lentille à immersion est nécessaire.

Peut-être le gouvernement français suivra-t-il le gouvernement allemand dans la bonne voie qu'il vient d'ouvrir, c'est de munir tous les lazarets militaires des instruments nécessaires à la recherche des bacilles. Cette mesure peut dans bien des cas rendre des services.

Dans le n° 6 du *Centralblatt für Chirurgie*, M. le professeur Kœnig, de Gœttingen, publie l'observation d'un certain nombre de cas de tuberculose péritonéale diffuse avec ascite et apparence de tumeur abdominale et plus spécialement de kystes de l'ovaire. Ces cas présentent les plus grandes difficultés diagnostiques à cause de leurs symptômes : fluctuation, matité, localisation à la partie inférieure de l'abdomen, augmentation lente, etc., tout est là pour induire en erreur.

Dans le dernier numéro des *Archives de la médecine clinique allemande*, on trouve les travaux suivants :

Erb : *Forme juvénile de l'atrophie musculaire progressive et ses rapports avec la pseudo-hypertrophie musculaire.*

Wagner : *Pathologie et anatomie pathologique du foie.*

Simmonds : l'*Empyème chez les enfants et son traitement*, observations faites à l'hôpital de Hamburg.

Trois nouvelles brochures viennent de paraître dans les *Klinische-Vorträge* de Volkmann. Elles portent les titres suivants : n° 237, *Empoisonnement chronique par la morphine et traitement*, par le docteur Burkart (de Bonn) ; n° 238, *Arthrite déformante et rhumatisme articulaire chronique*, par le docteur W. Waldmann (de Halle) ; n° 239, *Elongation de la moelle épinière comme traitement mécanique des maladies nerveuses*, par le docteur Alfred Hegar (de Fribourg).

Un manuel qu'on dit excellent et dont le besoin se faisait sentir vient d'être publié à Vienne par le docteur J. Gottstein, sous la rubrique : *Maladies du larynx et laryngoscopie*, comprenant la thérapeutique. Ce manuel, très pratique et complet, est destiné aux étudiants et aux médecins praticiens.

Enfin, une biographie des médecins célèbres de tous les temps et de tous les peuples commence à paraître par livraisons sous la rédaction de Wernich. On ne lui fait qu'un reproche, c'est d'être trop complet, de s'étendre un peu trop aux sommités secondaires.

©BIU Santé

Je citerai, en terminant, une note du docteur Roux (de Lausanne) sur la préparation du catgut et de la soie antiseptique: c'est une modification du procédé de Kocher, destinée surtout à en diminuer le prix. Kocher place son catgut lavé au sublimé à 2 0/00 dans l'huile de genièvre, où il séjourne pendant quelques jours. Le catgut et la soie, désinfectés par l'ozone que contient cette huile, sont lavés à l'éther et conservés à l'alcool. Le docteur Roux supprime l'huile de genièvre, qui est excessivement chère, et la remplace par de la vieille térébenthine, qui contient également de l'ozone; le catgut y séjourne huit jours, et on le conserve dans l'alcool après lavage à l'éther. Il devient ainsi parfaitement antiseptique, coûte moins cher et est très résistant.

Edmond Lardy.

P. S. — Voici le programme des Congrès de chirurgie et de médecine qui vont avoir lieu à Berlin :

XIIIe Congrès de chirurgie, du 16 au 19 avril 1884. — Premier jour: professeur Zesas (de Zurich), *a*) *Rapports physiologiques entre la rate et la glande thyroïde*; *b*) *Traitement de la paraplégie, suite de spondylite.* — Deuxième jour: docteur Cramer (de Wiesbaden), *Intoxication par des ferments développés dans un kyste sanguin.* — Troisième jour: docteur Zabludowsky (Berlin), le *Massage*.

Congrès de médecine, du 21 au 24 avril 1884. — Premier jour: *Ueber die genuine Pneumonie.* — Deuxième jour: *Poliomyelitis und Neuritis.* — Troisième jour: *Dyspepsie nerveuse*, plus divers mémoires; docteur Hermann Weber (Londres), *Hygiène des écoles en Angleterre, principalement au point de vue des épidémies;* docteur Rosenthal (Erlangen), *Réflexes;* docteur Golz (Strasbourg), *Localisation des fonctions du cerveau;* docteur Pfeiffer (Weimar), *Vaccination*; docteur Seegen (Karlbad), *Diabète*; docteur Rossbach, *a*) *Rapport de la commission pour le traitement des maladies infectieuses; b*) *Une nouvelle propriété curative* (Heilwirkung) *de la naphthaline.* — E. L.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ORGANISATION DU SERVICE MÉDICAL DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DEVANT LE CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS.

Dans la discussion qui s'est terminée il y a quelques jours sur la réorganisation de l'assistance à domicile, le Conseil municipal s'est prononcé, comme on l'a déjà vu à cette même place, en faveur du recrutement des médecins par le concours. Cette solution n'est vraisemblablement pas définitive à cause des difficultés qu'elle soulève. En tout cas, elle ne peut donner de résultats heureux que par une rétribution plus équitable du personnel, comme on l'a souvent écrit et démontré dans ce journal.

Aujourd'hui, cette opinion semble faire quelque chemin parmi nos édiles; et, au cours de ces débats, l'un d'eux, M. Royer, dans un discours plein de bon sens pratique, a montré l'impuissance de toutes les réformes qui n'ont pas pour base une amélioration dans la rétribution et l'organisation du personnel médical des Bureaux de bienfaisance.

Certes, en rendant hommage à M. Royer, je ne possède pas la très naïve illusion de croire à l'imminence de ces améliorations. L'échéance de ces réformes ne peut guère être prochaine, puisqu'elles dépendent d'une part de l'administration, plus disposée à s'occuper du service matériel des Bureaux de bienfaisance que d'accorder au personnel médical l'influence et la rétribution dont il est digne; d'autre part, d'un conseil municipal au terme de son mandat, et conséquemment sans qualité pour veiller sur l'exécution des vœux assez platoniques qu'il émet.

Néanmoins, ces discussions sont instructives, surtout pour les futurs canditats de ces concours. Ils pourront juger si la modeste situation qui leur est offerte est en rapport avec la somme de travail que nécessitent les épreuves de tout concours sérieux, et avec le dévouement indispensable pour satisfaire consciencieusement aux obligations acceptées par eux. En retour, comme l'*Union médicale* l'a souvent fait remarquer, ils pourront prétendre à une indemnité pécuniaire d'autant plus restreinte que leurs services auront été plus nombreux.

En voici la preuve. Quand, avec M. Royer, on prend pour exemple le XIXe arrondissement qui, dans la hiérarchie de l'indigence parisienne, tient un rang intermédiaire entre les circonscriptions les plus pauvres et les quartiers les plus riches, on voit que

pendant l'année 1883, 7400 lettres ont été remises aux malades. Ces lettres qui donnent droit aux secours médicaux à domicile étaient adressées aux douze médecins chargés d'assurer le service.

Chaque lettre, en d'autres termes chaque malade, a nécessité un minimum de deux visites, c'est-à-dire que le total des secours médicaux à domicile dans les circonscriptions a été représenté par 14,800 visites ; chiffre assurément inférieur à la réalité. De plus, 36,400 individus plus ou moins indigents se sont présentés aux consultations hebdomadaires des maisons de secours, de sorte que dans une année les médecins de l'Assistance publique du XIXe arrondissement ont dû, soit à domicile, soit sur place, donner 50,000 consultations ou visites. Ces chiffres sont, je le répète, bien au-dessous de la réalité.

Or, la rétribution totale de ces douze médecins s'élève à 22,000 francs. Par une simple opération d'arithmétique, on peut mesurer quel est administrativement le taux de leur dévouement, puisque répartie au prorata du nombre des visites et des consultations, cette somme met le prix de chacune d'elles à QUARANTE-CINQ CENTIMES! Ce n'est pas tout ; et voici ce qu'on peut constater en poursuivant le calcul plus loin que M. Royer : Chaque visite ou consultation, prise l'une dans l'autre et en comptant le temps employé au déplacement, demande trente minutes au minimum. L'honorarium de nos confrères ne dépasse pas 90 centimes par heure : ce n'est pas celui de l'ouvrier mécanicien ou du cheval attelé à une voiture de louage !

Ce n'est pas encore tout ! Cette rémunération est même plus dérisoire dans les arrondissements pauvres, puisque les médecins des bureaux de bienfaisance reçoivent un traitement fixe et non pas des honoraires proportionnels aux services qu'ils rendent. En fait, leur traitement est relativement plus élevé dans les arrondissements riches, parce que le nombre des pauvres y est moins nombreux.

De plus, s'acquittant vis-à-vis de ses médecins au moyen d'un traitement fixe, l'administration remet généreusement à la plupart des individus qui les demandent, ces lettres qui leur assurent le service médical gratuit. Nombre de familles demi-aisées profitent donc de cette faveur et augmentent illégitimement le nombre des individus appelés aux avantages du traitement à domicile.

Ce fait, signalé souvent par les médecins de charité, n'a pas à coup sûr le mérite de la nouveauté, mais il donne l'explication des injustes récriminations dont ces médecins sont victimes, car les plus véhémentes réclamations viennent des individus de cette catégorie qui trouvent, il faut le dire, de trop complaisants porte-voix dans certains conseillers municipaux et certaines municipalités.

Enfin, dans les circonscriptions dont le médecin possède une notoriété d'urbanité ou de science, ces personnes demi-aisées font tous leurs efforts pour obtenir les soins médicaux gratuits. Elles les obtiennent avec d'autant plus de facilité, qu'elles réclament de l'Assistance publique des secours en médicaments toujours d'un prix minime et non pas des secours en nature toujours plus onéreux.

Ce médecin possède-t-il moins bon renom ? Ou bien dans une même circonscription, le médecin vient-il à changer et à être remplacé par un successeur moins courtois ou plus sévère ? Ces mêmes familles ne demanderont plus de lettre, ne s'adresseront plus au service médical du bureau de bienfaisance, mais préféreront payer un médecin de leur choix.

En réalité, le médecin dévoué qui fait bien son service est donc le plus mal rémunéré. C'est là une de ces chinoiseries qui donnent la mesure d'une réglementation boiteuse et surannée !

On a bien proposé de rétribuer les médecins à la visite, mais le contrôle est alors impossible. L'administration a essayé de remplacer le traitement fixe par un traitement proportionnel, la proportionnalité étant établie d'après le nombre des indigents inscrits dans les circonscriptions et celui des malades traités à domicile. Or, le rapport varie dans chaque quartier et ne donne pas une base suffisante pour l'appréciation exacte des services rendus et partant pour leur équitable rémunération.

C'est la rétribution à la lettre que M. Royer propose avec quelque raison. Quels sont les avantages de ce système ? Au point de vue du contrôle, il ne présente pas d'inconvénients, car la délivrance de la lettre ayant lieu administrativement, ce contrôle serait facile. D'autre part, l'administration ayant intérêt à limiter ses dépenses, la surveillance de secours serait mieux faite et pourrait éloigner des bureaux cette population assez aisée pour se soigner à ses frais. Enfin la comptabilité serait simple, le malade remettrait la lettre au médecin qui, en retour des visites à domicile, recevrait la somme de cinq francs par lettre, c'est-à-dire par malade. Cette réforme comme toutes les autres nécessiterait une augmentation du budget du service médical, mais elle rendrait plus équitable la répartition de l'honorarium.

©BIU Santé

Bien qu'urgente, cette question n'a pas été résolue. Le conseil municipal, tout en accordant un avis favorable aux réformes proposées, renvoie donc auteurs et propositions à l'administration, aux bureaux et aux commissions, c'est-à-dire aux calendes grecques.

Par contre, les médecins de bienfaisance obtiennent la facilité de pourvoir tout de suite de nourrice le nourrisson dont la mère vient de mourir. Excellente décision en faveur des petits électeurs de l'avenir, mais qui à coup sûr, dans tout autre pays, aurait été depuis longtemps assurée par une modeste décision administrative. Enfin, par un autre article du projet, deux membres du corps médical des bureaux de bienfaisance sont introduits dans le conseil de surveillance de l'Assistance publique. C'est une satisfaction vraiment trop platonique, en compensation des ajournements sans cesse renouvelés des réformes depuis si longtemps annoncées.

En résumé, le recrutement par le concours ne peut augmenter la valeur scientifique du personnel médical des bureaux de bienfaisance, si la rémunération de leurs services reste toujours aussi insuffisante. A Paris, l'indemnité annuelle de ces médecins n'excède jamais 2,000 francs, dans quelques quartiers et pour quelques-uns de nos confrères seulement. A Berlin, cette rétribution est en moyenne de 4,000 francs. Il fut un temps où on réclamait des juges comme à Berlin ; serions-nous à une époque où nos édiles devraient en matière de charité prendre exemple au delà du Rhin ? — C. L. D.

BIBLIOTHÈQUE

De l'augmentation de la capacité respiratoire vitale par le traitement aux eaux du Mont-Dore, par le docteur J. Nicolas, médecin-consultant au Mont-Dore. — O. Doin, éditeur. 1883.

La capacité respiratoire (capacité vitale de Hutchinson), c'est-à-dire le volume d'air introduit dans la poitrine par l'inspiration poussée à ses dernières limites, est constante chez l'homme à l'état sain. Toutes les affections des voies respiratoires, et en particulier la tuberculose, l'emphysème et la bronchite chronique, la diminuent. Cette diminution, qui entrave plus ou moins l'hématose, est pour les malades une cause de déchéance organique.

Le traitement aux eaux du Mont-Dore possède non seulement sur les poumons une action antispasmodique et anticatarrhale, mais il a encore la propriété d'augmenter la capacité respiratoire des malades qui y sont soumis. C'est ce que démontrent les observations recueillies par M. le docteur Nicolas soit dans sa clientèle privée, soit à l'hôpital thermal dont je lui avais confié le service.

Les malades ont été examinés au spiromètre avec toutes les conditions désirables pour rendre l'expérience probante : chez tous, mais surtout chez les tuberculeux, a été notée une augmentation rapide et progressive de la capacité respiratoire. A quoi faut-il l'attribuer? Le docteur Nicolas pense avec raison qu'il faut attribuer ce résultat en grande partie à la décongestion des poumons, à la régularisation de la respiration, à la diminution des sécrétions bronchiques sous l'influence du traitement thermal; mais, considérant que le Mont-Dore est à 1,050 mètres au-dessus du niveau de la mer, il admet que l'altitude peut y avoir une certaine part. On sait en effet, depuis les travaux de Jourdanet, Jaccoud, Th. Williams, Unger, que l'ampliation pulmonaire est plus considérable quand on habite les hautes régions, et que cet accroissement se fait surtout par une expansion plus complète des lobes supérieurs des poumons. Quoi qu'il en soit, l'effet produit est d'une grande importance chez les malades qui fréquentent le Mont-Dore.

Les observations recueillies par M. le docteur Nicolas témoignent du soin qu'il apporte à l'examen de ses malades, et viennent fournir une nouvelle lumière sur le mode complexe d'action des cures minéro-thermales. Nous l'engageons à poursuivre ses études dans cette voie utile, où les praticiens le suivront avec intérêt.

G. Richelot père.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la Goutte.

La nature de la goutte n'est pas encore parfaitement déterminée; cependant on s'accorde aujourd'hui pour la regarder comme une affection générale, qui tient à l'état du

sang et aux affections calculeuses des voies urinaires. Sa cause réside dans une nourriture trop animalisée d'une part, et de l'autre dans une déperdition insuffisante. Le sang puise dans les aliments trop azotés un excès d'urée, et si les reins n'éliminent pas cet excès, l'acide urique donne lieu à la gravelle et à la diathèse goutteuse. Le travail et la fatigue, en activant la circulation et la respiration, diminuent la proportion de l'urée. De là cette conséquence que la goutte est la maladie des riches, c'est-à-dire de ceux qui peuvent se nourrir d'une manière trop succulente et qui ne trouvent pas dans un travail forcé la compensation à cet excès.

Les femmes sont moins sujettes à la goutte que les hommes; le pourquoi de cette différence est bien difficile à trouver.

Toujours est-il que la goutte est une affection très douloureuse et qui produit parfois les accidents les plus graves. Elle peut être acquise ou héréditaire; dans le premier cas, elle ne se montre guère qu'à l'âge où la perspiration commence à diminuer; dans le second, elle apparaît souvent beaucoup plus tôt.

L'invasion de la goutte est souvent précédée de troubles digestifs, de fourmillements et de crampes dans les membres; d'autres fois elle a lieu brusquement. Presque toujours elle commence par les gros orteils, pour s'étendre promptement aux petites articulations et se fixer ensuite dans les grandes. L'attaque dure de sept à trente jours, et se compose de quatre ou cinq accès. A la suite de ces accès, il se forme dans les parties atteintes des noyaux ou concrétions qui sont essentiellement formés d'urate de soude et atteignent la grosseur d'une noisette et même d'une noix.

La goutte n'affecte pas toujours la forme aiguë ou régulière, elle est quelquefois chronique ou irrégulière. Dans cette forme, les douleurs articulaires sont généralement beaucoup moins vives; elles s'accompagnent de gonflements sans rougeur, et persistent, augmentent ou diminuent irrégulièrement, sans jamais présenter d'intermittences, ni par conséquent d'accès. Enfin, dans quelques cas, heureusement assez rares, les symptômes locaux disparaissent tout à coup, et la goutte, répercutée vers le cerveau, le cœur, l'estomac ou les poumons, y produit des accidents souvent mortels.

Cette terrible diathèse a été combattue par bien des moyens, et il s'en faut de beaucoup que le succès ait répondu aux efforts. Les moyens antiphlogistiques sont, la plupart du temps, sans efficacité; l'application de sangsues est inutile ou nuisible. Les purgatifs légers ont produit parfois de bons effets; encore n'en faut-il pas abuser, sous peine de les voir bientôt devenir complètement inefficaces, ou bien d'affaiblir le malade outre mesure.

Il existe cependant une préparation dont les bons effets ont été souvent constatés, et que l'approbation des docteurs Alibert, Velpeau et Andral a consacrée depuis longtemps, c'est le sirop antigoutteux de Boubée. Cette préparation, administrée au début d'un accès de goutte, en enraye immédiatement la marche, et calme presque instantanément la douleur; elle procure au malade une transpiration modérée, qui termine la crise sans aucun risque d'affaiblissement.

Le sirop de Boubée est sudorifique, stimulant, légèrement purgatif, diurétique et antispasmodique. Par ces diverses qualités, il arrive promptement à placer le malade dans ces conditions de régularité fonctionnelle et de calme qui amènent d'abord le soulagement, et avec la persévérance, la guérison.

Le sirop de Boubée peut être pris pur, mêlé à une tisane de tilleul ou en lavement; la dose est de quatre cuillerées à bouche à prendre en se couchant, trois heures après le dernier repas, pendant la période des crises; ou de deux cuillerées seulement pendant quatre jours chaque mois, pendant trois mois, à titre de préservatif à la suite d'un accès.

Dr E. Lasniée.

VARIÉTÉS

RAPPORT MÉDICAL

sur les accidents qui ont suivi plusieurs blessures par flèches prétendues empoisonnées, dans les îles du Pacifique; suivi du Rapport de la commission instituée par M. le Gouverneur de la Nouvelle-Calédonie (décision du 16 mars 1883) *à l'effet d'examiner la nature du poison des flèches employées par les naturels des îles du Pacifique, les effets, la durée de ce poison, et de rechercher les moyens qui peuvent le combattre et le guérir.* — (Nouméa, imprimerie du gouvernement.)

Une commission, nommée par le capitaine de vaisseau Pallu de la Barrière, gouverneur de la Nouvelle-Calédonie et dépendances, pour examiner les questions susdites, se

©BIU Santé

composait de : M. le docteur Brassac, chef du service de santé, président; M. le docteur Michel, médecin principal de la marine ; M. Campana, pharmacien de première classe de la marine; le R. P. Montrouzier, missionnaire apostolique.

Presque toutes les expériences de la commission ont été négatives et n'ont fait que confirmer les faits nombreux qui prouvent que les naturels de l'Océanie ont jusqu'ici peu réussi à empoisonner sérieusement leurs flèches, et qu'il faut surtout se défier de ces armes au point de vue de la terreur qu'elles inspirent aux malheureux blessés et du tétanos qui complique assez fréquemment les blessures.

Il n'en serait certainement pas de même des flèches usitées à la côte occidentale d'Afrique, et, notamment, de celles des Pawhins, empoisonnées par l'*inée* ; de celles aussi des Indiens de l'Amérique du Sud, qui sont trempées dans le *curare*, etc.

On peut dire que, de toutes les flèches suspectes connues jusqu'ici, celles des Océaniens, surtout de nos voisins, sont les moins dangereuses au point de vue toxique.

La commission n'a pu se procurer qu'assez difficilement des flèches prétendues empoisonnées. Elle en a eu trente-cinq à sa disposition. Ces flèches avaient leur pointe recouverte d'un enduit gommo-résineux diversement coloré et quelques-unes, même, par dessus cet enduit, une matière rugueuse, noirâtre, ressemblant assez à de la poudre mouillée et desséchée. De ces flèches, dix appartiennent à Vanikoro et vingt proviennent des diverses îles des archipels des Nouvelles-Hébrides.

Les piqûres, avec contact suffisamment prolongé de la pointe dans la plaie, cinq à dix minutes environ, constituent l'expérience qui se rapproche le plus de ce qui se passe chez l'homme en cas d'agression de la part des naturels. Or, une quarantaine de piqûres pratiquées sur des rats, des grenouilles, des chiens, des lapins, des coqs, etc., n'ont produit absolument aucun symptôme d'empoisonnement, et la plupart de ces animaux, que l'on a pu observer longtemps à partir des piqûres, n'ont présenté rien de particulier au point de vue de la motilité et de la sensibilité.

De toutes ces expériences et de celles de ses devanciers, ainsi que des faits observés à la suite des attaques des naturels des îles du Pacifique, la commission conclut :

1° Des flèches expérimentées par la commission, quelques-unes pouvaient être suspectes, mais aucune n'était sérieusement empoisonnée ;

2° De presque toutes les flèches données comme empoisonnées et essayées par divers expérimentateurs, aucune, sauf celles de Bornéo et de Java, n'était suspecte;

3° Les accidents graves et souvent mortels observés à la suite des agressions des naturels tenaient, dans quelques cas, à des lésions organiques, mais presque toujours au tétanos, qui se déclarait aussi bien à la suite de blessures insignifiantes qu'à la suite de blessures sérieuses par elles-mêmes, jamais immédiatement après l'accident (ce qui aurait pu faire admettre l'empoisonnement par les poisons convulsivants), mais toujours après plusieurs jours, quelquefois après des semaines, ce qui exclut toute idée d'empoisonnement;

4° Les blessures doivent être, néanmoins, traitées comme si elles étaient empoisonnées, et si aucun accident ne survient le premier jour, il n'y a qu'à instituer le traitement préventif du tétanos, qui est la complication la plus à craindre.

COURRIER

M. Chassaing vient d'obtenir une nouvelle médaille d'or à l'Exposition internationale de Calcutta, où il avait exposé une série de Ferments physiologiques, et particulièrement des Pepsines et ses préparations de Pepsine et Diastase.

Au moment de l'épidémie de DIPHTHÉRIE qui sévit avec une grande intensité, nous recommandons à nos lecteurs les propriétés éminemment antiseptiques du *Vinaigre de Pennès*, constatées dans un grand nombre d'hôpitaux.

Les Médecins qui voudraient expérimenter les **Tubes-Levasseur** dans les accès d'Asthme et de Suffocation peuvent se les procurer *gratis* et *franco*, à la pharmacie ROBIQUET, 23, rue de la Monnaie, Paris, ou chez l'inventeur, 7, rue du Pont-Neuf.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos, par le docteur Richelot, ancien président de la Société de médecine de Paris, chez G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120. — Prix : 2,50

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Maurice Notta : De certaines propriétés de l'ergot de seigle. — II. Kyste ovarique multiloculaire. — Ovariotomie. — Guérison. — III. Bibliothèque. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Le choléra en 1884. — VI. Bulletin des décès de la Ville de Paris. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

De certaines propriétés de l'ergot de seigle.

Le seigle ergoté (comme ses dérivés l'ergotine, l'ergotinine, etc.) rentre dans la catégorie des médicaments actifs, qui peuvent être aussi nuisibles qu'utiles aux malades, suivant qu'ils sont maniés par des mains inhabiles ou expérimentées. Il demande à ce titre à être administré avec une certaine prudence, sans réclamer cependant une habileté exceptionnelle, ni ce luxe de précautions que peut exiger l'emploi des substances véritablement dangereuses. Les services qu'il rend en thérapeutique sont incontestables, et, depuis l'épistaxis rebelle jusqu'à la métrorrhagie la plus effrayante, la plupart des hémorrhagies capillaires sont heureusement combattues, grâce à son action hémostatique. Sans revenir sur ses propriétés antihémorrhagiques bien connues de tous, nous voudrions insister sur les avantages *de la poudre d'ergot de seigle employée d'une façon continue* comme traitement à la fois curatif et préventif de certaines hémoptysies, qu'il s'agisse des hémoptysies de la période de début de la tuberculose, de certaines formes congestives mal définies, ou de ces accidents arthritiques, sur lesquels a insisté M. Huchard. Ce traitement qui est préconisé par M. Duboué (de Pau), et qui lui donne depuis plus de quinze ans des succès parfois inespérés, est assez mal connu, croyons-nous, pour que nous pensions faire acte de justice et de bonne foi en signalant les avantages de la méthode employée par le savant médecin de Pau (1).

L'action *toni-musculaire* ou *excito-motrice* du seigle ergoté est connue depuis longtemps. Après l'avoir localisée d'abord aux fibres musculaires utérines, on constata qu'elle s'exerçait sur toutes celles de l'économie, comme l'établirent les recherches de Parola, G. Sée, Legros et Onimus, et Holmes. Dès 1846, Parola vantait l'action calmante et l'efficacité du seigle ergoté dans la fièvre typhoïde et la phthisie pulmonaire (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. XII), et Holmes (1870) indiquait ses effets sur les capillaires et les vaisseaux du poumon. L'action physiologique de l'ergot de seigle, agent excitant des muscles cardio-vasculaires, est analogue à celle de la quinine, si utile dans certaines hémorrhagies, et s'explique par le pouvoir excito-moteur que ces deux agents exercent sur le système nerveux. C'est en s'appuyant sur ces données physiologiques que M. Duboué a recherché les applications thérapeutiques, et a pu, après s'être assuré de l'efficacité du seigle ergoté, le préconiser dans un certain nombre d'affections, *et surtout dans la fièvre typhoïde*, où il peut être substitué avantageusement dans la plupart des cas au sulfate de quinine. Quant aux hémoptysies, qu'elles soient arthritiques ou liées à la tuberculose, elles sont presque toujours précédées d'une congestion du poumon. Andral, Hérard et Cornil, Grancher nous montrent autour des granulations tuberculeuses les vaisseaux remplis de sang et dilatés. Or, c'est en provoquant la contraction des capillaires, et par suite en favorisant la circulation et régularisant le cours du sang, que l'ergot de seigle diminue la tension intra-vasculaire et par

(1) Les lecteurs, qui voudraient se reporter aux travaux originaux, pourront consulter les ouvrages ci-dessous de M. Duboué : *Recherches sur les propriétés thérapeutiques du seigle ergoté*, Paris 1873. — *De la physiologie pathologique de la fièvre typhoïde, etc.*, Paris 1878. — *Etude comparée du médicament et de la série médicamenteuse*, Paris, 1881. — *Bulletins de l'Académie des 5 et 12 septembre 1882.* — *Des effets comparés de divers traitements de la fièvre typhoïde, etc.*, Paris, 1883.

©BIU Santé

suite la fluxion sanguine, et peut ainsi, grâce à son pouvoir excito-moteur, sinon empêcher, du moins retarder l'évolution de la granulation tuberculeuse. Quand il s'agit de ces hémoptysies d'origine arthritique, qui surviennent tout d'un coup, sans cause appréciable, qui sont accompagnées d'une congestion latente ou fugace, ne se révélant parfois par aucun signe stéthoscopique, on conseille le repos, l'hygiène, on fait une ou plusieurs piqûres d'ergotine, suivant l'intensité de l'hémorrhagie, et on attend souvent pour agir le retour des accidents. Les hémoptysies se reproduisent-elles, la congestion devient manifeste, des râles s'établissent et persistent même parfois fort longtemps, et le malade arthritique d'abord peut devenir au bout de cinq, six ou sept ans un tuberculeux (1). Aussi est-ce au début, dans la période purement congestive, que le traitement par le seigle ergoté, administré à petites doses d'une façon continue, peut donner les plus brillants résultats.

Pour que ce traitement réussisse, la première condition à remplir est de s'assurer de la bonne qualité du seigle qu'on emploie. *Il faut examiner les grains*, et nous insistons sur ce point parce qu'il est capital, et qu'on a, dans certains cas, attribué à tort au médicament des insuccès, parfois des accidents, dus uniquement à sa mauvaise qualité. Si les grains sont friables, percés de trous, et laissent échapper, lorsqu'on les casse, une poussière grisâtre, le seigle est altéré. Dans le seigle frais, le grain n'est jamais recouvert d'une couche pulvérulente, est dur, et présente, quand on le brise, une couleur violacée nette et caractéristique. Nous ne parlons pas de la poudre, dont la bonne qualité est beaucoup plus difficile à vérifier que celle du grain, et qui d'ailleurs ne doit pas être préparée d'avance, étant donnée la rapidité avec laquelle elle s'altère, surtout dans les endroits humides. Il faut donc employer toujours *de bon seigle fraîchement pulvérisé*, et, si le pays est très humide, il est bon d'ajouter quantité égale de poudre de sucre destinée à absorber l'humidité. Ainsi préparée, la poudre d'ergot de seigle peut se conserver, sans s'altérer, un mois en moyenne (nous en avons vu de très bonne datant de quatre mois, mais il est facile et préférable d'en avoir de fraîche tous les mois), et est administrée dans des cachets Limousin, ou simplement dans du bouillon, de la confiture, du café, mais toujours par doses fractionnées, chaque cachet contenant en général 25 centigrammes de poudre. Les doses à employer varient suivant la nature de la maladie et suivant qu'on veut obtenir un effet immédiat ou, au contraire, agir d'une façon lente et continue sur l'organisme. C'est ainsi que, dans une affection aiguë, dans la fièvre typhoïde, par exemple, les doses ordinaires sont en général de 2 à 3 grammes par jour pour un adulte, et de 0,50 centigrammes à 1 gramme par jour pour un enfant de 6 à 12 ans, tandis qu'au début de la tuberculose, des doses de 0,50 centigrammes à 1 gramme par jour seront suffisantes pour un adulte, à condition d'être continuées longtemps. Elles varient encore suivant la gravité de la maladie, suivant l'idiosyncrasie des individus, et même suivant leur sexe, les femmes étant en général plus sensibles que les hommes à l'action du médicament. Du reste, il vaut toujours mieux commencer par une dose relativement inférieure pour tâter la susceptibilité du malade, et l'augmenter progressivement les jours suivants. Quand les accidents aigus ont disparu, il est bon de continuer pendant longtemps la poudre d'ergot à petites doses (0,50 à 0,75 centigrammes), et c'est en cela que consiste le traitement préventif. Ces doses, qui ne présentent aucun danger, peuvent être suspendues momentanément, quitte à être reprises au bout de quelques jours, ou de deux à trois semaines, suivant les cas, et souvent sur la demande même du malade.

(1) C'est là, pensons-nous, un des modes d'évolution de la tuberculose, que certains auteurs ont appelé *phthisis ab hemoptoe*. Ces hémoptysies, en amenant l'affaiblissement puis la déchéance du malade, créent le terrain.

En agissant sur la circulation, le seigle ergoté, administré à des doses appropriées, empêche le refroidissement des extrémités, favorise la digestion, produit un ralentissement constant du pouls, exerce une action sédative sur le système nerveux, et procure un véritable sentiment de bien-être que signalent beaucoup de malades auxquels il donne de l'appétit et du sommeil. Quoiqu'en général il soit bien toléré, cependant il peut donner lieu à quelques accidents, qui sont plutôt les effets physiologiques du médicament et, en général, ne persistent pas. Tels sont les vomissements, les nausées, la gastralgie, de l'ébriété allant parfois jusqu'à l'ivresse, des bourdonnements d'oreille, etc. Mais on a beaucoup exagéré, croyons-nous, les dangers de l'ergotisme, qui est dû pour ainsi dire à un excès de contraction des petits vaisseaux, et produit la gangrène par une sorte de tétanisation du système capillaire sanguin. Or cet ergotisme, qui résulte souvent de l'usage de seigle altéré, ne s'observe à des doses thérapeutiques que dans des cas très rares où toute surveillance fait défaut. N'y a-t-il pas en France des populations entières qui se nourrissent de seigle ergoté? et, si ce n'est une certaine inébriation encore assez rare, on n'observe pas généralement d'accidents (Pidoux). Que de femmes enceintes ont pris des quantités relativement considérables d'ergot en poudre dans le but de se faire avorter, et n'ont obtenu aucun résultat (Millet, Chailly, Roche, etc.)! Danyau a, dans un rapport à l'Académie, cité le fait de J. Paterson, « qui, pour provoquer l'accouchement avant terme, administra *impunément* à une femme plus de 100 grammes d'ergot dans l'espace de quelques jours. » Nous pourrions multiplier les exemples et, chez beaucoup de malades, M. Duboué a constaté la tolérance de doses relativement fortes d'ergot de seigle; dans un cas en particulier, il a pu en administrer, pendant trois semaines consécutives, à la dose de 3 grammes par jour, sans que le malade accusât le plus petit malaise. L'ergotisme existe, c'est incontestable, et l'an dernier encore a tristement précipité la fin d'un peintre de talent dont la jambe atteinte de gangrène a dû être amputée. Mais c'est au médecin de surveiller l'action thérapeutique du médicament, et dès que le malade accuse quelques légers fourmillements dans les pieds, coïncidant le plus souvent avec un abaissement notable de température, il y a indication absolue de supprimer le seigle ergoté, sauf à le reprendre au bout de deux ou trois jours. Il faut aussi redoubler de prudence dans les affections qui exposent par elles-mêmes à des accidents gangréneux; mais, nous le répétons, c'est au médecin d'observer, et de ne pas mettre sur le compte de l'agent thérapeutique le résultat de son ignorance ou de son incurie.

Sans vouloir faire du seigle ergoté une panacée universelle, nous croyons qu'administré sous forme de poudre de bonne qualité et fraîchement pulvérisée, il peut être avantageusement substitué dans beaucoup de cas au sulfate de quinine, et peut rendre de grands services dans un certain nombre d'affections, et en particulier dans la fièvre typhoïde et la plupart des hémorrhagies capillaires. Dans la fièvre typhoïde, il serait pour M. Duboué un spécifique aussi puissant que la quinine dans les fièvres intermittentes, et préviendrait un certain nombre d'accidents souvent tardifs et d'autant plus redoutables (hémorrhagies internes, embolies, syncopes, etc.). Dans les cas de congestion pulmonaire intense, quand il s'agit de combattre des hémoptysies qui durent longtemps (quinze jours, un mois et même davantage), ce médicament, peu cher et facile à prendre, a l'avantage de pouvoir être continué, tandis qu'on ne peut pas faire des piqûres d'ergotine d'une façon régulière pendant longtemps. Si ces dernières sont tout indiquées pour parer à un accident immédiat, elles ne pourraient être conseillées comme méthode de traitement de longue durée. Sans parler de la douleur locale, ni des abcès qu'elles peuvent déterminer, elles condamnent le malade à une immobilité absolue, pour peu qu'il en ait seulement une

©BIU Santé

demi-douzaine à chaque membre, et sont d'autant plus douloureuses que le malade est plus amaigri.

Les faits sont plus instructifs que des théories, et, parmi les malades que M. Duboué a eu l'obligeance de nous montrer, il en est un dont nous allons résumer brièvement l'intéressante histoire ; ce sera la conclusion de cette courte étude sur le seigle ergoté. Cet homme, d'une trentaine d'années, est arrivé à Pau, ayant depuis deux ans des hémoptysies fréquentes et très abondantes, très amaigri, la voix cassée, et présentant des signes sthétoscopiques à la base du poumon gauche. M. Duboué lui a fait prendre du seigle ergoté jusqu'à la dose de 3 et 4 grammes par jour, et en un an ce malade, qui en était arrivé, par nécessité, à se guider bien plus sur sa propre expérience que sur les conseils de son médecin, a pris *huit cent soixante-trois grammes* de poudre d'ergot. Actuellement, cet homme n'a plus d'hémoptysies, ne présente plus aucun signe à la percussion et à l'auscultation du poumon; il est très gras (il pèse environ quatre-vingt-dix kilogrammes!); il est marié, père de famille, et mène une vie active et fatigante, étant, comme chef d'atelier, à la tête d'un grand nombre d'ouvriers. Il continue à prendre chaque jour du seigle ergoté, cesse de temps en temps, et sent lui-même le besoin d'en reprendre, « lorsqu'il remarque qu'il a la tête plus lourde, la figure plus rouge, que sa voix se fatigue plus vite », symptômes qui disparaissent dès qu'il reprend son traitement.

Que les praticiens emploient donc « la méthode Duboué » et nous transmettent le résultat de leurs essais. C'est ce que demande le savant médecin de Pau, qui termine ainsi un de ses meilleurs chapitres:

« Je ne demande pas à être cru sur parole; qu'on veuille bien vérifier ce que je dis, au lit du malade, et j'ose affirmer d'avance qu'on ne m'accusera pas de m'être laissé aller à une frivole exagération! »

C'est une tâche ingrate et ardue, même pour un maître, que de faire passer dans la pratique une méthode qui est sienne et qu'il croit bonne. Il y a longtemps qu'on l'a dit :

L'homme est de glace aux vérités,
Il est de feu pour le mensonge.

Maurice NOTTA.

Hôpital Bichat. — Service de M. le Dr F. TERRIER.

Kyste ovarique multiloculaire. — Ovariotomie. — Guérison.

(Observation recueillie par H. HARTMANN, interne du service.)

Fayet (Rosalie), 38 ans, marchande des quatre saisons, 14, rue Maître-Albert, entre le 3 octobre 1883 dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 18, pour une tumeur du ventre.

Réglée à 15 ans 1/2, cette malade s'est mariée à 16 ans 1/2. De 15 ans 1/2 à 21 ans, les règles n'apparurent qu'une ou deux fois par an. Depuis lors, elles sont venues d'une façon un peu irrégulière, tantôt faibles, tantôt et plus souvent très abondantes, quelquefois même en perte, revenant à peu près tous les 20 ou 25 jours et s'accompagnant de coliques assez fortes qui ont disparu il y a trois ans. Pas de grossesse.

Il y a sept mois environ, elle remarqua que le ventre grossissait, était douloureux à droite, où elle sentait quelquefois des élancements. En deux mois, le ventre s'accrut rapidement, puis resta à peu près stationnaire. Ne voyant aucun changement dans son état, elle entra vers le mois de juin dans le service de M. Berger, à la Charité, salle Sainte-Catherine, où l'on constata tous les signes d'un kyste ovarique ordinaire. Le 8 juillet, une ponction aspiratrice retire environ un litre et demi d'un liquide transparant, blanchâtre et filant, analogue à du sirop de gomme. Examiné le lendemain par M. Suchard, ce liquide contenait des globules blancs en assez grande abondance, mais

pas d'éléments épithéliaux reconnaissables. Le ventre ne s'affaissa pas d'une façon notable, et, quinze jours après, il avait repris le volume qu'il présentait avant la ponction.

La malade quitta l'hôpital le 1er août; elle y rentra au cours du mois d'octobre suivant et fut transférée aussitôt à l'hôpital Bichat.

Rien de bien important dans les antécédents. Aucune maladie grave depuis trois ou quatre ans; quand elle est fatiguée, elle a un peu d'œdème des membres inférieurs. Il y a douze ans environ, elle a été traitée à Saint-Antoine pour de la congestion pulmonaire (?) et porte encore sur la poitrine de petites cicatrices d'huile de croton qu'on lui a mise à cette époque. Depuis un an et demi, a une petite fistule anale. Son père est mort à 78 ans, sa mère à 75. Elle a perdu un frère de la variole. Plusieurs autres frères et sœurs sont en bonne santé.

Le 9 octobre. — Les règles, après avoir duré quatre jours, se sont terminées hier. Ventre développé, sans que cependant il pointe en avant, asymétrique, surtout saillant dans la moitié inférieure et à droite. La cicatrice ombilicale est déprimée. Aucune altération de la peau. Au palper, on trouve une tumeur de forme arrondie, mobile, rénitente, occupant la plus grande partie du ventre, remontant jusqu'aux limites des régions ombilicale et épigastrique, s'étendant sur les parties latérales jusqu'à une verticale passant par les épines iliaques antéro-supérieures. Sensation de flot peu nette. A la percussion, matité de la tumeur. Sonorité des parties supérieures et latérales du ventre. Pas d'ascite. La matité du foie est de trois travers et demi sur la ligne mamelonnaire. La mensuration du ventre donne 78 centim. de circonférence ombilicale, 19 de l'ombilic au pubis, 16 de l'ombilic à l'appendice xiphoïde, 18,5 de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 21 de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Au toucher vaginal, on trouve l'utérus en place, le col petit et mobile en tous sens.

Constipation habituelle depuis l'âge de 24 ans. Pas de troubles de la miction; la quantité d'urine aurait, dit-elle, beaucoup diminué avant la ponction qu'on lui a faite.

Etat général bon, quoique la malade dise avoir beaucoup maigri depuis l'âge de 26 ans. Rien au cœur. Respiration un peu obscure au sommet droit en arrière. Petite fistule borgne externe à l'anus.

Le 23. — *Ovariotomie* par M. Berger, assisté de MM. Perier et F. Terrier. Chloroformisation très aisée. Incision de 12 centimètres sur la ligne blanche, bientôt agrandie jusqu'à l'ombilic; division du tissu cellulaire sous-cutané qui est très chargé de graisse; quelques petites artérioles doivent être saisies avec des pinces. Le péritoine ouvert, le kyste est ponctionné et il s'en écoule deux litres de liquide analogue à une solution de gomme arabique. On agrandit l'incision jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic et en tirant sur le kyste avec des pinces, on l'amène facile au dehors, il est relié par un pédicule grêle au côté gauche de l'excavation. Ce pédicule est compris dans une double ligature faite avec de la soie phéniquée passée en double au moyen d'une aiguille mousse, au travers du pédicule et entrecroisée. Le kyste est ensuite séparé par une section passant au-dessus de la ligature. Comme il n'a coulé dans la cavité péritonéale ni sang ni liquide kystique on ne fait pas de toilette du péritoine. On constate que l'ovaire droit est sain, puis on réduit le pédicule, et on coupe au ras les fils qui ont servi à en faire la ligature; on touche avec la solution phéniquée au 20e la surface de section du pédicule et les lèvres de l'incision de la paroi abdominale.

Affrontement des lèvres de l'incison par 6 points de suture profonds et 8 superficiels. Ce dernier temps de l'opération est laborieux, l'affrontement difficile en raison de la surcharge graisseuse du tissu cellulaire sous-cutané, et pendant que l'on fait la suture l'aiguille tubulée, mal dirigée, atteint même l'épiploon qui avait un peu débordé l'éponge dont était recouverte la masse intestinale. Il faut mettre sur cette piqûre qui saigne une ligature au catgut. Lister complet. L'opération a duré une demi-heure.

La tumeur enlevée était un kyste multiloculaire ordinaire formé de deux grandes poches et d'une série de petits kystes à la périphérie. Cette masse morbide n'a pas été pesée.

Le 23, soir. Quelques nausées, pas de vomissements; quelques douleurs de ventre; un quart de piqûre de morphine; 38°1, 30 resp., 76 puls.

Le 24. — 38°2, 86 puls., 20 resp. le matin; 38°4, 86 puls., 26 resp. le soir. Quelques douleurs abdominales; un quart de piqûre de morphine. Glace, champagne.

Le 25. — 38°1, 88 puls., 18 resp. le matin; 38°4, 91 puls., 26 resp. le soir. Apparition des règles. Glace, champagne; demi-piqûre de morphine. Un lavement. Quelques coliques. On place une sonde dans l'anus; émission gazeuse par la sonde. Un lavement. Un litre de lait.

Le 26. — 38°4, 86 puls., 22 resp. le matin; 38°5, 91 puls., 21 resp. le soir.

©BIU Santé

Le 27. — 38°1, 86 puls., 18 resp. le matin; 38°1, 86 puls., 18 resp. le soir. Pansement. On enlève les 8 points de suture superficiels et 2 profonds. Lait, soupe, poulet.

Le 28. — 38°7, 84 puls., 20 resp. le matin; 37°6, 86 puls., 20 resp. le soir. La malade continue à s'alimenter un peu; les règles ont cessé aujourd'hui.

Le 29. — 37°1 le matin, 37°7 le soir.

Le 30. — 37°1 le matin, 37°7 le soir. Deuxième pansement, on retire les quatre points de suture profonde qui restaient.

Le 31. — 37°1 le matin; 37°3 le soir. A partir de ce moment, rien à noter jusqu'au 15 novembre 1883 époque où la malade sort de l'hôpital en bonne santé, sans avoir rien présenté de particulier.

Cette malade a été revue depuis lors à plusieurs reprises par M. Berger; elle a repris son état de marchande des quatre saisons, métier très fatigant en raison des efforts de traction et des cris qu'il nécessite; elle jouit toujours de la santé la plus parfaite, à part l'existence de la fistulette anale dont elle est atteinte.

BIBLIOTHÈQUE

DE LA PART DES EAUX POTABLES DANS L'ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par le docteur Henri GUENEAU DE MUSSY. — G. Masson, éditeur.

Notre savant confrère a réuni, dans ce travail d'un grand intérêt, des faits bien exposés, judicieusement analysés, qui, habilement groupés, viennent apporter une vive lumière dans l'importante question de l'étiologie de la fièvre typhoïde dans nos climats. Il nous montre la fièvre typhoïde naissant dans des localités où l'eau bue par la population, ou servant à préparer les aliments, ou même employée pour laver les vases à lait dans une laiterie, a été manifestement souillée par des infiltrations qui la mettaient en contact avec les déjections provenant d'individus atteints de la maladie; et cela, dans des cas où aucune autre cause concomitante ne pouvait être invoquée. L'épidémie débutait avec l'influence clairement reconnue et « prenait fin d'elle-même par la soustraction de la cause qui l'avait produite. »

Cette circonstance est très remarquable; elle permet de concevoir la possibilité de faire disparaître, au moins en grande partie, la fièvre typhoïde, dans les pays civilisés, pour si peu que l'administration supérieure daigne s'occuper sérieusement de la santé publique, ce qui, on est en droit de le dire, est incontestablement sa principale mission.

Pour ce qui concerne Paris, il faut mettre sous les yeux de tous la citation suivante :

« Je tiens du savant docteur Evrard (de Beauvais), dit l'auteur, l'observation suivante. Le Thérain, qui alimente la ville, la parcourait autrefois à ciel ouvert. On crut devoir attribuer à cette disposition la fréquence de la fièvre typhoïde. Le cours d'eau fut couvert. Cette opération n'amena pas de changement notable. Alors M. Evrard signala la communication des tuyaux des latrines avec les bras du cours d'eau; l'avis fut écouté par le Conseil municipal, qui interdit la communication déclarée dangereuse. Il s'en est suivi que la fièvre typhoïde est devenue très rare à Beauvais, au point que dans ces derniers temps on n'en a observé que quelques cas isolés, chez des personnes qui venaient de séjourner à Paris. Dans notre grande cité, nous n'en sommes pas encore à jouir de pareils progrès. Nous avons, il est vrai, deux excellentes provenances d'eau potable, la Vanne et la Dhuys; mais ces provenances ne fournissent que le tiers de l'eau consommée par les citadins, les deux autres tiers étant pris à la Seine, à la Marne, et à ce terrible canal de l'Ourcq, dont personne ne conteste les qualités pernicieuses. Comment les contester en présence d'un tableau que j'ai sous les yeux et d'où il résulte que la mortalité de la fièvre typhoïde dans les divers quartiers a été en proportion directe de la quantité d'eau de l'Ourcq distribuée. Ainsi le VIIe arrondissement, le plus éprouvé de tous, est celui qui reçoit la plus grande proportion d'eau de l'Ourcq. »

Ainsi, d'après l'utile travail de M. Henri Gueneau de Mussy, une épidémie de fièvre typhoïde peut naître *brusquement* et disparaître *de même* en même temps qu'une cause antihygiénique et spécifique notoire. Que devient alors la contagion proprement dite? Ce que je puis affirmer, c'est que pendant plus d'un demi-siècle de pratique médicale, je n'ai pas observé un seul cas de contagion de la dothinentérie dans les nombreuses familles où j'ai eu à en traiter des cas soit terminés par la guérison, soit ayant amené

la mort. A l'occasion du choléra, j'ai essayé il y a longtemps (1) d'établir une distinction, que je crois très pratique, entre la *contagion* proprement dite et ce qu'on appelait alors l'*infection*. Les faits signalés par notre éminent confrère, avec cessation brusque de l'épidémie dès que la cause infectieuse disparaît, me ramènent vers cette idée, quoi qu'on englobe généralement aujourd'hui dans la dénomination banale de *contagion* toutes les formes de communication des maladies susceptibles de se propager.

Mais il y a, dans la brochure de M. Henri Gueneau de Mussy, une circonstance qu'il faut faire ressortir, c'est que la cause antihygiénique, spécifique signalée, n'est pas seulement notoire, mais encore le plus souvent facile à anéantir. Ces recherches consciencieuses seront donc, il faut l'espérer, le point de départ d'études nouvelles et de prescriptions administratives salutaires.

G. Richelot père.

(1) *Union médicale*, 14, 17, 21, 26 septembre et 1er octobre 1850 ; 5 décembre 1850 ; 27 décembre 1853 ; 21 octobre 1854.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 avril 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Anévrysme cirsoïde de la main. — Communication sur quelques points du procédé opératoire de la périnéorrhaphie. — Prolapsus utérin irréductible guéri par l'ablation du corps de l'utérus par la ligature élastique. — De la spécificité des ostéites.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la communication de M. Desprès sur l'anévrysme cirsoïde de la main, M. Berger communique une observation d'anévrysme cirsoïde de la main dont la guérison a été obtenue par des injections de perchlorure de fer suivant la méthode de M. le professeur Gosselin.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, né d'une mère qui portait au visage un nœvus artériel. Quant à lui, il ne se souvient pas d'avoir eu dans son enfance rien de semblable à la main. Ouvrier sertisseur, il se servait d'instruments qui exerçaient une pression plus ou moins énergique sur la peau de la main et des doigts. Il y a deux ans, il s'aperçut d'une petite tuméfaction existant à l'index, laquelle alla en augmentant de plus en plus et devint bientôt tellement prononcée qu'il ne lui fut plus possible de continuer à exercer sa profession. La tuméfaction s'accompagnait de sensations de pesanteur, de chaleur, de fourmillements extrêmement pénibles.

Lorsque M. Berger vit le malade pour la première fois, les lésions étaient très étendues ; la tuméfaction de l'index, marchant de la base à l'extrémité du doigt, avait atteint cette extrémité ; le doigt était doublé de volume ; en arrière, dans la paume de la main, la tuméfaction avait gagné jusqu'au pli palmaire inférieur, au voisinage de l'éminence thénar. La tumeur était mollassse, réductible à la pression, animée de pulsations plus sensibles à la vue qu'au toucher, et paraissant plus particulièrement circonscrites aux collatérales de l'index et du pouce. La compression des artères radiale et humérale amenait la réduction de la tumeur, et faisait cesser le bruit de souffle systolique intermittent qui était perçu par l'auscultation.

Un peu au-dessus de la racine de l'index, on voyait un petit nœvus artériel occupant le centre de la tuméfaction.

Des pulsations énormes existaient sur le trajet de la radiale et s'étendaient jusqu'au niveau du pli du coude et à l'humérale. Ces artères présentaient à l'auscultation un bruit de souffle continu avec redoublement. L'auscultation du cœur révélait l'existence d'un bruit de souffle au premier temps, ayant son maximum à la base et à gauche, et par conséquent son siège à l'orifice aortique. Aucun trouble fonctionnel, d'ailleurs, n'était accusé par le malade, du côté du cœur.

Les divers moyens employés par M. Berger, parmi lesquels la compression de la tumeur à l'aide d'un gantelet de caoutchouc, n'amenèrent aucun résultat. M. Berger songeait à l'amputation de l'index et du médius correspondant ; mais il voulut auparavant essayer les injections de perchlorure de fer suivant la méthode de M. Gosselin son maître, c'est-à-dire faites dans le point culminant de la tumeur, après compression préalable de la radiale et de la cubitale, de manière à empêcher le passage du liquide dans ces troncs artériels.

©BIU Santé

Il fit donc, une première fois, au niveau du nœvus, une injection de 10 gouttes de perchlorure de fer à 15°. Il en résulta un durcissement de la tumeur qui fut de peu de durée et qui n'empêcha nullement la continuation des pulsations.

Une seconde injection, faite le 15 novembre 1882, produisit des effets beaucoup plus accusés. Il est vrai qu'au lieu de 10 gouttes de perchlorure de fer, M. Berger, par une sorte d'entraînement, se laissa aller à injecter jusqu'à une seringue entière de Pravaz et les trois quarts d'une deuxième seringue.

Le malade éprouva immédiatement une sensation de douleur très vive ; il y eut un durcissement très marqué de la tumeur et l'apparition instantanée d'une tâche livide en deux points, à la partie interne du doigt indicateur et dans l'espace interdigital. Les battements continuèrent, mais avec moins d'intensité, au niveau de l'index.

Les jours suivants la tache livide s'étendit, indice certain d'une eschare qui fit craindre à M. Berger d'avoir été trop loin et de voir survenir des hémorrhagies artérielles contre lesquelles il se tint prêt à faire, le cas échéant, l'amputation du doigt indicateur et du métacarpien correspondant.

A sa grande surprise et à sa vive satisfaction, aucun accident grave ne se produisit; il n'y eut pas de réaction inflammatoire, et lorsque l'eschare se détacha, il vit au-dessous une surface de plaie granuleuse qui se cicatrisait au fur et à mesure, sans suppuration, et dont la réparation se fit lentement sans cicatrice vicieuse et sans déformation des parties. La tumeur était restée dure et les battements y diminuaient de jour en jour ; au bout d'un mois et demi ils avaient complètement disparu aux doigts, sauf au niveau des collatérales de l'index, et ils avaient notablement diminué dans l'artère radiale. Les veines étaient encore un peu dilatées, mais n'offraient plus trace de pulsations. Le malade sorti de l'hôpital y est revenu de temps en temps pour faire constater les progrès de sa guérison qui est complète et définitive.

M. Berger croit devoir mettre en relief dans cette observation, d'abord les détails relatifs à l'étiologie de l'affection et aux antécédents héréditaires du malade : existence d'une tache artérielle érectile chez la mère, existence d'une tache érectile sur le doigt du jeune homme, au centre de la tumeur ; traumatisme continuel exercé sur cette tache par la pression des instruments professionnels ; puis, au point de vue de l'anatomie pathologique, la coexistence de la lésion des quatre départements du système vasculaire : système capillaire, tache érectile cutanée ; système artériel, tumeur cirsoïde artérielle, varice artérielle s'étendant aux gros troncs artériels et peut-être jusqu'au centre circulatoire ; enfin, système veineux dont la communication avec le système artériel était rendue évidente par les pulsations veineuses.

Chez ce jeune homme la maladie a évidemment débuté par la peau de la main et par la tache érectile que l'on voyait au centre de la tuméfaction ; elle a donc commencé par la dilatation des capillaires, puis s'est étendue, d'une part, aux ramuscules artériels et, d'autre part, aux ramuscules veineux correspondants.

Au point de vue du traitement de l'anévrysme cirsoïde, M. Berger pense qu'il y aurait avantage à recourir aux injections coagulantes suffisamment énergiques en ayant soin de se prémunir contre la possibilité des embolies par la compression préalable des vaisseaux en communication avec la tumeur. S'il se produisait des hémorrhagies, à la suite de la chute des eschares, il serait aussi facile de les combattre efficacement, dans l'anévrysme cirsoïde des membres, qu'il est difficile de le faire dans l'anévrysme cirsoïde du cuir chevelu.

— M. Trélat avait été chargé de faire un rapport sur deux observations de périnéorrhaphie et de fistule vésico-vaginale pratiquées avec succès par M. Queirel (de Marseille). M. Queirel étant devenu membre correspondant, il n'y a plus lieu de faire ce rapport, aussi M. Trélat se borne-t-il à déposer ces observations sur le bureau, en les résumant de la manière suivante : avivement large ; suture périnéale entrecoupée ; un point de suture profonde avec plaques de plomb ; suture vaginale ; guérison.

M. Trélat profite de l'occasion pour examiner à nouveau quelques points du manuel opératoire de la périnéorrhaphie, et pour proposer une modification au procédé dont il avait l'habitude de se servir jusque dans ces derniers temps. Ce procédé, semblable à celui de M. Verneuil ou de M. Deroubaix, quant à l'avivement vulvo-périnéal, à la suture vaginale, à la suture périnéale superficielle et au point de suture rectale, ne présentait qu'une seule particularité relative à la suture profonde, laquelle consistait en deux ou trois points enchevillés avec plaques de plomb, comprenant une grande épaisseur de tissus et, autant que possible, rectilignes sur leur trajet.

Cette opération, quoique bonne, puisqu'elle a donné à M. Trélat 10 succès sur 13 cas, présentait cependant quelques inconvénients relatifs notamment à la difficulté du pla-

cement des fils, et, en outre, à la pression des plaques de plomb qui, ne pouvant être graduée d'une manière certaine, exposait à l'inflammation, à l'ulcération et à la suppuration des tissus sous-jacents, et obligeait, sous peine d'échec, à un enlèvement prématuré des fils.

Dans les trois dernières opérations de périnéorrhaphie qu'il a pratiquées, M. Trélat a eu recours au procédé d'Emmet et de Gaillard Thomas, déjà expérimenté avec succès par MM. Jude Huë, Terrillon et Monod. Il en a obtenu les meilleurs résultats.

Ces résultats lui permettent d'affirmer que la restauration du corps périnéal proprement dit s'effectue très bien par le mode de suture d'Emmet et de Gaillard Thomas. Cette suture, qui se fait très aisément à l'aide d'une aiguille à grande courbure circulaire, lui a paru beaucoup plus facile à exécuter que la suture dont il se servait auparavant; elle rapproche parfaitement les parties, elle est beaucoup mieux tolérée et peut séjourner plus longtemps sans aucun inconvénient.

Cette suture entrecoupée suffit à elle seule à maintenir l'affrontement des parties, sans le renfort de un ou deux points de suture enchevillée que certains chirurgiens ont cru devoir lui adjoindre. Pour la région de la fourchette, beaucoup plus mince et sur laquelle ne portent pas les sutures profondes, M. Trélat conserve la suture périnéale superficielle et la suture vaginale, en substituant aux fils métalliques ou au catgut, qui ont des inconvénients, les fils de soie phéniquée de Czerni qu'il n'enlève que tardivement ou qui disparaissent dans les lavages. Il les préfère aux petits boutons de porcelaine surmontés de tubes de Galli, préconisés par M. Verneuil, et aux plombs à double tube de M. Léon Le Fort, pensant qu'il faut éviter autant que possible de multiplier les corps étrangers au contact des sutures.

M. Trélat n'a pas cru pouvoir adopter dans tous ses détails le procédé figuré par M. Jude Huë. Ce chirurgien, en effet, continue sur la région de la fourchette la suture entrecoupée du corps périnéal, avec cette différence toutefois que l'anse de chacun des points est libre dans le vagin. Il n'a donc pas de points de suture vaginale. Chacun des points qu'il fait transperce la peau, l'épaisseur des parties molles, la muqueuse vaginale, et revient de l'autre côté en traversant la muqueuse, les parties molles et la peau. Le fil est noué ou tordu sur le périnée; son enlèvement est donc des plus faciles. Mais il a l'inconvénient de froncer toutes les parties qu'il comprend et de tendre autant à rapprocher la peau de la muqueuse de chaque côté qu'à affronter les parties saignantes dont on cherche la réunion. C'est pour cette raison que M. Trélat n'a point encore osé employer cette partie du procédé et qu'il a conservé pour cette région de la fourchette les deux sutures séparées : suture de la muqueuse vaginale, suture cutanée superficielle.

M. Trélat résume en quelques mots l'opération de la périnéorrhaphie telle qu'il la pratique actuellement :

Avant l'opération, obtenir la parfaite régularité des selles; large purgatif deux jours avant l'opération. Le matin de l'opération, grand lavement. Pilules d'extrait thébaïque depuis la veille de l'opération.

Pour l'opération elle-même : avivement comme M. Verneuil, comme M. Deroubaix; — suture de la région anale et du corps périnéal suivant le procédé d'Emmet et de Gaillard Thomas; — suture vaginale avec la soie de Czerni; — suture de la fourchette avec le fil d'argent fin; — quelques points superficiels entre les points périnéaux de la suture profonde, s'il le faut, mais c'est rarement nécessaire; — extrême propreté et préservation antiseptique de la région opérée; lavages réitérés avec l'eau chloralée ou boratée, ou avec le bichlorure de mercure. — Alimentation modérée, mais réparatrice et donnant peu de matières fécales : vin, viande, pas de farineux. Constipation maintenue par l'extrait thébaïque pendant six à sept jours; le septième ou le huitième jour, purgatif évacuant, autant que possible l'huile de ricin.

Quelques fils superficiels auront pu être enlevés dès le quatrième jour; tous ceux qui restent seront enlevés le lendemain du purgatif, le huitième ou le neuvième jour.

Repos complet au lit. Extrême propreté, toujours antiseptique ; reprendre la constipation pour trois jours.

Du douzième au quinzième jour la guérison sera entièrement achevée, et, dans cette période, la malade pourra être avantageusement baignée.

M. Verneuil dit que depuis qu'il a commencé à faire la périnéorrhaphie, il n'a jamais changé de procédé, sauf en ce qui concerne la suture enchevillée qu'il a supprimée, parce qu'elle était trop douloureuse. Il continue à pratiquer la suture vaginale, la suture périnéale, avec un point de suture rectale. Il se sert du chasse-fil pour les points de suture, et il les serre au moyen des petits boutons de porcelaine, qu'il laisse en place

©BIU Santé

pendant huit et dix jours, sans le moindre inconvénient. Ils font merveille, et il lui est arrivé plus d'une fois, sur quatorze points de suture, de n'en avoir manqué aucun. Une excellente précaution antiseptique à prendre est de projeter sur les sutures des pulvérisations phéniquées.

M. Richelot a eu l'occasion de pratiquer, il y a quelques mois, une périnéorrhaphie particulièrement difficile, à cause de la profondeur de la déchirure. La suture entrecoupée a parfaitement suffi pour la coaptation des parties avivées, et la malade a complètement guéri.

Le procédé employé a été le suivant: après avoir dédoublé l'éperon, M. Richelot a fait une suture vaginale indépendante de la suture périnéale, la colonne postérieure du vagin faisant office d'opercule.

M. Richelot s'est servi, au lieu de fils métalliques, de crins de Florence, qui ont l'avantage de pouvoir être placés avec une extrême facilité et laissés en place aussi longtemps qu'on le veut. Quand on les ôte, comme ils sont très souples, leur ablation se fait sans tiraillements ni douleurs; si l'on en perd un, il n'y a pas à le chercher ni à s'en préoccuper. Les crins de Florence ont rendu les plus grands services à M. Richelot pour les sutures des muqueuses et de la face.

M. Trélat constate que, sauf quelques points de minime importance, il est en complet accord avec M. Verneuil sur le procédé opératoire de la périnéorrhaphie. Il donne sa complète approbation aux remarques judicieuses faites par M. Richelot sur la conduite à tenir dans certains cas où la déchirure est très profonde, et où par suite l'éperon est trop élevé et trop mince pour qu'on puisse échelonner dans son épaisseur trois fils comme dans le procédé d'Emmet, répété par M. Jude Huë.

— M. Louis Thomas (de Tours), membre correspondant, communique une observation de prolapsus utérin ou de luxation de l'utérus irréductible, guéri par l'ablation du corps de l'utérus par la ligature élastique.

— M. le docteur Poulet lit un travail *Sur la spécificité des ostéites*.—A. T.

LE CHOLÉRA EN 1884.

On n'a certainement pas oublié les accidents qui, l'année dernière, précédèrent l'invasion du choléra en Egypte. N'est-il pas légitime de redouter une nouvelle épidémie en présence du bouleversement que viennent de subir les institutions sanitaires égyptiennes par la volonté des administrateurs anglais, toute puissante à l'heure actuelle dans le pays des Pharaons?

Il y a quatre jours un navire anglais, le *Crocodile*, entrait dans le canal de Suez avec un cholérique à son bord et perdait ce malade dans le trajet du lac Tinsah à Port-Saïd où il est en quarantaine. Le lendemain, un autre vapeur arrivait à Suez avec deux décès cholériques. Tous deux venaient des Indes et transitaient dans la mer Rouge et le canal de Suez pour se rendre en Angleterre.

De l'autre côté de la Manche, on essaye d'attriber ces décès au choléra sporadique et non au choléra épidémique. Ces efforts ne suffiront pas pour rassurer l'Europe, car on a pu l'année dernière apprécier à leur valeur les affirmations des conseillers médicaux officiels du *Foreign Office*. De plus, ces cas de mort coïncident avec une recrudescence du choléra aux Indes. Les statistiques obituaires de la semaine dernière mentionnent, en effet, des décès cholériques à Bombay et enregistrent à Calcutta 257 cas de mort par le choléra, chiffres très supérieurs à la mortalité des derniers relevés. En outre, la commission sanitaire d'Alexandrie vient de faire acte de prudence en prescrivant l'envoi d'un navire à l'entrée du golfe de Suez, sur la côte de la presqu'île Sinaïque avec mission d'organiser une quarantaine à Djebel-Tor. Le navires venant de Bombay et de Calcutta devront demeurer en rade de Suez pendant vingt-quatre heures avant d'entrer dans le canal, et ceux sur lesquels on aura constaté des cas de choléra pendant la traversée de la mer Rouge purgeront à Djebel-Tor une quarantaine de huit jours. Il faut espérer que ces mesures ne seront pas mises en suspens au nom des intérêts commerciaux, car, pour être entière, la sécurité de l'Europe doit dépendre de conseils sanitaires réellement internationaux et réellement autonomes. Tels ne sont plus ceux de l'Egypte où un seul élément domine tous les autres par le nombre. — Ch. E.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 6 au 13 Avril 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1180. — Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 0. — Rougeole, 44. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 53. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 64. — Phthisie pulmonaire, 217. — Autres tuberculoses, 18. — Autres affections générales, 53. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 55. — Bronchites aiguës, 29. — Pneumonie, 100. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 38; au sein et mixte, 21; — inconnues, 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 120; circulatoire, 89; respiratoire, 89; digestif, 50; génito-urinaire, 31; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulat. et muscles, 6. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 7.

Résumé de la 16e semaine. — Le service de la statistique municipale a enregistré pendant la semaine actuelle 1,180 décès, au lieu de 1,219, qui avaient été comptés pendant la semaine précédente.

La comparaison des chiffres des deux dernières semaines montre, en ce qui concerne les maladies épidémiques, l'état stationnaire ou quasi stationnaire de la Variole (0 décès au lieu de 1), de la Scarlatine (2 décès au lieu de 3), de la Coqueluche (8 décès dans chacune des deux semaines), et enfin d'une fièvre, très répandue depuis deux mois, de la Rougeole (44 décès au lieu de 42).

On remarque une légère atténuation de la fréquence de la Fièvre typhoïde (31 décès au lieu de 36), et de la Diphthérie (53 décès au lieu de 61).

En résumé, la population parisienne continue à être très éprouvée par la Rougeole et par la Diphthérie. Les quartiers où sévissent ces deux maladies sont toujours à peu près les mêmes. En ce qui concerne la Rougeole, les dix arrondissements du centre sont presque exempts (ils n'ont compté en tout que 4 décès pendant la semaine actuelle). Parmi les quartiers excentriques, la Roquette (3 décès), les Quinze-Vingts (5 décès), quartiers voisins de l'hôpital Trousseau, la Gare (3 décès), Montparnasse (3 décès), Plaisance (6 décès), Javel (3 décès), et enfin Clignancourt (3 décès), sont les plus frappés. Ces quartiers n'ont pas cessé d'être très atteints depuis le commencement de l'épidémie.

La Diphthérie est également peu répandue dans les dix arrondissements du centre, où elle n'a fait, cette semaine, que 11 victimes. Parmi les quartiers excentriques les plus frappés sont Saint-Ambroise (3 décès) et la Roquette (3 décès), la Gare (2 décès), Grenelle (2 décès), Epinettes (4 décès), le Combat (4 décès), et enfin Belleville (2 décès).

Rappelons, à ce sujet, qu'il existe à Paris un service qui rendrait les plus grands services, s'il était moins ignoré du public.

Il suffit pour faire transporter gratuitement à l'hôpital un individu atteint d'une maladie épidémique, contagieuse ou parasitaire, de s'adresser à un poste de police quelconque. La demande est aussitôt télégraphiée au service central, et la voiture arrive sur-le-champ. Elle est attelée d'avance.

Ces voitures sont construites spécialement à l'usage des malades; elles sont soigneusement désinfectées, et elles sont chauffées. Le malade peut y être accompagné par un de ses parents.

Il est déplorable que ce service, si avantageux pour le public pauvre, ne soit pas plus connu. Un grand nombre de malades se font transporter à l'hôpital dans des voitures publiques ou dans des omnibus. Ils y dépensent une partie de leurs faibles ressources, et y laissent le germe de leur maladie, qui frappe ensuite d'autres voyageurs. S'ils faisaient usage des voitures spéciales qui sont mises gratuitement et sans aucune formalité préalable à leur disposition, ils seraient transportés dans des conditions exceptionnelles de confortable; ils feraient une économie d'argent très appréciable pour d'aussi petites bourses, enfin ils n'exposeraient personne à contracter leur maladie. Il y aurait avantage pour eux et pour tout le monde.

Le service de la statistique a reçu notification, pendant la semaine actuelle, de 283 mariages et 1,221 naissances d'enfants vivants, dont 897 légitimes et 324 illégitimes, parmi ceux-ci, 57 ont été reconnus immédiatement par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

©BIU Santé

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE LE FAVUS. — F. Hébra.

Acide phénique	5 grammes.
Glycérine	50 —
Alcool	30 —

Mêlez. — On couvre les plaques faveuses d'un morceau de flanelle imbibé d'huile, et qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures. On râcle ensuite les plaques, on épile, on frictionne deux fois par jour les points malades avec du savon vert; enfin on les couvre de compresses imbibées de la solution phéniquée. — N. G.

COURRIER

ENSEIGNEMENT LIBRE. — M. le docteur Descroizilles recommencera ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, le vendredi 25 avril, à l'hôpital des Enfants et les continuera les vendredis suivants.

Visite et examen des malades à neuf heures, salle Saint-Augustin. Consultation publique le mardi, à la même heure.

HÔPITAL COCHIN. — M. le docteur Dujardin-Beaumetz recommencera ses *conférences de clinique thérapeutique* dans l'amphithéâtre particulier de son nouveau service, le mercredi 23 avril à 10 heures 1/4, et les continuera les mercredis suivants. Il traitera, dans la première leçon : *Des découvertes en thérapeutique depuis cinquante ans.*

Tous les vendredis, des conférences de séméiologie seront faites par MM. Sapelier et Le Gendre, internes du service.

Tous les lundis, M. le docteur Bardet, chef du laboratoire, fera une leçon de chimie et physique médicales.

ECOLE PRATIQUE. — *Electrothérapie.* — M. le docteur Apostoli commencera ses leçons le mercredi 7 mai, amphithéâtre n° 3, à trois heures, pour les continuer les mercredis suivants à la même heure.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Rouffy est mort récemment à Draveil (Seine-et-Oise), où il exerçait depuis plus de quarante ans.

ENSEIGNEMENT LIBRE. — M. le docteur Doleris, chef de clinique d'accouchement, recommencera le 25 avril, son cours d'obstétrique. Ce cours sera complet en deux mois.

On s'inscrit, 89, rue d'Assas, tous les jours à 4 heures 1/2.

NOMINATIONS. — Par arrêté préfectoral, en date du 1er avril 1884, ont été nommé médecins-inspecteurs des écoles de Paris :

IVe arrondissement (deuxième circonscription), M. le docteur Mérijot; (quatrième circonscription), M. le docteur Guyard.

VIe arrondissement (première circonscription), M. le docteur Monin.

INCENDIE D'UNE IMPRIMERIE A LONDRES. — Nous apprenons avec regret que le second volume du *Traité des maladies de la gorge et du nez*, de notre éminent confrère anglais, Morell Mackenzie, vient de périr dans un incendie qui a détruit l'imprimerie de MM. Pardon à Londres. Depuis quatre ans, les praticiens attendaient avec un vif intérêt ce livre, qui était justement sur le point de paraître quand le feu l'a anéanti. Heureusement, l'auteur avait gardé les épreuves, et il va pouvoir réimprimer son œuvre; mais la publication va en être retardée pendant quelques mois.

Les lecteurs de l'*Union médicale* connaissent le premier volume de l'excellent ouvrage du docteur Mackenzie; nous leur donnerons une analyse du second dès qu'il aura paru.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Miryachit. — III. Revue des Journaux. — IV. Intérêts professionnels. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Thérapeutique. — VII. Variétés. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Sur la séance de l'Association générale des médecins de France.

L'Association a célébré aujourd'hui ses « noces d'argent ». Nous voilà au vingt-cinquième anniversaire de sa fondation. Déjà! serait-on enclin à dire, si l'on ne considérait que l'écoulement si rapide des années, et si l'on ne pensait, d'une part, au nombre effrayant des associés qui sont morts dans ce quart de siècle, et d'autre part, à la grandeur des résultats obtenus. Nous entendons encore les fondateurs de l'œuvre émettre l'espérance que dans un avenir prochain l'Association pourrait devenir millionnaire; et ce vœu, qui avait alors l'air d'un rêve, est non seulement réalisé, mais dépassé du double, ou peu s'en faut.

Il ressort, en effet, du rapport de M. le secrétaire général Foville, que le bilan, au 31 mars de cette année, peut être établi ainsi :

Caisse générale.	Fr.	88,530 54
Caisse des pensions viagères.		828,655 48
Sociétés locales et Société centrale.		856,313 37
Total.	Fr.	1,773,499 39

Si l'on ajoute à cette somme les rentes constituées tant au profit de la caisse des retraites que des Sociétés locales, et qui s'élèvent à un ensemble approximatif de 3,377 fr. 50, on voit que la fortune totale de l'Association peut être évaluée à 1,863,000 fr., et qu'elle est en progrès de 110,000 fr. sur le chiffre de l'année précédente.

Ces résultats inespérés porteraient à croire, par contre, que l'Association est plus âgée qu'elle ne l'est. Dans tous les cas, on peut dire que ses premières années ont été bien employées.

Nous ne pouvons aujourd'hui, 20 avril, que présenter un très rapide tableau de la séance.

A trois heures précises, MM. les dignitaires prennent place au bureau, et M. le président Roger commence la lecture de son allocution annuelle... Il s'interrompt après les premières phrases. Qu'y a-t-il? C'est M. Ricord qui entre et que toute l'assemblée salue de ses applaudissements sympathiques. Le silence se rétablit difficilement, et M. Roger reprend le fil de son discours. L'heureux président possède l'art difficile d'être toujours nouveau en un sujet semblable. C'est qu'il a un tour qui lui est propre et qu'il sait dire les choses autrement que tout le monde. Un ami rappelait à l'auteur d'une pièce tombée, qu'il lui avait recommandé de semer son deuxième acte de traits d'esprit. Ce n'est pas à M. Roger qu'on aurait pu reprocher de n'avoir pas suivi un pareil conseil. Ailleurs qu'en France, on pourrait même lui donner le conseil contraire; et l'on est bien en droit de s'étonner que des matières si banales deviennent si spirituelles en passant par ses mains!

Après M. Roger, M. Brun prend la parole comme trésorier et fait entendre l'éloquence toute puissante des chiffres; puis M. le docteur Boutin demande à l'assemblée, plus nombreuse que de coutume, de remercier par ses applaudissements le zèle de son infatigable comptable; et l'assemblée ne se fait pas prier, enchantée qu'elle est de pouvoir si facilement témoigner sa gratitude à l'un des travailleurs de la première heure.

©BIU Santé

Vient ensuite le rapport de M. Foville, secrétaire général, qui, après avoir payé le tribut dû à la mémoire de ceux qui nous ont quittés pour toujours, expose l'état des acquisitions de la Société, tant au point de vue du personnel qu'à celui des capitaux, pendant l'année précédente. Il mentionne successivement les vœux émis par les Sociétés locales qui ont été pris en considération par l'assemblée et examinés par le Conseil général. Ces vœux, ainsi que les appréciations auxquelles ils ont donné lieu, seront discutés par les délégués dans la séance qui leur est spécialement consacrée. Il convient de ne pas empiéter sur les décisions qui seront ultérieurement prises.

L'ordre du jour appelait l'élection d'un vice-président du Conseil général pour remplacer M. Seux, décédé, et de six conseillers. La liste, distribuée au moment du vote, portait les noms de M. Bouchacourt, vice-président, et de MM. Bancel, Dufay, Fauvel, Hérard, Lannelongue et de Ranse, conseillers. Elle a été votée, cela va sans dire. Mais cela ne va pas sans que je me permette d'exprimer encore une fois le vœu, tout platonique, que les listes soient communiquées aux électeurs quelques jours avant le vote. Quel inconvénient y aurait-il? Je n'en vois aucun, et il me semble que les électeurs, les élus et l'élection elle-même y gagneraient de toutes façons.

L'opération du scrutin détermine un peu de confusion dans l'assemblée; le plus grand nombre des sociétaires croit que la séance est terminée et quitte l'amphithéâtre. Le Président, non sans quelque peine, fait retourner à leurs places les électeurs restés dans l'hémicycle; et il annonce qu'il reste deux rapports à entendre; l'un, sur les pensions viagères, par M. Durand-Fardel; l'autre, sur un projet de loi relatif à l'organisation de l'exercice de la médecine, par M. Lunier. Ces deux rapports sont imprimés; ils sont entre les mains de tous les sociétaires; ils ne peuvent être discutés en séance publique. A quoi bon les lire, quand l'heure est aussi tardive et que la salle est à peu près déserte? — C'est le règlement..

A sept heures et demie, cent cinquante convives ont pris place au banquet de l'Hôtel Continental. Plusieurs toasts ont été prononcés et chaleureusement acclamés; on les lira tous dans notre compte rendu *in extenso*, mais nous tenons à reproduire dès aujourd'hui celui de M. Roger.

« Merci, chers confrères, chers présidents et délégués, merci d'être venus en foule fêter dans ce jour solennel les *noces d'argent* de l'Association! Qu'elle soit née sur les bords de la Seine ou de la Gironde, toujours est-il que l'enfant a été mise en nourrice à Paris. Chaque année, à cette époque, ses tuteurs les présidents de nos sociétés locales venaient constater, avec la naïve admiration des parents, la croissance et les progrès de leur pupille: avec des cotisations de *douze francs*, ils lui ont constitué sur leurs économies une fortune de deux millions.

« Aujourd'hui,

C'est une forte femme, aux puissantes mamelles,

« Et, à vingt-cinq ans, elle est mère de huit mille enfants!

« Glorifions, le verre en main, sa fécondité miraculeuse, et tâchons d'amasser millions sur millions pour lui permettre d'entretenir sa petite famille et même de la pensionner. Buvons à la prospérité et à la concorde de cette progéniture intarissable,

Et nati natorum et qui nascentur ab illis. »

M. L.

Miryachit

NOUVELLE MALADIE DU SYSTÈME NERVEUX

Par HAMMOND, professeur de maladies nerveuses et mentales à l'Université de New-York (1).

Dans un très intéressant récit d'un voyage fait de l'Océan Pacifique à travers l'Asie,

(1) Traduit de la *Medicina contemporanea* (de Naples).

jusqu'aux Etats-Unis, des officiers de la flotte américaine, MM. Buckingam, G. Foulk et Walter Melean, ont observé une affection du système nerveux qui m'a paru digne d'être présentée à l'observation de ceux qui cultivent la science médicale. Je laisse la parole aux narrateurs :

« La Compagnie se trouvait sur le fleuve Ussur, près de sa jonction avec l'Amour dans la Sibérie orientale. Au moment où nous arrivions au rivage, nous nous aperçûmes que notre compagnon, un capitaine d'état-major de l'armée russe, s'était approché subitement du pilote du navire, et sans motif, lui frappait le visage de ses mains. Après quoi le pilote répétait exactement le geste qu'avait fait le capitaine et le regardait ensuite d'un œil courroucé.

L'incident nous parut d'autant plus curieux qu'il dénotait une familiarité difficile à expliquer. Ensuite, nous vîmes le pilote faire un nombre indescriptible de ces mouvements, qui nous firent comprendre de quoi il retournait. Il semblait affecté d'une maladie mentale ou nerveuse qui l'obligeait à imiter tous les gestes qui venaient frapper ses sens. Si le capitaine donnait brusquement, en sa présence, un coup sur son côté, le pilote répétait ce coup de la même manière et sur le même côté; si un bruit se produisait inopinément ou avec intention, le pilote semblait forcé, contre sa volonté, de l'imiter à l'instant avec une grande exactitude. Les passagers, par malice, se mirent à imiter le grognement du porc ou d'autres cris bizarres; d'autres battaient des mains, sautaient, jetaient leurs chapeaux sur le pont, et le pauvre pilote imitait tous ces gestes avec précision, autant de fois qu'on les répétait.

C'était un homme de moyenne taille, de bonne mine, plutôt intelligent si on en jugeait par l'expression de son visage. Comme nous quittions la rive pour nous embarquer sur le bateau à vapeur, un de nos hommes jeta son béret à terre. Observant le pilote, nous le vîmes également jeter son béret.

Plus tard, nous fûmes témoins d'un incident qui nous prouva jusqu'où s'étendait son irresponsabilité. Le capitaine du bateau, tout en battant des mains, buta accidentellement et tomba pesamment sur le pont. Le pilote, sans avoir été touché par le capitaine, se mit à battre des mains, et voulant l'imiter jusqu'au bout, tomba précisément de la même manière et dans la même position.

Le capitaine d'état-major nous assura que cette maladie était commune en Sibérie, et qu'il avait vu beaucoup de cas semblables du côté de Yakutsk, durant les hivers extrêmement froids qu'on y observe. Cette maladie est connue en Russie sous le nom de « miryachit ».

Quelque soin que nous ayons mis à consulter les nombreux récits de voyages en Sibérie, aucune trace de cette curieuse maladie n'y est encore publiée. La description donnée par ces officiers de marine a toutefois rappelé à notre souvenir l'observation présentée par le docteur Beard à l'Association névrologique américaine de 1880 sur les sauteurs français du Maine et ceux du New-Hampshire.

Au mois de juin 1880, Beard visitant le lac de Moscheard, rencontra ces sauteurs et les observa. Tous les ordres qu'on leur donnait étaient immédiatement exécutés. Ainsi un des sauteurs se tenait assis un couteau à la main : on lui ordonna de le jeter, et aussitôt il le lança de façon à le planter dans un mur situé en face de lui. Et tout en le jetant, il répétait l'ordre avec un cri d'alarme semblable à celui qu'on observe dans un accès d'hystérie ou d'épilepsie. Deux sauteurs qui se trouvaient l'un près de l'autre furent invités à se battre et le firent volontiers avec beaucoup d'énergie. Un autre qui se tenait à une fenêtre fut invité à sauter, et, répétant l'ordre, il sauta d'un pied de haut. Quand les commandements étaient faits avec rapidité, le sauteur répétait l'ordre à haute voix. Beard contrôla leur pouvoir de répétition avec un morceau de l'*Enéide* de Virgile et de l'*Iliade* d'Homère. Le sauteur, peu familier avec la langue anglaise, répétait ou faisait écho au son de la parole avec une voix pénétrante, et en même temps il sautait, se battait, ou jetait à terre quelque objet, ou se livrait à quelque autre violent mouvement musculaire.

Quelques-uns, par suite de leur peu de connaissance de la langue anglaise, ne pouvaient répéter exactement les paroles de ceux qui leur donnaient des ordres, mais en revanche ils étaient habiles à répéter les mouvements.

Il n'était pas nécessaire que le son provînt d'une créature humaine. Un bruit instantané ou inattendu, comme l'explosion d'une arme à feu, la fermeture d'une fenêtre, le battement d'une porte, pourvu qu'il fût fort et subit, provoquait leur imitation. L'un d'eux ne pouvait s'empêcher de crier, même alors qu'il était en train de faire sa barbe, s'il entendait battre une porte. On leur voyait frapper de leurs poings un fourneau allumé, sauter dans l'eau ou dans le feu. Ils n'auraient pu s'empêcher de frapper leur

©BIU Santé

meilleur ami, s'il se fût trouvé près d'eux, si l'ordre leur en était donné. Le son d'un jet de vapeur était particulièrement intolérable pour eux.

Après cette description, il sera, je crois, facile de comprendre la surprenante analogie qui existe entre le *miryachit* et la maladie des sauteurs français du Maine. Il me semble que, si on étudiait attentivement les deux maladies, on les trouverait absolument identiques, et que tous les phénomènes de l'une peuvent se retrouver dans l'autre.

Il existe encore une maladie analogue, qui a été décrite en Allemagne sous le nom de *Schlaftrunkenheit*. Dans cet état morbide, un individu, étant subitement réveillé, commet des actes de violence et spécialement des assassinats. Dans certains cas il semble sortir d'un rêve; dans d'autres, on ne peut invoquer cette cause. Ainsi, une sentinelle endormie pendant sa garde et réveillée par un officier de service, se précipita sur celui-ci avec son sabre, et l'eût tué si les assistants ne se fussent interposés. Il résulta de l'examen médical que cette action était involontaire et était la conséquence de la violente confusion mentale produite par un réveil subit succédant à un profond sommeil. D'autres cas sont cités par Wharton et Stillé dans leur ouvrage sur la *Jurisprudence médicale* de Hoffbauer, et par moi dans mon travail *Sur le sommeil et ses désordres*.

J'ai rencontré entre autres les cas suivants dans ma pratique:

Un monsieur fut réveillé une nuit par sa femme, qui avait entendu sonner à la porte. Il se lève aussitôt, et, sans s'apercevoir qu'elle s'est trompée, il tire le drap du lit, le met en morceaux, et puis cherche à réunir ces morceaux. La femme réussit à le faire revenir à lui; il avait cru que la maison était en flammes, et il cherchait à pourvoir à leur salut. Il ne se souvenait pas d'avoir eu aucun rêve.

Un autre fut réveillé subitement par le bruit d'une persienne fermée par le vent. Il se lève, prend une chaise près de lui et la tire de toute sa force contre la fenêtre. Il s'était imaginé que quelqu'un avait fait tomber à terre ses pistolets, produisant ainsi le bruit qui l'avait réveillé.

Dans un autre cas, un homme dit avoir entendu une voix qui lui ordonnait de sauter par la fenêtre. Il se leva subitement, ouvrit le vitrage et sauta. Heureusement, il ne sauta que d'une hauteur de dix pieds et n'en éprouva qu'une forte secousse. Ce cas me paraît en tout semblable à ceux que Beard a décrits.

Il y a quelques années, je donnais mes soins à un monsieur auquel je pouvais faire exécuter mes prescriptions même quand il dormait, par l'intermédiaire d'une personne qui lui parlait à l'oreille. Si elle lui ordonnait de crier, il criait aussi fort qu'il pouvait, si elle lui disait de se lever du lit, il se levait, si on l'invitait à répéter une parole, il la répétait immédiatement.

Je ne suis pas capable de donner une explication certaine du *miryachit* ou des sauteurs ou de ces cas que je viens de rapporter. Mais tous ces phénomènes paraissent dus à une impulsion suscitée par la perception, sans qu'il y ait besoin de l'intervention de la volonté, qui ne participe pas à l'accomplissement de l'acte. Ces phénomènes sont semblables à des actions réflexes ou à certains paroxysmes épileptiques dus à une irritation réflexe. Il semble que la cellule nerveuse soit dans la condition d'un ballot de dynamite ou de nitro-glycérine, et qu'une très minime impression suffise pour développer une décharge de force nerveuse. Il y a cette différence avec le paroxysme épileptique, que le développement de force est conforme à la perception, et que l'irritation donne lieu à un acte logique, tandis que, dans l'épilepsie, le développement de force nerveuse est plus violent, illogique, et ne cesse pas avec l'irritation.

Tous les faits que nous venons d'exposer sont certainement assez importants pour réclamer l'attention et l'étude des observateurs compétents.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux italiens.

Traitement de l'anémie pernicieuse (*Gaz. osp. di Milano*), par le docteur Conti. — Après avoir constaté, à la suite d'un grand nombre de médecins, l'inutilité de l'usage des ferrugineux dans cette forme d'anémie, l'auteur conclut que l'arsenic est le seul remède héroïque des cas qui peuvent guérir. Voici le tableau de ses observations:

1° Cas traités par les toniques, avec le fer, mais sans arsenic, 48; morts, 42 (soit 87 p. 100). Des 6 autres cas, il y en a 3 d'inconnus, 1 a guéri, 2 ont été pires après le traitement.

2° Cas traités par l'arsenic, sous différentes formes, 22; morts, 4 (environ 18 p. 100); guéris, 16 (environ 70 p. 100).

Ces chiffres sont plus qu'éloquents. C'est au docteur Byrom Bramwell que l'on doit l'emploi spécial de la liqueur de Fowler dans le traitement de l'anémie pernicieuse; en 1877, il put établir comparativement la valeur de cet agent thérapeutique dans 6 cas de cette maladie. Deux de ses malades traités sans arsenic moururent, les 4 autres, soignés avec la liqueur de Fowler, guérirent. Depuis cette époque, nombre de médecins ont vérifié ce fait important et avec les mêmes résultats. M. le docteur Conti croit donc, avec Padley, que l'arsenic est un véritable spécifique destiné à changer l'anémie pernicieuse en une anémie curable. On pourrait hasarder une explication scientifique sur la valeur thérapeutique de l'arsenic et sur son action vitale; l'auteur aurait pu rappeler que ce principe est un modérateur de la nutrition, qu'il agit sur les globules, par conséquent sur l'hématose, et qu'il modifie ainsi les phénomènes chimiques de la nutrition; nous croyons, pour notre part, à ses propriétés antiseptiques et antizymotiques, et ce serait en leur nom que cet alcaloïde parviendrait à détruire le ferment miasmatique, cause de la fièvre.

Grossesse extra-utérine. — Laparotomie. — Guérison. — Relation du docteur Joseph Cattani, deuxième assistant à la clinique obstétricale de Milan, dirigée par M. le professeur E. Porro. (In *Annali universali di medicina e chirurgica*. Février 1884.) — Ambrosine M..., âgée de 30 ans, entre à la Maternité de Milan le 6 octobre 1883.

Cette femme provient de parents sains, elle a été réglée à 12 ans et mariée à 20. Elle n'avait jamais éprouvé de malaises sérieux jusqu'à son premier accouchement, survenu naturellement il y a neuf ans, après une grossesse physiologique. Dans les premiers jours qui suivirent cet acte, elle eut une fièvre intense accompagnée de douleurs vives dans la partie inférieure du bassin, et d'une éruption générale de vésicules miliaires. Néanmoins, après quinze jours de soins, la malade était suffisamment bien pour quitter son lit et vaquer à ses occupations, ne se plaignant plus que d'un malaise général.

L'histoire de cette femme est assez curieuse pour être relatée en détails.

Le 13 décembre 1882, quelques heures après un rapprochement sexuel, Ambrosine M... ressentit une frayeur intense en voyant tomber un ouvrier occupé à travailler sur le faîte d'une haute fabrique. Immédiatement, elle éprouve une vive douleur dans le ventre, et conserve toujours, depuis, l'impression pénible de la terrible scène à laquelle elle a assisté.

La menstruation qui devait avoir lieu quelques jours plus tard n'eut pas lieu, et c'est seulement le 9 janvier, trois semaines après environ, qu'un léger écoulement sanguin survint qui dura jusqu'aux premiers jours d'avril, tantôt sous forme de leucorrhée tantôt sous son aspect ordinaire.

Dans les commencements de mai, la malade commença à sentir des mouvements très douloureux, jusqu'à la fin du terme normal de sa grossesse; le ventre pendant ce temps s'était normalement développé.

Le 13 septembre, neuf mois juste après la conception, commencèrent des douleurs de ventre semblables aux souffrances de la parturition, mais sans que la délivrance suivit. Quelques jours après les choses n'étaient pas plus avancées, les mouvements du fœtus avaient cessé et la malade avait de la fièvre; elle est admise dans ces conditions à la Maternité de Milan où M. le professeur Porro constate une grossesse extra-utérine nécessitant immédiatement l'intervention de l'art.

Ce point de diagnostic tranché, il fallait encore chercher à quelle espèce de grossesse extra-utérine ce cas répondait et, en second lieu, si l'on devait intervenir, de quelle façon et quand. Les antécédents de la première grossesse, suivie d'une péri-métrite, en permettant de supposer que sous cette inflammation les trompes de Fallope avaient été comprimées, et qu'une atrésie ou au moins une sténose tubaire en avait été la conséquence, permettaient d'admettre la probabilité d'une grossesse ovarique ou tubo-ovarique dans des conditions anatomiques qui auraient pu empêcher la descente de l'œuf dans la cavité utérine. D'autres explications hypothétiques pouvaient encore être faites sans amener une certitude absolue; le fait bien certain, bien constaté, c'est que le produit de la conception s'était développé en dehors des voies ordinaires.

Dans les jours qui précédèrent l'acte opératoire, la patiente éprouva une douleur assez vive dans la partie inférieure du bassin; elle avait de la fièvre, une soif vive, une température maxima de 38°7 et minima de 37°5, peu élevée par conséquent.

L'opération fut faite le 9 octobre 1883 par M. le professeur Porro dans les conditions ordinaires et avec toutes les précautions antiseptiques.

Une incision de 10 centimètres conduisit couche par couche jusque sur l'œuf, qui fut

©BIU Santé

ouvert et d'où un fœtus du sexe féminin en position occipito-iliaque droite postérieure fut extrait non sans quelque difficulté.

Le cordon une fois coupé, l'opérateur examina l'intérieur du kyste, trouva un placenta d'un volume anormal par sa grosseur, très adhérent à la partie supérieure du sac. Dans de semblables conditions, il ne crut pas devoir décoller l'arrière-faix et se borna à prescrire des lavages antiseptiques souvent répétés au moyen de deux groses canules laissées à demeure, l'une à la partie supérieure l'autre à la partie inférieure (on dut les enlever deux jours après à cause des symptômes d'adynamie (?) qu'elles entretenaient chez l'opérée). L'espace entre ces points fut fermé par cinq sutures métalliques. Il fut impossible d'établir un drainage par le vagin à cause de l'adhérence intime du kyste avec la vessie. Un pansement antiseptique termina cette grave opération. On fit ensuite des lavages fréquents dans l'intérieur du kyste avec de l'eau de Pagliari, de l'eau phéniquée et aussi avec une solution quinique et salicylique; des fragments du placenta furent ainsi entraînés et d'autres furent enlevés au moyen de pinces à pansements. Peu à peu, les parois du kyste se rapprochèrent, expulsant chaque jour des parties placentaires putréfiées; bref, trois mois environ après cette opération, la malade était rétablie complètement.

Résection de l'estomac, exécutée par M. le docteur Zamboni, de Conegliano. — Ce chirurgien crut devoir enlever une tumeur cancéreuse du pylore de la grosseur d'un citron à un pauvre malheureux qui succomba de péritonite purulente sept jours après cette gastrotomie.

Les cinq opérations semblables qui ont été faites jusqu'à ce jour en Italie se sont toutes terminées par la mort. Cela devrait donner un peu à réfléchir avant de tenter de nouveaux exploits. (*Gaz. degli ospitali*, n° 17.)

Millot-Carpentier.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE ET LA COMMISSION DE LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

(*L'exercice de la médecine par les médecins étrangers.*)

Après avoir réglé tant bien que mal la situation future des officiers de santé actuellement en exercice et adopté avec raison l'unification des titres, on pensait que la Commission allait résoudre la question de la pratique de la médecine par les individus munis de diplômes étrangers.

Depuis longtemps, on demande, en effet, la suppression des autorisations d'exercice et l'obligation pour les médecins étrangers de se soumettre à la loi du pays, c'est-à-dire de subir devant nos Facultés les épreuves du doctorat. Ces mesures seraient conformes à la logique, à la justice, aux intérêts sanitaires généraux, à ceux de l'enseignement national, et sauvegarderaient la dignité du corps médical trop souvent compromise par certains aventuriers, trop nombreux, pour qui la France et nos grandes villes sont une sorte de terre promise.

Hors de la Chambre des députés, la grande majorité, pour ne pas dire l'unanimité des médecins, demande l'adoption d'une législation plus équitable. Eh bien, voici cependant une information qui, nous l'espérons, sera démentie par les événements dans l'intérêt même du corps médical français : il se trouverait, paraît-il, dans la Chambre des députés, des membres qui sollicitent du ministre des affaires étrangères des négociations avec les divers gouvernements pour demander et obtenir la réciprocité de l'exercice en faveur de nos compatriotes à l'étranger et de leurs nationaux sur notre territoire.

Certes, on n'ignorait pas que la liberté absolue de l'exercice de la médecine possédait des avocats parmi les médecins-députés. Ceux-ci, du moins, logiques avec leurs principes, sont restés en dehors de la Commission. En est-il de même des promoteurs de ce futur libre-échange en faveur des officines à diplômes de l'Europe et de l'Amérique, et de cette prétendue réciprocité à l'usage de nos bons amis d'outre-Rhin et autres lieux, qui, sans doute, trouveront le moyen, dans les négociations, de signer à l'usage de leurs Universités une manière de traité de Francfort médical.

Quel est le mobile de ces démarches? Heureux celui qui pourrait le faire connaître.

© Santé

Je crains bien que, sous ces apparences humanitaires, il s'agisse plutôt d'obtenir le droit d'exercer hors des frontières pour les futures victimes de nos discordes civiles ou les proscrits de nouveaux et funestes coups d'Etat.

En tout cas, au nom du patriotisme, de la justice et de l'intérêt du pays, il faut espérer que ces tentatives n'iront pas au delà des bureaux du quai d'Orsay. Seulement, elles détermineront l'ajournement de réformes depuis longtemps promises, et retarderont peut-être indéfiniment les améliorations les mieux acceptées à la loi de Ventôse. C'est sacrifier à des idées trop personnelles et à des avantages trop particuliers l'intérêt général du pays et la dignité du corps médical français. Tel n'est vraiment pas le résultat que l'opinion médicale serait en droit d'attendre des travaux d'une Commission de réforme ! — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 avril 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La correspondance non officielle comprend : une *Note sur l'action physiologique de l'acide phénique*, par M. Vial (de Marseille).

M. Lefort présente, au nom de M. le docteur A. Petit, les *Cartes* des eaux minérales du Puy-de-Dôme.

M. Marjolin dépose sur le bureau le 15e volume de l'*Annuaire-Bulletin* de la Société protectrice de l'enfance.

M. Jules Rochard présente : 1° au nom de M. le docteur Aubert, médecin-major, un travail manuscrit intitulé : *De l'efficacité des inoculations vaccinales multiples et de la nécessité des revaccinations répétées*.

2° Au nom du docteur Domingos Freiro : 1° *Le recueil de ses travaux chimiques ; 2° Des études expérimentales sur la contagion de la fièvre jaune*.

M. Jules Guérin offre en hommage un exemplaire de son mémoire *Sur l'intervention de la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses*, avec planches à l'appui.

M. Laboulbène présente, au nom de M. le docteur Eugène Fournier, une brochure intitulée : *Schyzophytes et Schyzomycètes au point de vue médical*.

M. Féréol présente, au nom de M. le docteur Graux, une brochure intitulée : *Pleurésie et état puerpéral ; 15 ponctions en deux mois chez une femme en couches, guérison*.

M. Dujardin-Beaumetz proteste contre la proposition que vient d'émettre M. Maurice Perrin, et d'après laquelle la balance ne serait point juge dans la question dont il s'agit. M. Maurice Perrin affirme que la totalité de l'alcool est éliminée en nature par les diverses voies ; or, il semble que la balance seule peut juger une pareille question.

Jusqu'à nouvel ordre, il paraît à M. Dujardin-Beaumetz que, au point de vue expérimental, le problème est insoluble. Il n'y a pas, en effet, d'expérience possible dans laquelle on soit à même de recueillir la totalité de l'alcool ingéré dans l'économie ou des produits de sa transformation.

M. Perrin a signalé les travaux de ses devanciers, mais il a oublié de parler de ceux qui ont suivi et qui ont résolu le problème dans un sens contraire à la solution qu'il a donnée.

Tous les travaux qui ont paru depuis 1860 et qui ont eu pour objet l'action de l'alcool sur l'économie, ceux de Gubler et de plusieurs expérimentateurs anglais, en particulier, concluent que l'alcool est détruit en partie et que le reste est éliminé en nature.

On peut dire que tout le monde est aujourd'hui d'accord sur la présence en nature de l'alcool dans les tissus. Ce sera l'éternel honneur de M. Maurice Perrin et de ses collaborateurs, Ludger-Lallemand et Duroy, d'avoir démontré ce fait. Mais M. Dujardin-Beaumetz nie que la totalité de l'alcool ingéré dans l'économie soit éliminée en nature. Toutes les expériences qu'il a faites concluent dans un sens contraire à la solution indiquée par M. Perrin. Il a toujours constaté que lorsque l'alcool est ingéré en petite quantité, on ne le retrouve pas en nature.

©BIU Santé

M. Perrin dit que l'alcool n'est pas un aliment, qu'il agit seulement sur les centres calorigènes. Hypothèse pour hypothèse, M. Dujardin-Beaumetz préfère la sienne qui lui paraît plus rationnelle. Mais il admet parfaitement avec M. Perrin que l'alcool diminue les combustions organiques et, par conséquent, abaisse la température générale.

M. Dujardin-Beaumetz ne pense pas que l'odeur de l'alcool exhalée par les ivrognes soit due à l'acidification de ce liquide dans l'estomac; il croit qu'elle vient des poumons, comme la plupart des odeurs émanant de substances introduites dans l'organisme, la térébenthine, etc.; l'odeur spéciale de l'ivrogne provient de la présence de l'alcool dans le sang et des modifications qu'il y subit. M. Dujardin-Beaumetz a fait des expériences sur des ivrognes dont il a recueilli les produits de la respiration dans une carafe remplie de glace; il a reconnu que ces produits ne contenaient pas de l'alcool, mais de l'aldéhyde.

En résumé, M. Dujardin-Beaumetz pense qu'au point de vue de l'action physiologique de l'alcool, il y a lieu d'admettre deux faits qui lui paraissent de nature à concilier les opinions, à savoir qu'une partie de l'alcool ingéré dans l'économie est éliminée en nature, tandis que le reste est détruit et subit des transformations variées. L'alcool agirait donc de deux manières : comme stimulant ou tonique et comme aliment. Cette solution du problème qui s'agite lui paraît plus séduisante et plus vraie que celle de M. Maurice Perrin.

M. Berthelot fait observer que les procédés de recherche et d'analyse adoptés par M. Maurice Perrin et ses collaborateurs dans leurs expériences sur l'alcool peuvent donner des résultats qui, si l'on n'y prenait garde, seraient entachés d'erreur. En effet, l'urine contient à l'état normal de l'acétone qui possède des propriétés analogues à celles de l'alcool et subit des transformations semblables; le liquide de réduction dont M. Perrin s'est servi agit sur l'acétone comme sur l'alcool et pourrait, par ses résultats, donner matière à quelque confusion.

M. Maurice Perrin répond qu'il a pris dans ses expériences toutes les précautions nécessaires pour éviter les causes d'erreur, en ayant soin de faire, dans chaque expérience, une contre-épreuve.

Or, toujours les expériences ont donné les mêmes résultats, savoir une diminution considérable de la quantité d'acide carbonique en rapport avec la diminution de la désassimilation et de la calorification.

L'alcool n'est donc pas un aliment, mais un médicament d'épargne. Il doit être considéré comme une substance inaltérable dans l'économie que l'on retrouve en nature dans le sang, dans les organes, et particulièrement dans le tissu nerveux.

M. Perrin ne saurait en aucune façon admettre les deux actions indiquées par M. Dujardin-Beaumetz.

M. Colin (d'Alfort) déclare que M. Maurice Perrin et ses collaborateurs n'ont nullement démontré que la totalité de l'alcool ingéré dans l'économie est éliminée; ils ont montré seulement que l'alcool s'élimine par la respiration et par les voies urinaires.

Quand on donne des quantités énormes d'alcool à des animaux, comme l'ont fait M. Maurice Perrin et ses collaborateurs, l'alcool joue dans l'économie le rôle d'un corps étranger dont elle cherche à se débarrasser le plus vite possible; la substance est forcément éliminée en nature.

M. Colin a fait avaler jusqu'à deux litres d'alcool à 50° à des chevaux; il a produit chez eux le phénomène de l'ivresse avec abaissement de la température. Mais il ne faut pas confondre les effets immédiats de l'alcool, qui se traduisent par de l'excitation de la respiration et de la circulation accompagnée d'augmentation de la température, avec les phénomènes consécutifs qui consistent dans une action sédative sur le système nerveux, accompagnée de torpeur, d'ivresse et de refroidissement.

Quant à la présence de l'alcool dans le sang, elle est semblable à celle de toute autre substance donnée en quantité considérable, à celle de l'éther, par exemple; si l'on fait avaler une certaine quantité d'éther à un animal, on retrouve cette substance dans le sang avec son odeur caractéristique.

Quant à la présence de l'alcool dans les tissus, dans le cerveau, dans le foie, en quantité plus considérable que dans le sang, il n'y a rien là, suivant M. Colin, qui distingue l'alcool des autres substances introduites par absorption dans l'organisme. Arrivé dans les tissus, l'alcool tend à former des combinaisons instables, mais qui peuvent persister plus ou moins longtemps. Il en est de même de l'iodure de potassium que M. Colin a retrouvé dans le cerveau après l'avoir fait absorber à des animaux.

M. Colin a fait également des injections d'alcool dans la veine porte pour voir si cet

©BIU Santé

agent se comportait dans le foie des animaux comme dans le foie des alcooliques; il a constaté qu'il se produisait alors dans la couleur du foie des changements presque instantanés, et dans les vaisseaux, ainsi que dans les cellules hépatiques, des modifications plus ou moins persistantes.

M. Colin reproche à M. Perrin de n'avoir pas assez insisté sur la corrélation qui pouvait exister, dans les résultats de ses expériences entre la quantité d'alcool ingérée et la quantité éliminée; c'était là, cependant, suivant lui, le point important à considérer et à mettre en relief. Les choses ne se passent pas dans l'organisme comme dans les appareils de laboratoire de chimie. Rien ne prouve que l'aldéhyde, bien qu'il n'était pas été rencontré dans les analyses de M. Perrin, ne se soit pas produit comme résultat de la transformation de l'alcool; l'aldéhyde, une fois formé, peut ne pas rester à l'état d'aldéhyde et subir d'autres transformations. On sait, par exemple, que les acides organiques ne se comportent pas comme ceux de la chimie minérale; ils se détruisent au fur et à mesure de leur formation.

Donc la démonstration de M. Perrin n'a pas la valeur qu'il lui attribue; il est incontestable qu'une partie de l'alcool s'élimine en nature par les voies aériennes et il n'est pas besoin d'être chimiste pour savoir cela; mais il peut très bien se faire aussi qu'une partie serve à la respiration et se détruise en se transformant en eau et en acide carbonique pour produire de la chaleur. Il n'y a donc pas lieu de renoncer, du moins quant à présent, à la théorie de Liebig.

M. Jules Guérin croit devoir signaler une lacune considérable dans les résultats des expériences faites au sujet de l'alcool, c'est de n'avoir tenu aucun compte de l'élimination qui peut se faire par la voie intestinale; le tube digestif constitue cependant une surface d'élimination considérable qu'il ne faut pas négliger, comme le rappelait Liebig en termes pittoresques dans une discussion mémorable avec J.-B. Dumas.

M. Maurice Perrin constate le désaccord qui existe entre M. Dujardin-Beaumetz et lui sur le rôle de l'alcool dans l'organisme. Dans le travail publié en 1860 en collaboration avec Ludger-Lallemand et Duroy, il a montré que cet agent reste inaltéré dans l'économie et n'exerce une action indirecte sur la nutrition qu'en raison de son action directe sur le système nerveux.

M. Dujardin-Beaumetz est resté fidèle à la théorie de la transformation de ce produit, de sa destruction par oxydations successives. Mais il ajoute qu'il n'a trouvé dans ses recherches aucune preuve expérimentale directe du bien fondé de son opinion.

Dans un historique rapide de la question, M. Perrin expose qu'au moment où il entreprit ses expériences avec MM. Ludger-Lallemand et Duroy, la science vivait à ce sujet sur la théorie célèbre de Justus Liebig, relative à la transformation de l'alcool dans l'organisme par des oxydations successives et sa réduction en eau et en acide carbonique avec production de chaleur.

Depuis Magendie jusqu'à MM. Bouchardat et Sandras on avait cherché, au moyen de l'analyse chimique à découvrir ce que devenait l'alcool introduit dans l'organisme, et comme l'existence de l'alcool n'avait pu être constatée avec ses caractères physiques et chimiques dans aucune recherche, on avait conclu logiquement à sa transformation.

C'est sur cette donnée exclusivement négative qu'était basée la théorie de Liebig.

MM. Perrin, Ludger-Lallemand et Duroy cherchèrent d'abord l'alcool dans le sang. Ayant soumis à la distillation 700 grammes de sang d'un chien anesthésié par l'alcool, ils purent en extraire cinq grammes d'un liquide incolore, sans réaction au papier de tournesol, ayant une odeur franchement alcoolique, la saveur chaude de l'esprit-de-vin, et brûlant avec une flamme bleue, lorsqu'on venait à enflammer une mèche d'amiante imbibée de ce liquide. C'étaient là les caractères de l'alcool.

Ils ont ensuite cherché l'alcool dans les centres nerveux, et ils ont obtenu, par la distillation de 440 grammes de substance cérébrale, 3 grammes 25 d'un liquide semblable au précédent.

Ils ont aussi recherché l'alcool dans l'urine. De trois litres d'urine rendue par des hommes ayant bu chacun une bouteille de vin contenant 9 0/0 d'alcool, ils ont extrait 2 grammes de cette substance.

Ils ont encore recherché l'alcool dans l'air expiré, par un procédé fondé sur la propriété que possèdent les vapeurs d'alcool de réduire l'acide chromique, qui est jaune, en sesquioxyde de chrome, qui est d'un beau vert émeraude. En faisant dissoudre 1 décigramme de bichromate de potasse dans 30 grammes d'acide sulfurique, ils ont obtenu une bonne liqueur d'épreuve, avec laquelle il a été possible non seulement de constater la présence de l'alcool dans l'air expiré, dans le sang, dans les tissus, dans les produits

©BIU Santé

d'excrétion, mais encore de déterminer la loi de sa répartition ainsi que la durée de son élimination.

Grâce à ce réactif, ils ont pu montrer que de petites quantités d'alcool, 20 à 30 grammes d'eau-de-vie, donnaient lieu à une élimination par les poumons et les reins ; que l'ingestion d'une bouteille de vin contenant 9 0/0 d'alcool était suivie d'une élimination par les poumons pendant huit heures, et par les reins pendant quatorze heures.

En faisant passer un courant d'air à travers 25 grammes de sang dilué, de tissu nerveux ou hépatique convenablement préparés et fournis par un chien alcoolisé, ils ont constaté que le foie, à poids égal, en contenait plus que le sang, et le cerveau trois fois plus que le foie, et ils ont vu dans cette inégale répartition et dans cette accumulation du côté de la substance nerveuse le trait caractéristique de l'action physiologique de l'alcool, ainsi que la raison des graves désordres fonctionnels ou organiques qu'engendrent les abus alcooliques.

Il demeure démontré que l'alcool absorbé, même à faibles doses, séjourne inaltéré dans le sang, s'accumule dans les centres nerveux dont il excite, trouble et abolit les fonctions, est ensuite éliminé par les diverses voies d'élimination ; en d'autres termes, possède tous les caractères de ces agents, médicaments ou poisons selon la dose, qui ne font que traverser l'économie sans contribuer directement par leur tranformation et leur destruction à l'entretien de la vie de nutrition.

On a objecté que l'alcool constaté par ces expériences dans le sang, dans le foie, dans le cerveau, dans l'urine, était en très petite quantité et ne représentait qu'une faible partie de ce qui a été absorbé ; que c'était précisément ce qui manquait qui avait été transformé et détruit suivant les prévisions de la théorie chimique.

M. Perrin répond que c'est par la nature des réactions, non par la balance, que se détermine le rôle des substances livrées à l'absorption.

D'ailleurs, dans une série d'expériences, ses collaborateurs et lui ont recherché s'il existait réellement dans le sang des animaux quelque produit de la transformation de l'alcool.

On sait que l'alcool sous l'action des oxydants produit, en perdant deux équivalents d'hydrogène, de l'aldéhyde qui est un corps très avide d'oxygène ; à un degré plus élevé d'oxydation et sous l'action d'un ferment ou de l'éponge de platine, il produit de l'acide acétique, puis encore de l'acide oxalique et enfin, comme dernier terme de la série, de l'acide carbonique et de l'eau. La transformation de l'alcool absorbé en aldéhyde a été principalement défendue par Ducheck (de Prague). Les expériences nombreuses et variées que M. Perrin a faites à ce sujet, avec ses collaborateurs, ont été toutes négatives. Jamais ils n'ont trouvé l'aldéhyde comme produit de la transformation de l'alcool absorbé. La transformation de l'alcool en acide acétique ne leur a pas paru mieux fondée en fait que la transformation en aldéhyde. C'est du moins à cette conclusion que les ont conduits leurs recherches et leurs expériences. Ils se sont également assurés par les mêmes moyens qu'il ne se forme pas d'acide oxalique dans le sang des animaux alcoolisés. Le dernier terme des oxydations successives de l'alcool est représenté par la transformation en acide carbonique et en eau.

Si l'alcool absorbé se transforme de cette sorte dans l'organisme, l'acide carbonique doit exister dans une proportion au moins normale dans les produits de l'expiration. Or il n'en est rien ; cette proportion est constamment diminuée. C'est la conclusion à laquelle M. Perrin est arrivé dans des expériences qui ont fait le sujet d'un mémoire publié en 1864.

Il a constaté que toutes les boissons alcooliques provoquent constamment une diminution dans l'exhalation de l'acide carbonique, et que cette diminution s'est montrée dans une mesure qui a oscillé entre 5 et 22 p. 100, suivant leur richesse alcoolique respective.

La quantité d'urée n'était pas sensiblement modifiée.

Les physiologistes s'accordent pour reconnaître que la proportion d'acide carbonique dans l'air expiré est le meilleur indice de l'état du mouvement de la nutrition. Du moment que cette proportion diminue constamment et considérablement sous l'action de l'alcool, on est en droit de conclure que ce dernier détermine un ralentissement dans ce mouvement et, par conséquent, dans l'énergie de l'oxydation organique, de la désassimilation et de la calorification.

C'est ainsi que, sans le secours d'aucune hypothèse, M. Perrin a établi le rôle incontestable et considérable de l'alcool dans les actes de la nutrition. Il ne nourrit pas comme l'enseignait Liebig, mais il modère la désassimilation.

C'est ainsi encore que se justifient les bons effets obtenus par les préparations alcoo-

liques dans le traitement des affections pyrétiques d'ordre médical et chirurgical. Sous leur influence, la température s'abaisse, les forces se soutiennent et l'amaigrissement se fait sentir moins rapidement; ce qu'il convient d'attribuer à leur action sur le système nerveux, et spécialement sur les centres calorigènes.

— M. le docteur Berlioz (de Grenoble) lit un travail *Sur l'action physiologique des eaux minérales en général et des eaux d'Uriage en particulier.*

— La séance est levée à cinq heures.

THÉRAPEUTIQUE

Les Pilules de coloquinte composées

Par le docteur Lefébure.

Dans le courant de l'année dernière, nous avons déjà eu l'occasion de signaler l'utilité d'une préparation pharmaceutique récemment entrée dans le domaine de la thérapeutique, et nous lui prédisions un grand succès en démontrant que cette préparation était un des meilleurs moyens de combattre les troubles gastro-intestinaux si fréquents, dont le résultat presque inévitable est d'amener une sorte de paresse et d'atonie de la musculature intestinale et par suite une constipation rebelle.

Nous montrions les inconvénients des purgatifs salins d'une façon continue : « Les « drastiques légers, disions-nous, sous forme de conclusion, dont l'administration « amène une légère irritation superficielle de la muqueuse des voies digestives n'ont « pas le même inconvénient, et, à ce point de vue, les pilules suisses nous paraissent « remplir les indications cherchées. Elles ont des effets certains et assez doux pour « qu'on puisse les répéter à très courts intervalles, avec elles, enfin, on obtient l'effet « voulu sans produire aucune réaction violente ni funeste. »

Depuis cette époque, l'expérience de chaque jour a prouvé combien étaient exactes nos appréciations de la première heure. Accueilli avec faveur par les praticiens, le nouveau médicament est rapidement devenu populaire, et son chiffre de vente, véritablement surprenant, est la meilleure preuve de son efficacité et des succès obtenus journellement par son emploi. On a délivré en effet, du 26 janvier 1883 au 15 décembre de la même année, un million vingt-sept mille boîtes revêtues du timbre de l'Etat.

Ce succès, pour ainsi dire sans précédent, n'est pas fait pour nous surprendre, nous sommes même persuadés que, d'année en année, il ne fera que s'affirmer davantage. En effet, aux propriétés cathartiques qu'elles possèdent au premier degré, les pilules suisses en ajoutent une autre : elles renferment un principe amer, excitant par conséquent l'appétit et tonifiant l'intestin en même temps qu'elles en régularisent les fonctions. Il serait difficile de trouver ces qualités réunies dans un autre produit.

VARIÉTÉS

L'infection de Paris et le Comité de résistance a la voirie de Bondy.

C'est un sévère réquisitoire que M. Dorré prononce contre l'Administration municipale de Paris, en sa qualité de secrétaire du Comité de résistance à la voirie de Bondy, dans une récente brochure sur l'*Infection de Paris et de sa banlieue.*

On connaît trop, assurément, la voirie de Bondy par sa réputation, et plus encore par son odeur. Il ne fallait donc pas de nombreux arguments pour convaincre les Parisiens du danger et des inconvénients de ce voisinage. M. Dorré a voulu démontrer l'influence des émanations morbigènes de cet établissement sur le développement des maladies infectieuses dans la capitale. Ses chiffres ne sont peut-être pas à l'abri de quelques critiques; en tout cas, ses arguments témoignent de la perpétuité des abus, de la tolérance administrative à leur égard et de l'oubli des promesses de tant de programmes électoraux. La question de l'assainissement de la partie Nord-Est du département de la Seine est donc moins que jamais résolue. Aussi, bien que le voyage de Bondy ne pré-

©BIU Santé

sente aucun des charmes d'un voyage sur les bords de la rivière de Gênes, ni dans le pays où fleurit l'oranger, on voit avec un intérêt de curiosité M. Dorré naviguant sur les bateaux-citernes du canal de l'Ourcq ou, dans ses excursions sur le terre-plein de la célèbre voirie.

Au point de vue hygénique, on se rend compte de l'insalubrité permanente de cet établissement ; au point de vue administratif, de la nécessité d'une surveillance active des usines insalubres. Enfin, l'organisation du Comité de résistance, dont M. Dorré est le dévoué secrétaire, prouve ce que peut l'initiative privée en semblables circonstances. Si les membres distingués de ce Comité n'ont pu encore obtenir entièrement gain de cause auprès des édiles parisiens, ils ont déjà su se faire entendre, ce qui est déjà beaucoup. Leur exemple mérite d'être signalé, parce qu'il témoigne de l'efficacité de tels efforts, de leur utilité en matière d'hygiène publique. Ce sera seulement le jour où les citoyens s'intéresseront aussi aux questions sanitaires que l'hygiène de la cité sera définitivement assurée, mieux que par des institutions administratives trop souvent en défaut.

Ch. E.

COURRIER

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Le mardi 22 avril, les cinq Académies de l'Institut de France se sont réunies en assemblée générale pour procéder à l'élection des membres du Conseil supérieur de l'instruction publique.

La séance était présidée par M. Rolland, de l'Académie des sciences.

Le scrutin, ouvert à deux heures, a été fermé à trois heures.

Ont été élus, sur la proposition de chacune des Académies : pour l'Académie française, M. Jules Simon; pour l'Académie des inscriptions et belles-lettres, M. Jules Girard, professeur à la Faculté des lettres; pour l'Académie des sciences, M. Joseph Bertrand; pour l'Académie des beaux-arts, M. le vicomte Delaborde; pour l'Académie des sciences morales et politiques, M. Victor Duruy.

Hôpital Bichat. — *Conférences de clinique et de thérapeutique médicales.* — M. le docteur Henri Huchard a repris ces conférences le dimanche 20 avril à 10 heures et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Les premières leçons seront consacrées à l'*étude clinique et au traitement des asystolies, aux indications et contre-indications de la digitale dans les maladies du cœur, au goitre exophthalmique et à son traitement, aux insuffisances fonctionnelles des valvules.*

Visite tous les jours à 9 heures 1/4; consultations le lundi et le mercredi (le lundi, consultation spéciale pour la médecine infantile). Le vendredi, examen au spéculum.

Maladie des femmes. — *Clinique de la rue du Jour, 19, aux Halles.* — M. le docteur Apostoli commencera ses conférences cliniques de *gynécologie* avec exercices pratiques, le samedi 10 mai, à 3 heures, pour les continuer les samedis suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies de la peau.* — M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis (salle Bichat), le mercredi 30 avril 1884, à huit heures et demie du matin, et les continuera les lundis et mercredis suivants, à la même heure; les leçons habituelles des lundis (salle Henri IV) resteront consacrées aux maladies des femmes.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort subite, à l'âge de soixante-treize ans, de M. le docteur Jean Kabath, médecin particulier de l'empereur de Russie. Déjà, sous le règne de Nicolas Ier, il occupait le poste de médecin ordinaire de la cour de Russie.

Société de médecine de Paris. — Séance du 26 avril 1884. — *Ordre du jour :* 1. M. Thevenot : De la lithiase biliaire dans ses rapports avec la métrite. — 2. M. Leblond : De la résorcine dans le traitement de la diphthérie. — 3. Communications diverses.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. R. Longuet : De l'aphasie transitoire de la fièvre typhoïde. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — III. Variétés. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causeries.

De l'aphasie transitoire de la fièvre typhoïde.

I

Parmi les accidents nerveux qui comptent parmi les suites ou les complications de la fièvre typhoïde, l'aphasie, pour n'être pas des plus rares, est un des plus mal étudiés quant à ses formes, sa date d'apparition, son association à d'autres troubles du même ordre ou indépendants, quant à ses causes et à son pronostic.

La clinique n'est pas d'ailleurs depuis si longtemps en possession des éléments de cette étude. On ne saurait mettre trop de réserve dans la recherche d'exemples indiscutables d'aphasie au delà de ce dernier quart de siècle, avant Broca et Trousseau ; et si nous distinguons bien, en France, la fièvre typhoïde depuis Louis, la confusion avec le typhus fever et le typhus à rechutes bien plus tardivement dissipée à l'étranger surtout, limite à un autre titre le champ de nos investigations.

Ainsi s'explique-t-on le silence à peu près unanime à ce sujet de nos meilleurs classiques au milieu desquels Griesinger, signalant simplement le fait, mérite à peine d'être distingué.

Quelques observations de Gübler (Obs. V, VI et XIII), dans son travail si souvent et si justement cité, mentionnent certains troubles du langage, à la suite de la fièvre typhoïde, rentrant certainement dans le domaine de l'aphasie (1). Trousseau en a cité deux exemples très nets dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu.

Les faits de Gübler ont été relevés par Bailly (2) et rapprochés de quelques

(1) *Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës.* (*Arch. gén. de méd.*, 1860-61.)

(2) *Thèse de Paris*, 1872.

FEUILLETON

CAUSERIES

Impressions de voyage à Edimbourg. — Le troisième jubilé séculaire de l'Université.

J'arrive d'Edimbourg, fatigué, moulu, éreinté, mais néanmoins heureux, content d'avoir vu de mes yeux et constaté de toutes manières que l'hospitalité écossaise n'est pas un vain mot. A la première rumeur soulevée par les préparatifs des fêtes qui devaient avoir lieu à l'occasion du jubilé, j'avais écrit à mon excellent ami le professeur Thebest Scott, un des descendants de l'illustre romancier Walter, pour le prier de vouloir bien me retenir un logement quelconque dans un hôtel à sa convenance. Peu m'importait le prix : la libéralité du comité des finances de l'*Union* me laissait carte blanche! Mais le vieux sang écossais était monté au cerveau de mon ami : « A l'hôtel, cet excellent Simplissime, fi donc! » Et je reçois, par retour du courrier, la courte lettre suivante : « Je vous attends chez moi ; inutile de vous présenter dans les hôtels, je les préviens tous qu'ils aient à fermer la porte au nez du docteur Simplissime. » Et voilà comme, pendant huit jours, j'ai été choyé *gratis* dans la capitale de l'Ecosse. Mais si vous croyez que je mettrai mes économies dans la caisse de l'*Union*!... Et le Congrès de Copenhague!

Mais, allez-vous me dire, qu'alliez-vous faire à Edimbourg? J'allais, comme beaucoup

©BIU Santé

autres observations. Nothnagel (1), bien qu'il traitât tout spécialement des troubles nerveux consécutifs à la fièvre typhoïde, n'a guère fait que citer Griesinger. Clarus (2) est en somme le premier observateur qui ait soupçonné l'intérêt d'une étude spéciale de cet accident de la fièvre typhoïde et publié un travail de revue sur 12 cas d'aphasie typhoïde de l'enfance, dont un personnel, les autres recueillis dans la littérature médicale allemande et étrangère.

Steinthal a cité 3 nouveaux faits en 1876, et Landouzy, dans sa thèse d'agrégation (3) a bien signalé l'aphasie parmi les paralysies *accidents* ou *épilogues* des maladies aiguës.

Enfin, en 1882, un élève du professeur Baümler, Richard Kühn, soutenait, à Fribourg, une thèse sur l'*Aphasie transitoire dans le typhus abdominal* qui peut être considérée comme le travail bibliographique le plus complet sur cette question. L'auteur donne le résumé de 27 observations, plus les détails d'un fait très complet recueilli dans le service de Baümler.

L'intérêt de ce mémoire lui a mérité une reproduction intégrale dans un des derniers numéros des *Archives de médecine allemande* (4). Il n'embrasse pas cependant la totalité des faits publiés en Allemagne même ; 8 cas signalés par Henoch, une curieuse observation d'Ebstein sont passés sous silence. L'omission de quelques observations françaises est plus excusable.

De plus, nous voyons figurer un fait de Foley, un autre de Scoresby Jackson, tous deux Anglais, lesquels, en se reportant aux sources, on voit revenir en réalité au typhus fever. Nous soupçonnons, à la vérité, que l'aphasie, observée dans la plupart des maladies générales infectieuses, doit partout se présenter revêtue des mêmes caractères et relevant de conditions pathogéniques identiques ; néanmoins c'est à la clinique d'établir rigoureusement cette assimilation avant qu'on soit autorisé à comprendre l'aphasie de la fièvre typhoïde, du typhus, de la variole ou du mal de Bright, dans les termes d'une description commune.

Malgré ces réserves, la thèse de Kühn reste un travail recommandable

(1) *Arch. f. klin. Med.*, 1872, IX.
(2) *Jahrb. f. Kinderheilk.* 1874, p. 373.
(3) *Thèse de Paris*, 1880.
(4) *Deutsches Arch. f. klin. Med.* 1883, 34e v., 1 f., p. 56.

---

de savants, sans l'être moi-même, assister au troisième jubilé séculaire de la fondation de son Université, célébré en présence de grandes illustrations de France et d'autres pays. Permettez-moi de vous apprendre à ce propos, si vous ne le savez déjà, que l'Université d'Edimbourg est la plus jeune des quatre Universités d'Ecosse. Celle de Saint-André a été fondée en 1414, celle de Glasgow en 1454 et celle d'Aberdeen en 1496. Mais elle les a dès longtemps laissées dans l'obscurité. Actuellement elle instruit 3,500 étudiants. Au lieu d'être une fondation ecclésiastique et royale, elle a une origine toute municipale. De la couronne elle n'a reçu que la charte d'incorporation de Jacques VI. C'est la ville qui l'a entretenue et malheureusement régie. Son histoire, qui vient d'être publiée, raconte ses épreuves et ses misères pendant les deux premiers siècles de son existence, lorsque le conseil communal lui faisait payer ses maigres subsides par la plus mesquine des tyrannies. Théologie, droit, médecine, humanités, tout l'enseignement était soumis à la surveillance querelleuse d'un corps de commerçants, d'autant plus pédants qu'ils étaient plus ignorants des sciences et des lettres.

Ce n'est que dans la seconde moitié du XVIIIe siècle que, en acquérant sa liberté, l'Université d'Edimbourg a atteint en peu de temps le rang qu'elle occupe aujourd'hui. Les études classiques n'ont jamais été son fort ; mais elle a jeté un grand éclat dans les sciences morales et politiques ; elle a été, avec Adam Smith, le berceau de l'économie politique, avec Dugald Stewart, le centre de la philosophie spiritualiste, et a vu, avec Hume et Robertson, quelques-uns des premiers essais de l'histoire raisonnée. D'autres centres se sont développés, dont la réputation a fait pâlir la sienne ; mais elle n'a pas rétrogradé. Sa Faculté de médecine, en particulier, n'a pas cessé d'être une des meilleures qui existent. Il n'y a pas longtemps qu'elle a vu partir Smithson, l'inventeur de

d'érudition et de critique qui, rectifié, complété des observations omises ou postérieures à sa publication, nous fournit les éléments d'une très complète information.

Nous donnerons, par ordre de date, les observations strictement réduites aux particularités de fait se rapportant au syndrome que nous étudions.

II

Klusemann (1). — Fillette de 11 ans. Perte absolue de la parole au cours (?) d'une fièvre typhoïde survenue sans perte de connaissance ni paralysie. Retour rapide après trois semaines.

Baudelocque (2) a présenté à l'Académie des sciences un ancien soldat admis aux Invalides à 23 ans, au retour de Crimée où il avait complètement perdu la parole (sans surdité) à la suite d'une fièvre typhoïde. Après quatre ans d'un mutisme complet, un traitement approprié lui a rendu peu à peu la parole.

Muller (3) a décrit comme symptôme le plus saillant de l'épidémie de Calw, en Wurtemberg, la difficulté et la suppression de la parole, sans qu'il fût possible de rattacher ce symptôme à la sécheresse ou à la perte de motilité de la langue.

Jousset de Bellesme (4). — Garçon de 10 ans, qui, à la quatrième semaine d'une fièvre typhoïde légère, demeura complètement privé de la parole; physionomie sans expression; poussant une sorte de grognement pour témoigner son désir de manger. Intelligence intacte cependant. Cet état se prolonge une semaine; le langage revient ensuite intégralement.

Weisse (5). — Deux garçons, l'un de 9, l'autre de 10 ans, dans la dernière semaine d'une fièvre typhoïde grave, perdirent complètement la parole.

(1) *Preuss. Vereinszeit.* 1844, et Clarus *l. c.*
(2) *Comptes rendus, Acad. des sciences*, 1860, 51, n° 17, p. 619.
(3) *Canstatt's Jahresbricht*, 1852, t. IV.
(4) *Gaz. des hôpitaux*, 1860, 28 janvier.
(5) *Jahrb. f. Kinderkr.*, 1864, 43, p. 465.

---

fait du chloroforme, et Lister, l'inventeur du traitement méthodique des blessures par l'acide phénique.

Né et élevé à Londres, Lister (on doit dire maintenant sir Joseph Lister, depuis sa nomination au titre de *baronet*) alla étudier la médecine à Edimbourg. Là, il fit la connaissance de l'illustre Syme, qui l'apprécia et lui donna sa fille en mariage. Une place étant devenue vacante à l'Université de Glasgow, M. Lister alla l'occuper, puis revint, après la mort de Syme, à Edimbourg, remplacer son maître dans sa chaire de clinique chirurgicale. Il s'était créé là une situation brillante, que ne vaut certainement pas celle qu'ont ui a donnée depuis lors à King's College de Londres.

Comment vous raconter les fêtes, les illuminations, les dîners, les discours, les séances solennelles qui ont occupé les hôtes d'Edimbourg pendant près d'une semaine? Mon ami m'accompagna partout, et bien il fit, car je lui avais donné, comme condition *sine qua non*, la recommandation suivante:

« Faites en sorte que je ne me trouve jamais à table à côté d'un Allemand. »

Et il fit si bien que j'eus toujours pour voisins de table des compatriotes ou des Anglais. Ce cher ami, il était bien *the best Scott!*

Vous ne me pardonneriez certainement pas, chers lecteurs, si je ne vous donnais pas le texte de l'adresse déposée en séance solennelle de l'Université, au nom de l'Institut de France, par MM. Pasteur, Caro, Perrot, d'Abbadie, de Lesseps, Gréard et Mézières, membres des différentes classes de l'Institut. Voici donc cette adresse:

« Messieurs,

« L'Institut de France s'honore d'être représenté par chacune de ses classes à ce solennel anniversaire.

©BIU Santé

Avec l'intelligence intacte, comprenant tout ce qu'on disait, il leur était impossible d'articuler une seule parole. Cet état dura trois semaines.

Weisse.— Garçon de 8 ans. Aphasie complète au début de la convalescence d'une fièvre typhoïde grave. Légère parésie des extrémités supérieures ; ne se fait comprendre que par un grognement. Le retour de la parole coïncida avec l'apparition d'une otite suppurée double après trois semaines de mutisme, et fut inaugurée par une loquacité délirante. Quelques jours après, disparition de la faiblesse des bras.

Trousseau (1). — Chez une malade de l'Hôtel-Dieu, il se développa, à la suite d'une dothiénentérie grave, une sorte d'aphasie dans laquelle, d'après l'auteur, la perte de la mémoire avait la plus grande part, et qui disparut complètement.

Friedrich (2). — Garçon de 9 ans. Fièvre typhoïde grave ; dans la deuxième semaine, contracture des fléchisseurs des extrémités et des muscles de la nuque. Aphasie complète dans la troisième semaine ; le petit malade, qui ne pouvait tirer la langue tout d'abord, et ne parlait que par signes, recouvre la parole peu à peu au bout de quatorze jours.

Friedrich. — Fillette de 11 ans. Aphasie dans le cours de la deuxième semaine, surdité un peu plus tard. Cependant la malade peut crier et ne s'en fait pas faute. Au bout de trois semaines, prononce des mots isolés ; après quelques jours, a recouvré tout le langage. Convalescence très lente, l'enfant étant extrêmement affaiblie.

Meyerstein (3). — Garçon de 8 ans. Aphasie complète avec surdité au cours de la maladie. Pendant la convalescence, l'ouïe revient en premier lieu, puis la parole peu à peu.

Smoler (4). — Petite fille de 6 ans, souvent souffrante ; tares nerveuses dans la famille ; fièvre typhoïde grave ; au déclin, se plaignit d'un violent mal de tête et se réveilla un matin ne possédant plus dans son vocabulaire,

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 1864, nos 4, 7, 10.
(2) *Jahrb. f. Kindk.*, 1865, p. 331, et *Clarus l. c.*, p. 374.
(3) *Clarus und Radius Beiträge, Schmidt's Jahrb.*, 1865.
(4) *Memorabilien*, 1865, n° 5. p. 99.

« Votre accueil, les hautes distinctions que vous nous offrez, c'est à notre pays que nous en reporterons l'hommage. Nous vous en remercions au nom de la France.

« Nous n'avions pas besoin de votre hospitalité d'aujourd'hui pour nous rappeler l'étroite et généreuse solidarité des sentiments qui, depuis des siècles, depuis Louis XI et Marie Stuart, unissent la France et l'Ecosse.

« La science a resserré ces premiers liens et les resserre chaque jour davantage. Adam Smith, Joffrey et Brougham dans les hautes spéculations morales et politiques, Reid et Dugald-Stewart dans la philosophie, Brewster dans la physique, ont exercé, en France comme en Ecosse, la sagacité de tous les penseurs. Et à ces noms glorieux comment ne pas ajouter ici celui de Walter Scott, l'enfant d'Edimbourg, qui a fait vivre dans l'âme de tant de générations de Français l'âme même de l'Ecosse?

« La grandeur d'une nation se mesure à la richesse et à la fécondité des idées qu'elle a jetées dans le monde. Un tel anniversaire excitera une noble émulation entre les peuples qui mettent leur orgueil et leur foi à bien mériter du genre humain par les efforts de la pensée.

« Nous saluons avec bonheur l'aurore de votre nouveau siècle universitaire. »

Ce soir-là, il y eut grande réception à l'Université. M'étant attardé dans une longue causerie avec mon ami et deux excellents garçons comme lui, nous ne pûmes arriver aux abords de l'Université que vers dix heures ; la foule était tellement compacte qu'il nous fut bientôt impossible d'avancer d'abord, puis de reculer. Je me trouvai dans un groupe formé de diverses personnes, entre autres du professeur Lister, de lady Lister, de MM. Ollier et Chauveau (de Lyon). Dans un mouvement de roulis de cette foule com-

pour toute demande et toute réponse que le mot *mutter* (mère). Un peu d'albumine dans l'urine. Dix-sept jours après, pendant une autre nuit, le langage revenait subitement avec quelques hésitations seulement pour certains mots, disparaissant elles-mêmes en deux ou trois jours.

Trousseau et *Boucher* (1). — Garçon de 13 ans. Fièvre typhoïde grave. Aphasie pendant la convalescence; il ne peut prononcer, et avec de grands efforts, que le mot *non*. Légère albuminurie. Au bout de quatre ou cinq jours, les mots revenaient peu à peu, mais se suivaient dans le discours avec une lenteur extraordinaire. Guérison complète.

Trousseau et *Boucher*. — Garçon de 3 ans. Albuminurie. Aphasie subite débutant avec la période de déclin. Convalescence très lente. Guérison complète.

Ross (2). — Petite fille de 11 ans. Fièvre typhoïde très grave (melœna). En parfaite connaissance, la langue mobile, reste pendant trois semaines sans prononcer une seule parole. Retour très lent. Guérison au bout de quatre mois.

Ross. — Jeune fille de 18 ans. Maladie très longue et accidentée. Pendant la convalescence survint inopinément de l'aphasie avec hémiplégie droite. Après quelques semaines, la parole revint peu à peu, la malade ne parlant d'abord que par monosyllabes. Au bout de dix mois, il ne reste qu'un peu de gêne dans les mouvements du bras droit.

Eulenburg (3) a observé deux fois, à la suite de la fièvre typhoïde, des troubles du langage avec hémiplégie droite ayant guéri sans laisser de traces.

Marotte et *Liouville* (4). — Homme de 25 ans, atteint d'hémiplégie, avec aphasie. Est resté un an sans parler; à ce jour, après un assez long traitement, il parle *nègre*, mange les syllabes et n'est qu'amélioré.

(1) *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, II, p. 658.
(2) *Dubl. med. J.*, 1869, v. 94, p. 470, *Loch of speech*, etc.
(3) *Lehrb. d. Nervenkr.*, 1871, p. 433.
(4) *Th. de Bailly*, Paris, 1872.

---

pacte, lady Lister faillit être entraînée; nos compatriotes, dont vous connaissez la haute taille et la force musculaire, étendirent le bras, et Mme Lister fut sauvée; MM. Ollier et Chauveau, M. Ollier surtout, lui avaient servi de *protective* : c'était bien le moins qu'ils pussent faire.

En souvenir du jubilé, un certain nombre de diplômes universitaires, *pro honoris causâ*, furent décernés aux plus éminents des savants étrangers à l'Ecosse. La cérémonie de la remise des diplômes eut lieu dans le hall de l'Union du Synode presbytérien, et fut splendide. Les délégués des Universités et des corps savants étaient au nombre de 123.

Le diplôme de docteur en théologie a été décerné à quatorze personnes, parmi lesquelles le docteur Dorner (de Berlin), l'évêque de Durham, le professeur W. Henry Green (de New-Jersey), M. de Pressensé et le professeur Reuss.

Cent douze personnes ont reçu le diplôme de docteur en droit. Parmi ces dernières, nous citerons : sir Archibald Alison, le docteur Billings (de Washington), le père de l'*Index medicus* et de l'*Index catalogue;* MM. Caro, Gréard, Mézières, Perrot, H. Gueneau de Mussy, Hermitte, le professeur Benjamin Ball, sir Andrew Clark, Clermont-Ganneau, le savant archiviste paléographe qui découvre si bien les fraudes dans les pseudo-manuscrits anciens; le comte de Glascow, sir William Gull, le professeur Helmholtz (de Berlin), sir William Jenner, sir Frédéric Leighton, Ferdinand de Lesseps, sir John Lubbock, le comte Nigra, lord Napier, le professeur Newton (d'Oxford), sir James Paget, Pasteur, le professeur Saxtorph (de Copenhague), les professeurs Ollier et Chauveau (de Lyon), Léopold de Ranke (de Berlin), le major-général sir Henry Rawlinson, l'abbé

©BIU Santé

Ebstein (1). — Homme de 44 ans; présente au début de la convalescence des troubles du langage avec de l'ataxie du mouvement dans les quatre membres. La parole est monotone, confuse, non scandée. La maladie a évolué ultérieurement en sclérose disséminée bulbo-médullaire, et plusieurs années après, le malade est mort d'asphyxie.

Anderson (2). — Garçon de 13 ans. Aphasie complète au quatorzième jour. A la fin de la quatrième semaine, paralysie du bras droit et hémifaciale droite disparaissant rapidement. Retour de la parole à la fin de la cinquième semaine, en débutant par des syllabes et des mots courts. Guérison lente.

Waring Curran (3). — Toute jeune fille perdant la parole au septième jour. Ne se fait comprendre que par signes. Les forces reviennent assez vite; non le langage, qui ne s'améliore qu'au bout de douze semaines.

Feith (4). — Garçon de 5 ans; à la fin de la troisième semaine, on s'aperçoit qu'il a perdu complètement la parole. Démarche ataxique. Trois semaines après, ne peut encore dire que *ia* (oui); deux mois après le début de la maladie, il recouvre intégralement la parole en une journée.

Handfield Jones (5). — Garçon de 14 ans. Aphasie au milieu de la troisième semaine d'un typhus abdominal grave, hyperthermique, laquelle dura trois semaines, le langage commençant à revenir dans la deuxième semaine de la convalescence.

Thomas Raven (6). — Garçon de 10 ans. Albuminurie. Aphasie précédée, au vingt-deuxième et vingt-quatrième jour, de deux attaques de collapsus profond. Dure une semaine. Commence à s'exprimer par monosyllabes.

(*La suite à demain.*) R. LONGUET.

(1) *Arch. f. klin. Med.*, IX, 1872.
(2) *The Lancet*, 1873. I, p. 724.
(3) *The Lancet*, 1873. II, p. 111.
(4) *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, 1873. II, et Clarus, *l. c.*
(5) *Med. Times and Gaz.*, 1873. II, p. 64.
(6) *The Lancet*, 1873. I, p. 625.

Renard, le comte Saffi (de Bologne), le professeur Seely, le juge Stephen et lord Tennyson.

Le soir, un grand banquet a été offert aux délégués dans le Drill Hall. Mille personnes y assistaient. Autour du chancelier, qui présidait, étaient placés l'ambassadeur Nigra, le représentant des Etats-Unis, deux Français, MM. Pasteur et Mézières; deux Allemands, MM. Elze et Virchow; enfin, le comte Saffi (de Bologne). Deux autres Français, MM. de Lesseps et Perrot, avaient également pris place à la table d'honneur.

Ce banquet fut un véritable travail d'Hercule : commencé à six heures et demie, il n'était pas terminé à minuit trente minutes. A dix heures, le président, non loin duquel cet intrigant de Thebest avait trouvé moyen de nous insinuer, reçut un petit papier qu'il lut et jeta sous la table. Comme bien vous pensez, je m'y glissai immédiatement, grâce à une manœuvre renouvelée du garçon d'honneur qui veut enlever la jarretière de la mariée, et je ramassai le billet, dont voici la traduction : « Les étrangers s'ennuient; si on les faisait fumer? » M. le président ayant répondu : « Yes, all right! » quelques minutes après des boîtes de fins havanes circulèrent, mille allumettes s'allumèrent, et mille colonnes de fumée s'élevèrent jusqu'au plafond. La table d'honneur étant sur un niveau beaucoup plus élevé que le reste de la salle, les invités de M. le président et M. le président lui-même se trouvèrent bientôt dans une fumée si épaisse que la situation devint intolérable. Mais j'étais là pour représenter l'*Union*, et je restai, voulant d'ailleurs entendre les toasts, qui durèrent plus de deux heures. Hélas! je n'ai guère entendu, et presque rien retenu; j'avais les yeux et les oreilles remplis de fumée. Je citerai seulement le discours de M. Pasteur, qui a duré six minutes; celui de M. de Lesseps, qui n'a duré qu'une minute et demie, et a été le plus applaudi; et enfin celui

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 5 avril 1884. — Présidence de M. Polaillon.

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

La correspondance imprimée comprend les journaux de la quinzaine : le *Progrès médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Compte rendu des Académies et Sociétés médicales*, le *Concours médical*, la *Revue médicale et scientifique d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes*, le *Journal de médecine de l'Ouest*, le *Journal des sages-femmes*, les *Annales des organes génito-urinaires*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, ainsi qu'une brochure de M. le docteur Monin : la *Propreté de l'individu et de la maison*.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, relative à la 22e réunion des Sociétés savantes, deux lettres de MM. les docteurs Pasquier et Pineau, présentant leurs remerciements pour leur élection à titre de membres correspondants.

La parole est donnée à M. Richelot à propos du procès-verbal : — J'ai eu l'occasion dans la dernière séance de dire que quelquefois la contracture de la tarsalgie survient non seulement dans le groupe antagoniste du muscle impotent, mais également dans ce muscle, et j'ai cité Duchenne (de Boulogne) comme ayant émis cette opinion. J'ai recherché depuis dans les œuvres de cet auteur, et je ferai remarquer que ce n'est pas dans la dernière édition de l'*Électrisation localisée* que l'on trouve cela, il faut se reporter au mémoire publié dans les *Archives* en 1872. (M. Richelot lit quelques passages empruntés à ce mémoire.)

Il me semble qu'il y a là de quoi répondre quelques mots d'opposition à la théorie de M. Thorens, du raccourcissement passif par adaptation. Pour admettre ce raccourcissement passif, il faudrait accepter la théorie fantastique de Rouget qui voit dans le raccourcissement du muscle un état de repos et dans son allongement l'effet de l'influx nerveux.

Au contraire, tout muscle qui se raccourcit est un muscle qui agit, cela ne peut être appelé un état passif. Quand on sectionne le nerf d'un muscle au repos il se relâche : le repos est donc lui-même un léger état de contraction ; le tonus musculaire est un état actif. Quand un groupe musculaire se paralyse, la seule tonicité des antagonistes suffit à tirer le point d'insertion de l'autre côté.

---

de M. le comte Saffi, qui a duré trois grands quarts d'heure, et dans lequel il n'a été question que de l'Italie, de la régénération de l'Italie, de la grandeur de l'Italie, etc. De la France, qui a, si je ne me trompe, contribué tant soit peu à cette régénération, et dont les représentants entouraient l'orateur, pas un mot! C'est encore un ingrat, ce monsieur!

Le placement de mille convives n'a pas été, vous pensez bien, sans causer de vives préoccupations à messieurs les organisateurs du banquet. Pour couper court à la question de préséance pour les académiciens, on décida de placer ces messieurs d'après l'ordre alphabétique de la ville où siégeait l'académie ; ceci donna lieu à un résultat assez bizarre : Paris venant, d'après la classification adoptée, après Clermont-Ferrand et Douai, il s'ensuivit que notre excellent confrère M. le docteur F..., membre de l'Académie des sciences, lettres et arts de Clermont, eut le pas sur les membres de l'Institut, et que M. Z..., professeur à la Faculté de Douai, put regarder du haut de sa grandeur M. le professeur Mézières, dont il était, il y a quelques mois à peine, l'élève. Qu'eût-on dit, mon Dieu, sous le règne de l'étiquette d'il y a un siècle? Heureusement que par notre temps de liberté, d'égalité et de fraternité, on n'y regarde pas de si près.

Mon voyage fut peu accidenté. En arrivant à Londres, les douaniers de Charing-Cross, rendus défiants par la récente catastrophe qui avait à moitié démoli la gare, visitèrent mes modestes bagages de fond en comble. Il en fut de même pour tous nos compagnons de voyage. Les cartons à chapeau, eux-mêmes, ne furent pas épargnés. L'un de nous, fortement éprouvé par le mal de mer qui avait complètement vidé son estomac, mourant de faim maintenant, avait hâte d'échapper à toutes ces investigations. Mais il avait une superbe boîte à chapeau, en cuir, fermant à clé ; plus il essayait de convaincre

©BIU Santé

Quant à la contracture, c'est une contraction permanente. On ne la comprend pas comme état passif.

Enfin, par action réflexe, sous l'influence des douleurs, il y a contraction non seulement des muscles prédominants, mais aussi du muscle affaibli. Ici encore il ne peut être question de passivité et d'adaptation.

M. Thorens : Je suis au fond d'accord avec M. Richelot, et lui abandonne volontiers le mot passif, que j'ai peut-être employé à tort. Je m'en suis servi pour distinguer la différence qu'il y a à mon avis, entre la contraction, état essentiellement actif, et la contracture, ou plutôt (car ce dernier terme est éminemment vague et devrait être réservé aux raccourcissements musculaires d'origine nerveuse) le raccourcissement par adaptation, lequel se produit par le fait de la tonicité musculaire, c'est-à-dire d'une propriété physique du muscle vivant et sain. Ce raccourcissement n'est jamais que consécutif à une paralysie des antagonistes.

M. Richelot : Cette controverse prouve que tout dépend de la valeur des mots ; dans la pensée de M. Thorens, état passif veut dire qu'il n'y a pas d'influx nerveux nouveau ajouté. Par contraction permanente, j'ai voulu dire prolongée par opposition à la contraction brusque et instantanée des mouvements volontaires.

M. Thorens : Ce raccourcissement par adaptation n'est pas la seule manifestation musculaire que l'on rencontre dans les difformités. Il faut tenir compte des contractions prolongées, par vigilance ou appréhension, contractions prolongées mais non permanentes. Et je suis tout disposé à attribuer un rôle à des maladies musculaires, à des myosites, mais dont l'étude clinique et anatomo-pathologique est encore à faire. Mais je crois que presque toujours, et surtout pour le pied, ces raccourcissements ne constituent pas l'élément primitif de la difformité.

M. Charpentier dépose sur le bureau une brochure dont il est l'auteur sous le titre : *Du rôle de la profession dans le développement de l'aliénation mentale.*

M. Dubuc lit une observation d'uréthrotomie interne pratiquée contre un rétrécissement très dur et très serré compliqué d'incontinence d'urine. (Sera publié.)

DISCUSSION

M. Richelot : Dans l'observation dont M. Dubuc vient de nous donner communication, il s'agit d'une opération bien indiquée, qui a bien marché et dont les suites ont été bénignes. Il n'y a donc que des éloges à adresser à l'auteur. Mais il ne me semble pas qu'on doive trouver extraordinaire, dans l'état de nos connaissances, la miction par regorgement et la polyurie sur lesquelles M. Dubuc a tant insisté ; ni qu'on puisse main-

---

le douanier de l'inutilité de l'ouvrir, plus le douanier insistait ; enfin il fallut chercher la clé ; impossible de la trouver, c'est toujours comme cela ! Le douanier, avec le calme imperturbable du soldat anglais, attendait, sans vouloir lâcher l'objet ; enfin la clé se retrouve, et la gaîté de notre compatriote reprenant le dessus « Take care, dynamite ! », dit-il en ouvrant avec précaution la boîte. Le douanier, sans reculer d'une semelle, mais au fond fort effrayé, souleva doucement le couvercle, ôta avec la même douceur le chapeau, divers objets qu'il contenait, examina scrupuleusement et lentement, jusqu'au dernier faux-col, et après avoir tout mis sens dessus dessous, s'en alla, toujours calme, laissant notre ami ranger ses petites affaires. Il en eut bien pour un quart d'heure, et il mourait plus que jamais de faim. Le douanier s'était vengé de la belle peur qu'il lui avait faite.

En revenant samedi dernier, je fis route de Douvres à Calais avec un aimable Danois, le professeur S..., de Copenhague. Il me racontait que depuis trois ans il apprenait la langue russe, qu'il la parlait même assez bien, mais qu'il était désolé de n'avoir trouvé à Edimbourg personne avec qui causer en russe. Tout à coup il aperçoit non loin de nous une figure blême, les yeux bleus, la barbe et les cheveux blonds, un peu en broussailles, et que les mouvements du bateau paraissaient fort incommoder : — « Ah ! cette fois, dit-il, voilà un Russe ! » Il se lève, se précipite vers lui, et comme nous venions de parler français, il dit à l'infortuné : « Monsieur, vous êtes Russe, et si le mal de mer vous le permet, vous me feriez bien plaisir de causer un peu avec moi. — Ah ! Monsieur, répond l'autre, j'ai bien le mal de mer, c'est vrai, mais je ne suis pas Russe, je suis Français. Je voudrais bien vous être agréable, mais pour le moment je ne pourrais pas plus causer en français qu'en russe. » Je le reconnus alors, c'était notre ami l'acadé-

tenant discuter sérieusement la valeur de l'uréthrotome de Maisonneuve, dont la supériorité est devenue incontestable. Sur un point, je poserai une question. Je demanderai à M. Dubuc : Avez-vous sans crainte, immédiatement après l'opération, fait la déplétion complète et n'avez-vous pas songé à effectuer la déplétion en deux fois, par exemple, pour éviter les accidents, qui suivent souvent, comme on le sait, l'évacuation totale d'une vessie énormément distendue? Peut-être auriez-vous pu ainsi éviter les quelques accidents qui sont survenus d'abord.

M. Reliquet : Depuis ma thèse (1865) sur l'uréthrotomie interne faite avec l'instrument de Maisonneuve, j'ai, dans mon *Traité des opérations des voies urinaires* (premier fascicule paru en 1869), discuté la valeur de chaque type d'uréthrotomie; maintenant, la conviction est générale, le seul uréthrotome est celui de Maisonneuve à lame dans la concavité. Je ne vois qu'un seul cas où il peut être utile de se servir de l'uréthrotome olivaire de Civiale, et encore, pour s'en servir dans ce cas, il faut avoir soin d'émousser le sommet de sa lame; c'est lorsqu'il y a persistance du bec fistuleux, après l'uréthrotomie ordinaire faite avec l'instrument de Maisonneuve. Caudemont a appelé bec fistuleux la saillie de la lèvre inférieure du rétrécissement de l'urèthre. Cette saillie peut persister après l'uréthrotomie interne faite en haut; pour la sectionner, ce à quoi j'ai été obligé une seule fois, je me suis servi de l'uréthrotome de Civiale à lame mousse au sommet.

M. Dubuc aurait pu peut-être éviter les accidents fébriles après son opération, s'il avait fait des injections antiseptiques. Aussitôt après l'opération par la sonde mise à demeure, je fais de suite plusieurs lavages de la vessie avec de l'eau boriquée concentrée ou de l'eau phéniquée au millième. Pendant tout le temps que la sonde est à demeure, je fais faire toutes les deux heures une injection d'eau boriquée dans la vessie. Enfin, avant de retirer la sonde, je lave la vessie avec de l'eau boriquée et de l'eau phéniquée, et je laisse la vessie pleine d'eau boriquée, que le malade urinera à son envie après. Cette eau boriquée, en passant par l'urèthre, le lave, il en reste dans les cavités ou dilatations, en arrière des points où étaient les rétrécissements; c'est toujours autant d'antisepsie obtenue.

M. Dubuc : Je répondrai à M. Richelot que si j'ai avancé que la perte involontaire de l'urine fournissait à l'observation sa caractéristique, c'est qu'elle était d'une importance tout à fait exceptionnelle, puisqu'elle se faisait d'une façon continue, aussi bien la nuit que le jour, et rendait les rapports sociaux à peu près impossibles au malade; portée à ce point, la perte involontaire est peu fréquente. Quoique distendue, la vessie ne contenait qu'un litre; c'est pour ce motif que j'ai cru devoir en effectuer d'emblée la déplétion complète; si, au contraire, j'avais été en présence d'une vessie contenant deux ou trois litres d'urine, je n'en aurais évacué le contenu que d'une manière successive; j'ajouterai que, si au lieu d'avoir affaire à un rétréci, je m'étais trouvé en face d'un vieillard atteint d'hypertrophie de la prostate, j'aurais procédé à une évacuation incomplète,

---

micien de Clermont-Ferrand. Sa grande préoccupation, malgré le mal de mer, était d'arriver à temps à Paris le soir pour assister au banquet de l'Internat; mais, hélas! comme si la Providence qui l'avait fait asseoir vers le haut de la table à Edimbourg eût épuisé pour lui la coupe de ses faveurs, nous eûmes deux heures de retard à Calais et nous n'arrivâmes à Paris qu'à neuf heures du soir. Ce fut partie remise à l'année prochaine.

Simplissime.

Solution contre l'hyperémie de la conjonctive. — Warlomont.

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 20 centigrammes.
Teinture d'iode.	4 grammes.

Faites dissoudre. — Dans le cas d'hyperémie irritative de la conjonctive avec photophobie chez les enfants surtout, l'auteur recommande de badigeonner le pourtour de l'orbite et des paupières avec la teinture d'iode morphinée. Le badigeonnage doit se faire matin et soir tant que l'épiderme le permet. Dès que ce dernier s'écaille, on le ramollit au moyen de cataplasmes de farine de riz. Souvent une seule application suffit pour faire cesser une photophobie ancienne et tenace. La teinture d'iode morphinée, en raison de la combinaison chimique qui s'accomplit entre l'iode et la morphine, est mieux tolérée que la teinture d'iode pure. En outre des badigeonnages, on prescrit les bains de sublimé. — N. G.

©BIU Santé

les accidents qui suivent la déplétion étant plus à redouter à un âge avancé. Quant à ce qui concerne les accidents fébriles, j'attribue le premier frisson, tout au moins, à l'absorption d'une certaine quantité d'urine par suite de l'obligation où je m'étais trouvé de faire porter mon opération sur un canal baigné par ce liquide.

Je répondrai à M. Reliquet : assurément l'instrument de Maisonneuve est adopté à juste titre par la très grande majorité des chirurgiens; mais il est pourtant des cas où l'uréthrotome à olive de Civiale trouve encore son emploi; je veux parler de ces rétrécissements très durs de la portion pénienne, généralement d'origine traumatique, pour lesquels l'instrument de Maisonneuve peut être insuffisant, surtout lorsqu'on a besoin de porter la dilatation très loin, par exemple si le malade est porteur d'un calcul et qu'on ait l'intention de l'en débarrasser par la lithotritie; dans ces cas, l'uréthrotome de Civiale trouve son emploi parce qu'il permet de faire une incision d'une profondeur déterminée.

M. Reliquet : Je crois devoir répondre encore à la question de M. Richelot. J'ai à ce sujet un travail qui est sous presse. Lorsqu'il s'agit d'une rétention ou d'une stagnation due à un rétrécissement de l'urèthre, le fait de vider la vessie plus ou moins vite est bien moins grave que lorsque la stagnation ou la rétention est due à une affection de la prostate.

Tous les jours, on fait des uréthrotomies internes de rétrécissement avec dilatation très grande de la vessie; celle-ci se vide aussitôt la sonde à demeure mise, et on ne voit que très rarement les accidents d'hémorrhagie et de cystite parenchymateuse. Pour moi, je n'ai jamais vu ces accidents, même dans les cas assez nombreux où j'ai fait l'uréthrotomie interne, la rétention étant complète. Dans ces derniers six mois, j'ai fait deux fois l'uréthrotomie interne; dans ces conditions, les rétrécissements très étroits n'avaient pu être franchis. Un de ces malades, âgé de 40 ans, venait de Bayonne; l'autre, âgé de 52 ans, venait d'Auvergne: chez les deux, la vessie était extrêmement dilatée; elle s'est vidée par la sonde à demeure, et il n'y a pas eu la moindre hémorrhagie ou la moindre cystite consécutive.

Chez les rétrécis de l'urèthre, le rapport entre la cavité vésicale et le col vésical n'est pas altéré. La ligne de contraction des parois vésicales tombe toujours dans le col; si la vessie ne se vide pas, c'est uniquement parce que la puissance contractile de ses fibres s'épuise avant qu'elle soit vide; alors les parois sont et restent flasques. Dès que le rétrécissement a disparu, l'obstacle contre lequel lutte et s'épuise la vessie n'existant plus, les fibres musculaires de cette poche reprennent peu à peu leur contractilité complète, et comme la ligne de contraction des parois vésicales tombe toujours dans le col, elle agit sur lui en le tenant ouvert tant qu'il y a de l'urine dans la vessie. Cette urine est chassée tout entière par l'urèthre, et la vessie se vide, mais cela ne se fait que peu à peu. Ainsi jamais, ou plutôt presque jamais, on n'est obligé d'agir sur les cavités vésicales après l'uréthrotomie interne pour obtenir que la vessie se vide. Et lorsqu'on vide la vessie avec une sonde, il n'y a jamais cette fausse envie d'uriner, cette douleur allant jusqu'à l'extrémité de la verge, lorsque la vessie est vidée par la sonde, comme cela est presque constant chez le sujet qui est atteint de stagnation ou de rétention dué à la prostate.

Dans ce dernier cas, le rapport entre la vessie et le col est troublé, le col est élevé, et la ligne de contraction de la paroi vésicale ne tombe plus constamment dans le col. Dès que les parois vésicales n'agissent plus sur le col, l'urine n'y passe plus, et la vessie, au lieu, dans ce cas, d'avoir ses parois flasques, continue à se contracter sur la masse de liquide; de là la douleur de la fin de la miction. Dans ce cas, si on vide la vessie, même en prenant la précaution de le faire lentement, lorsque celle-ci est vide, il y a une nouvelle envie d'uriner qui s'accentue vite, devient une douleur jusqu'à l'extrémité de la verge, envie et douleur qui persistent jusqu'à ce qu'il y ait un peu d'urine dans la vessie. Pour éviter cette fausse envie d'uriner avec douleur, je ne manque jamais d'injecter très lentement dans la vessie la quantité d'eau boriquée qui suffit pour faire cesser toutes ces sensations.

Ces faits nous montrent que l'état de la tunique musculaire de la vessie est toujours actif dans le cas de stagnation ou de rétention dû à la prostate, même lorsque l'on vide la vessie. C'est justement cette activité de la tunique musculaire qui est la cause des accidents: hémorrhagie et cystite parenchymateuse chez les prostatiques dont on vide trop vite la vessie, et surtout quand on laisse la vessie complètement vide.

Dans mon *Traité des opérations des voies urinaires*, page 152, je décris comment cette paroi musculaire est la cause de ces accidents.

Dans le cas de rétrécissement, la vessie reste inerte quand sa contraction ne chasse

plus l'urine dans l'urèthre, et, quand on la vide, sa paroi musculaire ne reprend que très lentement sa puissance contractile complète, conditions éminemment favorables pour éviter l'hémorrhagie et la cystite. Au contraire, dans le cas de prostate, la vessie persiste à se contracter sur la masse liquide, même après que l'urine n'entre plus dans le col; elle se contracte, même la vessie étant vidée par la sonde : de là le retrait rapide, presque instantané de la tunique musculaire, cause réelle de la congestion violente de la muqueuse et de la celluleuse, des hémorrhagies à la surface de la muqueuse dans son tissu sous forme de foyer apoplectique, et de la cystite parenchymateuse consécutive.

M. Dubuc : Je me bornerai à faire observer qu'avant la thèse de M. Reliquet sur l'uréthrotomie interne, l'utilité de la sonde à demeure avait été reconnue par M. Maisonneuve lui-même, qui tout d'abord s'était dispensé d'y avoir recours, par M. Sédillot, par M. Gosselin, qui avait déjà fait ses deux séries comparatives d'opérations, les unes sans, les autres avec la sonde à demeure, et avait ainsi démontré toute l'utilité de cette dernière.

Quant à l'inconvénient de vider immédiatement une vessie habituellement distendue, il a été signalé souvent et depuis bien longtemps; Mercier, Leroy d'Etiolles, Brodie cité par Thompson, Civiale y avaient insisté; ce dernier dit que l'indication de ce précepte existe dans Tollet, Collat et autres, et qu'on doit s'y conformer malgré l'opinion contraire de Desault; Mercier, dès 1844, avait parfaitement indiqué le mécanisme par lequel se fait dans ces cas l'exhalation sanguine à la surface de la muqueuse.

Enfin, je dirai pour terminer qu'à M. Guyon revient le mérite d'avoir mis en pleine lumière, dans son enseignement oral et dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, une très importante variété de rétention chronique partielle d'urine qu'on rencontre chez les vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate, qu'il a désignée sous le nom de *rétention chronique incomplète avec distension*, en même temps qu'il insistait sur le danger que fait courir aux malades atteints de cette forme une intervention qui ne serait pas conduite avec la plus extrême prudence.

M. Duroziez : M. Dubuc comptait-il entièrement sur le sulfate de quinine pour couper court aux accidents? Je ne sais pas s'il est absolument bon contre les accidents urineux.

M. Dubuc : Je crois qu'il atténue simplement ces accidents, mais que pourtant son emploi n'est pas à négliger, bien qu'on n'ait pas à compter sur une spécificité d'action aussi prononcée que dans les cas de fièvre d'origine paludéenne.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr Marchal.

VARIÉTÉS

LES DANGERS DU CHOLÉRA ET LA SUPPRESSION DES CONSEILS SANITAIRES ÉGYPTIENS.

Le Conseil sanitaire international d'Alexandrie est désormais un instrument docile aux intérêts commerciaux de la Grande-Bretagne. On n'a pas oublié que, l'année dernière, la pression exercée par les agents anglais sur cette assemblée eut pour effet de suspendre les garanties sanitaires et que, peu de semaines après, le choléra débarquait en Egypte, où il faisait 60,000 victimes.

L'épidémie venait des Indes, et, comme le rappelait dernièrement la *Gazette médicale d'Orient*, cet organe du Conseil sanitaire de l'empire ottoman, « l'expérience des années « passées nous a appris que les autorités sanitaires anglaises, par exemple à Aden, ne « mettent pas assez de conscience — pour ne pas désigner ce procédé par son véritable « terme — dans la rédaction de leurs déclarations sanitaires. » Cette appréciation sévère est juste cependant, et à l'heure où tombe la seule barrière qui arrêtait la marche du fléau indien aux portes de l'Europe, il est bon de signaler ces dangers imminents pour la santé publique des diverses parties de l'Europe continentale.

Un décret khédivial du 3 janvier dernier a réparti les services sanitaires entre le Conseil d'hygiène publique du Caire, ayant pour attribution les questions intérieures, et le Conseil sanitaire et maritime d'Alexandrie, s'occupant du service extérieur.

Le Conseil d'hygiène du Caire comprenait, en 1883, des médecins de valeur, parmi lesquels on peut citer MM. les docteurs Salem-pacha, président; Dawrogna-bey, protégé

©BIU Santé

français; Grant-bey, sujet anglais, et Gastinel-bey, de nationalité française. Par son caractère international, il avait une grande indépendance d'appréciation et, par la qualité de ses membres, une réelle compétence scientifique. Ce Conseil déclara, avec raison, — ce fut un délit aux yeux des administrateurs anglais de l'Egypte, — que le choléra de 1883 était d'origine indienne. Il en fut puni, et avec une brutalité anglo-saxonne, dissous par une dépêche du Foreign-Office du 12 décembre dernier. Ce grand crime était d'avoir affirmé une vérité contraire aux opinions des médecins officiels du gouvernement britannique. On joignit l'outrage à l'injustice en déclarant que cette dissolution était motivée par la mollesse du Conseil à faire son devoir pendant l'épidémie.

Après cet acte scandaleux, l'autorité anglaise vient de créer sous le nom de Direction sanitaire une administration dont le président est un médecin égyptien, Hussan-Pacha-Mammoud, bien connu pour sa docilité aux administrateurs britanniques et de lui adjoindre le docteur Sandwicht, médecin qui sera auprès de lui l'œil, l'oreille et le porte-voix de son pays. Vraiment il y a lieu de croire qu'à l'avenir les navires anglais ne subiront guère de quarantaines, eussent-ils leurs équipages décimés par la peste et des patentes douteuses.

Restait le Conseil sanitaire d'Alexandrie, dont les délégués n'offraient pas d'ailleurs, comme on l'a vu l'année dernière, de complètes garanties d'indépendance. Le gouvernement anglais en a cependant pris ombrage et on a mis à sa tête le docteur Miéville, qui, l'année dernière, fit ajourner les mesures sanitaires proposées contre les navires venant des ports infectés.

La majorité de ce Conseil est formée de onze délégués, et, à l'heure actuelle, composée soit de membres égyptiens soit d'étrangers, au service du gouvernement khédivial et conséquemment sous la dépendance immédiate des administrateurs anglais.

Ce Conseil vient d'ailleurs d'inaugurer ses travaux et de donner la mesure de son indépendance, en accordant, sur la demande du délégué anglais, M. Nackie, la levée des quarantaines sur les navires de Indes. Il ajoutait ces paroles menaçantes : « Si vous ne « le faites pas, prenez garde que l'on passe outre, et si on passe outre, je vous rendrai « responsable de ce qui pourrait survenir. »

Cette scandaleuse tentative d'intimidation a soulevé les protestations des délégués d'Allemagne, d'Autriche, de France, d'Italie et de Turquie ; néanmoins la proposition a été votée. Désormais, il n'existe donc plus dans le Conseil sanitaire d'Alexandrie que cinq délégués indépendants. Les autres voteront d'après les impératives instructions du vice-consul anglais qui en est le vice-président.

Un tel fantôme de Conseil ne présente donc plus de garanties ; c'est à peine s'il mérite encore le nom d'international. C'est aux Etats de l'Europe à promptement intervenir ou bien à se préparer à une prochaine invasion cholérique. En attendant, la diplomatie britannique a su encore une fois servir les intérêts commerciaux des marchands de la Cité, au grand danger de la santé du continent européen. L'égoïsme et les appétits britanniques sont encore une fois satisfaits. — C. L. D.

COURRIER

Erratum. — Par une erreur de mise en page, dans notre dernier compte rendu de l'Académie (jeudi 24 avril), la communication de M. Maurice Perrin sur l'alcool a été placée à la fin de la séance, et la réponse de M. Dujardin-Beaumetz au commencement. Il en résulte que les premières paroles de M. Dujardin-Beaumetz ne paraissent pas motivées; mais la rectification est facile à faire, et la plupart de nos lecteurs l'ont probablement déjà faite.

Concours du Bureau central en chirurgie. — Après les épreuves d'admissibilité, ont été admis à subir les épreuves définitives les huit candidats suivants, classés par ordre de mérite : MM. les docteurs Nélaton, Prengrueber, Campenon, Jalaguier, Bazy, Marchand, Ramonède et Picqué.

Dyspepsie-Anorexie.— Ces états pathologiques si fréquents sont rapidement modifiés par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez. — Exp. cliniques de MM. Archambault, Gubler, etc.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. R. Longuet : De l'aphasie transitoire de la fièvre typhoïde. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — V. Thérapeutique. — VI. Variétés. — VII. Courrier.

De l'aphasie transitoire de la fièvre typhoïde (1).

Eisenschitz (2). — Garçon de 4 ans. Pneumonie gauche au huitième jour ; perte de la parole à la suite d'une nuit de délire. Mort dans le collapsus le dix-huitième jour. Autopsie négative.

Clarus (3). — Fille de 10 ans. Pendant la convalescence, au cours de la sixième semaine, perte de connaissance durant deux jours, dont elle sort aphasique et hémiplégique à droite. Bruit de souffle à la mitrale ; la guérison n'est pas encore complète après six mois ; la parole est toujours hésitante.

Steinthal (4). — Fillette de 7 ans. Restée quatorze jours sans émettre une parole au cours d'une fièvre typhoïde grave, elle dut apprendre de nouveau à parler pendant la convalescence, en commençant par des syllables, exactement comme au premier âge, mais avec des résultats très rapides.

Steinthal. — Fille de 5 ans. Pendant la deuxième semaine, sorte d'état comateux, d'où elle sort muette. S'exprime par signes. La parole commence à revenir au bout de cinq semaines, et, peu à peu, intégralement.

Steinthal. — Fille de 12 ans. Phénomènes cérébraux graves, la mettant en danger au dixième jour. La parole cesse dès ce moment, revient au vingt-neuvième jour, intégralement le trentième.

Calmette (5). — Soldat (20 à 25 ans) ; est atteint, au cours d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique, d'hémiparésie et hémianesthésie droite avec troubles du langage. La langue peut être tirée au dehors et n'est pas déviée ; peut-être les muscles élévateurs de la base fonctionnent-ils mal ; la parole est balbutiée, traînante, comme celle d'un enfant ou d'un vieillard. Cinq mois après, les autres troubles sensitivo-moteurs ayant disparu, il reste, malgré une amélioration, « quelque chose d'insolite dans l'émission de la voix parlée ».

Rose Cormak (6). — Femme de 21 ans. Fièvre typhoïde adynamique grave. Pendant la troisième semaine, hémiplégie gauche de la face et des membres avec aphasie. Ne peut parler que par signes. Rechute. Thrombose des deux saphènes. Guérison suivie d'une disparition subite des paralysies.

Henoch (7). — A observé l'aphasie dans la fièvre typhoïde chez huit enfants ; complète dans six cas ; l'enfant ne s'exprimant que par signes ou sons inarticulés. Invasion non à l'acmé, mais pendant le stade amphibole

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 26 avril 1884.
(2) *Jahrb. f. Kinderheilk.*, v. II, 1869, et Clarus, *l. c.*
(3) *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1874, p. 373.
(4) R. Kühn a donné comme indication bibliographique : *Berl. klin. Woch.*, 1876, v. 13, p. 159.
Le Canstatt donne la même mention, et Hayem indique une autre page (p. 154). Il nous a été impossible de retrouver trace de ces observations, pas plus dans ce volume que dans aucun autre de la collection du *Berl. klin. Woch.*
(5) *Union médicale*, 1876, II, p. 117, et *Recueil de mém. de méd. et chir. milit.*, 1876.
(6) *Clinical studies*, etc., 1876, v. II, p. 333. *In* thèse de Landouzy.
(7) *Charité Annalen*, 1875, p. 540.

©BIU Santé

ou à l'entrée en convalescence. Durée: cinq semaines, douze jours, six jours, sept jours. Dans le dernier cas, il y avait aussi ptosis double et paralysie du moteur oculaire externe. Tous ces cas étaient graves. Un de ces enfants, de 6 ans, pris à la troisième semaine, est mort plus tard dans une récidive.

Bouchut (1). — Garçon de 10 ans. Dans la convalescence d'une fièvre typhoïde ayant duré quatre semaines, perte complète du langage avec dysphasie légère et passagère. Strabisme convergent. Troubles de la sensibilité cutanée. Le soir même, prononce lentement quelques mots; un plus grand nombre le lendemain, en scandant, prenant quelquefois un mot pour un autre. Dans la journée, deux sortes d'attaques avec perte absolue de la parole, mais la connaissance conservée. Guérison intégrale.

Manouvriez (2). — Fillette de 4 ans. Aphasie au quinzième jour, absolue pendant dix-sept jours. Alternatives en bien et en mal. Retour complet de la parole pendant la septième semaine de la maladie.

Geissler (3). — Deux garçons de 7 et 12 ans, aphasiques dans le cours d'une fièvre typhoïde grave. L'amélioration commence pendant la convalescence et est complète.

Richard Kühn (4). — Garçon de 14 ans. Aphasie complète à la fin de la première semaine, avec état cérébral grave durant quatre semaines. Revenu à lui, ne peut lire ni écrire, s'exprimer autrement que par signes. Mouvements incoordonnés des membres. Après sept semaines, retour subit de la parole, avec quelques légères incorrections de la lecture et de l'écriture. Guérison.

Sorel (5). — Soldat de 24 ans. Perte de la parole au neuvième jour d'une fièvre typhoïde bénigne, avec hémiplégie et hémianesthésie droites, sans ictus; huit jours après, quelques paroles peuvent être prononcées; amélioration progressive; néanmoins, il reste encore deux mois après un léger degré d'aphasie et de parésie.

Vulpian (6). — Jeune homme de 17 ans. A été frappé pendant son sommeil, en convalescence d'une fièvre typhoïde, d'hémiplégie droite avec aphasie. Quatre mois après, ne peut guère dire que oui, non, son nom, avec quelques jurons. Facultés intellectuelles affaiblies. Rit, pleure sans motif suffisant. Atrophie des muscles paralysés. Un peu d'amélioration, de ce côté seulement, par la faradisation.

III

Il est bien remarquable que la grande majorité de ces observations se rapporte à la deuxième enfance, à l'âge de 10 ans en moyenne, un très petit nombre seulement à l'adolescence, aucune à l'âge mur. Le seul cas d'Ebstein, que nous avons dû citer pour être complet, ne peut, en effet, être présenté comme une exception à cette règle, cette complication insolite de sclérose en plaques le classant absolument à part.

Or, la période de la vie qui présente le maximum d'opportunité morbide pour la fièvre typhoïde étant de 15 à 30 ans (Griesinger), il est incontestable que la grande fréquence des cas observés dans l'enfance indique une prédisposition réelle de l'âge.

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 1877, p. 234.
(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1877, p. 250.
(3) *Schmidt's Jahrb.*, 1878, v. 177, p. 78.
(4) *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1883; 34e v., 1er f., p. 36.
(5) *Union médicale*, 1883, II, p. 581.
(6) *Revue de médecine*, 1884, n° 2; 10 février.

Signalant déjà ce fait, Landouzy exprimait cette vue que l'aphasie pouvait être considérée, chez les enfants, comme la *note cérébrale* des accidents paralytiques typhoïdes. D'une façon plus générale, on peut dire que l'aphasie se montre, en maintes occasions, la *note réflexe* de l'enfance. Sauvages avait déjà fait une place, dans sa *Nosologie méthodique*, à la *mutitas verminosa* que lui avait suggérée l'exemple d'un enfant chez lequel l'expulsion de 36 lombrics, à la suite de l'administration d'anthelmintiques, avait fait immédiatement cesser un mutisme absolu; il n'était resté, ajoute le sagace observateur, que quelques difficultés pour prononcer la lettre B. Hoffmann a observé plusieurs faits semblables, et, dans un cas, l'usage de la parole n'était revenu que plusieurs semaines après l'expulsion des vers (1). Lichtenstein a rappelé un certain nombre d'exemples identiques dans le *Memorabilien* (1858-1860), et Henoch et Sigmund mentionnaient récemment à la Société de médecine de Berlin chacun un exemple d'aphasie consécutive aux troubles gastriques et à l'indigestion chez les enfants (2).

On comprend que, le mécanisme complexe nécessaire à l'exercice de la parole étant une des habitudes physiologiques les plus lentes et les plus tardives à acquérir dans l'éducation, l'active évolution de cet appareil dans le jeune âge autant que sa délicatesse le désignent tout spécialement à donner le premier signal de la détresse nerveuse dans les circonstances critiques que traverse l'économie.

Les deux sexes sont inégalement atteints. On compte une fille contre deux garçons.

Relativement à l'époque de la maladie à laquelle se déclarent les troubles du langage, on constate que l'aphasie est un symptôme plus précoce que les phénomènes parétiques signalés depuis si longtemps. Dans 3 cas, nous la voyons se manifester à la fin de la première semaine; mais, en général, on la constate aussi fréquemment pendant la période d'état qu'au déclin et pendant la convalescence.

Le plus souvent, l'aphasie reste isolée; mais on l'a aussi rencontrée associée à de la parésie, contracture ou ataxie des extrémités, à la monoplégie brachiale et faciale, à des troubles moteurs du côté de l'œil, à l'hémiplégie avec hémianesthésie, mais le plus souvent (un huitième des cas environ) à l'hémiplégie simple.

Un cas de Friedrich et un autre de Meyerstein sont signalés comme s'accompagnant de surdité. Il est possible qu'il s'agisse, plutôt que d'une surdité véritable, de ce trouble bien connu aujourd'hui sous le nom de *surdité verbale*, qui accompagne le plus souvent d'autres formes de dysphasie, confusion qui, dans l'espèce, comme le fait remarquer Küssmaul, a pu être fréquemment faite. Le petit malade perçoit le son de la voix en tant que bruit, mais il a perdu la notion de la valeur des signes vocaux comme représentatifs d'idées; le défaut d'écho du langage est, à tort, interprété à surdité.

Mais, relativement aux formes particulières revêtues par les troubles dysphasiques, nous devons constater que les détails donnés par les observations, même les plus récentes, ne fournissent pas d'éléments de détermination suffisants. Il est d'ailleurs difficile d'obtenir des petits malades une analyse subjective suffisamment approfondie. C'est l'*aphasie ataxique* (classification de Küssmaul) qui paraît dominer. L'intelligence est intacte, les mouvements de la langue conservés de même que la mémoire des mots; mais ceux-ci, compris dans la bouche des autres, ne peuvent être articulés. On a noté également l'*agraphie* et l'*alexie*. Ce sont les centres d'expression, en somme, qui sont plus ou moins atteints; il y a *asémie expressive*, mais non *perceptive*.

(1) Voir Bateman, trad. Villard, 1870, *De l'aphasie*, etc.
(2) *Berl. klin. Woch.*, 1883, p. 334 et 335.

©BIU Santé

L'*aphasie amnésique* serait, en effet, beaucoup plus rare. Küssmaul a mentionné l'*achoppement syllabique* chez un typhique alcoolique; 2 observations font soupçonner la *glossoplégie*.

Plusieurs fois l'albuminurie a été signalée.

En général, il s'agit de fièvres typhoïdes graves, de formes ataxo-adynamiques témoignant de l'atteinte grave portée au système nerveux. Cependant la guérison de la maladie primitive est la règle. Un enfant est mort dans une rechute; un autre avait contracté une pneumonie. Nous ne perdons pas de vue que nos malades appartiennent à l'âge où la fièvre typhoïde comporte le pronostic le plus bénin; nous constatons cependant que la mortalité chez nos petits aphasiques, et bien qu'il s'agisse surtout de formes graves, est de deux à trois fois inférieure à celle qui a été assignée à cet âge par Friedrich et Friedleben (11 p. 100) ou même Loschner (8 p. 100) (Griesinger). L'aphasie serait donc un symptôme d'une signification favorable.

Sa durée moyenne est de trois semaines. Quelques observations signalent le retour immédiat de la parole, comme si un obstacle matériel avait été soudainement levé. Steinthal a vu, comme dans le cas de Smoler, les accidents dysphasiques disparaître à la suite d'une bonne nuit (1). Cependant ce peut être une question de mois, et chez l'adulte d'années. Le fait de Baudelocque, dans lequel nous voyons l'aphasie persister quatre ans, puis céder, est extrêmement remarquable et montre que, même au cas où la lenteur de l'amélioration paraît impliquer un désordre irrémédiable, on est toujours en droit d'espérer du temps et d'un exercice méthodique le retour intégral de la fonction. On constate, dans tous les cas, d'après les observations ci-dessus, qu'il n'existe aucun exemple d'aphasie typhoïde du jeune âge qui n'ait complètement guéri sans laisser de traces; le autres phénomènes nerveux du cortège de l'aphasie dans l'enfance ne présentent pas un pronostic moins favorable.

Il y a peut-être quelques réserves à faire au sujet de l'aphasie de l'adulte accompagnée d'hémiplégie. Ce sont ces cas dans lesquels nous voyons la guérison se faire le plus longtemps attendre. Cependant la vraisemblance de l'identité du mécanisme pathogénique, chez l'un et chez l'autre, ne permet guère de disjoindre les pronostics. Quelle est donc cette lésion?

Le retour intégral, et souvent rapide de la fonction, exclut toute idée d'une lésion de foyer, de processus de destruction Il peut s'agir d'un phénomène purement réflexe. Quelques auteurs ont émis l'opinion que l'aphasie typhoïde précoce était de nature toxhémique. Mais il s'agit surtout, à côté d'altérations nutritives qui, bien que discutées dans leur essence, ne doivent pas plus épargner le tissu cérébral que le parenchyme hépatique et la fibre musculaire, de troubles circulatoires localisés. L'œdème aigu de Bühl et Hoffmann, l'engouement lymphatique périvasculaire de Popoff, la congestion hyperémique, peuvent jouer leur rôle dans le mécanisme; la susceptibilité particulière de la région de la troisième circonvolution frontale gauche est une conséquence de sa prédominance d'activité fonctionnelle et des exigences de sa nutrition. Calmette n'a pas soupçonné autre chose que de la congestion simple comme origine des graves accidents d'aphasie, d'hémianesthésie et d'hémiparésie qu'il a observés chez l'adulte, tandis que Sorel admet un embole, et Vulpian une thrombose par endartérite, d'une branche de la sylvienne gauche.

R. LONGUET.

(1) *Berl. klin. Woch.*, 1873, p. 1380.

BIBLIOTHÈQUE

ETUDES CLINIQUES DE NEUROPATHOLOGIE (*Estudios clinicos de neuropathologia*), par le docteur José ARMANGUÉ Y GUSET. — 1884, Barcelone.

Les études de clinique de notre distingué confrère transpyrénéen ont déjà vu le jour de la publicité dans des feuilles médicales périodiques. En les réunissant sous forme de volume, l'auteur a voulu compléter son œuvre, qui était d'associer la théorie avec la pratique et l'observation clinique avec l'érudition bibliographique.

Cette œuvre n'était pas aisée; mais M. José Armangué y Guset a su l'accomplir avec succès. Son petit livre sera donc consulté avec profit parce qu'il a été écrit par un observateur de bonne foi et inspiré par un esprit réellement impartial.

Parmi les principaux chapitres, je citerai les commentaires d'une observation de *Méningite probablement granuleuse, suivie d'aphasie et guérie par l'iodure de potassium*; observation qui a d'ailleurs été insérée naguère dans la *Gazette hebdomadaire de Montpellier*.

D'autre part, voici encore des mémoires qui présentent un réel intérêt d'actualité : l'*Epilepsie pseudo-gastrique*, maladie fréquente et trop peu connue; l'*Urticaire chronique* et son *traitement par la morphine*; la *Paralysie par compression* et surtout la *Migraine ophthalmique*. Ce dernier chapitre présente un intérêt d'actualité. Outre neuf observations personnelles, l'auteur y donne un résumé bibliographique complet de la question. Cette étude est donc à la fois clinique et critique.

D'ailleurs, un motif pour ne pas ménager les éloges à ce livre, c'est que contrairement à la plupart des écrivains étrangers, l'auteur rend bonne justice aux nombreux travaux de nos compatriotes. Il montre par là qu'il est de ceux pour lesquels la médecine française est toujours dignement représentée; aussi, quelque méritantes que soient les qualités qui font honneur à son érudition, celle-là témoigne d'une sage équité et d'une bonne foi à laquelle trop d'écrivains étrangers ne se croient guère tenus à notre égard. Aussi tenons-nous à rendre hommage à M. José Armangué y Guset et à faire des vœux pour le succès de son œuvre en France comme en Espagne. — Ch. ELOY.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude de la paraldéhyde, par le docteur RIGGI. — Dans ce mémoire, l'auteur analyse vingt-huit cas dans lesquels il a fait usage de la paraldéhyde. Comme hypnotique, cet agent a donné des résultats efficaces et les insuccès, accidentellement constatés, résultent de l'emploi de doses trop faibles. De plus, malgré son usage continu pendant deux mois et plus, les malades n'éprouvent pas de malaises.

L'auteur en a obtenu de bons résultats contre la congestion cérébrale, le délire des cardiopathies et dans des cas où le chloral et l'hyosciamine échouaient. Chez des malades atteints de douleurs violentes, de tumeurs cérébrales, le soulagement obtenu était plus grand qu'avec le chloral. Dans l'épilepsie la paraldéhyde fut même plus efficace que le bromure de potassium. Dans l'aliénation mentale avec excitation ces bons résultats furent rapidement obtenus; mais elle fut moins manifeste pendant les périodes de calme des mélancoliques.

Après l'administration de cet agent, la température s'abaisse, le pouls se ralentit, l'haleine reste odorante pendant plusieurs heures et l'élimination s'achève seulement en vingt-quatre heures. Sous l'influence du repos ainsi obtenu, les malades augmenteraient de poids et, de plus, on ne serait pas obligé d'en suspendre l'usage, comme pour la morphine, à cause des vomissements ou d'autres inconvénients.

M. Riggi la recommande donc dans le traitement de l'aliénation mentale et, surtout, contre l'excitation maniaque à titre d'hypnotique et même d'anesthésique. La dose quotidienne peut atteindre trois à cinq grammes, mais au delà elle peut causer des accidents. Elle paraît donc être un bon médicament dans le traitement de plusieurs psychopathies (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, déc. 1883 et janv. 1884)

Il faut noter qu'avant M. Riggi ces résultats ont été signalés par d'autres auteurs d'Allemagne et d'Italie et contrôlés en France. — C. L. D.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 avril 1884. — Présidence de M. Rolland.

Bien que M. le Président ne croie pas devoir se conformer aux traditions de rigoureuse exactitude de ses prédécesseurs et que la séance soit rarement ouverte à trois heures précises, je ne conseille à persomne de se mettre en retard. Cela m'est arrivé lundi dernier, et mal m'en a pris. J'avais rencontré, dans la cour de l'Institut, un excellent homme, membre depuis bien des années de la Commission des logements insalubres, et chargé de la surveillance des immeubles de mon arrondissement. Il me racontait toutes les difficultés que soulèvent les propriétaires devant les remontrances de la Commission, et, chose plus inattendue, toutes les négligences et tout le mauvais vouloir qui, de la part des locataires, entravent l'œuvre de la Commission. Notez que tous les efforts de ladite Commission ont pour but l'amélioration du sort de ces locataires récalcitrants.

Je m'étais attardé à écouter les doléances de ce brave hygiéniste empêché, et quand j'entrai dans la salle de l'Académie, la séance était commencée depuis plus d'un quart d'heure, — le temps de lire le procès-verbal et de dépouiller la correspondance. L'assemblée était nombreuse. Je fus frappé des mauvaises conditions de l'atmosphère de la salle. L'air, confiné, était chaud, et, j'en demande pardon à l'illustre Compagnie, l'odeur était des plus désagréables, c'était une véritable atmosphère de chambrée. N'est-il pas absolumen invraisemblable qu'il en puisse être ainsi à l'Académie des sciences? Et n'y a-t-il pas, dans ce fait, de quoi consoler les membres des Commissions des logements insalubres, de la vanité de leur labeur, et, en même temps, de quoi décourager les hygiénistes?

Il va sans dire que lorsqu'on assiste au début de la séance, on ne s'aperçoit pas de la viciation graduelle de l'air ambiant, et qu'on se laisse tout doucement empester sans en avoir conscience.

M. Alph. Milne-Edwards fait passer sous les yeux de l'Académie une fort belle photographie représentant un jeune gorille, actuellement vivant à la Ménagerie.

C'est le premier spécimen de cette espèce qui soit venu vivant en Europe. Ceux qu'on a cru voir antérieurement n'étaient que des chimpanzés, ainsi que cela a été constaté plus tard.

Contrairement à l'opinion générale, M. Alph. Milne-Edwards pense que le gorille est le moins intelligent des singes anthropomorphes, groupe qui comprend les chimpanzés, les orangs-outangs, les gibbons et les gorilles. Celui qu'on possède au Muséum sera étudié avec soin et fera l'objet de communications ultérieures.

M. Faye expose, au tableau, le résultat des dernières observations auxquelles a donné lieu l'anneau de Saturne, et il énumère les motifs qui font présumer que cet anneau se rapproche insensiblement de la planète, avec laquelle il finira par se confondre.

M. Daubrée rend compte d'un concours qui vient d'être ouvert en Laponie entre des patineurs munis de patins à neige. Les concurrents ont parcouru une distance de 220 kilomètres, aller et retour, en 22 heures, faisant ainsi 10 kilomètres à l'heure sans trop de fatigue. La plupart avaient parcouru la veille environ 60 kilomètres pour se rendre au lieu du concours. M. Daubrée pense que ces résultats pourront intéresser M. Marey qui étudie, en ce moment, les divers moyens de locomotion humaine.

M. L.

Compte rendu des travaux de la Société de médecine, en 1884.

Par le docteur Thorens.

Le règlement impose à votre secrétaire général l'obligation de vous rendre compte à la première séance de janvier des travaux de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler. C'est cette tâche dont je m'acquitte aujourd'hui, et sans plus de préambule je vous demande de passer avec moi à l'examen sommaire des diverses questions qui ont été portées à votre tribune.

M. Durand-Fardel, avec l'autorité de sa grande expérience, nous a lu des considérations sur la théorie de la goutte traçant en grands traits nets et concis la pathogénie de la constitution et de la diathèse goutteuse, montrant que la recherche exclusive de la matière morbide, microbes ou produits chimiques pour licite et utile qu'elle est, ne doit pas se substituer entièrement aux indications fournies par la clinique.

Nous sommes redevables à M. Abadie d'une communication très importante. Je veux parler de son mémoire sur la scrofule et la syphilis héréditaires qui a été lu à notre tribune le 9 juin, et qui malheureusement, par le fait du retard de nos publications n'a pu être publié que quatre mois plus tard. Il nous a montré que nombre de manifestations graves, considérées jusqu'ici comme scrofuleuses, ne sont autre chose que des accidents de la syphilis héréditaire tardive et les observations qu'il nous a présentées ne permettent pas le moindre doute.

Cette étude est des plus intéressantes au point de vue de la pathologie de la syphilis, de la durée de son action. Elle a permis en outre à notre collègue de formuler des règles cliniques que l'on est autorisé actuellement à généraliser et à ne plus restreindre, comme il l'a fait, au champ des affections oculaires. Quand une affection, regardée jusqu'ici comme scrofuleuse, prend un certain caractère de gravité et de ténacité, il y a toujours avantage à recourir aux antiscrofuleux, à l'iodure de potassium à dose très élevée ; si l'on n'obtient pas de résultat, on y ajoutera les mercuriaux, liqueur de van Swieten associée à l'iodure de potassium, ou injections de peptonate de mercure. Mais il faut tenir grand compte du facteur temps, car des accidents dus à la syphilis ancienne peuvent persister plusieurs années sans se laisser modifier par les traitements les plus variés et puis disparaître presque spontanément. D'autres fois, l'amélioration se produit immédiate au moment même où l'on suspend brusquement le traitement.

M. le docteur Pineau, du Château-d'Oléron, nous a adressé deux observations très intéressantes.

Dans l'une, il s'agit d'une gangrène sèche du petit doigt survenue à la suite d'un très léger traumatisme, insignifiant en apparence chez un malade indemne de toute cause ordinaire de gangrène, accusant un seul antécédent, une fièvre automnale un an auparavant, pour laquelle on lui aurait donné de la quinine : notre confrère discute avec sagacité la question étiologique et présente ce cas comme un exemple de l'influence paludique.

Le sujet de la seconde observation est un enfant atteint d'une malformation particulière des doigts des mains et des pieds : sillons circulaires, phalanges amputées, atrophiées ou soudées, renflements massiformes, phalanges réduites à l'état de noyaux osseux, cicatrices non adhérentes aux os, absence de réaction générale ou locale. Pour M. Pineau, il s'agit là d'un cas de cette maladie qui n'est bien décrite que depuis peu de temps, d'un cas d'ainhüm et il ne peut être attribué qu'à l'influence du milieu endémiquement impaludé où vivent les parents de l'enfant.

Cette observation n'a pas passé inaperçue, même hors de notre enceinte ; elle a été discutée dans la presse médicale, où la question de l'ainhüm était débattue depuis quelque temps ; l'interprétation de M. Pineau a été combattue, et il lui a été reproché de confondre avec l'ainhüm, maladie acquise et propre aux noirs, des amputations congénitales et des vices de conformation tenant à toute autre cause ; mais cette discussion courtoise n'a fait que ressortir l'importance de la communication qui avait été portée devant vous.

Vous l'aviez compris, en adressant vos remerciements à l'auteur et en décidant de publier ses observations ; il est à désirer que cet exemple rencontre de nombreux imitateurs, et que nos correspondants, auxquels nous sommes tout prêts à ouvrir largement la publicité de nos séances et de nos bulletins, veuillent bien le mettre à profit.

Sous le nom de pachydermie symétrique des membres inférieurs, M. Charpentier nous a présenté une femme atteinte de malformations, amputations congénitales multiples des doigts et syndactylie, chez laquelle, depuis dix ans, s'est développé insidieusement, lentement, un gonflement énorme, éléphantiasique, qui envahit successivement les jambes, les cuisses, les fesses, la paroi abdominale et la région lombaire. M. Charpentier vous a exposé longuement l'histoire clinique de sa malade et les raisons qui ne lui permettent pas de la faire rentrer exactement dans les cadres de l'éléphantiasis, du myxœdème ou de la sclérodermie œdémateuse.

Le purpura hemorrhagica vrai, apyrétique, la maladie de Werlhof est une affection trop rare et trop peu connue pour qu'il ne soit pas utile d'en publier toutes les observations. C'est à ce titre que vous avez écouté avec intérêt la communication intéressante de M. Rougon sur un cas de purpura hemorrhagica suivi de mort, après trente-sept

©BIU Santé

jours de maladie, survenu chez un glycosurique ancien, mais non cachectique, et peut-être sous l'influence de causes morales déprimantes.

M. le docteur Loison (de Brunoy) nous a lu, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, une observation de chylurie, intéressante par les détails chimiques qui y sont joints. C'est l'histoire d'une cardiaque dont l'urine, d'apparence laiteuse, renferme une matière albuminoïde, une caséine et une matière grasse, neutre, assez voisine du beurre.

Les injections hypodermiques sont entrées dans la pratique courante et sont abandonnées même souvent à des personnes étrangères à la pratique médicale. Il n'en est que plus important d'être prévenu de la possibilité d'accidents que peut entraîner une faute dans le manuel opératoire. C'est à ce titre qu'est intéressante une observation de M. Charpentier; il s'agit d'un malade atteint de variole simple et soumis au traitement par l'opium et les injections sous-cutanées d'éther; à la suite de l'une d'elles, faite à la partie moyenne et supérieure de la face postérieure de la fesse, il est pris de douleurs violentes dans tout le membre, suivies de paralysie persistante des muscles de la jambe et du pied, et d'anesthésie cutanée: il s'agit bien, évidemment, d'une blessure du nerf sciatique par suite d'une injection faite dans son épaisseur.

M. Charpentier nous a lu une observation d'ataxie locomotrice de cause peu fréquente. Il s'agit d'un plongeur qui était descendu à une profondeur de 27 mètres, quand son scaphandre se déchira. On le remonte sans connaissance, la tête gonflée, noire, ecchymosée; il délire pendant trois semaines et on est obligé de le sonder tous les jours; il reste paraplégique pendant près de deux mois : troubles de sensibilité, troubles oculaires, douleurs en ceinture, rachialgie, douleurs fulgurantes, crises viscérales; mais des phénomènes ataxiques surviennent qui depuis l'âge de 18 ans ont été s'aggravant et constituent une ataxie locomotrice confirmée. M. Charpentier, après avoir discuté son diagnostic, a cherché à établir le mode de production des accidents primitifs, et il croit pouvoir le trouver dans le dégagement de bulles d'azote décomprimé faisant irruption dans les vaisseaux et de là dans le tissu médullaire, ceci joint à un certain degré d'asphyxie par submersion.

La communication de M. Charpentier a donné lieu à une discussion sérieuse. MM. Onimus et de Ranse n'ont voulu voir dans le récit de ce fait non une ataxie, mais une myélite diffuse.

Au cours de cette discussion, M. Reliquet a rapporté des faits intéressants portés à sa connaissance : c'est la fréquence des troubles de miction chez les plongeurs, qui ne peuvent uriner après leur séjour sous l'eau et se sondent avant de descendre dans leur scaphandre ; c'est la fréquence de l'ataxie, ou tout au moins de la démarche ataxique et des paralysies des membres inférieurs chez les scaphandriers.

M. Dubrisay nous a présenté, sous le titre de quelques troubles du système nerveux chez les enfants, deux observations fort intéressantes.

Dans l'une, c'est une jeune fille de 11 ans, atteinte de ténia; après l'expulsion du parasite, elle est prise de crises subites de douleur très vive, siégeant au niveau de la pointe du sternum, affectant plus tard le caractère d'une névralgie intercostale, et qui finit par céder à la quinine et au bromure de potassium.

Dans la seconde, il s'agit d'un jeune garçon de 16 ans qui est pris brusquement d'un délire loquace, complètement apyrétique, avec hyperesthésie visuelle et cutanée, qui dure trois jours et disparaît sans laisser de traces.

Vous avez eu à discuter le diagnostic de ce cas singulier et à examiner les hypothèses successivement émises de simulation d'épilepsie, de céphalée des adolescents, de troubles cérébraux précurseurs de l'aliénation.

Le traitement de l'hystérie a été le sujet d'un mémoire de M. Baraduc, qui, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, nous a parlé des zones hystérogènes de la colonne, de leur analogie avec l'ovarie, et de l'importance qu'il y a à les dissiper de haut en bas, en même temps que l'on traite l'ovarie et qu'on soumet la malade au traitement général par les grands modificateurs cutanés.

A ne consulter que les quelques auteurs qui ont effleuré la question, le pronostic de la pleurésie survenue dans l'état puerpéral serait grave, et le danger de voir l'épanchement devenir purulent, imminent. Cette opinion semble plutôt être inspirée par des vues théoriques que par des faits, et c'est ce qui donne un intérêt à l'observation que nous a lue M. Graux. Une pleurésie à grand épanchement survient chez une femme en couches; elle nécessite 15 ponctions en deux mois, la première au cinquième jour après l'accouchement, et cela sans que le liquide devienne purulent, il faut noter que les ponctions ont toujours été faites avec toutes les précautions antiseptiques voulues. La lecture de cette observation montre de plus l'avantage que notre collègue a retiré des

©B... Santé

ponctions répétées dès que le liquide arrivait à l'angle de l'omoplate; les premières ponctions, faites seulement en cas d'urgence absolue, étaient séparées par des périodes de dix jours, sur lesquels la malade souffrait pendant six; dès que les ponctions furent répétées plus souvent, ces jours de souffrance disparurent et en même temps l'amélioration se produisit.

Nous avons dû à notre infatigable collègue, M. Duroziez, de nombreuses communications sur les affections du cœur: du rétrécissement mitral et de l'insuffisance aortique combinés sans autre lésion valvulaire, du rétrécissement très étroit de la tricuspide, du souffle sibilant au deuxième temps de l'insuffisance aortique, diagnostic des bruits organiques et inorganiques du cœur. Il est bien difficile, dans le cadre forcément restreint de ce compte rendu, d'entrer dans l'analyse détaillée de ces mémoires et des points de diagnostic délicat qu'ils soulèvent.

Le nom seul de leur auteur, en qui nous avons été heureux de saluer récemment un lauréat de l'Académie de médecine, suffit pour attirer sur eux l'attention de tous les cliniciens.

Messieurs, j'avais à parcourir, ces derniers temps, toute la série de nos bulletins; dans chacun, nous trouvons les divers problèmes de la pathologie cardiaque soulevés et examinés par M. Duroziez; à un moment où la médecine se laisse peut-être trop facilement envahir par des conjectures hypothétiques et des généralisations hâtives, c'est un rappel à la sage, minutieuse et patiente observation clinique, à cette méthode éminemment française de précision et de clarté. Malheureusement, ces chapitres sont encore épars, mais nous espérons voir le moment où ils sortiront de nos bulletins pour constituer un traité magistral du diagnostic des maladies du cœur.

M. Charpentier a soumis à votre examen une femme atteinte d'ectopie cardiaque thoracique, cœur transporté à droite, sans inversion générale des viscères, et vous vous rappelez la discussion à laquelle a donné lieu l'interprétation des phénomènes constatés chez la malade atteinte de tuberculose pulmonaire, surtout à droite, et où les bruits du cœur s'entendaient mieux à droite qu'à gauche, une matité précordiale droite, mais sans qu'il soit possible de sentir le battement de la pointe.

M. Antonin Martin a observé un cas d'empoisonnement par une infusion de 40 grammes environ de feuilles de digitale, prises pour de la bourrache: le malade a présenté tous les caractères classiques de cet empoisonnement, troubles gastro-intestinaux d'abord, puis troubles nerveux (aphasies passagères), circulatoires et troubles oculaires.

Il est des malades, des femmes, et des femmes nerveuses surtout, qui expulsent, avec leurs garde-robes, des membranes parfois tubulées, variant beaucoup de formes, d'étendue, de couleur; cette expulsion s'accompagne de malaise et de douleur; la maladie est tenace, rebelle, de longue durée. C'est l'affection que M. Thevenot nous a décrite sous le nom de catarrhe intestinal à mucosités membraniformes; il peut être primitif ou secondaire, et ce dernier, qui est accepté par tout le monde, s'il est le plus souvent symptomatique de la constipation chez des femmes nerveuses, est aussi assez fréquemment le signe d'autres maladies intestinales, parfois de simples troubles passagers,, et, comme l'a fait remarquer M. Reliquet, d'affections péri-intestinales, abcès rétro-vésicaux, affections prostatiques.

M. Ladreit de La Charrière nous a entretenus du traitement de la teigne tonsurante. Nous n'avons pas à insister sur le degré contagieux de cette affection parasitaire. Quand elle fait éclosion dans une population agglomérée de jeunes sujets, dans une école, dans une institution, il n'en est que bien peu souvent qui échappent à son action. Aussi le médecin chargé de veiller à l'hygiène de ces enfants a-t-il, comme un de ses objectifs principaux, à prévenir l'éclosion de cette maladie et à en arrêter les ravages. C'est ce qui explique comment M. le médecin en chef de l'institution des Sourds-Muets a dû chercher les moyens d'arrêter une épidémie de teigne développée dans cet établissement, et comment, le succès aidant, à la clinique otologique a fini par s'établir un courant non interrompu de teigneux.

Le traitement institué dès 1876 par notre collègue consiste à faire une friction sur la partie malade préalablement rasée avec un cosmétique de cire vierge et de beurre de cacao, ajoutés à 50 p. 100 d'huile de croton. Le lendemain survient une inflammation limitée, assez vive, avec production de croûtes jaunâtres; quelques cataplasmes de fécule, plus tard des frictions d'huile d'amandes ou de glycérine font tomber cette inflammation, et permettent de reconnaître si la première application a été suffisante, ou s'il faut en faire une nouvelle.

M. Ladreit de La Charrière nous a présenté une statistique de 150 teigneux, dont 25 n'ont pas été revus; les 125 autres ont été guéri, la plupart en moins de deux mois,

©BIU Santé

et bon nombre de ces guérisons ont pu être constatées par les commissaires que vous aviez délégués à cet effet.

Notre collègue insiste spécialement sur l'application exacte de son procédé, et en fait la condition *sine qua non* de sa réussite.

M. Apostoli a lu, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, un mémoire sur un nouveau procédé de faradisation utérine au moyen d'un excitateur double, sonde utérine portant à son sommet les deux pôles séparés l'un de l'autre par une bague de substance isolante. Son procédé facilite les applications de la faradisation utérine en supprimant l'application cutanée, souvent fort douloureuse, en ne nécessitant pas le concours d'un aide, en concentrant dans l'utérus toute l'action électrique.

Ce mémoire a été le sujet d'un rapport de M. Thevenot. Le rapporteur a repris, avec le talent critique que vous lui connaissez, toute la question de la faradisation utérine et les travaux de M. Tripier. Il reconnaît toute la valeur de ce procédé de thérapeutique utérine, il y voit un modificateur puissant, parfois le seul que l'on puisse employer; il peut amener un soulagement pour le malade, avec diminution du volume et du poids de l'utérus hyperplasié, une sorte d'assoupissement du tissu utérin. Mais il y a loin de là à lui attribuer une contractilité de l'utérus et des plans musculaires annexes, à la regarder comme un redresseur actif de l'utérus versé ou fléchi. Je ne puis ici qu'indiquer les grandes divisions du remarquable rapport de M. Thevenot.

Le mal de Pott a fait le sujet d'une communication intéressante de M. Polaillon. Quand le mal siège à la partie postérieure du rachis, comme dans trois observations qu'il nous a relatées, l'ouverture de l'abcès faite de bonne heure, la rugination et la résection des apophyses cariées peuvent amener la guérison. Quand la lésion osseuse siège à la partie antérieure de la colonne vertébrale, que l'abcès a suivi un long trajet pour venir se montrer au bassin, la temporisation paraît indiquée; elle laisse le temps à l'affection osseuse de se modifier favorablement et même de se guérir. Si on se décide à évacuer l'abcès, il faut faire une étroite incision, en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, MM. de Ranse, Richelot, Gillebert Dhercourt fils et moi, nous avons cité des observations personnelles, venant confirmer ce qu'avait avancé M. Polaillon que le mal de Pott est guérissable, si le malade conserve assez de force pour résister aux accidents et faire les frais d'une réparation osseuse. La guérison a lieu presque toujours spontanément, mais l'intervention chirurgicale est utile pour hâter une issue favorable.

Nous avons dû à M. Dubrisay une observation curieuse de mal de Pott durant depuis huit ans, et dans lequel la collection purulente, ouverte d'abord dans la région lombaire, s'était fait jour spontanément dans les bronches, sans qu'aucun accident général ou local, aucun signe stéthoscopique, ni avant ni après la perforation, n'aient révélé l'existence du travail migrateur et ulcératif qui s'était accompli. Les quelques cas analogues signalés dans la science ce sont terminés rapidement par la mort, tandis que le malade observé par M. Dubrisay a supporté heureusement ces accidents.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Rachitisme et Phosphate de chaux,

Par le docteur DES VALLIÈRES, ancien interne des hôpitaux.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que date l'introduction du phosphate de chaux dans la thérapeutique. Si nous feuilletons les vieilles pharmacopées, nous les trouvons bourrées de formules dans lesquelles se répètent constamment la corne de cerf calcinée, les yeux d'écrevisses, les écailles d'huîtres, l'*album græcum*, etc., toutes substances formées presque exclusivement de phosphate calcaire.

Les expérimentations physiologiques entreprises sur ce corps dans ces temps derniers, par les docteurs Chossat, Lassaigne, Cazalis, Guérin, Piorry, Gosselin et beaucoup d'autres, ont fourni des résultats bien faits pour justifier cet engouement des anciens.

Les propriétés du phosphate de chaux mises en lumière par les recherches de ces savants peuvent se résumer de la manière suivante : *Il a une action immédiate sur la consolidation et la réparation osseuse, et en même temps, et surtout, il agit comme excitant de l'assimilation.*

Propriété importante que ce pouvoir assimilateur du phosphate de chaux, car nous ne

devons jamais perdre de vue que ce qui nourrit, ce n'est pas ce que l'on mange, mais ce que l'on digère et utilise!

Une idée qui ne pouvait manquer de surgir, aussi indiquée en effet qu'elle est heureuse, ç'a été d'associer la peptone au phosphate de chaux préalablement rendu soluble et passé à l'état de chlorhydro-phosphate (*peptone phosphatée Bayard*).

Formé de ces deux éléments, viande et phosphate *solubilisés* et *directement assimilables*, le vin de Bayard constitue en fait un reconstituant des plus énergiques, qui, possédant, d'autre part, le pouvoir de stimuler les organes de la digestion et de la nutrition générale, est par cela même un antirachitique de premier ordre.

Personnellement, je me suis constamment bien trouvé de cette préparation, et j'en ai retiré des avantages indéniables, très probants, chez ces enfants chétifs, sans énergie, affligés de maux d'yeux et d'oreille tenaces, de glandes au cou, s'enrhumant facilement, etc., chez tous ceux, en un mot, qui, d'une constitution parfois belle en apparence, n'en témoignent pas moins d'une diathèse scrofuleuse.

Dans le même ordre d'idées, il est incontestable qu'on se trouvera bien de conseiller l'emploi de la peptone phosphatée à nombre de femmes pendant leur grossesse, c'est-à-dire alors qu'elles ont à fournir à l'enfant, avec les éléments protéiques, le phosphate nécessaire à son développement.

Nous savons tous que, pendant la grossesse, les os de la femme perdent de leur solidité; ce que nous connaissons moins, c'est le remarquable rapport du docteur Pégot-Ogier sur ce sujet, et dont je rappellerai les conclusions :

Il résulte qu'à la suite de l'emploi du phosphate de chaux :

« 1° Chez les femmes enceintes, la plupart des accidents disparaissent et le nombre des morts-nés diminue;

« 2° Le lait, trop souvent pauvre en principe phospho-calcique, remonte au maximum de richesse fixé par la nature pour les soins de l'enfant;

« 3° A la première et à la seconde enfance, jusqu'à l'âge adulte, le développement se fait régulièrement; les maladies lymphatiques et les maladies dépendantes de l'ossification ne sont plus à craindre;

« 4° La mortalité, qui est, à Paris, comme 1 est à 3 (dans la première année), a diminué au point qu'elle est devenue comme 1 est à 5, chiffre des campagnes les plus favorisées. »

Il nous arrive souvent, en effet, de voir l'enfant à la mamelle venir mal, languir, et cela tient le plus souvent à l'une ou à l'autre de ces deux causes : ou le lait est trop pauvre ou l'enfant assimile mal, et alors il y a altération immédiate de la digestion qui se manifeste souvent par des diarrhées intarissables, puis dénutrition et altération lente de l'économie qui pourra mener au rachitisme. Dans ce cas, rien de plus rationnel que d'administrer à la nourrice de la peptone *phosphatée* qui donne au lait la richesse qui lui manque et fournit à l'enfant, avec l'élément de l'ossification et de la dentition, le stimulant de la nutrition.

D'après Liebig et Humboldt, dans certaines contrées de l'Allemagne, on facilite la *croissance* et la *dentition* des enfants par de grossiers mélanges calcaires.

Certes, je pourrais m'étendre sur les bénéfices que l'on est en droit d'attendre de cette préparation dans toutes les affections osseuses : caries, nécroses, ostéomalacie, mal de Pott, etc...., mais je ne saurais méconnaître que c'est à ces affections surtout que s'applique avec tant d'autorité la recommandation de Trousseau : « Reconstituez donc l'enfant pendant que s'y prêtent, mieux que plus tard, les faciles transformations que subit sa matière à travers les phases rapides de son évolution. »

VARIÉTÉS

QUELQUES FORMULES DE LA PHARMACOPÉE BRÉSILIENNE.

Dans le formulaire de l'infirmerie de la Maison de détention de Rio-de-Janeiro, notre estimé confrère, M. Joao Pires-Farinha, médecin de cet établissement, dote la pharmacopée brésilienne de quelques formules dignes d'être essayées ailleurs que dans leur pays d'origine.

Comme véhicule des collutoires, l'auteur fait usage de l'infusion de *tinhorao*. Dans les potions diaphorétiques du début de la fièvre amaril, il associe le jaborandi à la teinture d'aconit et de belladone et au sirop de fleurs de larangeira.

Contre l'asthme, le même médecin administre le sirop suivant à la dose de trois

©BIU Santé

cuillerées chaque jour : sirop de bourgeons de sapin, 250 grammes; huile essentielle de succin, 45 centigrammes; hydrolat de laurie-rcerise, 12 grammes; hydrochlorate de morphine, 15 centigrammes. Contre la dysentérie, d'après M. Sylva Babilla, il emploie l'oxyde de zinc et le bicarbonate de soude associés au sirop de larangos amaryas.

Le formulaire qui a été rédigé par M. Pires-Farinha fait donc honneur aux études thérapeutiques de notre estimé confrère de Rio-de-Janeiro, dont j'ai déjà, à cette même place, signalé les savants travaux. — C. E.

COURRIER

Concours. — Les épreuves d'admissibilité du concours ouvert pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris se sont terminées le jeudi 17 avril, par l'admissibilité aux épreuves définitives de MM. les docteurs Champetier de Ribes, Doléris, Loviot, Bureau et Stapfer, ainsi classés par ordre de mérite.

Les questions données ont été : 1° pour l'épreuve orale : Dystocie dans les accouchements gémellaires; 2° pour l'épreuve de médecine opératoire : *a*. Amputation médio-tarsienne dite amputation de Chopart; *b*. Ligature de l'artère axillaire dans le creux de l'aisselle.

Association française pour l'avancement des sciences. — L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa treizième session annuelle, dans la ville de Blois, du 4 au 11 septembre 1884, sous la présidence de M. Bouquet de la Grye, membre de l'Académie des sciences.

Dans sa dernière séance, le Conseil d'administration a voté les subventions suivantes: MM. le docteur Pouchet, professeur au Muséum de Paris, pour la construction d'un thermomètre enregistreur, destiné à faire connaître les variations de température des eaux de la mer par 30 mètres de fond, 600 francs; Genaille, pour lui permettre de continuer ses travaux pour la construction d'une machine électrique à calculer, 500 francs; Fines, pour l'achat d'un théodolithe-boussole de Brunner, destiné à des observations magnétiques dans les Pyrénés-Orientales, 2,000 francs; le docteur, H. Beauregard, pour aider à la publication de son ouvrage sur les insectes de la tribu des vésicants, 500 francs; la Société d'histoire naturelle de Loir-et-Cher, pour l'aider à ses publications, 400 francs; l'Observatoire du mont Ventoux, pour contribuer à l'installation de son observatoire, 5,000 francs en trois annuités (pour cette année, 1,000 francs); M. le docteur Maurel, pour aider à la publication de ses recherches sur l'analyse microscopique de l'air et de l'eau des marais, 1,000 francs ; M. Barrois, pour l'achat de vingt exemplaires de son ouvrage sur les terrains anciens des Asturies et de la Galice, 1,000 francs; la Société scientifique d'Arcachon, pour aménagement des locaux dépendant du laboratoire marin, 500 francs; M. Chevreux, pour l'achat d'une drague destinée à l'exploration des eaux profondes, 500 francs; M. Bosteau, pour aider à la continuation des fouilles qu'il a entreprises à Cernay-lès-Reims et dans ses environs, 400 francs; l'Observatoire météorologique de l'Aigoual, pour contribuer à son organisation et à son installation (deuxième annuité), 2,000 francs; M. E. Olivier, pour aider à la publication de l'ouvrage : *La Faune du département de l'Allier*, 400 fr.

Le Conseil a également voté une somme de 400 francs comme bourses de session.

Récompenses. — La Société géologique de France a décerné, dans sa séance générale annuelle tenue le jeudi 17 avril 1884, le prix Viquesnel à M. Léenhardt.

Hôpital des enfants. — Le docteur Jules Simon a repris ses conférences de thérapeutique infantile, le mercredi 23 avril à neuf heures.

Il les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Le samedi consultation clinique.

Société d'anthropologie. — Conformément à une récente délibération du Conseil municipal de Paris, le préfet de la Seine vient de prendre un arrêté autorisant la Société d'anthropologie à élever une statue à Paul Broca sur le terre-plein situé devant l'École de médecine, à l'angle de la rue de ce nom et du boulevard Saint-Germain.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Alfred Fournier : Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux. — II. Revue des Journaux. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Bulletin des décès de la Ville de Paris. — V. Courrier.

Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux.

Leçons professées, à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Alfred Fournier.

Les travaux contemporains sur la syphilis héréditaire tardive aboutiront certainement, entre autres résultats, à mettre en lumière une notion d'importance majeure pour la pratique, à savoir : que *nombre d'états cérébraux de l'enfance ou de l'adolescence, vaguement rapportés à des méningites d'ordre commun, ou à des encéphalites, ressortissent en réalité à la syphilis comme origine et ne sont rien autre que des manifestations plus ou moins tardives d'une influence syphilitique héréditaire.*

A ne citer qu'un exemple, il est acquis actuellement — et je vous en donnerai dès aujourd'hui la preuve — que nombre d'*éclampsies* ou d'*épilepsies* survenues au cours de l'enfance ou même de la jeunesse sont purement et simplement des accidents de *syphilis cérébrale*, et de syphilis cérébrale développée sur des sujets issus de parents syphilitiques.

Or, ce qui est vrai, ce qui n'est guère plus discuté pour l'épilepsie, n'est pas moins authentique, vous le verrez bientôt, pour d'autres modalités symptomatologiques, telles que céphalée, parésies ou paralysies partielles, hémiplégie, troubles intellectuels, et divers autres symptômes de même ordre.

En un mot, certains accidents cérébraux de l'enfance ou de l'adolescence sont le produit de la syphilis et dérivent d'une contamination héréditaire. Voilà ce dont j'ai en vue de vous convaincre aujourd'hui.

I

Je vous ai montré dans ma dernière conférence que l'influence héréditaire de la syphilis se traduit en maintes occasions sur les enfants du premier âge par divers troubles des fonctions cérébrales (troubles intellectuels, moteurs, sensoriels, etc.).

Revenant à mon sujet spécial, je dois rechercher actuellement si la même influence est susceptible de se révéler par des symptômes de même ordre *dans un âge plus avancé*.

En d'autres termes, existe-t-il ce qu'on pourrait appeler une *syphilis cérébrale tardive* chez les sujets issus de souche syphilitique? Telle est la question qui s'impose maintenant à notre étude.

Eh bien, cette question, je n'hésite pas à la résoudre par l'affirmative. Oui, très certainement oui, la syphilis héréditaire a des symptômes cérébraux *tardifs*. Oui, elle peut proroger jusque dans un âge plus ou moins avancé ses manifestations d'ordre encéphalique. Oui, elle réalise parfois dans la seconde enfance et l'adolescence ce que nous l'avons vue produire dans les premières années de la vie.

De cela témoignent nombre de faits. Et, pour vous en convaincre, pour ne pas laisser à cet égard le moindre doute dans vos esprits, je vais d'emblée, avant toute autre discussion, vous relater un cas qu'avec moi vous considérerez comme des plus probants en l'espèce. Ce cas typique, — indéniable, irréfutable, parce qu'il contient tous les éléments d'une démonstration rigoureuse et vraiment scientifique, — je l'emprunterai à un méde-

(1) *Syphilis of the brain and spinal cord*, New-York, 1879.

©BIU Santé

cin étranger, Dowse, auteur d'une intéressante monographie sur la syphilis du système nerveux (1). Le voici, en substance :

« Jeune fille, âgée de 12 ans. — Son père a eu la syphilis avant son mariage. — Sa mère a fait plusieurs fausses couches. Elle a eu de plus sept enfants, dont trois sont morts et dont les quatre autres sont « mal portants ».

La petite malade a été délicate dans son enfance. — A 5 ans, elle est affectée d'un écoulement nasal et d'une maladie des yeux qui laisse une taie sur la cornée gauche. — A 10 ans, début d'une syphilide tuberculo-ulcéreuse, de forme phagédénique; destruction rapide d'une portion du nez; ozène; anosmie. — Puis, invasion d'une *syphilis cérébrale,* laquelle se déroule avec la série des phénomènes suivants :

Comme symptôme de début, céphalée violente à exacerbations nocturnes; — puis, accès épileptiques nombreux; — affaissement progressif de l'intelligence; — troubles de la vue; diplopie; paralysies oculaires; — anesthésie de la moitié gauche de la face, et hyperesthésie de la moitié droite; — paralysie de la septième paire gauche; — faiblesse des membres; — troubles d'équilibre; — marche chancelante; — vertiges; etc., etc.

Ces divers symptômes aboutissent à un état de « stupeur », interrompu de temps à autre par des crises épileptiques auxquelles succède une agitation violente. Plus tard, la malade est prise d'aphasie et arrive à ne plus pouvoir prononcer que deux mots : oui et non. — Bientôt après, anéantissement absolu de l'intelligence; hémiplégie partielle du côté droit; et mort dans un accès épileptique.

L'autopsie est faite avec un soin minutieux et révèle (sans parler de diverses altérations viscérales) tout un ordre de lésions identiques à celles qui caractérisent usuellement la syphilis cérébrale des adultes, à savoir :

1° Lésions de méningite chronique : adhérences très fortes de la dure-mère; symphyse méningo-cérébrale au niveau des régions pariétales; injection de la pie-mère; arachnitis chronique avec épanchement;

2° Au niveau de la surface convexe des hémisphères, *trois nappes gommeuses* adhérentes à la dure-mère, et semblant originaires de cette membrane (1);

3° Lésions d'encéphalite; ramollissement des portions périphériques du cerveau en contiguïté avec les productions gommeuses de la dure-mère;

4° Lésions vasculaires offrant le type des artérites scléreuses de la syphilis : artères épaissies, béantes à la coupe, blanchâtres, semi-opaques, rétrécies de calibre par infiltration de leurs parois, etc.;

5° Lésions des cordons nerveux : hyperplasie interstitielle de la cinquième et de la septième paire gauche, etc., etc. »

Quel fait plus convaincant pourrait jamais être produit en faveur de la thèse que je soutiens en ce moment devant vous, messieurs? Rien ne manque, en vérité, à l'observation que vous venez d'entendre, ni les antécédents de famille, ni les antécédents personnels du sujet affecté, ni le contrôle de l'anatomie pathologique. D'une part, l'hérédité syphilitique y est démontrée et par les aveux du père et par les symptômes constatés sur l'enfant, notamment par cette lésion phagédénique qui dévore rapidement une portion du nez. D'autre part, la syphilis cérébrale s'y trouve attestée et par une symptomatologie des plus classiques et par ces lésions ultra-démonstratives que révèle l'autopsie. Donc, au-dessus de toute contestation possible, cette observation est un exemple authentique de syphilis cérébrale développée à l'*âge de douze ans* sur un sujet héréditairement syphilitique.

Je le répète, que désirer de plus probant?

(1) Voir la figure donnée par l'auteur, ouvr. cité, p. 74.

Eh bien, cette observation n'est pas unique dans la science. D'autres faits de même genre peuvent être rapprochés du précédent.

C'est ainsi que, dans un cas relaté par Broadbent, nous voyons un enfant de 3 ans, issu d'une mère syphilitique, succomber à des accidents analogues de syphilis cérébrale. L'autopsie révéla dans ce cas, indépendamment d'une affection spécifique du foie, des lésions d'encéphalo-méningite aiguë entées sur une sclérose plus ancienne de l'encéphale. Certaines parties du cerveau étaient le siège d'une injection très vive, s'élevant jusqu'à la teinte du rouge noir sur quelques points; — d'autres étaient ramollies; — d'autres présentaient une consistance singulière, une dureté que l'auteur compare à celle du cuir; — ailleurs encore, la substance grise était atrophiée, etc.

De même, Samuel Gee a rencontré les plus curieuses lésions à l'autopsie d'une petite fille âgée de 10 ans, manifestement hérédo-syphilitique et affectée depuis quelques années d'une syphilis cérébrale à évolution chronique. Un des hémisphères cérébraux présentait un remarquable degré d'atrophie au point d'avoir perdu un pouce de longueur dans son diamètre antéro-postérieur. Tout l'encéphale offrait un état de sclérose diffuse. Les circonvolutions étaient petites, comme tassées, dures et jaunâtres. Des indurations partielles disséminées au centre de la substance nerveuse, figuraient autant de petits foyers de sclérose. En outre, il existait diverses lésions méningées et vasculaires de l'ordre de celles qu'on rencontre le plus habituellement dans la syphilis cérébrale, à savoir: symphyse méningée; épaississement et opacité de la pie-mère; thrombose des sinus; artères épaissies, semées d'infiltrations nodulaires, etc. (1).

Pour ma part, j'ai dans mes notes l'observation d'une petite malade, fille de père et mère syphilitiques, qui succomba vers l'âge de 10 ans à une affection cérébrale d'ordre incontestablement spécifique. A l'autopsie, je trouvai les lésions suivantes: d'une part, calotte crânienne extrêmement amincie sur certains points, et tout au contraire considérablement hyperostosée sur d'autres; excavations multiples creusées aux dépens de la table interne, qui était comme vermoulue, comme fouillée au burin, et rappelait exactement l'aspect du vieux bois rongé par les vers; — d'autre part, méninges très épaissies, coriaces, adhérentes entre elles, et non moins adhérentes à la substance grise qui semblait absolument désagrégée, ramollie; en outre, foyers de ramollissement disséminés dans les portions centrales, etc.

De tels faits et d'autres encore que j'aurais à citer comportent une signification précise. Ils établissent catégoriquement l'authenticité de lésions cérébrales dérivant d'une infection syphilitique héréditaire et faisant invasion au delà de la première enfance.

Cela posé, voyons comment se traduit cliniquement cette syphilis cérébrale *tardive* de provenance héréditaire. Quels symptômes la caractérisent, et quelle évolution affecte-t-elle?

Entreprendre aujourd'hui d'en tracer l'histoire ex professo serait un labeur irréalisable, pour la simple raison que ce serait là un labeur *prématuré*. Les observations dont nous disposons sur la matière sont encore en trop petit nombre pour que nous puissions en déduire une description d'ensemble. Notre expérience actuelle se trouverait en défaut sur quantité de points, et sans doute il nous faudra encore de longues années pour être en état de faire à propos de la syphilis cérébrale d'ordre héréditaire ce qui est presque fait actuellement pour la syphilis cérébrale de l'adulte, c'est-à-dire pour dresser une synthèse et une classification de ses symptômes.

Aussi n'ai-je pas l'ambition de vous décrire dans ce qui va suivre cette syphilis cérébrale héréditaire à invasion plus ou moins tardive. Mes visées

(1) V. *Saint Bartholomew's hospital Reports*, 1880, vol. 16, p. 35.

©BIU Santé

plus modestes se bornent à ceci : la signaler, la dénoncer simplement à votre attention, en vous disant le peu que j'en sais encore, le peu que m'en ont appris mon observation personnelle et mes lectures.

Sous le bénéfice de ces réserves, j'entre en matière.

Des faits contenus dans la science, comme de ceux que j'ai recueillis dans ma pratique, il se dégage déjà, ce me semble, deux notions générales qui doivent naturellement trouver place au début de cet exposé.

I. — La première, qu'on pouvait facilement prévoir, consiste en ceci, que la syphilis cérébrale héréditaire reproduit trait pour trait la plupart des grands symptômes qui constituent la syphilis cérébrale de l'adulte, celle qui succède à une contamination acquise.

Et, en effet, à cela près de quelques modalités pathologiques (vésanies, pseudo-paralysie générale, etc.) qui ne sauraient se produire en deçà d'un certain âge parce qu'elles exigent pour leurs manifestations le développement de facultés absentes ou rudimentaires chez l'enfant, on a rencontré dans la syphilis cérébrale héréditaire tous les symptômes qui composent la syphilis cébrébrale de l'adulte, à savoir, par exemple : la céphalée, les vertiges, les ictus congestifs, les convulsions, l'épilepsie partielle ou générale, les paralysies partielles, les paralysies oculaires, l'hémiplégie, les troubles sensoriels, les troubles de l'intellect, le coma, etc., etc. Rien ne manque au tableau. De cela vous aurez bientôt la preuve.

II. — Second point : la syphilis cérébrale héréditaire procède, elle aussi, comme la syphilis cérébrale de l'adulte, par des formes initiales essentiellement multiples et variées, pour aboutir ultérieurement, surtout dans une époque avancée de son évolution, à un ensemble symptomatologique plus uniforme, presque identique même d'un cas à un autre. En d'autres termes elle a un début éminemment polymorphe ; — progressivement, elle devient plus semblable à elle-même d'un sujet à un autre ; — finalement, elle se résume en un complexus clinique presque uniforme dans tous les cas. Je précise.

D'abord, elle peut être inaugurée par les symptômes les plus divers. Elle débutera, je suppose, chez tel malade par des maux de tête ; — chez tel autre, par des accès épileptiformes ou franchement épileptiques ; — chez un troisième, par des accidents d'ordre congestif ; — chez un quatrième, par des troubles de l'intellect ; — chez un cinquième, par une paralysie oculaire ; — et ainsi de suite.

Puis, en se confirmant, en vieillissant, elle tendra par degrés à affecter des formes morbides à la fois moins multiples et moins disparates, qui prendront place dans la plupart des cas.

En fin de compte, elle aboutira à un dénouement presque uniforme, constitué en toute occasion par un fonds commun de symptômes identiques. Et ce fonds commun terminal, disons-le à l'avance, sera composé par deux groupes majeurs d'accidents qui, à de très rares exceptions près, se rencontrent chez tous les malades, à savoir : des troubles moteurs, sous forme de paralysie, et des troubles intellectuels, sous forme d'hébétude, d'abrutissement, de dépression et d'anéantissement des facultés psychiques.

Donc, au total, *variabilité de début* et *uniformité de dénouement*, voilà ce qui, comme chez l'adulte, caractérise d'ensemble la syphilis cérébrale chez l'enfant ou l'adolescent. (*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

Des vomissements dans la grossesse, par M. Torino. — En explorant avec soin la région spinale, l'auteur a constaté à diverses hauteurs l'existence de points douloureux des ver-

tèbres. Il attribue donc les vomissements incoercibles de la grossesse à une irritation spinale et à l'anémie de la moelle.

A l'appui de cette opinion, il invoque même les résultats thérapeutiques satisfaisants obtenus consécutivement à l'administration du phosphite de zinc et de la noix vomique. Sous leur influence, les vomissements incoercibles et les points douloureux auraient rapidement disparu. (*Anal. del Circulo medico argent.* Juin 1883.) — C. L. D.

Du diagnostic et du traitement du lupus vulgaire, par Boeck. — L'auteur recommande l'emplâtre suivant contre cette affection: huile d'olive et résine colophane, αα 8 gr.; — cire jaune, 15 gr.; — gomme ammoniaque et térébenthine de Venise, αα 1 gr.; — acide pyrogallique, 4 gr. — Cet emplâtre à base d'acide pyrogallique lui aurait donné des succès thérapeutiques. (*Viertelj. für Derm. und Syph.* Heft 3, 1883). — C. L. D.

Des variations dans les murmures cardiaques et de leur disparition, par A. Hyla Greves. — De l'étude de plusieurs cas d'affections cardiaques caractérisées par des bruits morbides, l'auteur conclut que ceux-ci ne sont pas toujours l'indice certain de lésions anatomiques et que leur absence ne suffit pas pour mettre ces dernières en doute. Leur valeur diagnostique n'est donc pas absolue. C'est ainsi que le murmure présystolique typique du rétrécissement mitral disparaît parfois, tandis que les lésions persistent. De même encore, on voit disparaître, sous l'influence du traitement, les souffles d'insuffisance mitrale causée par le relâchement du muscle cardiaque ou la dilatation des orifices dans la chlorose et l'état fébrile. L'insuffisance tricuspide, qui se rencontre parfois et passagèrement dans les bronchites, est caractérisée par un souffle disparaissant avec la cause primitive de ces altérations du cœur. Il en est de même encore, dans quelques cas, du souffle systolique symptomatique de lésions de l'orifice aortique et du souffle systolique persistant de l'orifice pulmonaire. Ils sont assurément rarement passagers, quand ils ont pour cause une lésion organique; mais, dans le cas contraire, ils peuvent temporairement disparaître ou bien cesser définitivement. (*The Liverpool medico-chirurgical Journal*. Juillet 1883.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 avril 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Présentation. — Communications diverses : Deux observations d'anévrysme, l'un de l'artère poplitée (diffus) guéri par la ligature de la fémorale à distance, l'autre de la fémorale (artérioso-veineux) guéri par la compression. — Pleurésie purulente deux fois incisée, opération d'Estlander, mort. — Sur un nouveau procédé d'ablation de l'astragale. — Observation d'anévrysme de la fémorale guéri par la ligature. — Présentation de malade : du diagnostic de la névrite ancienne par l'application des courants électriques.

Séance marquée par le grand nombre de chirurgiens, membres correspondants de la province et de l'étranger, qui y assistent et viennent y faire d'importantes communications.

M. le Président signale la présence de MM. Saxtorph (de Copenhague), Hermann (de Mulhouse), Ollier (de Lyon) et Pamard (d'Avignon).

— M. Nicaise offre en hommage un travail qu'il vient de publier *Sur les maladies chirurgicales des nerfs et les opérations qui se pratiquent sur les nerfs*.

— M. Trélat communique deux observations d'anévrysme, l'un de l'artère poplitée (diffus) guéri par la ligature de la fémorale dans le triangle de Scarpa; l'autre de la fémorale (artérioso-veineux) guéri par la compression.

Le sujet de la première observation est un homme de 50 ans environ, très vigoureux et très actif, ni syphilitique, ni alcoolique, qui, en 1877, étant tombé sur le genou gauche, s'était fait à la jambe une éraillure à laquelle il ne fit pas grande attention... Il fut d'abord soigné en septembre 1878, à la Maison de santé, par M. Pozzi.

Ce chirurgien fit divers essais de compression, difficilement tolérés; la tumeur du creux poplité devint plus dure et plus douloureuse, et il se produisit une eschare au pli de l'aine. Le malade, très impatient de sa nature, quitta la Maison de santé et retourna chez lui, où il fut vu pour la première fois, au mois d'octobre 1878, par M. Trélat.

©BIU Santé

Ce chirurgien constata l'existence d'une tumeur volumineuse, occupant tout le creux du jarret, et présentant tous les signes de l'anévrysme.

M. Trélat reprit à nouveau les essais de compression, sans plus de succès ; il tenta la flexion, à laquelle il fallut renoncer au bout de cinq minutes, tant étaient vives les douleurs provoquées par ce mode de traitement. De nouvelles tentatives de compression ordinaire ne furent pas mieux supportées.

M. Trélat eut alors recours au mode de compression suivant : s'étant assuré, après divers tâtonnements, qu'il fallait, pour faire cesser les battements de la tumeur, un poids compresseur de 5,200 grammes, il fabriqua, avec l'aide du docteur Curie, médecin habituel du malade et de deux jeunes gens de la famille très intelligents et très instruits, un appareil constitué par des bouteilles d'Hunyadi-Janos, remplies de grains de plomb jusqu'au poids de 5,200 grammes et coiffées, à leur goulot, d'une pièce de caoutchouc formant, sous la pression des grains de plomb, une sorte de pulpe digitale qui, appliquée sur la fémorale au pli de l'aine, y établissait une compression mécanique suffisante pour arrêter le cours du sang.

Ce procédé, qui réalisait les conditions d'une compression parfaite, fut employé jusqu'à la fin du mois de novembre, par séances de plus en plus prolongées jusqu'à une durée de 96 heures (4 jours) consécutives, sans aucun résultat.

Ainsi la compression indirecte échouait comme la compression directe. De nouvelles tentatives avec d'autres appareils très ingénieusement imaginés par des personnes de l'entourage du malade, particulièrement un appareil dans lequel la compression était établie par de l'air insufflé, échouèrent pareillement.

M. Trélat, qui soupçonnait depuis quelque temps la transformation de l'anévrysme circonscrit en anévrysme diffus, acquit la certitude de cette transformation par l'apparition d'un signe caractéristique, une ecchymose à la peau du mollet.

Préoccupé de plus en plus de l'état du malade, il appela en consultation Broca pour s'éclairer des lumières et s'appuyer de la grande autorité et de la compétence de ce chirurgien dans la question des anévrysmes. Broca confirma le diagnostic en le précisant ; il conseilla de revenir à la compression directe, rejeta l'idée de la ligature et indiqua, comme ressource extrême, l'amputation de la cuisse. La compression directe ne pouvant être tolérée, M. Trélat, malgré le pronostic peu encourageant de Broca, se décida à pratiquer la ligature de la fémorale. L'opération fut faite le 28 décembre 1878, au niveau de l'extrémité inférieure du triangle de Scarpa, juste au point où l'artère fémorale s'engage sous le bord du muscle couturier. Elle fut d'une exécution facile, simple et très régulière. Grâce sans doute à la longue préparation subie par les collatérales pendant les tentatives réitérées et prolongées de compression, il ne se produisit aucun phénomène de refroidissement dans le membre ; tout se passa dans l'ordre le plus parfait. La soie phéniquée employée pour la ligature resta en place, si bien qu'au 33e jour après l'opération le fil tenait encore.

Vers le mois de mars 1879, le malade put se lever ; la tumeur avait diminué de moitié ; en avril, il marchait avec des béquilles, puis avec une canne, enfin sans aucun appui.

M. Trélat, ayant eu l'occasion de le revoir l'année dernière, a pu constater que la guérison était complète et qu'il ne restait plus qu'un vestige à peine appréciable de son ancienne maladie.

La deuxième observation de M. Trélat est relative à un enfant qui fit une chute alors qu'il avait son couteau ouvert dans sa poche ; la pointe de la lame pénétra dans le pli de l'aine et il se produisit une hémorrhagie qui fut arrêtée par la compression, puis traitée par l'application d'un bandage et l'immobilisation dans la position horizontale. Au bout de quelque temps, on vit apparaître dans la région de l'aine une tumeur pulsatile, et M. le docteur Letulle, consulté, ayant reconnu l'existence d'un anévrysme artérioso-veineux, envoya le malade dans le service de M. Trélat, suppléé à ce moment par M. Bouilly. La tumeur avait 6 centimètres de hauteur sur 4 de largeur et présentait le *thrill* caractéristique de l'anévrysme artérioso-veineux, en outre des battements expansifs et du bruit de souffle continu. Ce chirurgien, d'accord avec M. Trélat, employa d'abord la compression directe à l'aide d'un bandage élastique, alternant avec la compression digitale à la racine du membre.

Sous l'influence de ce traitement employé du 28 octobre au 9 novembre, le bruit de souffle continu disparut, et l'anévrysme artérioso-veineux se transforma en anévrysme artériel.

M. Trélat, ayant repris le service, continua la compression à l'aide de l'appareil dont il s'était servi chez le malade de l'observation précédente (bouteille d'Hunyadi-Janos remplie de grains de plomb et coiffée de caoutchouc), et après trois séances il consta-

© Santé

tait la cessation complète des battements expansifs et du souffle, et la guérison définitive de l'anévrysme.

— MM. Hermann (de Mulhouse), Ollier (de Lyon) et Pamard (d'Avignon), ont successivement occupé la tribune.

M. Hermann a lu un travail relatif à une opération d'Estlander qu'il a pratiquée sur un individu atteint de pleurésie purulente et qui avait subi deux fois sans succès l'opération de l'empyème. L'opération d'Estlander n'a pas été plus heureuse; elle a abouti à un échec complet.

Il y a lieu de féliciter M. Hermann (de Mulhouse) d'être venu communiquer à la Société de chirurgie ce cas malheureux avec le même empressement que d'autres mettent parfois à jeter sur leurs revers le voile officieux de l'oubli.

— M. Ollier (de Lyon) a fait une communication intéressante sur un nouveau procédé d'ablation de l'astragale qu'il emploie depuis cinq ans, et qui lui a donné les meilleurs résultats, tant au point de vue de la facilité et de l'innocuité de l'opération qu'au point de vue de l'application des appareils de prothèse.

— M. Pamard (d'Avignon) a lu une observation d'anévrysme de la fémorale traité sans succès par la compression à l'aide de la bande d'Esmarch et par la compression digitale, traité ensuite et guéri par la ligature.

— La séance s'est terminée par la lecture d'un travail de M. le docteur Guermonprey (de Lille), relatif au diagnostic de la névrite ancienne par l'application des courants électriques. L'auteur a présenté le malade qui a servi à ses recherches. A. T.

—

L'observation suivante a été lue par M. Pozzi dans la séance du 9 avril; nous n'avons fait que la résumer dans notre numéro du 17.

Corps fibreux de l'utérus avec hydronéphrose suppurée. — Hystérectomie. — Traitement ultérieur de l'hydronéphrose. — Une femme de 43 ans, nullipare, entre à l'hôpital Pascal (annexe de Lourcine), le 18 septembre dernier.

Deux tumeurs remplissaient l'abdomen : un corps fibreux utérin, du volume d'une tête d'adulte; une hydronéphrose suppurée du côté droit, d'où une ponction faite par le docteur Albert Robin, dans le service du professeur Brouardel, avait retiré 650 gram. de pus verdâtre, contenant une forte proportion d'urée. A la suite de cette ponction était survenu un certain degré de fièvre hectique et un dépérissement considérable de la malade.

Il était manifeste, d'après le palper abdominal et le toucher vaginal, que les deux tumeurs étaient largement adhérentes.

Afin de rendre l'opération moins dangereuse et notamment d'éviter la septicémie qui se fût immanquablement produite si la poche purulente avait été ouverte dans l'abdomen, M. Pozzi conçut le plan opératoire suivant : scinder en deux l'opération, traiter en deux temps, et par deux voies différentes, la tumeur utérine et la collection purulente voisine; pratiquer d'abord l'hystérectomie et ne s'occuper que plus tard de l'hydronéphrose.

Mais pour rendre l'hystérectomie elle-même possible, sans risquer de déchirer le kyste rénal adhérent au fibrome utérin, il était nécessaire de vider, au moins temporairement, le kyste. C'est ce qui fut fait la veille de l'opération, à l'aide d'une ponction aspiratrice qui retira un litre de pus épais et verdâtre. Dès le lendemain, l'hystérectomie fut pratiquée. La large adhérence du kyste et du fibrome fut étreinte par un cordon élastique (facilement passé et maintenu à l'aide du ligateur spécial que M. Pozzi a présenté précédemment à la Société). Une autre anse élastique étreignit le ligament large gauche. Une troisième et une quatrième, passées au travers du col utérin, à la base de la tumeur (et comprenant aussi le ligament large droit), achevèrent d'isoler complètement le champ opératoire de toute connexion vasculaire.

L'opérateur, armé d'un couteau à amputation, fendit alors rapidement, de haut en bas, la tumeur utérine dans toute son épaisseur, de manière à la séparer en deux moitiés; puis, à l'aide du doigt et de la spatule, chacun de ces deux segments fut énucléé de la coque musculaire où il était contenu. On dut pour cela avoir parfois recours aux ciseaux. Il n'y eut aucun écoulement sanguin.

Cette première partie de l'opération avait été relativement rapide; la seconde, constituée par la confection du pédicule, devait être plus laborieuse.

©BIU Santé

On commença par remplacer la ligature élastique, qui serrait le ligament large gauche, par une double ligature de soie phéniquée; puis on sépara ce ligament de la capsule utérine qui existait seule à la place de la tumeur. On essaya de faire la même manœuvre à droite, au niveau de la grande adhérence de la poche rénale; mais on dut y renoncer, après avoir perdu beaucoup de temps, et replacer la ligature élastique, pour se rendre maître de l'hémorrhagie. Pour la même cause, les deux anses élastiques qui étreignaient le col utérin et le ligament large droit furent laissées en place. On coupa toute la coque du tissu utérin jusqu'à deux travers de doigt au-dessus des ligatures élastiques, et on se mit en devoir de maintenir ce volumineux moignon à l'extérieur.

La tâche était difficile : pour y parvenir, une section fut faite entre la ligature élastique du ligament large droit et celle qui serrait à sa base le lambeau très vasculaire de capsule utérine adhérent à la poche de l'hydronéphrose. Ce lambeau constitua un premier pédicule. Un second fut formé par le col utérin lui-même et la base du ligament large droit. On le voit donc, les ovaires ne furent pas enlevés. Il fut nécessaire, pour amener et maintenir ces deux pédicules à l'extérieur, de les traverser avec de fortes broches qu'on dut également passer au travers des parois abdominales, vu la grande profondeur où étaient situés les moignons utérins. Ces broches, passées en arrière des liens élastiques, ont été d'une efficacité manifeste pour éviter la rétrocession des pédicules au moment de leur élimination.

Cette seconde partie de l'opération avait été très longue et très laborieuse ; toutefois, on avait pu opérer presque constamment en dehors du ventre, en maintenant les parois abdominales rapprochées au-dessus des viscères, et on n'avait eu qu'une perte de sang insignifiante, malgré l'extrême vascularité des tissus divisés. Après la toilette du péritoine, les parois abdominales sont refermées avec des sutures profondes et superficielles, multipliées en couronne autour du double pédicule, de manière à affronter très exactement les surfaces péritonéales. Une ligature de sûreté, en forte soie, est placée autour du pédicule principal.

Durée totale de l'opération : trois heures quarante-cinq minutes. Pansement avec de la tarlatane imbibée d'une solution de sublimé à 2 0/00. (La pulvérisation phéniquée a été faite tout le temps dans la pièce pour maintenir la saturation de l'atmosphère, mais le jet n'a pas été dirigé sur la malade.) Les suites de l'opération furent très bénignes ; les pédicules présentèrent une tendance considérable à s'enfoncer dans la cavité abdominale, mais grâce aux broches (qui furent coudées sous cet effort) il n'y eut pas, de ce chef, le moindre accident. Suppuration assez abondante autour du double pédicule mortifié, dont la fétidité est très bien combattue par des pansements au vinaigre de Pennès. A la chute des pédicules, survenue le 29 septembre, il reste une énorme cavité granuleuse en forme d'entonnoir qui se rétracte peu à peu. La cicatrisation est complète le 20 octobre.

Jusqu'à ce moment, le kyste de l'hydronéphrose était resté à peu près vide. Les douleurs qui siégeaient à son niveau avant la ponction, n'avaient même pas reparu. La palpation faisait reconnaître une tumeur du volume d'une orange environ. Dans les premiers jours de novembre 1883, le kyste recommence à grossir ; toutefois, la malade, qui se croit guérie, demande à sortir de l'hôpital pendant quelque temps. Son état général est excellent, elle a repris des forces et de l'appétit, et marche facilement quoique un peu courbée sous l'influence de sa cicatrice abdominale.

Au mois de janvier, la poche purulente remplit de nouveau le flanc droit et la fosse iliaque du même côté : la compression qu'elle exerce donne lieu à des fourmillements dans la jambe. Aucune réaction générale.

Le 20 janvier 1884, ponction avec l'appareil de Potain ; on retire deux litres d'un pus verdâtre inodore, où l'analyse chimique révèle 4 grammes d'urée. La poche est lavée avec une solution de sublimé au millième, jusqu'à ce que l'eau ressorte claire. Compression abdominale. A la suite de cette petite opération, n'est survenu aucun phénomène morbide. La poche est restée vide et rétractée au delà de toute attente. Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, la malade demande à sortir ; il n'y a plus dans le flanc droit qu'une sorte de bride que l'on sent en déprimant les parois abdominales. Depuis lors, elle est revenue plusieurs fois se soumettre à notre examen, et la dernière, le 15 mars dernier; *il n'y a pas trace de récidive.* (Si celle-ci s'était produite, on se proposait de faire une large incision et le drainage de la poche dans un point déclive.)

L'opérée a repris son travail et jouit d'une parfaite santé : il y a tout lieu d'espérer que la guérison est, cette fois, définitive.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 avril 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

Sommaire: *Simulation d'hyperthermie par une hystérique. — Traitement de l'ulcère simple de l'estomac. — Fracture spontanée chez un syphilitique.*

A l'occasion du procès-verbal, M. du Castel fait connaître un curieux *cas de fourberie*, qu'il a récemment dévoilé *chez une hystérique*.

Dans le service de M. du Castel se trouvait une fille, nerveuse, mais n'ayant jamais eu d'attaques d'hystérie. Elle venait de la campagne et n'avait pas d'autres antécédents qu'une pneumonie. Elle était entrée à l'hôpital pour une angine herpétique. Dans les premiers jours cette affection évolua d'une façon correcte; une fièvre légère de 38° à 39° existait, pendant que les amygdales se nettoyaient de leur exsudat pultacé; mais bientôt la température baissait et la convalescence était franchement établie, lorsque la malade présenta certains accès de délire avec agitation qui duraient quelques heures, et dans l'intervalle desquels la raison était parfaitement lucide. Elle prétendit, un matin, avoir eu pendant la nuit un crachement de pus, qu'on ne put vérifier. Un jour, elle resta plongée dans un coma passager, que suivit une légère élévation de température; bientôt se montraient successivement de la paraplégie, une hyperesthésie généralisée, de l'aphasie, puis un mutisme absolu. Le chef de service était fort enclin à considérer tous ces accidents comme des manifestations hystériques, mais la constatation d'une température de 39° à 39°3 l'empêchait d'affirmer ce diagnostic. Il cherchait vainement en un point de l'économie une autre cause morbide à incriminer; il cherchait vainement si quelque lésion de l'oreille ou du rocher n'avait pu déterminer des désordres cérébraux, lorsqu'un matin le thermomètre marqua dans l'aisselle 43°4.

L'idée d'une supercherie s'imposa dès lors, et la malade fut soumise à une active surveillance. La température revint à 38 ou 39° pendant quelques jours, puis brusquement dépassa 43° et même 44°. Tous les thermomètres du service furent vérifiés et trouvés exacts. Deux thermomètres placés l'un dans le vagin, l'autre dans l'aisselle marchaient à peu près parallèlement, et l'on cherchait vainement à déjouer la supercherie. M. du Castel entreprit de *chauffer* la malade, afin qu'elle se trahît elle-même en exagérant sa fraude. On feignit de prendre un intérêt extrême à ces élévations thermométriques, si bien que la température atteignit 48°. Bientôt même la colonne mercurielle se rompit en même temps que le tube capillaire. M. Chéron, l'interne du service, fort versé dans les études chimiques, et muni de thermomètres à étuves, qui sont gradués à 160°, s'en servit. La température monta à 73° le premier jour; le lendemain on trouvait encore le thermomètre hors de service, par suite de l'ascension excessive de la colonne mercurielle. Enfin, grâce à la perspicacité d'un externe du service, l'explication de la supercherie fut trouvée; on découvrit que la malade, à l'aide de percussions légères et réitérées sur la partie supérieure des thermomètres, les faisait monter graduellement, ou du moins par secousses insensibles, jusqu'au degré qu'elle voulait. L'expérience fut répétée par tout le monde avec succès. M. du Castel a pensé qu'il n'était pas sans intérêt de connaître la possibilité de cette simulation d'hyperthermie, si on voulait, comme le proposait M. Debove dans sa dernière communication, vérifier l'état de la température des deux moitiés du corps chez les hystériques soupçonnées de simuler l'hémiplégie.

M. Debove lit une note *Sur le traitement de l'ulcère simple de l'estomac*. Le traitement classique de cette affection, consistant en régime lacté exclusif, l'usage des alcalins sous forme d'eau de Vichy, et l'eau de chaux, avantageux dans un assez grand nombre de cas, ne réussit pas toujours à amener la guérison, et conduit quelquefois à une dilatation de l'estomac qui peut elle-même déterminer la mort. En effet, la quantité de lait qu'un malade soumis à ce régime est obligé d'ingérer pour se nourrir est assez considérable pour distendre mécaniquement l'estomac. Aussi, M. Debove avait-il antérieurement proposé d'ajouter au lait une proportion suffisante de poudre de lait pour obtenir, avec une moindre quantité de liquide, un effet nutritif suffisant; mais la difficulté de se procurer de bonne poudre de lait l'a fait à peu près renoncer à ce moyen.

L'idéal serait, évidemment, de suspendre pendant un certain temps l'action et le travail de l'estomac, afin de lui laisser le temps de se cicatriser; et pour cela il faudrait interrompre la production du suc gastrique, dont le contact est propre à entretenir l'ulcération. Ce qui caractérise surtout le suc gastrique, c'est sa réaction acide. Celle-ci est tellement importante, que Cl. Bernard a écrit qu'il suffisait de la changer pour faire disparaître toutes ses propriétés physiologiques. C'est seulement grâce à cette acidité

©BIU Santé

que peut s'accomplir la digestion gastrique, et, si le suc gastrique était alcalin, les aliments introduits dans l'estomac passeraient sans temps d'arrêt dans l'intestin pour y subir le travail digestif.

Cette vue théorique a été vérifiée expérimentalement. Lorsque après avoir introduit dans l'estomac 20 grammes de poudre de viande mélangés à 10 grammes de bicarbonate de soude, on opère le lavage de l'organe au bout d'un quart d'heure, une demi-heure ou trois quarts d'heure, on retire un liquide neutre, dans lequel on ne trouve aucune trace de peptone. En appliquant cette donnée à la thérapeutique, M. Debove a vu, dans quatre cas d'ulcères graves, traités auparavant sans bénéfice par les moyens habituels, cesser immédiatement les douleurs et les vomissements.

Voici comment il procède : le premier jour, il lave l'estomac et croit que cette manœuvre, faite avec précautions, n'offre aucun danger de faire saigner la surface ulcéreuse. D'ailleurs, il les cesse au bout de quelques jours, quand la dilatation a diminué et que les résidus alimentaires antérieurs ont cessé de s'y accumuler. Il prescrit trois fois par jour 25 grammes de poudre de viande délayés dans un peu de lait additionnés d'un peu d'eau de chaux et de saccharate de chaux, précédés et suivis de 5 grammes de bicarbonate de soude pris dans un cachet médicamenteux.

Il a pu sans inconvénient continuer cette dose de 30 grammes de bicarbonate de soude par jour pendant plusieurs mois. Jaccoud déclare d'ailleurs avoir donné ce médicament à 20 grammes par jour, et Charcot l'a employé à 30 et 40 grammes sans avoir eu à constater les accidents de la prétendue cachexie alcaline. Il suffit, pour en amener la tolérance, de commencer les premiers jours par de plus faibles doses qu'on élève rapidement ensuite. Le bicarbonate de soude n'exerce d'ailleurs aucune action irritante; son seul inconvénient est de dégager à la température de l'estomac une quantité assez considérable d'acide carbonique pour amener une distension assez pénible de cet organe.

Désireux d'obvier à ce désagrément, M. Debove a essayé successivement diverses préparations alcalines : l'eau de chaux, qui ne contient que 1 gr. 285 de chaux par litre; les saccharures qui, plus solubles, peuvent être dissous directement dans le lait; le carbonate de chaux, le savon médicinal, qu'il faut avoir soin de rendre moins irritant en le purifiant par l'alcool absolu; la magnésie, qui à dose élevée a l'inconvénient d'être trop purgative.

M. Debove a fini par s'arrêter au mélange suivant : 25 grammes de poudre de viande délayés dans un peu de lait, aromatisés convenablement, additionnés de magnésie, craie préparée et saccharure de chaux à parties égales, le tout précédé et suivi de 2 grammes de bicarbonate de soude.

M. Duguet : M. Debove croit qu'on peut pratiquer impunément le lavage d'un estomac ulcéré avec la sonde; je ne suis pas tout à fait de son avis, et voici sur quel fait je m'appuie. J'ai soigné un ingénieur de 40 ans atteint d'un ulcère de l'estomac, ayant des douleurs horribles, de la dilatation attestée par le clapotement, mais n'ayant jamais présenté d'hématémèses. Je lui pratiquai pendant plusieurs semaines le lavage avec le tube de Faucher; les douleurs diminuèrent, les mucosités étaient moins abondantes, la digestion du lait s'opérait bien, et on se louait du procédé, lorsqu'un jour du sang vint pendant le lavage. Je prescrivis au malade de cesser le lavage; mais, suffisamment exercé, il le continua en cachette, si bien qu'un jour, appelé en hâte, je le trouvai vomissant le sang par litres et bientôt il succombait.

M. Debove : Il arrive fréquemment que les hémorrhagies de l'estomac passent inaperçues, parce que le sang s'écoule par l'intestin, et que le rejet de sang par le tube semble être la première hématémèse. Je crois que, si l'ulcère saigne après les lavages, ce n'est pas par suite de l'irritation que peut déterminer le contact de la sonde, ni par suite d'une aspiration exercée par le siphon sur les vaisseaux de la muqueuse. Il faut incriminer plutôt les efforts qui accompagnent si souvent le lavage. En tout cas, lorsque dans le cours d'un lavage l'eau commence à sortir teintée de rose, les lavages sont suspendus.

M. Gérin-Roze : M. Debove nous a dit que le régime lacté conduisait à la dilatation de l'estomac. C'est une affirmation qu'il faudrait prouver. Tous les médecins des hôpitaux prescrivent quotidiennement le régime lacté pour d'autres maladies que la gastrite ulcéreuse, si bien que l'administration a cru devoir jeter un cri d'alarme. On ne voit pourtant pas la dilatation de l'estomac se déclarer chez les cardiaques et les néphrétiques soumis au régime lacté.

M. Bucquoy s'associe aux observations présentées par M. Duguet et M. Gérin-Roze. Il

n'a, il est vrai, jamais vu la mort survenir par hématémèse à la suite du lavage de l'estomac, mais il a vu souvent l'eau qui ressort du tube prendre la teinte rosée, et cet écoulement sanguin doit être attribué à l'aspiration exercée sur la surface de l'ulcère par le siphon. C'est une raison pour laquelle le lavage ne doit jamais être abandonné aux malades et ne peut être accompli que sous la surveillance du médecin.

D'autre part, M. Bucquoy ne pense pas que la dilatation soit le résultat d'une distension mécanique par le lait ingéré en excès. Elle est le résultat des lésions de la muqueuse et du tissu sous-muqueux, de la stagnation d'aliments solides non digérés, mais non pas du traitement par le régime lacté, qui reste le meilleur à opposer à la plupart des cas d'ulcère simple. Il va sans dire que tout le monde s'empressera de mettre en essai le nouveau traitement préconisé par M. Debove, et qui pourra être suivi d'heureux effets.

M. Debove croit que, dans l'usage du régime lacté, ce n'est pas tant la quantité ingérée dans les vingt-quatre heures que la façon dont cette ingestion est faite qu'il faut accuser de produire la dilatation de l'estomac. Si les malades avaient la précaution de prendre le lait par très petites quantités à la fois, et à intervalles régulièrement espacés, le danger n'existerait pas. Mais le plus souvent le malade prend ses trois litres de lait en trois fois dans la journée. La démonstration de l'influence du régime lacté sur la production de la dilatation ressort du fait suivant. Souvent M. Debove, appelé à soigner des malades atteints depuis longtemps d'ulcère et soumis au régime lacté depuis des mois, constate une dilatation très marquée; il les met alors à ce régime que M. Bouchard appelle la diète sèche, et consistant en aliments nutritifs sous un petit volume avec très peu de liquide. Bientôt la dilatation disparaît.

M. Debove : Je présente à la Société les pièces anatomiques d'un ancien garde de Paris qui a succombé à Bicêtre, et dont je dois à mon excellent ami Joffroy d'avoir pu faire l'autopsie. Cet homme était syphilitique depuis de longues années; il avait été soigné dans les hôpitaux pour des accidents d'ostéite gommeuse siégeant au niveau du tibia et du radius; un jour, en faisant l'exercice, il se fait une fracture spontanée de l'avant-bras, spontanée en ce sens qu'il y avait disproportion entre la cause traumatique et le résultat obtenu. La consolidation ne s'opéra pas, des séquestres s'éliminèrent et il s'établit une pseudarthrose qu'il est encore facile de constater aujourd'hui à vingt ans de distance.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour examiner la réponse à faire à une question posée par la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Marseille relativement à un cas de violation du principe du concours.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 17 au 23 Avril 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1297. — Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 1. — Rougeole, 38. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 57. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 12. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 61. — Phthisie pulmonaire, 262. — Autres tuberculoses, 26. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 65. — Bronchites aiguës, 43. — Pneumonie, 112. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 49; au sein et mixte, 19; — inconnues, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 100; circulatoire, 76; respiratoire, 91; digestif, 56; génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulat. et muscles, 14. — Morts violentes, 46. — Causes non classées, 5.

Résumé de la 17e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu notification pendant la semaine actuelle de 1,297 décès. C'est le chiffre le plus élevé qui ait été observé depuis un an. On avait compté 1,180 décès pendant la semaine précédente.

Les maladies épidémiques n'ont pourtant pas varié notablement de fréquence. La comparaison des chiffres des dernières semaines ne montre, en ce qui les concerne, que des différences insignifiantes : légère recrudescence pour la Fièvre typhoïde (39 décès au lieu de 31) et pour la Diphthérie (57 décès au lieu de 53); légère atténuation pour la Rougeole (38 décès au lieu de 44); enfin état stationnaire pour la Variole (1 décès au lieu de 0); la Scarlatine (4 décès au lieu de 2) et pour la Coqueluche (7 décès au lieu de 8).

Les maladies dont la fréquence a le plus augmenté sont les maladies des organes respiratoires : la Bronchite (43 décès au lieu de 29), la Pneumonie (112 décès au lieu de 100);

©BIU Santé

la Phthisie pulmonaire enfin (262 décès au lieu de 217) ont causé, pendant cette semaine un nombre de décès considérable.

Un grand nombre de mariages (564) ont été célébrés pendant la semaine actuelle; pendant les trois semaines précédentes (qui étaient les dernières du Carême) le nombre hebdomadaire des mariages avait été successivement 280-278-283. Les mariages que le Carême avait retardés se sont conclus pendant la semaine actuelle; de là vient qu'elle en présente un nombre élevé.

Le service de la statistique a reçu notification de 1,231 naissances d'enfants vivants (635 garçons et 596 filles) dont 887 légitimes et 344 illégitimes; parmi ces derniers, 74 ont été reconnus par un de leurs parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre que M. Paul Aubert-Roche est mort subitement à Vitry-le-François; il était âgé de 45 ans.

Paul Aubert-Roche était le fils du docteur Aubert-Roche, ancien médecin du vice-roi d'Egypte, ami particulier de M. Ferdinand de Lesseps, et un des fondateurs de l'*Union médicale*.

Concours pour la nomination a trois places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris. — La seconde épreuve d'admissibilité (épreuve orale) du concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris est terminée. Les quinze candidats dont les noms suivent ont été admis à subir la troisième épreuve. Ce sont, classés par ordre alphabétique, MM. les docteurs Barié, Brissaud, De Beurmann, Dreyfous, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Leroux (Marie-Henry), Lorey, Lucas-Championnière, Merklen, Muselier, Oulmont et Renault.

La dernière question donnée pour cette épreuve a été : « De l'éclampsie puerpérale. »

Faculté de médecine de Paris. — Les épreuves d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de prosecteur sont terminées. Sur les seize candidats, les huit dont les noms suivent ont été admis à subir les épreuves définitives. Ce sont MM. Barette, Broca, Chaput, Phocas, Pousson, Tuffier, Verchère et Walther.

Les questions qui ont été données pour l'épreuve orale (épreuve d'anatomie) sont : 1° Articulations des corps vertébraux; 2° Paroi externe des fosses nasales et diverticulums qui en dépendent.

Assistance publique. — *Concours public pour la nomination à trois places de médecin* au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Ce concours sera ouvert le mercredi 21 mai 1884, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 21 avril 1884, et sera clos définitivement le lundi 5 mai, à trois heures.

Legs. — L'Association française pour l'avancement des sciences ainsi que la Société d'anthropologie de Paris viennent de recevoir chacune un nouveau legs de 5,000 francs.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 10 avril, M. le docteur Boucheron (de Paris) et M. le docteur Linarès, maire de Limeuil, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Par décrets en date du 19 avril, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Alphonse Milne-Edwards (de l'Institut), professeur-administrateur au Muséum d'histoire naturelle.

Au grade de chevalier. — M. Desgraves, médecin de deuxième classe de la marine.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Alfred Fournier : Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux. — II. Auvard : Spondylizème et Spondylolisthésis. — III. Correspondance. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine de Paris. — V. Variétés. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux (1).

Leçons professées, à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Alfred Fournier.

Ces préliminaires établis, venons aux descriptions cliniques.

Tout naturellement, c'est l'étude des *formes initiales* de l'affection qui va nous occuper tout d'abord. Et c'est aussi l'étude de ces formes initiales qui nous arrêtera le plus longtemps, car elle compose la partie la plus essentielle, la plus pratiquement utile de notre sujet, et cela pour une raison que déjà vous avez comprise. Intervenez *à temps* dans la syphilis cérébrale du jeune âge, comme du reste dans celle de tout âge, et vous aurez de nombreuses chances pour l'enrayer ou la guérir. Intervenez trop tard, presque à coup sûr vous resterez impuissants. Reconnaître la syphilis cérébrale naissante, la dépister à son origine, tout est là pour la pratique, tout est là pour le salut des malades. Or, il va sans dire que, pour la reconnaître à ses débuts et pour intervenir *à temps*, il faut avoir notion de ses formes initiales, il faut être préparé à la diagnostiquer, voire plutôt à la pressentir, à la deviner presque, sous les expressions multiples et variées dont elle est susceptible à ses débuts.

Quelles sont donc ces formes initiales de la maladie?

Je vous les ai données comme fort diverses. A vrai dire, en effet, presque tous les symptômes d'ordre cérébral peuvent prendre place dans les premières étapes de l'affection. Mais il en est quelques-uns qui, de préférence à d'autres, se tiennent à l'avant-garde, s'il m'est permis d'ainsi parler, et qui de la sorte *ouvrent la scène*. Ceux-ci méritent une attention particulière, et je dois vous les signaler avec quelques détails.

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 avril 1884.

FEUILLETON

Littérature médicale étrangère.

Lettres médicales sur Gheel, par M. Peeters (1).

C'est un voyage qui a son charme et sa variété d'aller d'Anvers à Gladbach, par le nouveau chemin de fer des Campines.

La contrée est d'abord fertile, comme en témoigne la richesse de la végétation. Mais voici que la locomotive franchit la station de Lierre; le paysage change d'aspect; les cultures deviennent plus rares, les moissons plus maigres et les villages plus pauvres.

On reconnaît bien là le pays de Campine, vastes plaines dont la bruyère cache l'infécondité et où, seulement par place, au milieu d'îlots plus fertiles, s'élèvent quelques villages. Pour celui qui, par la pensée, retourne quelques vingt-cinq ans en arrière, les fermes étaient clairsemées dans ces steppes alors en grande partie incultes. Les maisons de chaume avaient des toits abaissés, des fenêtres étroites et des portes qu'il fallait franchir en se courbant. Aujourd'hui, les habitations se sont améliorées et l'hygiéniste aurait tout lieu d'être satisfait des progrès accomplis.

Si, au lieu de poursuivre la route vers Gladbach, on quitte le chemin de fer pour se

(1) *Gheel et le patronage familial. Lettres médicales*, par M. le docteur Peeters. Bruxelles 1883, A. Manceaux.

©BIU Santé

Trois ordres de symptômes servent d'exorde à la syphilis cérébrale héréditaire dans un très grand nombre de cas, et, soit isolés, soit associés entre eux, composent le début usuel de la maladie. Ce sont :

1° Des symptômes d'ordre convulsif (épilepsie);
2° Des maux de tête;
3° Des troubles variés de l'intelligence.

I. — Parlons d'abord des symptômes d'ordre *épileptique*.

Il faudrait remonter assez haut dans les annales de la science pour trouver la première mention de tels symptômes chez les enfants issus de parents syphilitiques. De vieux auteurs des siècles précédents ont signalé l'épilepsie comme une conséquence héréditaire de la syphilis. En 1712, par exemple, Maurice Hoffmann relatait une observation où il se flattait d'avoir guéri par le mercure « une épilepsie sur une jeune fille de 9 ans, d'illustre naissance », et d'avoir été conduit à essayer ce mode de traitement parce qu'il savait que le père de sa malade « avait été infecté de vérole autant qu'on peut l'être ». — Joseph Plenck, en 1779, citait une guérison semblable obtenue par « le mercure gommeux » sur un enfant de 6 ans qui « présentait, depuis près de trois années, des crises épileptiques à retours irréguliers ». — Rosen de Rosenstein et nombre d'autres auteurs ont rapporté des cas de même ordre.

Rien d'étonnant du reste à ce que les symptômes épileptiques aient été reconnus et signalés de vieille date chez les enfants affectés de syphilis héréditaire. Ils constituent, en effet, un ordre de phénomènes des plus fréquents dans la syphilis cérébrale du jeune âge. Et la fréquence même de ces phénomènes trouve une explication toute simple dans la prédisposition bien connue des enfants aux accidents de forme convulsive. Chacun sait avec quelle facilité les jeunes sujets prennent des crises d'éclampsie. Il suffit souvent pour eux d'une cause légère qui ébranle ou excite leur susceptibilité nerveuse pour déterminer une décharge éclamptique. *A fortiori*, une cause majeure, telle que la syphilis, est-elle susceptible d'éveiller à cet âge des manifestations de ce genre.

Aussi bien, pour le dire à l'avance, les symptômes d'ordre épileptique figurent-ils *à toutes les étapes* de la syphilis cérébrale chez l'enfant et même chez l'adolescent. On les rencontre soit au début même de l'affec-

---

diriger vers Hérentals, le territoire devient à nouveau fertile. Les hameaux se multiplient; on entre dans une sorte d'oasis. C'est le territoire de Gheel, pays de Chanvan, dans les sables de Campine; c'est aussi le pays traditionnel des aliénés.

La tradition, en effet, d'après *les Lettres* de notre distingué confrère belge, le docteur Peeters y place, depuis l'an 600, un lieu de pèlerinage à la chapelle de Sainte-Dymphne, patronne des aliénés. Héroïque et singulière légende à coup sûr, d'après laquelle la sainte, fille d'un roi irlandais du VIe siècle, s'enfuit de la maison paternelle avec Gérébenne, son confesseur. Redoutant les obsessions incestueuses de son père, elle serait venue à Zammel où on montre encore « le petit puits où elle allait puiser de l'eau » et à Westerloo, dans l'auberge du « Chaudron » dont l'hôtesse la dénonça. Elle fut décapitée, ajoute la légende, à la place où s'élève actuellement l'église de Gheel, le 30 mai de l'an 600. Depuis cette époque, les aliénés sont venus en pèlerinage sur son tombeau. Autrefois, ils étaient « logés dans le *ziekenkamer*, dépendance de l'église, aujourd'hui encore existante, et y restaient neuf jours au moins. Quand après cette neuvaine, ils n'étaient pas guéris, — m'est avis qu'il devait souvent en être ainsi, — on les confiait à une des familles du voisinage pour y continuer leurs prières. Aujourd'hui, ils y continuent leur traitement; ce qui est moins miraculeux, mais, à coup sûr, plus profitable pour eux, plus honorable pour la sagesse humaine et plus favorable pour leur état mental.

Peu à peu, l'assistance publique s'organisa, remplaçant les hôtelleries religieuses de la localité. Des médecins furent chargés du service et la colonie des aliénés de Gheel perdit de son caractère religieux et prit une importance humanitaire croissante. En 1883, elle comptait une population de 1,663 malades; les uns, *pensionnaires*, entretenus aux frais des familles, les autres, *indigents*, à la charge des communes, des établissements

tion, comme manifestations initiales, servant de prélude à d'autres accidents; — soit à une période moyenne, où ils viennent s'associer à des accidents antérieurs d'autre forme; — soit encore dans la période terminale, voire à une étape tout à fait ultime. Nombre de jeunes sujets succombent de la sorte au cours d'une attaque épileptique qui leur sert pour ainsi dire d'agonie.

A ne parler pour l'instant que de l'épilepsie *initiale*, de celle qui s'observe dans les premiers temps de la maladie et qui, très positivement, ouvre la scène, voyons comment et sous quelles formes elle se présente en clinique.

Elle est susceptible de modalités variées, lesquelles, en somme, se réduisent aux deux types suivants :

1° Le type de l'épilepsie pure et simple, exempte de tout autre trouble concomitant;

2° Le type de l'épilepsie *associée*, j'entends combinée à d'autres phénomènes cérébraux.

Ces deux formes sont très inégales comme fréquence. La première est assurément rare, et je n'en ai guère observé, pour ma part, que deux ou trois cas bien authentiques. La seconde, au contraire, est très commune.

Dans la première, simple par excellence, c'est un ordre unique de phénomènes qui constitue toute la scène morbide. Tout se réduit à ceci : *une succession de crises épileptiques.*

Un enfant, par exemple, est pris, au cours d'une santé en apparence exempte de tout trouble morbide, d'une crise convulsive soudaine, inattendue. Subitement, il tombe, il se débat en des convulsions plus ou moins intenses, plus ou moins prolongées, à la suite desquelles il s'endort d'un lourd sommeil, pour se réveiller bientôt un peu troublé, mais sans conserver le moindre souvenir de ce qui vient de se passer; et c'est tout.

Puis une seconde crise identique se produit à quelque temps de là. Puis une troisième, une quatrième, une dixième, etc., se succèdent à intervalles variables, toujours avec le même ordre de phénomènes.

Et c'est tout encore. Rien autre ne s'ajoute à la scène morbide. De sorte qu'au total on est en présence d'un enfant qui a des crises convulsives, épileptiques, mais qui n'a que cela, qui, à part cela, est un sujet bien por-

---

charitables ou de l'Etat. D'après M. Peeters, on les divise en trois catégories : les propres, les demi-gâteux et les gâteux; groupement qui a son importance à la fois médicale et administrative.

La rétribution des indigents s'élève, pour les propres, à 82 centimes par jour, chiffre sur lequel le nourricier reçoit 58 centimes pour la nourriture et 10 centimes pour le coucher. L'excédent est ainsi calculé : 8 centimes pour le service médical, 1 centime pour la pharmacie, 10 centimes pour l'habillement, 2 centimes pour l'administration et 1 centime pour la surveillance. La modeste indemnité perçue par le nourricier est compensée par le produit du travail des aliénés. La journée du *demi-gâteux* est de 92 centimes et celle du *gâteux* de 97 centimes. Les *pensionnaires* payent une rétribution d'un taux plus élevé, dont le dixième est prélevé pour le service médical.

La portion essentielle et principale de la colonie, c'est-à-dire le *village*, reçoit le plus grand nombre des malades qui sont répartis dans cette agglomération de hameaux dont l'ensemble forme le pays de Gheel. L'*infirmerie* est la partie accessoire et ne reçoit que les aliénés infirmes, débiles ou violents. Les malades qui arrivent y sont mis en observation provisoire avant leur placement chez un nourricier.

D'ailleurs, cette infirmerie est peu peuplée, et c'est tout au plus si parfois on y compte 40 malades. De 1853 à 1870, le nombre des entrées dans la colonie s'est élevé à 3,021 ; celui des guérisons et des améliorations à 724 ; de sorte que la proportion des cas curables était de 24 p. 100 dans cette période. Ce chiffre paraît faible, mais il faut tenir compte de ce fait que Gheel reçoit surtout les aliénés incurables des hospices fermés, dans la proportion de 78 p. 100. La mortalité a été assez élevée (7 à 8,8 p. 100 pendant les années 1876 à 1878), les évasions et les suicides rares, et les crimes peu nombreux.

©BIU Santé

tant, exempt de toute autre manifestation morbide, exempt notamment de toute autre manifestation cérébrale.

Dans la seconde forme, le tableau est différent, et différent parce qu'à côté de l'épilepsie prennent place dans l'ensemble morbide d'autres symptômes contemporains, symptômes qu'à coup sûr l'épilepsie domine de sa haute et bruyante importance, qu'elle efface même le plus souvent, mais qui ne laissent pas néanmoins d'imprimer à la scène pathologique une physionomie particulière, comme aussi, relativement au diagnostic, une signification précise.

Ici encore, nous avons bien affaire à un enfant ou à un adolescent qui, dans un état de santé normale, a été pris de crises épileptiques. Mais c'est là, d'autre part, un enfant qui ne se présente plus comme dans le cas précédent sous les apparences d'un simple épileptique; c'est là un enfant qui a « autre chose que de l'épilepsie », comme on dit en langage courant, et sur lequel on découvrira d'autres symptômes, si peu qu'on l'étudie avec soin, si peu qu'on pénètre dans les détails de sa vie, de sa santé actuelle.

Quels sont ces autres symptômes?

A ne tenir compte que des plus usuels, signalons surtout : des maux de tête intermittents, à répétitions fréquentes; — des symptômes d'ordre congestif : bourdonnements, éblouissements passagers, étourdissements, obnubilations, vertiges, tournoiements; — des modifications du caractère et de l'habitus moral; — certaine défaillance, certain affaiblissement des facultés de l'intellect; — sans parler de l'association fréquente, habituelle même, de plusieurs des symptômes précédents.

Ainsi, en interrogeant longuement et scrupuleusement les parents ou l'entourage du petit malade, en fouillant sa vie intime (ce qu'il faut ne jamais négliger en pareil cas), on aboutit presque toujours à apprendre ceci : que, depuis un certain temps, « ce n'était plus le même enfant », qu'il semblait modifié comme allure générale, que « son caractère avait changé », qu'il avait moins d'entrain, moins de vivacité, moins de pétulance, moins de goût à ses jeux habituels, etc.; — qu'il « se plaignait de la tête de temps à autre », qu'il était sujet à « des espèces de migraine », dont il paraissait souffrir vivement; — qu'il accusait parfois, dans son

---

A Gheel le traitement de l'aliénation mentale est donc celui du repos plutôt que de l'isolement. Le malade quitte ses habitudes, son milieu et sa famille, et, parmi les étrangers qui l'entourent, mène une vie calme mais exempte d'oisiveté pour la plupart des aliénés et même des pensionnaires. De plus, au témoignage de M. Peeters, les nourriciers, de temps immémorial, n'ont jamais maltraité les aliénés confiés à leurs soins. Bien que ceux-ci soient au nombre de 1600, disséminés sur une étendue de 10,000 hectares où la surveillance est difficile, les condamnations de leurs surveillants pour violences sont fort rares. Ces qualités de patience, tout à l'honneur des Gheelois, avaient naguère déjà été signalées avec éloge, par M. Falret, en 1861. En retour, l'intervention médicale n'est pas assez active, et les aliénés semblent soumis au nourricier plutôt qu'au médecin.

Il est rarement besoin d'avoir recours aux moyens de coercition, et M. Peeters déclare que sous sa direction, c'est-à-dire depuis quelques années, l'emploi en est encore devenu plus exceptionnel. Toutefois, la liberté des aliénés n'est pas sans inconvénient, car elle est trop souvent pour eux l'occasion de se livrer à des excès alcooliques trop facilement tolérés par la police locale et par les nourriciers.

Une des critiques adressées par M. Lentz aux fermes-asiles destinées aux aliénés était le petit nombre, 12 p. 100 seulement, des malades occupés aux travaux agricoles. Ici, la proportion des travailleurs est de 72 p. 100, dont plus de la moitié s'occupe aux champs. Le patronage familial a, d'ailleurs, cet avantage d'apporter une grande variété dans le choix de ces occupations, et par conséquent d'agir opportunément sur les états psychiques si divers des aliénés.

Les lettres de M. le docteur Peeters ne manquent donc pas d'attraits pour le lecteur

langage enfantin, divers symptômes bizarres, étranges, restés incompris, où l'analyse médicale reconnaît seule des indices non équivoques de troubles cérébraux; — qu'il montrait moins d'application, moins d'aptitude au travail, qu'il semblait comprendre moins facilement ce qu'on lui apprenait, qu'il retenait mal ses leçons, qu'il faisait de « mauvais devoirs, semés de fautes grossières », etc.; bref, que son intelligence paraissait comme engourdie, débile, déprimée.

Exemple typique en l'espèce.

Un enfant naît d'un père et d'une mère récemment syphilitiques. Il présente dès le jeune âge quelques accidents spécifiques sur la peau et les muqueuses. On le traite; tout disparaît, et on le croit guéri. En effet, aucun symptôme spécial ne se reproduit. L'enfant grandit, se développe convenablement au point de vue soit physique, soit intellectuel, et atteint l'âge de sept ans et demi sans autres troubles morbides qu'une rougeole, une coqueluche et quelques indispositions légères.

Puis, tout à coup, alors qu'il paraissait en pleine santé, voici qu'un jour, en jouant, il tombe à la renverse, privé de connaissance, se débat en des convulsions « affreuses », écume, se mord la langue, urine sous lui, etc. Il s'endort à la suite de cette crise, puis se réveille fatigué, maussade, ne conservant d'ailleurs aucune notion, aucun souvenir de ce qui s'est produit.

Deux autres crises semblables succèdent à la première dans le courant de la même semaine.

Je suis mandé à ce moment. Je trouve des parents éperdus, affolés, qui croient leur enfant épileptique, qui me décrivent en détail les divers incidents de ses crises convulsives, mais qui ne me parlent que de cela, *sans la moindre allusion à n'importe quel autre symptôme*. Incidemment, Mes sieurs, remarquez ce dernier point, car il s'y rattache un enseignement pratique. L'épilepsie est un tel épouvantail pour les gens du monde que non seulement elle prime à leurs yeux tous les autres phénomènes morbides, mais qu'elle les efface absolument. Quand elle prend place dans une scène pathologique, on ne voit plus qu'elle, et il n'est plus question d'autre chose.

Néanmoins, éclairé sur de telles situations par le souvenir de cas semblables, j'interroge la famille, j'établis une véritable enquête sur ce qu'on

---

au courant des rapports et des critiques qui, maintes fois, en Belgique, en France ou à l'étranger, ont été publiés sur le système appliqué à Gheel. L'auteur, partisan ardent de ce système, écrit avec conviction, parfois même avec une sorte d'enthousiasme, et fait valoir sa cause en invoquant pour argument la statistique raisonnée, les observations de nombreux médecins et une longue expérience personnelle.

On peut, à coup sûr, différer d'avis avec l'ancien et distingué médecin-inspecteur de la colonie; on n'en est pas moins tenté de répéter, en fermant ce livre, le vulgaire proverbe latin : *Experto crede Roberto*. Enfin, il faut en tenir compte et rendre hommage à l'auteur, cet ouvrage est d'autant plus à l'honneur de la littérature médicale de nos voisins du Nord, que, dans nombre de pages, M. Peeters accorde une équitable justice aux travaux de nos compatriotes.

A l'heure actuelle, ce témoignage a sa valeur: il montre que la science française compte encore en Belgique des amis qui ne craignent pas d'affirmer leurs sympathies. — C. E.

MIXTURE DIURÉTIQUE. — Bartholow.

Infusion de digitale.	125 grammes.
Vinaigre scillétique..	15 —

Mêlez. — Une cuillerée à soupe, deux ou trois fois le jour, dans l'hydropisie occasionnée par les maladies du cœur.

©BIU Santé

ne m'a pas dit, et je finis, non sans peine, par mettre à jour les trois points suivants, que je recommande, Messieurs, à toute votre attention, parce que ce sont eux qui, en l'espèce, ont déterminé le diagnostic, comme ce sont eux qui pourront vous rendre le même service en pareille occurrence. J'apprends donc:

1° Que l'enfant a eu des *maux de tête* ces derniers temps. Depuis trois semaines environ, il s'est plaint de la tête à diverses reprises, voire parfois assez vivement. Quand il souffre de la sorte, il ne tolère pas la lumière; il faut le laisser dans l'obscurité.

2° Plusieurs fois depuis le même temps, il a éprouvé des symptômes étranges qu'il a racontés à sa mère. Par moments «il ne voyait plus rien», ou bien «la tête lui tournait, tout tournait autour de lui»; ou bien encore «il avait des sonnettes dans les oreilles». Un jour, il a cru qu'il allait tomber. Tout cela n'avait qu'une durée éphémère; «c'était fini, disait-il, en un petit instant ». Traduits en langage médical, ces phénomènes devenaient des *éblouissements*, des *bourdonnements*, des *vertiges*, bref des accidents d'ordre congestif.

3° J'interroge la gouvernante de l'enfant, et j'obtiens d'elle des renseignements plus significatifs encore sur l'état de l'*intelligence*. Depuis quelques semaines, me dit cette femme, l'enfant est devenu inattentif, inappliqué, oublieux; il ne travaille plus qu'à contre-cœur; il ne fait plus ou il fait mal ses devoirs; il manque de mémoire, il ne sait plus ses leçons; il « désapprend ». Par instants même, ajoute-t-elle, « il semble comme ahuri, hébété, ne comprenant plus rien, ne répondant pas à ce que je lui demande, etc. ». En outre, il s'est modifié comme caractère. Il a perdu de sa vivacité, de sa pétulance habituelle; il est souvent maussade, ennuyé, grognon; il joue peu et ne prend plus plaisir à ce qui l'amusait autrefois, etc.

D'après cela, mon diagnostic était fixé. Un tel ensemble de symptômes excluait l'hypothèse d'une épilepsie simple. C'était manifestement à une épilepsie *symptomatique* que j'avais affaire, ou, pour mieux dire, à une affection cérébrale dont l'épilepsie constituait pour l'instant le phénomène principal, le symptôme en vedette.

Quant à la nature probable de cette affection cérébrale, elle ressortait tout naturellement des antécédents de famille et des antécédents personnels du petit malade. Aussi, sans hésitation comme sans retard, prescrivis-je un traitement spécifique, à fortes doses. Le résultat en fut ultra-confirmatif. Immédiatement les maux de tête disparurent; les accidents congestifs se dissipèrent; l'intelligence se rétablit, et l'enfant redevint ce qu'il était quelques semaines auparavant. J'ai la satisfaction d'ajouter que depuis lors ces accidents épileptiques ne se sont plus reproduits.

Eh bien, les cas de ce genre ne sont pas rares. J'en ai observé plusieurs, pour ma seule part. Divers médecins en ont signalé. C'est ainsi, par exemple, que, dans le fait si curieux que nous devons à Dowse et que je vous ai relaté précédemment, le début d'une syphilis cérébrale d'origine héréditaire fut marqué par la série des symptômes suivants: céphalée violente, à exacerbations nocturnes, accès épileptiques nombreux, et affaissement progressif de l'intelligence. — De même, dans un autre cas de Glascow (1), l'invasion de la maladie se fit par un ensemble clinique exactement semblable, à savoir: «maux de tête, perte de mémoire, nausées, et accès convulsifs avec perte de connaissance».

Telle est en effet — rappelez-vous bien ceci, Messieurs — une modalité initiale des plus communes, des plus usuelles, pour la syphilis cérébrale des jeunes sujets; modalité constituée par l'association des symptômes suivants:

(1) *Philadelphia Medical Times*, 1879, 21 juin, p. 453.

Maux de tête ;
Troubles de l'intelligence et *modification du caractère ;*
Accès épileptiques.

Ajoutez à cette triade quelques phénomènes mineurs, souvent effacés ou de constatation difficile en raison de l'âge des petits malades, et vous aurez l'ensemble symptomatologique qui, je le répète, constitue, pour un grand nombre de cas, l'entrée en scène de la syphilis cérébrale héréditaire.

(*A suivre.*)

Spondylizème et Spondylolisthésis.

Ces deux dénominations, malgré leurs allures un peu barbares, étant désormais reçues en obstétrique, il ne nous semble pas inutile d'entretenir en quelques mots les lecteurs des récents progrès faits dans l'étude des déformations pelviennes représentées par ces deux noms.

Supposons une vertèbre quelconque du rachis, elle pourra altérer la courbe normale de la colonne qu'elle contribue à former de deux façons, soit en glissant entre ses voisines, soit en s'effondrant, en disparaissant sous l'influence d'un processus destructif. Dans le premier cas, on dit qu'on a affaire à la spondylolisthésis (ολισθησις, glissement) ; dans le second, au spondylizème (ζημα, affaissement). Cette altération peut s'observer en un point quelconque de la colonne vertébrale, mais elle atteint de préférence la cinquième vertèbre lombaire et, en ce point, elle prend un intérêt tout particulier, car le rachis ainsi dévié prend place dans l'aire du détroit supérieur. Un rétrécissement pelvien de degré variable en est la conséquence ; le pelvis n'est plus libre ; il devient le *pelvis obtecta ;* la colonne vertébrale vient le recouvrir, obstruant la voie réservée pour le passage du fœtus au moment de l'accouchement.

C'est à Riliau que la science est redevable de la connaissance de cette altération pelvienne, et au professeur Herrgott (de Nancy) revient l'honneur d'avoir nettement séparé le spondylizème de la spondylolisthésis, altérations pelviennes que nous allons passer en revue successivement.

I. — Spondylizème.

Quand, sur le trajet du rachis, le corps d'une vertèbre est détruit, sous l'influence d'une carie par exemple, la colonne s'affaisse, les deux vertèbres voisines se rapprochent. La courbure normale du rachis est altérée, elle prend la forme d'un V ouvert en avant et dont le sommet correspond à l'os malade. La cyphose est ainsi constituée ; on a, en somme, les lésions du mal de Pott.

Supposons la cinquième lombaire détruite de la même façon, on observera le même effondrement que tout à l'heure, mais tandis que précédemment la colonne en s'effondrant venait constituer une saillie en arrière, ici c'est en avant que la saillie va proéminer ; au lieu d'une bosse postérieure, on aura une bosse antérieure.

Pourquoi cette différence ? La raison doit en être cherchée dans la conformation dissemblable des parties. Au niveau du bassin, le sacrum constitue une tige rigide qui ne peut basculer en arrière pour venir constituer la saillie postérieure. La face articulaire supérieure du sacrum forme un plateau immobile, sur lequel s'effondrent les éléments altérés de la colonne vertébrale, tout en le débordant en avant.

Comme on le voit, sauf le sens de la déviation, l'altération est identique à celle que l'on observe dans la cyphose du mal de Pott, d'où la dénomination de bassin cyphotique que voulait lui donner Fehling. Dénomination absolument impropre, ne pouvant prêter qu'à confusion, car, par bassin

©BIU Santé

cyphotique, on entend une altération pelvienne absolument différente de la précédente.

En lui assignant le nom de spondylizème, Herrgott a évité pareille confusion; et cette dénomination est généralement acceptée aujourd'hui.

II. — Spondylolisthésis.

La spondylolisthésis présente au premier abord de grandes analogies avec le spondylizème; dans les deux cas, il y a *pelvis obtecta*, mais, en pénétrant dans le détail, on s'aperçoit rapidement que les lésions et la pathogénèse sont absolument différentes.

Ce glissement vertébral a été depuis trois ans étudié avec le plus grand soin par le docteur Franz Neugebauer (de Varsovie), et c'est aux travaux de ce jeune savant que nous allons faire de larges emprunts pour la description de la spondylolisthésis.

En recueillant les différents cas de spondylolisthésis connus, on a pu trouver 43 observations, dont 17 ayant trait à des cadavres dont les bassins ont été recueillis; les 26 autres cas n'ont été vus que sur le vivant.

En étudiant ces 17 bassins, voici les altérations que l'on a rencontrées : le corps de la cinquième vertèbre lombaire était en général peu altéré, mais simplement déplacé, repoussé plus ou moins en avant. L'altération constante, pathognomonique, porte sur l'arc osseux de la cinquième vertèbre lombaire et sur les apophyses articulaires de la première sacrée.

Ces altérations étaient invariablement au nombre de deux : 1° *changements de forme*; 2° *fractures*.

1° *Changements de forme* : l'arc osseux de la cinquième vertèbre lombaire était étiré d'avant en arrière, de manière à présenter des dimensions antéro-postérieures supérieures à la normale. Il s'était produit là en somme une dolichospondylie, c'est-à-dire une déformation rappelant, pour l'arc vertébral, celle de la dolichocéphalie pour la tête.

2° *Fractures*. Outre ce changement de forme, il existait toujours une ou plusieurs fractures portant soit sur les apophyses articulaires de la première vertèbre sacrée, soit de préférence sur l'arc osseux de la cinquième lombaire au niveau du trait d'union entre les apophyses articulaires supérieures et inférieures. Cette dernière fracture existait tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés à la fois.

Telles sont les lésions constatées; comment les expliquer?

Il y a un premier fait qui semble constant dans l'histoire du glissement vertébral, c'est la présence d'une des fractures dont nous avons parlé. En recherchant attentivement dans l'histoire des malades, on trouve presque toujours le traumatisme coupable de l'accident; toutefois, en certains cas, pareille recherche a été infructueuse, cas pour lesquels Neugebauer admet un vice de développement de la vertèbre, par lequel l'arc osseux ne se souderait pas dans la partie qui rejoint les apophyses articulaires supérieures et inférieures. Le vice de conformation a pu être observé sur d'autres vertèbres en voie de développement.

La solution de continuité étant établie congénitalement ou accidentellement, comment ensuite va se faire le glissement vertébral?

L'arc vertébral est détaché complètement ou incomplètement du corps de la vertèbre, mais toujours retenu à lui par les parties molles, ou la vertèbre est intacte, mais les apophyses articulaires du sacrum sont fracturées, la cinquième lombaire n'est plus retenue que par des ligaments; comment va s'opérer le glissement?

Ici nous nous trouvons en présence de deux théories, celle d'Herrgott, et celle de Neugebauer.

a. Pour Herrgott, à la suite de la fracture survient une *ostéite* chronique; l'inflammation ramollit l'os, l'arc osseux s'allonge, se déforme, et le corps

de la vertébrale mal maintenu s'échappe en avant. L'ostéite est donc le coupable qui vient desserrer en les altérant les liens du corps vertébral et lui permet ainsi de s'échapper en avant.

b. Pour Neugebauer, l'ostéite peut se déclarer, mais elle est un pur accident qui n'a aucune influence sur la production de la spondylolisthésis. Ce n'est pas d'après cet auteur un phénomène vital qui agit ici, mais bien une influence purement physique, celle de la *pesanteur*. Herrgott a objecté que, s'il en était ainsi, le glissement vertébral devrait se produire brusquement après la fracture. Ce n'est nullement utile; le glissement peut parfaitement, sous l'influence de la pesanteur, s'accomplir petit à petit, de même par exemple que le chevauchement des fragments pendant la guérison des fractures.

En somme, pour l'un comme pour l'autre auteur, le traumatisme, la fracture est le point de départ du glissement; puis, pour Herrgott, l'ostéite vient favoriser l'action de la pesanteur pour produire la spondylolesthésis; pour Neugebauer, le pesanteur seule agirait sans qu'il soit besoin d'inflammation osseuse. — Tel est l'état de la question aujourd'hui; on voit que les divergences entre ces deux auteurs sont bien faibles.

Des symptômes présentés par la spondylolesthésis, nous ne dirons rien; ils sont exposés dans les livres classiques. Un seul point mérite l'attention, c'est l'attitude spéciale de la femme; à travers les vêtements, on peut deviner le glissement vertébral, le tronc est raccourci, il semble enfoncé dans le bassin. La femme étant examinée sans vêtements, on sera rapidement frappé par l'écartement des crêtes iliaques qui, contrairement à l'état normal, mesurent un diamètre transversal supérieur au bi-trochantérien, fait qui peut servir à établir le diagnostic avec la luxation congénitale des fémurs, où les trochanters font au contraire au dehors une saillie exagérée si on la compare à l'écartement des crêtes iliaques.

Dr Auvard.

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante :

Paris, le 26 avril 1884.

Très honoré confrère,

Plusieurs de mes amis, me confondant avec le docteur Nicolas, qui exerce au Mont-Dore, ont cru que j'allais m'installer dans cette dernière station. Est-il indiscret de vous demander d'insérer ces deux mots dans l'*Union* pour informer ceux qui pourraient l'ignorer que je ne quitte pas la station où j'exerce depuis plusieurs années et que je ne nommerai pas, pour ôter à cette note tout caractère de réclame.

Veuillez, agréer, etc.

Dr Ad. Nicolas.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 avril 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Proust présente, au nom de M. le docteur Napias, diverses brochures relatives à des questions d'hygiène et de toxicologie.

M. Dechambre présente, au nom de M. le docteur Corriveaud (de Blaye), un volume intitulé : *Le lendemain du mariage*.

©BIU Santé

M. Léon Colin présente, au nom de M. le docteur Bourgeois, médecin-major, une note sur la vaccination par injections sous-épidermiques; — M. le docteur Dubouë (de Pau), de la part de M. le docteur Conetti, aide-major de 1re classe, un travail intitulé : *Considérations générales sur les vaccinations et les revaccinations.*

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Gavoy, une *Note sur l'amplitude des mouvements du cerveau sous l'influence de la pesanteur.*

M. Jules Guérin présente, au nom de M. le docteur Chassinat, médecin à Hyères (Var), un *Mémoire sur quelques affections cérébrales intermittentes d'origine paludéenne.*

M. Luys demande à faire une rectification sur un point de sa précédente communication sur les mouvements du cerveau.

Il s'agit de cet espace *libre* et non pas *vide*, entre le cerveau et le crâne, dont il a été question dans la discussion.

M. Luys a fait à ce sujet de nouvelles expériences, et il met sous les yeux de ses collègues deux pièces anatomiques représentant des coupes verticales et horizontales de crânes injectés avec des substances solidifiables.

Ces injections ont été faites sur des cadavres placés les uns dans la position verticale, les autres dans la position horizontale. Or, on voit que, pour les premiers, la substance injectée et solidifiée occupe la partie supérieure de la boîte crânienne, tandis que, pour les seconds, elle occupe la partie antérieure.

L'espace libre variant avec l'attitude de la tête, c'est donc que le cerveau se déplace et obéit à l'influence de la pesanteur.

Ces pièces démontrent, en outre, qu'il y a inégalité entre la capacité du contenant et le volume du contenu. L'inégalité de cubage peut s'évaluer d'après le volume de la matière injectée qui est de 120 grammes. Or, suivant Broca, la capacité crânienne étant de 1335 centimètres cubes, il en résulte que l'espace libre, mesuré par la quantité de la matière injectée, est égal à peu près à la onzième partie de cette capacité.

M. Trélat demande à faire quelques observations au sujet de la communication de M. Luys sur les mouvements du cerveau: il se trouve en complet désaccord sur ce point avec son collègue.

Le cerveau, dit M. Trélat, est disposé de manière à subir le moins possible les effets isolés de la pesanteur, soit dans les changements d'attitude, soit dans les chocs à la tête, et à échapper aux variations de pression dépendant de la respiration, de la diastole artérielle, de la réplétion des sinus par les attitudes ou par l'effort.

A l'état normal, le sang des sinus et plexus veineux d'une part, et de l'autre le liquide céphalo-rachidien sont, par leur accommodation précise et rapide, les agents de ce mécanisme préservateur.

Les mouvements que la masse cérébrale exécute, grâce à la séreuse arachnoïdienne, sont, à l'état normal, bornés aux faibles variations de tension du cerveau ou de ses *tutamina*.

Si le mécanisme exposé par M. Luys était réel, la contusion, l'attrition du cerveau seraient extrêmement fréquentes, le crâne étant dur, le cerveau mou, le choc certain grâce au vide.

Heureusement, ce phénomène est rare et, pour qu'il se produise, il faut l'emploi de forces considérables qui déjouent l'effet des conditions normales.

Dans les précipitations sur la tête, sans fracture du crâne ou avec fracture, mais sans ouverture de la boîte osseuse, on observe des attritions de la substance cérébrale au point du choc, quelquefois au point opposé.

C'est dans ces conditions essentiellement anormales et extra-physiologiques que des mouvements de déplacement se produisent. Mais, ici, nous sommes sur le terrain pathologique. La fonction normale est anéantie par une force supérieure. M. Béclard a déjà indiqué la puissance de cette force. M. Trélat ajoute que M. Luys a observé sur le cadavre. Il n'insiste pas sur les profondes différences qui résultent de la disparition ou de la diminution du liquide céphalo-rachidien, de l'absence ou de la coagulation du sang veineux.

L'injection coagulante faite dans les artères ne rétablit en rien les conditions de la vie. Les observations pathologiques empruntées à Broca et à M. Verneuil ne prouvent absolument qu'une chose, c'est que l'encéphale subit des variations de pression dont les sources sont connues. Ces faits ne prouvent aucunement que le cerveau se déplace en masse.

Les déductions et hypothèses physiologiques que M. Luys a tirées de ses expériences sont, les unes, étrangères au sujet comme le *mal de mer* ou le *coup de soleil*, les autres trouvent leur explication naturelle dans les modifications de la circulation du cerveau et

ne fournissent non plus aucune preuve en faveur du déplacement ou ballottement de la masse cérébrale.

M. Sappey croit pouvoir introduire dans la discussion quelques données nouvelles qui aideront à résoudre le problème posé à l'Académie par M. Luys.

D'abord le poids anatomique du cerveau doit être pris en considération. Ce poids a été exagéré par Broca. Des recherches auxquelles il s'est livré, M. Sappey conclut que le poids cadavérique de l'encéphale est, en moyenne, de 1,350 grammes.

M. Sappey établit ensuite ce qu'il appelle le poids *physiologique* du cerveau, qu'il évalue par la comparaison en poids anatomique d'un cerveau donné avec le poids du volume d'eau déplacé par ce même cerveau plongé dans ce liquide. Des résultats fournis par quatre cerveaux appartenant à des individus de sexe différent (deux hommes et deux femmes), et dont l'âge variait entre 75 ans et 30 ans, M. Sappey conclut que la moyenne du poids physiologique de l'encéphale est de 45 grammes.

Un troisième élément de la question réside dans les rapports de la surface de l'encéphale à la surface de la voûte crânienne. Il existe entre les deux surfaces un intervalle normal de 5 millimètres, lequel est rempli par le liquide sous-arachnoïdien. Cet intervalle augmente ou diminue suivant l'état d'atrophie ou d'hypertrophie de la masse encéphalique. Il peut être, dans certains cas, de un centimètre et davantage.

Les rapports entre les deux surfaces varient suivant qu'on les considère en haut ou en bas. En haut la surface des circonvolutions cérébrales ne se moule pas sur la paroi de la voûte crânienne, tandis qu'en bas elle laisse son empreinte sur la surface osseuse de la base de la cavité.

Examinant ensuite la question des mouvements du cerveau dans le crâne, M. Sappey reconnaît la parfaite exactitude des résultats annoncés par M. Luys. Il a répété ses expériences et il a vu, comme M. Luys, qu'il existait entre la voûte crânienne et l'encéphale un intervalle de 4 à 6 millimètres. Mais M. Luys a négligé de faire la contre-épreuve de son expérience. Après avoir examiné le déplacement du cerveau de la voûte à la base, il aurait dû examiner le déplacement de la base à la voûte. Dans une série d'expériences sur le cadavre, expériences dans lesquelles il observait les phénomènes à travers des fenêtres pratiquées à la base du crâne, cette base était tournée en haut tandis que la voûte était tournée en bas, et en ayant pris soin de ne pas laisser s'écouler au dehors le liquide céphalo-rachidien, M. Sappey a constaté que, dans ces conditions, il n'y avait pas de déplacement du cerveau et que la surface des circonvolutions ne quittait pas la base du crâne, se dérobant ainsi à l'influence de la pesanteur.

M. Sappey a conclu de ces expériences que les déplacements observés par M. Luys étaient réels dans les conditions expérimentales où cet observateur s'est placé, mais qu'ils étaient artificiels et ne se produisaient pas lorsqu'on se plaçait dans des conditions le plus rapprochées possibles de l'état normal. Si d'ailleurs de pareils déplacements avaient lieu, comme le pense M. Luys, le cerveau irait sans cesse se heurtant de la base à la voûte et de la voûte à la base, de droite à gauche et de gauche à droite, suivant les diverses attitudes de la tête, au grand détriment de l'intégrité de sa substance et de l'harmonie de ses fonctions.

M. Sappey conclut donc que les choses ne se passent pas dans l'état normal comme l'indiquent les résultats réels, mais artificiels, des expériences de M. Luys.

M. Constantin Paul, à propos de la discussion sur les mouvements du cerveau, donne lecture d'un travail dans lequel il appelle l'attention de l'Académie sur le *rôle des ventricules latéraux dans les changements de volume du cerveau.*

M. Boisseau des Roches lit un travail sur le *lavage de l'estomac.*

— La séance est levée à cinq heures.

Etude expérimentale sur l'action physiologique des eaux d'Uriage

Lue à l'Académie de médecine le 22 avril 1884.

Dans cette étude, M. Berlioz a recherché l'action de l'eau d'Uriage sur la nutrition.

Dans une première expérience qui a duré douze jours, il a mesuré ses urines et dosé la quantité d'urée de chaque jour. Sous l'influence d'un litre d'eau d'Uriage pris en boisson, le chiffre de l'urée s'est élevé en moyenne de 7 grammes par jour. Une contre-épreuve faite avec l'ingestion d'eau ordinaire n'a amené aucune élévation du taux de l'urée.

©BIU Santé

Une seconde expérience faite dans des conditions semblables, mais sur un arthritique, a donné des résultats identiques.

M. Berlioz conclut de ses expériences que les eaux d'Uriage sont des stimulants de la nutrition, et que, par suite, elles sont indiquées dans les maladies caractérisées par un ralentissement de la nutrition, telles que : obésité, goutte, diabète, rhumatisme, lithiase biliaire, gravelle, qui constituent la diathèse arthritique, et dans la scrofule.

VARIÉTÉS

La Société des médecins inspecteurs des établissements scolaires de la ville de Paris.

En se groupant dans une Société, les médecins inspecteurs des écoles de la ville de Paris entrent dans une voie utile et donnent un bon exemple, à l'imitation de leurs confrères de l'état civil et des bureaux de bienfaisance, dont les associations existent depuis longtemps. D'après les statuts que nous avons sous les yeux, cette Société a pour objet d'étudier les questions si nombreuses et trop peu explorées de l'hygiène scolaire. De plus, elle a pour but de défendre aussi les intérêts professionnels. C'est assez dire que le champ ouvert à l'activité de ses membres présente une très vaste étendue.

De tels efforts méritent des encouragements, et l'*Union médicale* applaudit volontiers à une tentative digne de succès, parce qu'elle témoigne du sage esprit d'association de ses initiateurs. Cette Société peut beaucoup pour l'hygiène infantile et pour l'amélioration des constructions et du milieu scolaires, si défectueux à l'heure actuelle. Elle aura, de plus, accompli une œuvre méritoire, si elle peut déterminer la municipalité à écouter avec plus de bienveillance les conseils de ces médecins qui, ayant mission de l'éclairer, ne ménagent ni leur zèle ni leur dévouement.

Cette tentative rencontrera donc, comme nous en faisons sincèrement le vœu, l'adhésion unanime de tous les médecins inspecteurs des écoles de la ville de Paris. En attendant, elle a, comme elle le mérite, toute notre sympathie. — Ch. Eloy.

COURRIER

Récompenses. — Par arrêté du 23 avril et sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1882 :

Médaille d'or — M. le docteur Manouvrier (de Valenciennes).

Rappels de médailles d'or. — MM. les docteurs Mignot (de Chantelle); Paris (de Versailles); Pilat (de Lille).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Barbarin (de Briançon); Bardy (de Belfort); Castang, médecin en chef de la marine; Amédée Chassagne, médecin-major de première classe; Decool (d'Hazebrouk); Dionis des Carrières (d'Auxerre); Fichot (de Nevers); Jablonski (de Poitiers); Pujos (d'Auch); Vauthier (de Troyes).

Rappels de médailles d'argent. — MM. les docteurs Eude, médecin-major; Geschwind, médecin-major de première classe; Grollemund (de Saint-Dié); Lardier (de Rambervillers); Mauricet (de Vannes); Pennetier (de Rouen); Pestel (de Saint-Chartier); Ripoli (de Toulouse); Sorel, médecin-major de première classe; Villard (de Guéret).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs J. Blanc fils (d'Albertville); Bréhier (de Dinan); Cabanié, médecin-major de deuxième classe; Caradec fils (de Brest); Cavaillon (de Carpentras); Challan de Belval, médecin-major de première classe; Dussaud (de Nimes); Le Garrec (de Plouay); Gelly (de Bar-le-Duc); Grellet (de Minat); Heulhard-Darcy (de Clamecy); Moty, médecin-major; Stutel (de Saint-Dié); Paul Cagny, médecin-vétérinaire à Senlis.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Le professeur A. Fournier commencera ce cours le vendredi 2 mai, à neuf heures et demie, et le continuera les vendredis suivants à la même heure.

Le mardi, leçon au lit des malades.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. L'atrophie musculaire progressive infantile. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Le Choléra en 1884. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causeries.

Revue de clinique médicale infantile.

L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE INFANTILE.

Hôpital des Enfants-Malades. — (Service de M. Descroizilles.)

La maladie de Duchenne et d'Aran chez l'enfant. — Atrophie musculaire progressive infantile héréditaire ou acquise. — Son diagnostic et ses modalités cliniques. — Phase des amyotrophies localisées et phase des amyotrophies généralisées. — Types du début : type cervico-facial, lombo-crural et dorso-brachial. — Formes généralisées. — Diagnostic étiologique. — Amyotrophie progressive par les fatigues musculaires, le froid, l'humidité. — Amyotrophie progressive saturnine. — Pronostic et traitement de l'atrophie musculaire progressive infantile.

C'était un problème clinique intéressant d'estimer exactement à savaleur diagnostique et pronostique la maladie de ce jeune garçon de 14 ans qui, le 4 mars dernier, entrait dans le service de M. Descroizilles, où il occupe le lit n° 22 de la salle Saint-Augustin.

A première vue, on était frappé par les déformations des membres supérieurs et par les attitudes fonctionnelles de quelques-uns de leurs segments. Aux deux mains, les masses musculaires des éminences thénar et hypothénar étaient aplaties et amaigries; les interosseux avaient perdu de leur volume, et ces lésions anatomiques donnaient à la région l'aspect de la griffe palmaire.

Les muscles de l'avant-bras avaient aussi perdu de leur volume. Seulement, tandis que l'atrophie des extenseurs était considérable, celle des fléchisseurs était moindre; de sorte qu'à la déformation en griffe palmaire s'ajoutait l'attitude en main de polichinelle.

Plus haut encore, on observait l'amaigrissement des bras et l'aplatissement de la région deltoïdienne. Les deux épaules avaient donc perdu de leur rondeur et de leur embonpoint.

FEUILLETON

CAUSERIES

La vie est un combat, où nous sommes de toute part environnés d'ennemis; voilà qui est hors de doute. La liste complète de nos ennemis remplirait un volume, et encore faudrait-il y laisser des pages blanches pour les nouveaux venus, qui peuvent à chaque instant s'ajouter aux anciens.

Mes lecteurs vont se dire que j'ai été pris sans doute, depuis ma dernière causerie, d'un accès de lypémanie, avec délire des persécutions; c'est bien d'une persécution que je veux les entretenir, qui les concerne aussi bien que moi, ce qui me fait espérer qu'ils s'intéresseront pour leur propre compte à mes doléances.

Nous avons nos ennemis du dedans et ceux du dehors. Les ennemis du dedans, c'est le cerveau qui pense et se souvient; c'est la bouche qui parle, c'est l'estomac qui a faim, c'est le ventre qui digère mal; c'est enfin tout notre être, qui nous assaille sans cesse de besoins, de souffrances, d'imperfections et de perversions.

Là n'est pas le plus grand mal; avec une bonne hygiène, une bonne santé et une conscience pure, nous pouvons lutter victorieusement contre nous-mêmes. C'est du moins ce que prétendent les philosophes et moralistes, qui ont beaucoup écrit là-dessus depuis le commencement du monde.

Les ennemis du dehors sont plus redoutables, et se laissent dompter moins facilement. Que voulez-vous que je fasse, par exemple, contre le serrurier qui pose des sonnettes

©BIU Santé

Par contre, les membres inférieurs conservaient leur forme. Aucune des masses musculaires du tronc n'était modifiée, sinon sur le thorax, où il y avait de l'amaigrissement des saillies des muscles pectoraux. Par contre aussi, on constatait l'intégrité des muscles de la face, l'absence de lésion de l'orbiculaire des lèvres, la conservation du jeu et des traits du visage.

Ce n'était pas tout; les masses musculaires ainsi déformées étaient molles, flasques et sans consistance. Réagissant encore cependant à l'excitation électrique, elles étaient animées de quelques contractions fibrillaires. A ces altérations du tissu musculaire correspondaient des troubles de la motilité consistant dans une impotence par atrophie et non pas dans l'abolition des fonctions par paralysie : difficulté de mettre le bras dans l'abduction avec élévation vers l'épaule, impuissance des extenseurs de la main pour vaincre l'antagonisme des fléchisseurs et prévenir la chute de cet organe, impossibilité de ramener dans l'abduction le pouce, qui reste en abduction permanente. C'était bien là, en effet, cet état d'impotence fonctionnelle que, dans un passage bien connu de ses *Commentaires*, Van Swieten décrivait magistralement, sans cependant en connaître la cause : « *Torosam carnem musculosam, quæ primæ phalangi pollicis in parte manum spectanti apponitur et pollicem magna vi, dum agit, versus manus palmam adducit, pariter adeo emascuisse vidi, ut in vestigium ejus fere superesse videretur; misero illi nullam vim manibus exercere potuerint.* »

La sensibilité cutanée était conservée dans les points correspondants. Il n'y avait ni troubles vaso-moteurs des extrémités, ni troubles oculo-pupillaires; les grandes fonctions n'étaient pas modifiées; enfin, il n'existait pas de symptômes fébriles. En résumé, on était en présence d'amyotrophies symétriques et à marche progressive de certains groupes musculaires, des mains, des avant-bras et des épaules, amyotrophies envahissantes ayant pour conséquences anatomiques la déformation de ces régions, et pour effets, des attitudes anormales et l'impotence fonctionnelle.

Au récit du malade, les accidents étaient de date récente : ils débutèrent en janvier dernier et, depuis deux mois, leur évolution ne s'était pas ralentie. De plus, en explorant les origines de cette affection, on apprenait que, l'année dernière, ce jeune garçon avait été traité à l'hôpital des Enfants pour des troubles morbides de même nature et de même siège, qui disparurent sous l'influence du repos et de l'électrothérapie.

---

chez un de mes voisins, et secoue la maison de grands coups de marteau, entremêlés de carillons? Que je sorte pour fuir ce supplice, et ce sera bien pire. Dans la première boutique devant laquelle je passerai, il y a grand nettoyage, et une nappe d'eau sale, arrivant comme un mascaret, inonde le trottoir en dessinant de petites vagues autour de mes jambes. Plus loin, un Auvergnat me secoue devant le nez quelques sacs de charbon, dont je trouve d'ailleurs le remède dans la voiture de plâtre qui passe en ballotant ses sacs sur le pavé, et en remplissant l'air d'une fine poussière blanche.

A la rigueur, on peut se garer des serruriers, des charbonniers et des plâtriers, tandis qu'on ne peut se soustraire aux ennemis nécessaires, à ceux qui se sont donné la mission de pourvoir aux exigences de la vie matérielle, et qui opèrent sur nous avec autant d'assurance que de perfidie.

Celui que je veux signaler aujourd'hui est un des plus dangereux, et contre lequel on ne saurait trop multiplier les avertissements. Vous le connaissez bien; si ce n'était hier, c'est demain que vous aurez affaire à lui, comme cela nous arrivera périodiquement jusqu'à ce que les progrès de la civilisation nous dispensent de ses services. Cet homme sans pitié, c'est votre cordonnier.

* * *

Au faîte de l'édifice social, il y a l'exécuteur des hautes œuvres, qui atteint les grands criminels par la tête; au bas de l'échelle, il y a le cordonnier, qui nous massacre par les pieds. Entre ces deux bourreaux, une seule différence; le premier chôme souvent, le second jamais. Tout le monde ne s'expose pas à monter sur l'échafaud; tout le monde

Il était alors ouvrier coloriste dans une manufacture de porcelaine, et maniait des matières colorantes minérales. Aussi, malgré l'absence des phénomènes classiques et authentiques du saturnisme, on crut à cette époque au début de myopathies plombiques.

Après sa guérison, il abandonna cette profession et entra comme journalier dans une blanchisserie. Ici, les causes pathogènes étaient autres. Chargé de porter des fardeaux, il était exposé à des fatigues excessives des membres supérieurs, au froid et à l'humidité, influences motivant occasionnellement les épisodes pathologiques actuels.

En poursuivant cette enquête rétrospective, et en recherchant les antécédents héréditaires, on constate que, fils d'un père mort de la tuberculose, il possède un frère phthisique : renseignements à coup sûr de faible valeur dans le cas actuel. Par contre, c'est en vain que, dans la ligne des ascendants maternels ou parmi ses collatéraux, on chercherait l'existence de névropathies ou d'affections musculaires; de sorte que, malgré l'interrogation la plus attentive, l'hérédité ne donnait qu'une réponse négative.

Chez ce malde, la myopathie est donc toute la lésion, comme elle constitue tout le symptôme. Par ses caractères cliniques, son évolution, son étiologie, cette affection répond bien au signalement de la maladie de Duchenne et d'Aran, c'est-à-dire à l'atrophie musculaire progressive vraie. En voici les preuves justificatives.

Cependant, avant toute démonstration, il faut donner réponse à une objection préjudicielle. Affection de l'adulte, l'atrophie musculaire progressive est exceptionnelle chez les enfants de 7 à 14 ans, c'est-à-dire dans cette période de la vie humaine que Hallé appelait la *pueritia*. De plus, avec l'appui des faits cités par Duchenne, Genth, Merryon, MM. Hayem, Roger, par Heptenmaker, Friedereich et d'autres encore, on a dit qu'à cet âge, elle avait presque toujours l'hérédité pour cause. Sans doute, comme l'a écrit M. Descroizilles dans le *Manuel de pathologie infantile*, « l'hérédité joue « vraisemblablement un rôle dans un certain nombre de faits », mais à côté de cette influence, chez l'enfant comme chez l'adulte, il existe d'autres circonstances préparant ou provoquant l'évolution du processus atrophique. S'il en était autrement, il faudrait mettre en doute non seulement l'étiologie, mais encore la nature même des troubles morbides du

---

est obligé de porter des chaussures, et il n'existe pas de grâce ni de commutation de peine pour ce genre de supplice.

Le cordonnier, voilà l'ennemi! Le seul instrument de torture qui nous soit resté de l'inquisition, c'est lui qui le confectionne; c'est lui qui nous broie les os, qui nous meurtrit les chairs, qui nous arrache des trépignements de douleur; nous sommes à la merci des raffinements de sa cruauté.

C'est à nous, médecins, de signaler les graves atteintes des cordonniers contre l'hygiène, et de mettre chacun à même de réagir contre le préjudice réel qui peut en résulter pour le bien-être et la santé. Trop au large dans la chaussure, le pied mal assujetti offre un appui incertain dans la marche; pour compenser ce défaut d'équilibre et de fixité dans notre base de sustentation, nous nous livrons involontairement à des contractions musculaires, à des efforts qui aboutissent à un surcroît de fatigue, et souvent retentissent sur les nerfs. Trop serrés au contraire dans une prison étroite, les pieds sont d'abord privés, par cet étranglement, de leur circulation normale, et le sang qui en est chassé reflue vers la tête qu'il congestionne et alourdit; ensuite, par la violence du contact qu'ils subissent, ils appellent au contraire le sang par réaction, et nous cuisent et nous brûlent comme s'ils étaient trempés dans de l'huile bouillante. Enfin, comme souvenirs durables de toutes ces épreuves, ils se couvrent de productions qui sont la prime offerte par la corporation des cordonniers à celle des pédicures.

N'est-ce pas assez de tant de maux, produits par une si petite cause et accumulés dans un si petit espace, pour couvrir le coupable de nos malédictions et jeter le cri d'alarme? Si l'on suppute tous les plaisirs gâtés, les inspirations étouffées, les chefs-d'œuvre tués dans l'œuf par une chaussure mal faite, on reconnaîtra sans peine que le cordonnier est

©BIU Santé

malade de la salle Saint-Augustin, ce qui reviendrait à contester le diagnostic, c'est-à-dire un fait d'observation en lui-même.

D'autre part, pour être rare, l'atrophie musculaire infantile n'en a pas moins été signalée par des observateurs autorisés. Il est donc d'intérêt pratique de chercher au point de vue clinique les conditions étiologiques et les modalités de cette maladie chez l'enfant.

En demeurant sur le terrain de l'observation et en dehors des débats pathogéniques sur l'origine centrale ou périphérique de ces accidents morbides, un fait paraît établi et confirmé par l'histoire de notre malade, à savoir que chez l'enfant comme chez l'adulte, la maladie d'Aran et de Duchenne est tantôt héréditaire et tantôt acquise. D'ailleurs, cette distinction n'est pas seulement d'intérêt théorique ; elle possède une valeur pratique, puisque, le cas actuel en est la preuve, elle donne parfois raison du pronostic et du succès de l'intervention thérapeutique.

Si cette maladie n'est pas une dans ses causes, elle n'est pas non plus toujours identique dans ses types cliniques. Des variétés dépendent du siège ou de la répartition des lésions atrophiques et leurs conséquences fonctionnelles du nombre ou de l'étendue des masses musculaires envahies ; par contre, elles ne dépendent pas de la nature de ces lésions, puisque cette nature est une, malgré la variété de leur marche et la diversité de leurs manifestations : ce sont donc des modalités topographiques.

A cet âge, le processus morbide est, dans sa période initiale, la phase des amyotrophies progressives localisées ; tel est le cas actuel. Plus tard, il n'en est plus de même : avec l'adolescence et l'âge adulte, la maladie entrera dans la période tardive, la phase des amyotrophies progressives généralisées.

Cette division, est-il besoin de le faire remarquer, est d'utilité diagnostique au lit du malade. Dans l'espèce cette utilité est moindre cependant, puisque l'atrophie musculaire n'est pas généralisée, il n'y a donc pas lieu de s'arrêter à la différenciation avec les myopathies plus ou moins étendues de la poliomyélite antérieure aiguë et de la myélite antérieure subaiguë, ou bien avec ces atrophies qui, avec une sorte d'indifférence, affectent les uns ou les autres des divers groupes musculaires, telles que les amyotrophies progressives des convalescents de rougeole ou de fièvre typhoïde. Ici, d'ailleurs, les renseignements commémoratifs feraient suffisamment

---

un des pires ennemis du genre humain, et que son vandalisme n'a point de limites. Le martyrologe de la cordonnerie dépasse de beaucoup, pour le chiffre des victimes, les hécatombes des persécutions les plus sanglantes. A quand la ligue, ou mieux encore la grève contre les cordonniers?

S'ils se bornaient à nous vendre des chaussures mal faites, ils seraient excusables, car il y a un peu de notre faute. Pour nous pourvoir de cette partie indispensable du costume, nous nous en remettons à l'habileté de l'artisan, qui s'efforce de reproduire fidèlement le moule de notre pied en en prenant la mesure en deux ou trois endroits. Quand on veut faire faire son portrait, on pose pendant des heures et des heures devant le peintre, et cela ne réussit pas toujours. Il est vrai qu'on a ensuite la ressource de détruire un portrait dont on n'est pas content, lors même qu'il a coûté 70,000 francs. Mais on voit bien rarement prendre une résolution aussi héroïque pour une mauvaise paire de chaussures. N'est-il pas cependant plus utile d'avoir de bons souliers qu'un bon portrait ?

Les cordonniers ont donc le droit de faire de mauvais souliers ; ils en usent et en abusent. Ce que je trouve en eux de plus détestable, ce n'est pas la qualité de leur marchandise, c'est leur mauvaise foi. Pour nous persuader qu'ils sont impeccables, et que c'est toujours nous qui avons tort, ils ont des arguments spécieux auxquels on se laisse prendre, en dépit de l'expérience et des épreuves passées. Et le comble de l'astuce, c'est qu'ils couvrent leurs démonstrations de certains dehors scientifiques, et nous laissent entendre que notre ignorance et nos préjugés doivent baisser pavillon devant leur compétence ; ce qui ne manque pas d'arriver, grâce à notre insigne faiblesse.

Notre première visite à ces industriels, celle où nous allons réclamer leurs soins, est

éviter de telles erreurs d'interprétation. En retour, il importe d'en établir le diagnostic avec les atrophies musculaires secondaires partielles d'origines variées.

Voici ce qu'on observe par la comparaison raisonnée du cas actuel avec les quelques faits enregistrés dans la littérature médicale. A cette époque de la vie, souvent l'invasion de l'atrophie se produit dans l'une des trois régions suivantes : par les muscles de la face et surtout l'orbiculaire des lèvres, d'après Duchenne ; des lombes et des membres inférieurs, comme chez les malades de Friedereich, ou bien par la main et l'avant-bras, ainsi que dans le cas actuel.

L'atrophie musculaire progressive du malade de la salle Saint-Augustin n'a pas le *type cervico-facial* ; les muscles du cou et de la face sont exempts de toute altération, et loin d'en être atteints, comme le voulait Duchenne, ceux des lèvres conservent l'intégrité de leurs fonctions dans l'articulation du langage, la déglutition buccale ou les jeux de la physionomie. Elle n'a pas non plus emprunté les allures du *type lombo-crural*, puisque les organes de la motilité dans les membres inférieurs conservent leur volume et leurs fonctions.

Par contre, de par le siège initial de l'atrophie dans les muscles de la main, de par l'extension des lésions dans ceux de l'avant-bras et leur progression dans le deltoïde, cette évolution morbide est bien celle du *type dorso-brachial* de l'atrophie musculaire progressive vraie ; c'est-à-dire de la forme de la maladie d'Aran et de Duchenne, à laquelle on a donné le nom de régulière ou de classique, et qui, découverte la première, mériterait plutôt le qualificatif d'historique. Pour préciser le diagnostic, il importe donc de la distinguer des amyotrophies localisées qui sont analogues par leur siège et leurs troubles fonctionnels.

Quelles sont donc les déformations de la main et de l'avant-bras qui peuvent motiver ces hésitations? En premier lieu, de par l'âge du malade, on doit mettre hors de cause les lésions musculaires de l'arthrite déformante, attribut de la sénilité et non de l'enfance, et, de par son histoire clinique, les amyotrophies névralgiques et post-traumatiques. Restent les amyotrophies progressives des individus exposés aux fatigues musculaires excessives, au froid, à l'humidité, aux influences professionnelles, parmi lesquelles Duchenne avait distingué l'atrophie musculaire progressive des

---

infailliblement suivie d'une seconde entrevue, pour l'exposé de nos plaintes, et c'est alors que s'engage entre eux et nous le colloque où ils déploient leur profonde connaissance de nos travers. Vous réclamez, naturellement, contre une chaussure trop juste et qui vous fait mal ; rien de moins étonnant, réplique l'homme au tablier noir ; vous ne savez donc pas que dans la saison où l'on est (c'est la même chose pour toutes les saisons), les pieds ont une tendance à se gonfler, et que si vous n'étiez pas un peu serré d'abord dans vos bottines, quelques jours plus tard elles ne vous tiendraient plus aux pieds? Vous ne savez rien de tout cela? C'est pourtant bien connu. Les pieds se gonflent en hiver, parce qu'il fait froid ; au printemps, à cause de la montée de la sève ; en été, parce qu'il fait chaud ; en automne, parce qu'il fait humide. Voilà pour les chaussures où l'on ne peut pas entrer.

Quand elles sont trop larges, le discours change, mais non point l'assurance avec laquelle il vous est débité, sans compter une légère pointe de mépris pour la simplicité et le peu de jugement qui ressortent de vos réclamations. Dans le second cas, c'est le cuir qui est neuf, et tout le monde sait que le cuir neuf est toujours lâche et distendu, tandis qu'en vieillissant il se rétrécit ; aussi est-on obligé de faire tous les souliers un peu trop larges, pour les laisser atteindre d'eux-mêmes les dimensions voulues, par le retrait du cuir. Gens de peu d'instruction, qui ignorez ces détails, de quoi venez-vous vous plaindre, quand c'est toujours pour votre bien et pour des raisons majeures que vos bottines sont trop grandes ou trop petites? Et nous qui soupçonnions le talent du cordonnier, au lieu de nous incliner devant sa prévoyance et d'admirer la délicatesse de ses observations !

S'il est nuisible et douloureux d'avoir des chaussures mal faites, il est surtout humi-

©BIU Santé

baigneurs qui, par son étiologie, ne serait pas sans ressemblance étiologique avec celle dont notre malade est atteint.

Localisées à un groupe musculaire, elles ne deviennent progressives que par le retentissement des lésions périphériques sur les centres nerveux ; c'est-à-dire quand l'atrophie de périphérique devient centrale. Leur diagnostic n'a pour base que l'appréciation de la marche des lésions atrophiques. Ici donc, il est légitime d'admettre l'influence de ces facteurs pathogéniques dans le retour des accidents pour lesquels le malade est actuellement en traitement.

Reste l'amyotrophie plombique. Pour légitimer cette hypothèse, on devrait préalablement établir l'existence d'un empoisonnement saturnin, professionnel dans le cas actuel, mais toujours exceptionnel, chez l'enfant. Soit ; la question reviendrait alors à différencier l'amyotrophie progressive plombique avec la paralysie saturnine des extenseurs du poignet, maladie relativement plus vulgaire. Toutes deux, en effet, par leur siège sur les mêmes muscles de la région postérieure des avant-bras, provoqueraient les mêmes troubles fonctionnels : la chute de la main dans l'attitude saturnine. Cependant, l'exploration électrique du muscle ne laisse pas de doute dans le cas actuel, où toutes les fibres musculaires ne sont pas détruites. Ce n'est pas l'élément paralytique qui domine, c'est bien l'élément atrophique, à preuve la conservation de l'excitabilité galvanique, toujours abolie dans la paralysie saturnine.

En résumé, la nature de cette affection n'est pas douteuse ; c'est une atrophie musculaire progressive infantile du type Aran et Duchenne. De plus, si on établit le pronostic d'après la marche des épisodes antérieurs ou actuels de cette amyotrophie, on voit que le froid, l'humidité, la fatigue musculaire professionnelle, peut-être même le saturnisme sont intervenus occasionnellement dans leur pathogénie. La constitution des lésions médullaires, si tant est qu'elle puisse être soupçonnée, n'est donc pas encore définitive : on en avait déjà la preuve l'année dernière dans la rétrogradation des accidents, par un traitement approprié et dans leur disparition pendant plusieurs mois. Actuellement, on trouve la vérification de ce fait dans leur amélioration contemporaine sous l'influence de l'électrothérapie, du repos et des bains, médication classique prescrite avec succès par M. Descroizilles dès l'entrée à l'hôpital.

---

liant de constater que nous endurons ce supplice bénévolement, en nous laissant convaincre par la rhétorique de messieurs les cordonniers. Car il n'y a pas à dire ; nous discuterons sur la politique, la religion, la philosophie, les beaux-arts, sans céder un pouce de terrain à nos adversaires, qui ont peut-être raison, et nous sortirons convertis et humiliés de chez l'artiste en veau ciré, qui nous aura persuadés, suivant les besoins de sa cause, que nos pieds sont plus gros le matin, quand nous sortons du lit, ou le soir, quand nous avons marché. Et nous acceptons cela, et même nous nous avouons tout bas que nous avions bien peu réfléchi pour ne pas nous être rendu compte de choses aussi simples, et qui tombent sous le sens commun.

Il y a pourtant des lois qui punissent le dommage causé à autrui par des procédés fallacieux, comme ceux que je viens de dénoncer. Il serait temps qu'une de ces lois mit un terme aux mauvais traitements que nous infligent les cordonniers. C'est par centaines de mille que se comptent les victimes de leurs captations ; le philanthrope qui nous tirerait de leurs griffes et les mettrait au pas serait un bienfaiteur de l'humanité. Ils outragent sans merci l'hygiène, l'esthétique, le repos, le travail, la libre possession de toutes nos facultés, et nous nous laissons faire ! Pour moi, la tyrannie du cordonnier m'a toujours semblé tellement odieuse et vexatoire, que je n'ai pu me tenir de me soulager un peu de mes longues rancunes.

***

J'en aurais long à dire aussi sur les tailleurs et les chemisiers. Mais je m'expose déjà à me voir mis au ban de la cordonnerie et à marcher pieds nus ; que serait-ce donc si

Il n'en serait pas de même d'une atrophie musculaire progressive infantile par hérédité; car, dans la pathogénie de cette forme, à moins de nier le type ancestral, on doit, en bonne logique, admettre que les lésions sont centrales, définitives et, par conséquent, fatalement progressives.

De là cette conclusion en accord avec l'observation clinique, que dans l'atrophie héréditaire infantile, comme dans les amyotrophies secondaires de l'adulte, c'est la lésion anatomique qui fait le symptôme. Par contre, dans le type acquis, tel que celui de notre malade, l'amyotrophie est primitive et la lésion centrale secondaire : c'est le symptôme qui fait la lésion. Au début, le pronostic de la première est sévère; celui de la seconde n'est pas irrémédiable, de sorte que dans l'amyotrophie progressive infantile acquise, l'intervention thérapeutique possède des chances de succès.

Ch. Eloy.

BIBLIOTHÈQUE

De la céphalée des adolescents, par M. Keller. — Paris, 1883. Delahaye et Lecrosnier.

Cette affection est moins rare qu'on ne pourrait le supposer ; car, dans ce mémoire, M. Keller en publie douze observations personnelles, et M. Blache, sous le nom de *céphalée de croissance*, vient aussi d'en faire connaître un certain nombre de cas. Débutant vers 9 ou 12 ans par des maux de tête d'abord passagers, puis tenaces et fréquents, cette affection s'établit brusquement ou progressivement et se localise à la région frontale sous forme d'élancements, de tenaillements, de morsures ou de dilacération dans la profondeur. La physionomie du malade exprime la douleur, et l'examen des symptômes ne permet pas de la confondre avec celle de la céphalalgie, de la migraine ou des névralgies occipitales.

Cette affection est, d'après M. Keller, une névrose douloureuse du cerveau, et vraisemblablement le résultat d'une hyperémie de cet organe. Plusieurs malades étaient des descendants d'arthritiques ou avaient déjà été atteints de manifestations rhumatismales. Enfin ils sont à l'âge où l'organisme est vulnérable aux affections aiguës ou chroniques. L'usage des agents médicamenteux a été en général impuissant, le traitement hydro-minéral plus actif; mais l'hydrothérapie a seule procuré des résultats constants en provoquant des modifications du système vaso-moteur. L'auteur recommande son emploi, surtout sous forme de douches mobiles à jet brisé. Cette médication est de

---

je m'attirais encore les foudres des autres corps de métiers, et qu'il me fallût ensuite m'abaisser devant les dispensateurs du drap d'Elbeuf et du madapolam, sous peine de ne plus pouvoir sortir, faute de linge et de vêtements? Il me resterait bien les chapeliers, mais la police me chercherait noise si je montais en omnibus dans l'appareil sommaire que me fournirait cette seule industrie.

P. Dubray.

Solution contre l'érysipèle. — Rothe.

Acide phénique Teinture d'iode Alcool	aâ	5 grammes.
Essence de térébenthine	10	—
Glycérine pure	25	—

Mêlez. — Toutes les deux heures, avec un pinceau trempé dans cette solution, on badigeonne les surfaces érysipélateuses. Comme traitement interne, on prescrit la quinine et la digitale, s'il existe de la fièvre, un vomitif, si l'on constate de l'embarras gastrique.

N. G.

©BIU Santé

longue durée et doit être maniée par le médecin et avec prudence. Le mémoire de M. Keller est un document important dans l'histoire de cette maladie; de plus, par la haute expérience de son auteur, il en fixe la thérapeutique. — C. E.

DE QUELQUES ACCIDENTS NERVEUX COMPLIQUANT LA VARIOLE ET LA VARIOLOIDE, par M. le docteur Camille GROS, professeur de clinique médicale à l'Ecole d'Alger. — Alger, 1883, A. Jourdan.

Parmi les médecins de nos colonies qui honorent le corps médical français par leurs savants travaux et l'enseignement national par l'éclat de leur parole professorale, M. Gros occupe légitimement une des premières places. On n'a pas oublié sa thèse sur la rage, qui cependant date déjà de vingt-trois ans; ses observations sur les *abcès du foie* (1868), sa relation de l'*épidémie cholérique de 1866*, ses *mélanges de médecine et de chirurgie* (1876), ses communications sur le *traitement des kystes du foie au Congrès d'Alger en 1881*, et son mémoire sur l'*anévrysme de l'aorte thoracique* et le *traitement de cette maladie par l'électropuncture*. Voilà certainement des titres qui donnent une grande autorité à notre savant confrère parmi les médecins d'Algérie.

Mais cette ardeur ne se fatigue pas, et cet exemple d'activité est d'autant plus méritoire qu'il n'est pas assez fréquent à une époque où on parle beaucoup de la décentralisation de l'enseignement et où on la pratique trop peu.

J'en trouve la preuve dans le petit mais intéressant mémoire que M. Gros vient de publier et dans les deux observations qui en ont été l'occasion. L'une d'elles a pour objet un cas de paralysie se manifestant pendant une varioloïde légère avec tous les caractères d'une paralysie ascendante aiguë; l'autre est relative à des phénomènes de délire maniaque de nature hystérique compliquant aussi une variole. Dans la discussion de ces observations, l'auteur ne s'est pas seulement contenté d'apprécier les faits en eux-mêmes; il a, en quelque sorte, résumé l'histoire de ces accidents, et conséquemment fait œuvre durable.

Ce mémoire, qui échappe à l'analyse critique, est digne d'une lecture attentive à cause des renseignements cliniques et des indications thérapeutiques qu'il contient. On y retrouve, de plus, ces mérites d'originalité et de succès dont on a si souvent pu apprécier la valeur dans les discours de M. C. Gros aux séances annuelles de rentrée de l'institution à laquelle il appartient. C'est donc par un tel ensemble de travaux que l'enseignement de la médecine est rehaussé de l'autre côté de la Méditerranée; nous ne exprimons volontiers toutes nos sympathies à notre estimé confrère de l'Ecole d'Alger, qui, sous la direction de tels professeurs, méritera bientôt, il faut l'espérer, son érection en Faculté. — C. E.

REVUE DES JOURNAUX

Note pour servir à l'histoire thérapeutique du convallaria matalis, par EDWARD DRUMMOND. — Au commencement du XVIIe siècle, on employait ce médicament dans les cardiopathies. Dans un livre de Pietro-Andrea Matthioli, médecin de l'empereur Ferdinand d'Autriche, intitulé: *Commentaires de la matière médicale de Dioscoride*, et publié à Venise en 1621, l'auteur conte que les Allemands faisaient usage du lis des vallées comme tonique du cœur contre les palpitations, contre le vertige, l'épilepsie et l'apoplexie, contre les piqûres venimeuses, pour faciliter la parturition et contre les ophthalmies.

Il recommande l'emploi du vin préparé avec ses fleurs sous forme d'esprit distillé avec la lavande, le romarin et d'autres plantes aromatiques, et, sous le nom d'*aqua aurea*, il a vu ce médicament prolonger la vie de personnes *in articulo mortis*. (*The British Med. Journal*, 17 nov. 1883.) — C. E.

De la katatomie, par HAMMOND. — Sous ce nom, M. Hammond a donné devant la Société neurologique de New-York la description d'un état morbide, étudié en premier lieu par Kahlbaum. C'est une forme de folie, caractérisée par des périodes alternantes plus ou moins régulières de manie, de mélancolie, d'attaques épileptiformes et cataleptiformes, avec des hallucinations, de l'exaltation et de la tendance aux idées dramatiques. Ce mot de katatomie a pour but d'exprimer cet état de dépression à la fois mentale et physique.

Plus commune chez la femme que chez l'homme, cette affection, d'après Hammond, serait d'un pronostic favorable et guérirait par l'emploi du bromure de sodium. Cette

opinion n'est pas celle de Spitzka, qui a vu la plupart des malades qui en sont atteints succomber à la consomption. (*Amer. Journ. of. neurol. and psych.*, 1883.) — C. L. D.

Des injections sous-cutanées d'ergotine contre les convulsions, par le docteur Carrigau. — Depuis six ou huit ans, l'auteur a eu l'occasion de faire usage de cette substance pour combattre l'éclampsie puerpérale. Sous son influence, il a vu les convulsions s'atténuer, sans toutefois pouvoir donner l'explication théorique de cette action. Contre les convulsions infantiles, dans les fièvres et les irritations gastro-intestinales, il en a obtenu les mêmes succès. Il faut remarquer que M. Carrigau associe l'ergotine à la morphine, mélange qui est de nature à modifier l'interprétation de ces faits. (*Med. and surg. Reporter*, 1883; 15 décembre.) — C. L. D.

De l'adonis vernalis comme tonique du cœur et diurétique, par le docteur Bubnoff. — Employée comme remède populaire contre l'hydropisie par les paysans du sud-ouest de la Russie, elle a fait l'objet d'essais récents à la clinique de M. Botkin, pour combattre des hydropisies cardiaques.

Les battements du cœur devenaient plus énergiques, la matité diminuait et les bruits étaient plus nets. Le murmure systolique du rétrécissement aortique augmentait surtout, le rhythme cardiaque prenait plus de régularité, le pouls devenait plus lent et plus plein. La sécrétion urinaire quotidienne augmentait abondamment, s'élevant de 300 ou 360 grammes à 2,400 grammes par jour. Dans un cas où les reins n'étaient pas altérés, on vit l'albumine et les cylindres disparaître.

L'œdème et les troubles dont il est la cause disparaissaient graduellement, et les malades eux-mêmes connaissaient l'amélioration de leur état morbide. On employait l'infusion de cette plante aromatisée par deux gouttes d'essence de menthe, à la dose d'une verrée toutes les deux heures. (*Allgmeine medic. central Zeitung*, 28 juillet 1883, et *The N.-Y. Journal*, 6 oct. 1883.) — C. L. D.

Nouvelle méthode pour la réduction du paraphimosis, par Zakharevitch. — L'auteur décrit comme suit sa méthode, qu'il a employée dans ces trois dernières années sur 36 malades. Après avoir soigneusement oint les parties étranglées avec un corps gras, il place l'extrémité du pouce et de ses doigts autour du gland, de façon à l'entourer complètement, puis il le comprime graduellement. Après trois ou quatre minutes de cette pression graduelle, en règle générale, le gland est revenu à son volume normal; c'est alors que l'auteur, continuant à exercer la compression avec le pouce, l'annulaire et le cinquième doigt, place rapidement l'indicateur et le troisième doigt sur l'anneau constricteur et attire le prépuce sur le gland maintenu décongestionné par la compression. La réduction s'opère aisément et sans douleur. Dans les cas les plus difficiles, les manipulations exigent quinze minutes. L'âge des malades soumis à cette opération était entre 3 et 57 ans: «deux de 3 ans; cinq de 4 ans; trois de 5 ans; sept de 6 ans; cinq de 7 ans; trois de 15 ans; deux de 16 ans: cinq de 20 ans; deux de 21 ans; un de 27 et un de 57.» L'étranglement datait de 12 heures à 30 jours : « chez 8 patients le paraphimosis existait depuis 12 heures; chez 5 depuis 24 heures; chez 6 depuis deux jours; chez 2 depuis 3 jours; chez 5 depuis 4 jours; chez 3 depuis 7 jours; chez 2 depuis 8 jours; chez 1 depuis 10 jours; chez 2 depuis 14 jours; chez 2 depuis 30 jours. » Dans huit cas le paraphimosis était la conséquence de la rétraction volontaire du prépuce dans le cours d'une balano-posthite, chez cinq autres il existait comme complication de chancres mous. Chez six malades le paraphimosis s'était produit pendant le premier coït, et chez neuf autres pendant l'acte de la masturbation. (*The London Medic. Record*. Jan. 15, 1884.) — L. Dn.

De l'Yerba Reuma dans le catarrhe naso-pharyngé, par Herr. — Le traitement des catarrhes naso-pharyngés est une des pierres d'achoppement de la thérapeutique. Il y a en effet bien des méthodes préconisées, leur essai n'a donné à l'auteur le plus souvent que des résultats incomplets, des demi-succès, et jamais ces résultats ne se sont montrés aussi satisfaisants que depuis l'emploi de l'Yerba Reuma comme topique dans tous les stades du catarrhe naso-pharyngé. Ce mode de traitement, lorsqu'il est dirigé contre les catarrhes d'origine constitutionnelle, doit être complété par le traitement de l'affection originelle, mais lorsque le catarrhe est primitif, idiopathique, l'Yerba Reuma en constitue le médicament par excellence.

Après avoir lavé les cavités nasales par une injection d'eau chaude, pour permettre à l'agent thérapeutique de venir en contact direct avec la muqueuse malade, on douche la muqueuse avec un mélange à parties égales d'eau et d'extrait fluide d'Yerba Reuma.

Quand elle est applicable, cette méthode donne promptement des résultats remarquables.

©BIU Santé

Les inhalations d'infusion d'Yerba Reuma sont également très recommandables dans le traitement des catarrhes broncho-pulmonaires.

Pour les angines et les pharyngites, l'Yerba Reuma peut être employé en gargarismes. L'administration interne de l'extrait fluide d'Yerba à la dose de trente gouttes par jour-combinée à l'observance rigide de l'hygiène, au maintien rigoureux du fonctionnement régulier des fonctions intestiuales et des sécrétions cutanées, a amené les meilleurs résul tats. L'auteur rapporte plusieurs observations de malades atteints depuis plus ou moins longtemps de catarrhes naso-pharyngés passés à la chronicité, et qui ont été manifestement amendés ou guéris par l'emploi de l'Yerba Reuma. (Yerba Reuma in Catarrh. G. C. Herr. *The Ther. Gaz.* Aug. 1883.) — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 avril 1884. — Présidence de M. Rolland.

La séance, commencée à trois heures un quart, a été close à trois heures trois quarts par un comité secret. Elle n'a guère duré qu'une demi-heure ; c'est bien court, mais ce sera plus court encore, pour nous du moins, lundi prochain, 5 mai. Ce jour-là, l'Académie tiendra sa séance solennelle et nous devrons nous contenter d'enregistrer le palmarès des prix distribués.

Pour aujourd'hui, M. Maumené signale la présence du manganèse dans une foule de produits végétaux, mais particulièrement dans le vin. M. Maumené a fait ses expériences sur les vins de Bourgogne, et, de préférence, sur les vins de Pommard. Il a constamment pu déceler des quantités relativement considérables de manganèse dans ces vins. Il en a trouvé aussi, mais en moindre quantité, dans les vins blancs.

M. Bailly, membre de l'Académie des Beaux-Arts, président de l'Association des artistes, etc., adresse une lettre dans laquelle il rappelle que les membres de l'Institut seront admis au Salon, pendant toute la durée de l'Exposition, sur la simple présentation de leur médaille.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Bouquet de la Grye dans la section de géographie et de navigation, en remplacement de M. Yvon Villarceau, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Bouquet de la Grye, présent à la séance, prend place parmi ses confrères.

M. Daubrée dépose sur le bureau le rapport de M. Werbeck, ingénieur des mines à Batavia, concernant les éruptions du détroit de la Sonde. Il résulte des renseignements pris avec le plus grand soin que le bruit de l'éruption a été entendu dans un rayon de 30 degrés, en d'autres termes, de 3,000 kilomètres, ce qui est absolument formidable.

M. H. Bouley, au nom de M. Tisserand, directeur de l'agriculture au ministère de l'agriculture, fait hommage à l'Académie d'un gros volume contenant les comptes rendus des travaux relatifs au phylloxera. Les points les plus importants qui se dégagent de la comparaison des documents rassemblés dans ce volume, sont les suivants :

La Suisse, aux premières apparitions du fléau, a lutté énergiquement et elle a facilement triomphé. Le phylloxera n'y a jamais reparu.

En Prusse, les mesures conseillées par l'Académie des sciences, il y a huit ans, sous l'inspiration de M. Dumas, ont été appliquées avec une rigueur draconienne. Tous les points envahis ont été isolés : on a fait, à la lettre, le vide autour d'eux. Les ravages ont été insignifiants, et le mal a été bien vite étouffé.

Mais, en France, les conseils de l'Académie ont soulevé des protestations passionnées de la part des viticulteurs, et le fléau a continué de s'étendre. Il en est de même en Sicile et par les mêmes raisons.

Nous avons appris, indirectement, la mort du jeune gorille de la Ménagerie, et nous nous attendions à ce que M. Alphonse Milne-Edwards fît part à l'Académie de ce regrettable événement et en indiquât les causes. L'honorable professeur n'en a pas soufflé mot. Peut-être la communication à ce sujet n'est-elle qu'ajournée ?

M. L.

Le choléra en 1884.

L'arrivée en Europe d'un navire contaminé. — Les décisions du Conseil sanitaire de Constantinople.

Bien qu'aucun nouveau cas de choléra ne soit signalé en Egypte ou dans l'isthme de Suez, l'émotion est encore vive en Orient. De plus, elle n'est pas illégitime. Un des navires contaminés, le *Crocodile*, avait à bord 1,240 personnes, dont 8 furent atteintes du choléra. Les premiers cas se déclarèrent peu de jours après avoir quitté Bombay, et 3 cholériques succombèrent pendant la traversée de la mer Rouge. Un autre mourut dans l'isthme, dans le trajet de Suez à Port-Saïd, et les 3 derniers entre Port-Saïd et Gibraltar.

La malignité des cas était telle que 3 de ces malades succombèrent une heure après les premières manifestations morbides. L'autre navire, le *Nichgarvil*, avait perdu 2 passagers avant d'arriver à Suez.

Mardi dernier, le *Crocodile* est entré en rade de Spithead avec le pavillon jaune; mais comme aucun nouveau cas n'avait été signalé depuis Gibraltar, les autorités sanitaires de Portsmouth viennent de permettre le débarquement des passagers.

L'optimisme des puissances méditerranéennes est moins satisfait; la plupart d'entre elles ont pris des mesures de prophylaxie. Après l'Italie et l'Espagne, voici la Grèce qui impose une quarantaine de cinq jours aux provenances d'Egypte et du canal de Suez, où, on ne saurait trop le répéter, ce navire avait été admis en libre pratique. De plus, le Conseil sanitaire international de Constantinople s'est réuni deux fois depuis dix jours et a prescrit une visite de tous les navires venant d'Egypte dans les ports ottomans. Il demande aussi que des mesures quarantainaires soient sérieusement appliquées, d'une part, aux provenances venant d'un point quelconque de la province du Bengale, car cette province est entièrement envahie par l'épidémie actuelle, et, d'autre part, à tous les navires venant du golfe du Bengale, entre Rangoon et Calcutta.

En outre, les membres du Conseil sanitaire font remarquer l'insuffisance des mesures sanitaires que les conseils égyptiens viennent de prendre, puisqu'elles n'intéressent ni Bombay, d'où venaient les navires contaminés, ni Calcutta, qui par de nombreux bateaux à vapeur et le chemin de fer communique directement avec Madras, c'est-à-dire avec un des principaux foyers cholériques. Enfin, il attire l'attention des gouvernements occidentaux, sur l'imminence de ces dangers, en présence de la tolérance du président actuel du Conseil sanitaire d'Alexandrie, M. Miéville, vice-consul anglais, dont l'*Union médicale* a déjà fait connaître les hauts faits sanitaires et qui est disposé à favoriser le commerce anglais et non pas à exécuter des mesures sanitaires urgentes. — C. L. D.

FORMULAIRE

Traitement des kystes hydatiques de l'orbite. — Chauvel.

La simple ponction des kystes hydatiques de l'orbite, et mieux encore l'incision avec évacuation du contenu de la poche suffisent pour la guérison. Mais lorsque la suppuration s'empare de la poche kystique, il devient indispensable d'en évacuer le contenu. Il en est de même lorsque la ponction n'a pas réussi. La fermeture de la cavité s'opère alors par bourgeonnement, après la sortie de tous les entozoaires, et par simple accolement ou par destruction suppurative des parois de la poche. En tout cas, l'extirpation n'est pas nécessaire. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — On nous annonce la mort de M. le docteur Bergonié, médecin à la Brède (Gironde). M. Bergonié était tout jeune encore; il a succombé aux suites d'un accident de voiture. — Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Sarzaud, ancien chirurgien de première classe de la marine, ainsi que celle du docteur Allen Thompson, professeur de physiologie à l'université d'Edimbourg. On lui doit d'importants travaux d'embryologie. Il était fils du grand chirurgien John Tompson. — M. le docteur Lalanne, député de Libourne, vient également de succomber à l'âge de cinquante-sept ans.

©BIU Santé

Hospice des Quinze-Vingts. — Une subvention de 2,500 francs a été votée par le Conseil municipal, en faveur de la clinique nationale ophthalmologique instituée à l'hospice des Quinze-Vingts.

Concours. — L'Académie de médecine de Belgique vient de mettre au concours les deux questions suivantes :

1° Déterminer expérimentalement l'influence que la dessiccation, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal. Le prix est d'une valeur de 600 francs. Les travaux doivent être envoyés avant le 1er juillet 1885.

2° Action physiologique des soustractions sanguines tant locales que générales, leurs indications et contre-indications dans le traitement des maladies. La valeur du prix est de 1,500 francs. Le concours sera clos le 31 décembre 1885.

Société philanthropique des sages-femmes. — La Société philanthropique des sages-femmes, garde-malades et ambulancières prie tous ses membres d'assister à l'assemblée générale semestrielle qui aura lieu le lundi 5 mai à 2 heures, au siège social, rue du Rocher, 95.

Nous recommandons une grande exactitude. — *Ordre du jour* : 1° Lecture du procès-verbal de la dernière séance. — 2° Règlement de comptes financiers. — 3° Adhésion de nouveaux membres.

Ecole supérieure de pharmacie. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 4 mai, dans les bois du Vésinet.

Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare à 11 heures 1/2, pour la station de *Chatou*.

Election. — Le lundi 2 juin, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du XVIe arrondissement, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Récompenses. — Par arrêté du 23 avril et sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées qui se sont le plus particulièrement distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales pendant l'année 1881 :

Médaille d'or. — M. le professeur Edmond Willm (de Lille).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Coignard, inspecteur des eaux de Cusset; Collin, inspecteur des eaux de Saint-Honoré; Dupourqué, inspecteur des eaux de Salies-de-Béarn.

Rappels de médailles d'argent. — MM. les docteurs Bouyer, inspecteur des eaux de Cauterets; Laissus, inspecteur des eaux de Salins (Savoie); Philbert, inspecteur des eaux de Brides,

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Lafosse, inspecteur des eaux de Vals; Mabboux, médecin-major à l'hôpital thermal militaire de Bourbonne-les-Bains.

Rappel de médaille de bronze. — M. le docteur Souligoux (de Vichy).

Asile Sainte-Anne. — M. le professeur Ball reprendra son cours de clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 4 mai 1884, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies de la peau.* — M. le docteur E. Guibout a repris ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis (salle Bichat), le mercredi 30 avril 1884, à huit heures et demie du matin, et les continuera les lundis et mercredis suivants, à la même heure; les leçons habituelles des lundis (salle Henri IV) resteront consacrées aux maladies des femmes.

La composition même du *vin de Bayard à la peptone phosphatée* explique les bons résultats qu'on en obtient dans le traitement de la phthisie; par son sel calcaire, il contribue à enrayer la caséification des tubercules et leur désagrégation finale pour les transformer en tissu fibro-calcaire.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Alfred Fournier : Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux. — II. Bibliothèque. — III. Correspondance. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Clinique de l'hôpital Saint-Louis. — VI. Bulletin des décès de la Ville de Paris. — VII. Courrier.

Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux (1).

Leçons professées, à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Alfred Fournier.

Mais, avant d'aller plus loin, entendons-nous bien et ne laissons pas d'équivoque sur ce que nous venons de qualifier, dans ce qui précède, du nom de « crises ou accès épileptiques ».

Qu'est-ce donc que ces crises épileptiques? Qu'est-ce, bien au juste, que cette « épilepsie » d'origine syphilitique?

Au point de vue strictement clinique, les crises auxquelles nous avons fait allusion jusqu'ici sans nous expliquer encore sur leurs caractères, sont des crises *convulsives* identiques à celles que réalise l'épilepsie essentielle, la véritable épilepsie. Elles reproduisent avec une fidélité frappante ce qu'on observe dans l'accès commun du *grand mal*. Rien ne manque au tableau. Et ce tableau est trop connu pour que j'aie à faire autre chose que l'esquisser à grands traits, de la façon suivante :

Tout d'abord, début brusque, instantané, précédé ou non de ces curieux phénomènes auxquels on donne le nom d'*aura;* sidération véritable; chute, avec perte immédiate de connaissance.

Puis, convulsions toniques initiales, de courte durée.

Bientôt après, convulsions cloniques, beaucoup plus durables et composant la plus grande partie de la scène; — distorsion de la face; — altération profonde de la physionomie; — grands mouvements des membres; — écume à la bouche; — morsure de la langue, etc.

Au delà, stertor, et sommeil profond.

Finalement, réveil naturel, avec inconscience absolue de ce qui vient de se produire.

A la suite de cette crise, hébétude passagère et courbature physique; puis (sans parler de quelques épiphénomènes éventuels), retour à l'état antérieur.

C'est bien là, vous le voyez, un accès *épileptique*, dans toute l'acception du mot, un accès en tout point identique à ce qu'on appelle le grand mal. C'est à ce point un accès épileptique que, pour avoir été témoin plusieurs fois de telles crises chez mes petits malades, je déclare *impossible* de les différencier *de visu* des crises de l'épilepsie vulgaire.

Des modalités variables de l'épilepsie, la plus commune chez nos malades est celle que nous venons de décrire, à savoir la forme convulsive avec perte de connaissance.

Beaucoup plus rares sont d'autres formes atténuées ou frustes de l'épilepsie, auxquelles on donne le nom générique de *petit mal*. Celles-ci cependant ont été observées quelquefois d'une façon bien authentique. C'est ainsi, pour en citer un exemple, que, dans un cas des plus intéressants qui m'a été communiqué par mon chef de clinique et ami le docteur Leloir, des crises variées de petit mal préludèrent à l'invasion de crises de grand mal. Elles étaient constituées soit par des convulsions partielles des muscles de la face, soit par de véritables accès de mâchonnement, soit par des absences fugitives rappelant ce qu'on appelle « l'éclipse », soit encore par des défaillances soudaines avec chute, mais sans perte de connaissance.

(1) Suite. — Voir le numéro des 29 avril et 1er mai 1884.

©BIU Santé

Nous venons de voir certaines formes de la syphilis cérébrale héréditaire inaugurées à leur période tout à fait initiale par divers accidents d'ordre épileptique. Poursuivons cette étude et recherchons ce que va devenir ultérieurement la scène morbide qui s'est annoncée de la sorte.

Deux ordres de cas absolument différents se présentent ici à notre observation.

Ainsi, il est possible :

1° Que les symptômes épileptiques qui ont signalé le début de la maladie — et cela, je suppose, à l'exclusion de tout autre trouble cérébral, — se continuent plus ou moins longtemps sous cette forme, sans adjonction d'autres phénomènes d'un genre différent;

2° Qu'inversement l'épilepsie initiale, associée ou non dès l'origine à divers symptômes cérébraux, ne tarde pas, après avoir dominé la scène au début, à se fondre et à s'effacer dans un ensemble clinique plus complexe, qui est celui des grandes lésions du cerveau.

Je m'explique, et l'exposé de ces deux ordres de cas va élucider ce que peut avoir d'obscur pour vous en ce moment la double proposition que je viens de formuler.

I. — Dans un premier groupe de cas, ce qui se produit est ceci :

A la suite des crises épileptiques initiales, d'autres crises semblables se répètent à intervalles variables, puis d'autres encore leur succèdent, et ainsi de suite. Mais aucun phénomène d'ordre différent, au moins aucun phénomène de quelque importance, ne vient s'ajouter à ces crises. Des mois, voire des années s'écoulent de la sorte, et ce sont toujours des accidents épileptiques qui restent en scène, à l'exclusion de troubles d'un autre genre. Si bien que le malade, dans ces conditions, représente exactement ce qu'est un épileptique, c'est-à-dire un sujet qui, de temps à autre, est affecté d'accidents comitiaux, mais qui, en dehors de ces accidents, conserve une santé normale et notamment reste indemne de tous troubles cérébraux. On le prendrait facilement pour un « *épileptique* », bien plutôt qu'on ne songerait à le considérer, suivant l'expression à la mode, comme « un *cérébral* ». Et ce n'est souvent que bien plus tard, après nombre d'années, que d'autres symptômes s'ajoutent à ces crises comitiales et viennent enfin donner à cette pseudo-épilepsie essentielle le cachet d'une épilepsie symptomatique.

Des cas de ce genre ont été cités.

Le docteur Ripoll, par exemple, a relaté l'intéressante observation d'un jeune homme qui, né d'un père syphilitique, fut pris, à l'âge de 12 ans, « d'accidents d'épilepsie convulsive, lesquels se répétèrent ensuite à intervalles assez irréguliers, ne dépassant jamais deux mois. » Ces accidents se continuèrent ainsi pendant *dix ans*, sans se compliquer d'autres troubles cérébraux, et ils persistaient encore lorsque, par bonheur, ce jeune homme vint à être affecté de lésions osseuses (périostoses tibiales et claviculaires). La nature spécifique de ces dernières lésions ne pouvant rester douteuse, un traitement antisyphilitique (pilules de Dupuytren, iodure de potassium, frictions mercurielles) fut aussitôt mis en usage. Or, ce traitement eut pour résultat non pas seulement de résoudre les périostoses, mais encore de guérir l'épilepsie, laquelle, à dater de ce moment, suspendit absolument et définitivement ses accès (1).

De même une belle observation d'Althaus est relative à un enfant issu de père et mère syphilitiques, lequel, de 2 à 9 ans, fut sujet à des crises épileptiques excessivement nombreuses (parfois jusqu'à sept en un jour), sans autres accidents contemporains. Vers l'âge de 9 ans, seulement, sa mémoire à commença à se troubler. A ce moment, il fut soumis par Althaus

(1) *Accidents tardifs de la syphilis héréditaire* (*Revue médicale de Toulouse*, 1880).

à un traitement ioduré. Sous l'influence de cette médication, les crises devinrent d'abord moins fréquentes et moins intenses, puis disparurent complètement (1).

Donc, il est possible que la syphilis cérébrale héréditaire réalise ce fait à coup sûr singulier, presque extraordinaire, d'un état épileptique *durable*, permanent, et d'un état épileptique qui se prolonge ainsi de longues années sous la forme comitiale pure et simple, indépendamment de toute autre manifestation cérébrale.

On dirait, dans ces conditions, que l'épilepsie est le résultat d'une lésion acquise, permanente, mais d'une lésion qui ne va pas plus loin, j'entends qui se traduit par des déterminations épileptiques sans exciter de réactions cérébrales d'un autre genre.

En tout cas, à s'en tenir à la constatation pure et simple des faits cliniques, le sujet qui, sous l'influence d'une infection héréditaire, vient à être pris d'une épilepsie de cet ordre se présente exactement, je le répète, avec les apparences d'un véritable « épileptique ». On a toutes raisons pour le croire affecté d'une épilepsie essentielle, névrosique, et l'on n'en a aucune pour le supposer atteint d'une lésion cérébrale, non plus, *à fortiori*, d'une lésion cérébrale d'ordre spécifique.

Aussi les cas de ce genre sont-ils par essence des plus insidieux. Ce sont eux qui, spécialement, exposent à des erreurs diagnostiques. Comment croire, en effet, qu'un enfant ou un adolescent, affecté de crises comitiales depuis un certain nombre de mois ou d'années et n'ayant jamais présenté le moindre accident cérébral, puisse ne pas être un épileptique? Comment soupçonner que cette épilepsie, qui ne se distingue en rien — au moins sur la plupart des malades — d'une épilepsie essentielle, soit le résultat d'une encéphalopathie spécifique? Il y a là plus que matière à erreur; il y a là, dirai-je, erreur presque forcée, méprise presque nécessaire. Seule, la notion des antécédents de famille ou des antécédents personnels au malade serait de nature en l'espèce à éveiller quelque défiance. Et encore, combien peu de praticiens, même de nos jours, consentiraient à admettre qu'une épilepsie de ce genre puisse dériver d'une infection syphilitique héréditaire! Elle le peut cependant, comme vous venez de le voir d'après les cas précités et comme le démontrent les cas surprenants de guérison qu'a fournis parfois, en pareille occurrence, l'administration du traitement spécifique.

Il est vrai — je dois m'empresser de le dire — que cette forme toute particulière de l'épilepsie spécifique d'origine héréditaire est rare, très rare, véritablement exceptionnelle. On n'en connaît encore tout au moins qu'un nombre d'exemples fort restreint. Dans l'énorme majorité des cas, les choses suivent une autre marche et présentent une physionomie toute différente, que je dois maintenant vous faire connaître.

II. — Le second groupe de cas dont nous avons à nous occuper comprend ceux où l'épilepsie, associée ou non dès l'origine à divers symptômes cérébraux, ne tarde pas, après avoir constitué ou dominé la scène, à se fondre et à s'effacer dans un ensemble clinique plus complexe qui est celui des grandes affections cérébrales.

En d'autres termes, ce qu'on observe, au début même de la maladie, consiste exclusivement ou principalement en des symptômes d'ordre comitial. Le malade a des crises épileptiques, voilà le grand fait. Et de deux choses l'une : ou bien il n'a rien d'autre que cela, ou bien il est affecté coïncidemment de quelques troubles cérébraux d'importance bien moindre, qui restent dans l'ombre, qui parfois même (comme dans le cas que je vous relatais précédemment) ne sont pas remarqués des familles.

(1) *The medical Times*, août 1874, t. I, p. 399.

©BIU Santé

Puis, avec le temps, *la scène change*. L'épilepsie, qui jusqu'ici tenait le premier rôle, s'amoindrit progressivement comme importance, et cela soit par l'exagération des phénomènes qui l'accompagnaient originairement au titre de troubles mineurs, soit par l'adjonction de phénomènes nouveaux. D'une façon ou d'une autre, elle aboutit à ne plus être qu'un des éléments d'un ensemble symptomatologique plus étendu, plus compréhensif. Bref, elle s'efface à son tour au milieu de manifestations graves, dont quelques-unes même, comme intérêt clinique, prendront bientôt le premier rang.

Et quelles sont donc les manifestations qui viennent de la sorte se grouper autour de l'épilepsie initiale, s'associer à elle ou quelquefois même s'y substituer?

A l'avance, vous les avez nommées. Ce sont tous symptômes d'ordre cérébral, tous symptômes qu'on est habitué à rencontrer comme expressions des encéphalopathies de divers genres, à savoir :

1° Troubles dits *congestifs* : lourdeur de tête ; — douleurs de tête ; — vertiges, étourdissements ; — bourdonnements, tintements d'oreilles ; — éblouissements ; — vision nuageuse ; amblyopie ; — fourmillements, engourdissements locaux, etc.

2° Modifications du caractère et de l'humeur, constituant ce que, dans un âge plus avancé, on appelle *troubles moraux* : perte de l'entrain, de la vivacité, de la pétulance habituelle aux enfants ; indifférence, apathie, torpeur ; morosité ; tendance à s'isoler ; désœuvrement : irritabilité nerveuse, colères ou pleurs sans motifs, etc.

3° Troubles *intellectuels*, particulièrement remarquables en l'espèce : alourdissement, engourdissement de l'intelligence ; inaptitude progressive au travail ; défaillance de mémoire ; oublis ; perte des connaissances acquises ; diminution, puis extinction de la faculté du raisonnement ; plus tard, dépression et obtusion progressive de l'intellect ; — finalement, hébétude.

4° Troubles *paralytiques* : parésies ou paralysies partielles, au nombre desquelles figurent, en première ligne, les paralysies oculaires ; — puis, enfin, *hémiplégie*. Hémiplégie, voilà le symptôme à la fois usuel et principal des étapes ultérieures de la maladie, voilà l'aboutissant par excellence de la forme morbide que nous étudions actuellement.

Si bien que dans cette forme — la plus commune de beaucoup, je le répète encore — l'épilepsie n'est, vous le voyez, qu'un phénomène en quelque sorte *prémonitoire*, qui sert de prélude à un ensemble symptomatologique plus complexe et plus grave.

A ce point de vue, en effet, il en est de la syphilis cérébrale de l'enfance comme de la syphilis cérébrale de l'adulte. Chez l'adulte, vous le savez, la forme dite épileptique débute en nombre de cas par des manifestations qui prennent l'allure de l'épilepsie essentielle la plus franche. Elle conserve un certain temps cette physionomie purement comitiale. Puis elle s'adjoint d'autres symptômes, au milieu desquels l'élément épileptique s'efface progressivement comme importance relative, et finalement elle aboutit à un ensemble clinique qui est celui des grandes désorganisations cérébrales. Eh bien, le même ordre et la même succession de symptômes s'observent également dans la forme correspondante de syphilis cérébrale héréditaire chez l'enfant et l'adolescent.

Au surplus, un exemple pris sur nature vous édifiera mieux que ne pourrait le faire toute description sur cette forme spéciale à début pseudo-épileptique. J'emprunterai cet exemple à mes notes et je n'hésiterai pas à vous le raconter avec quelques détails, en raison de l'intérêt clinique qui se rattache aux faits de ce genre encore peu connus.

Un jeune homme contracte la syphilis, et, comme tant d'autres, s'en traite négligemment. Il se marie, et ne tarde pas à contagionner sa femme.

Quelques années après, il est pris d'accidents cérébraux que plusieurs médecins rapportent à la syphilis et auxquels il succombe.

La jeune femme est affectée de divers accidents spécifiques (roséole, plaques muqueuses buccales, alopécie, céphalée, etc.). Mais, comme elle ignore la nature de sa maladie (qu'on lui cache d'ailleurs soigneusement), elle ne se traite que juste le temps nécessaire à la disparition de ces premiers symptômes.

De ce couple infecté naissent trois enfants dans les trois premières années du mariage.

Le premier vient à huit mois mort-né.

Le second naît à terme. Il est bientôt criblé d'une nuée d'accidents spécifiques : syphilides confluentes, de forme ulcéro-croûteuse ; pemphigus ; ulcérations buccales ; ophthalmie grave à laquelle succède la fonte d'un œil ; lésions osseuses, etc. Il tombe dans la cachexie et succombe à six semaines.

Une troisième grossesse donne naissance à une petite fille bien vivante, qui est le sujet de notre observation actuelle. Vers l'âge de trois semaines, cette enfant est affectée de diverses manifestations d'ordre incontestablement spécifique. On la traite et elle guérit. — Au delà, elle ne présente plus rien de spécial. Elle grandit et se développe convenablement Si bien que, vers l'âge de 9 ans, c'était une belle petite fille, bien portante, fraîche et rosée, vive, gaie, et, dit-on, très intelligente.

A ce moment, elle commence à uriner au lit, la nuit, de temps à autre. On la gronde, mais sans s'inquiéter davantage de ce symptôme, qui n'est souvent, vous le savez, que le témoignage d'une épilepsie *nocturne* méconnue. — A quelque temps de là, elle est prise soudainement d'une crise de convulsions violentes, en dînant. Elle perd connaissance d'une façon subite, devient aussitôt « raide comme une barre de fer », se démène en des convulsions générales, écume, se mord la langue, urine sous elle, etc. — Des crises semblables se succèdent alors à intervalles irréguliers, et toujours avec les mêmes symptômes. — On considère l'enfant comme épileptique, et on la soumet à une série de médications diverses qui restent toutes inactives.

Cinq à six mois s'écoulent de la sorte, sans qu'on ait à noter d'autres phénomènes, si ce n'est toutefois un changement dans le caractère et un certain degré d'affaiblissement intellectuel.

Puis, en même temps que les accès épileptiques poursuivent leur cours, la scène se modifie. L'intelligence décline rapidement. La mémoire se perd. L'enfant oublie ce qu'elle avait appris, histoire, géographie, catéchisme, etc. Elle ne comprend plus que difficilement. Elle a parfois des idées bizarres, extraordinaires. D'autres fois elle est prise de frayeurs que rien ne motive, ou bien d'accès de rire stupide, très prolongés, etc. Elle devient indocile, méchante, hargneuse, irritable, morose.

Un peu plus tard, la parole s'embarrasse. Certains mots sont mal prononcés, scandés, « estropiés ».

Des troubles sensoriels se manifestent. La vision s'affaiblit. Les pupilles se dilatent d'une façon excessive, mais inégalement d'un œil à l'autre. — L'audition s'émousse. — La sensibilité générale participe à ces désordres par un retard singulier dans les perceptions. Ainsi, lorsqu'on pince un membre, la douleur n'est perçue qu'après quelques secondes.

Des crises de vomissements se produisent de temps à autre.

La motilité s'affecte. La puissance musculaire décroît. Les mouvements deviennent faibles, maladroits, indécis. La marche est titubante, incertaine. Les mains laissent tomber les objets, etc. — Assez souvent, contractures intermittentes de certains groupes musculaires, notamment des muscles de la mâchoire ; secousses, soubresauts dans les membres, etc. — Paralysie

©BIU Santé

de la sixième paire gauche; d'où strabisme et diplopie. — Miction et défécation involontaires.

Dans l'espace de quelques mois, tous ces phénomènes suivent une ascension progressive, en dépit d'un traitement spécifique des plus intenses (lequel, à vrai dire, n'intervint que très tardivement, à une époque où la situation était déjà presque désespérée). — L'intelligence s'anéantit complètement, et l'enfant se transforme en une véritable *idiote*. — La vue s'éteint. — Une parésie très accentuée envahit tous les membres. Les mains ne peuvent plus rien serrer, rien tenir. Les membres inférieurs sont impuissants à supporter le corps. — La mastication est difficile et lente. — La déglutition se trouble à ce point que les solides ne sont ingérés qu'avec peine et que les liquides sont rejetés partiellement par les fosses nasales.

Pendant quelques semaines, la vie n'est plus qu'automatique, végétative. — Survient finalement une hémiplégie avec coma, qui termine en quelques jours cette lamentable scène.

L'autopsie est pratiquée et révèle des lésions osseuses incontestablement spécifiques, avec épaississement coriace des méninges, symphyse méningo-cérébrale, désagrégation de la substance grise et foyers de ramollissement dans les régions centrales.

Tel est un exemple de syphilis cérébrale héréditaire à manifestations initiales d'ordre épileptique.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

DA ELEPHANCIA (*éléphantiasis des Arabes*) *e de seu tratamento pela electricidade*. (*De l'éléphantiasis et de son traitement par l'électricité*), par le docteur VIEIRA DE MELLO. — Rio-de-Janeiro, 1884; G. Leutzinger et Filhos.

Voici un ouvrage, écrit en portugais, qui vient de loin et qui, malgré la distance, mérite les sympathies du lecteur européen. De plus, il montre bien qu'à Rio-de-Janeiro les travaux de longue haleine sont en honneur et témoignent d'une réelle activité scientifique parmi nos estimés confrères du Brésil.

Ce mémoire est une thèse inaugurale soutenue devant la Faculté de Rio-de-Janeiro et dont les conclusions sont motivées par l'analyse de cent cinquante observations inédites. Cette monographie fera donc époque dans l'histoire de l'éléphantiasis des Arabes, maladie assurément bien ancienne, que les premiers médecins grecs connaissaient et qui cependant est aujourd'hui encore mal connue. Erreurs historiques, erreurs de nomenclature, erreurs pathogéniques, telles sont les causes de la divergence des opinions et des différences entre les descriptions. Pour l'auteur, cette maladie n'est autre qu'une lymphangite et conséquemment sa pathogénie diffère peu de celle de cette dernière affection.

La clinique donne la vérification de cette pathogénie, puisque les symptômes de la période initiale sont ceux d'une lymphangite. Plus tard, dans la période de transition, il existe de l'œdème et du gonflement. Enfin, dans la période chronique, qui mérite le nom de période d'éléphantiasis vrai, on observe l'induration et la déformation de la région. Le processus morbide est alors complet et a pris tous ses caractères éléphantiasiques.

Dans ce remarquable mémoire, M. Vieira de Mello ne s'est pas borné à donner la physionomie clinique de la maladie. Appartenant à une école où la thérapeutique est en honneur, il passe en revue et discute les diverses médications de l'éléphantiasis: l'administration du sulfate de quinine à hautes doses, les purgatifs, les calmants, les astringents et l'enveloppement des régions malades avec des pansements antiseptiques. Toutefois ces moyens sont la plupart du temps peu efficaces et toujours inférieurs dans leurs résultats aux courants continus, à la faradisation et aux procédés de la méthode électrolytique.

On lira donc avec grand profit ce mémoire, qui est aussi intéressant par le fond qu'attrayant par la forme, car M. Vieira de Mello manie la plume avec élégance. De plus, et il faut en tenir compte, un index bibliographique complet termine ce volume. Les

travaux des médecins de l'ancien continent y sont impartialement rappelés et parmi ces derniers un légitime hommage a été rendu aux recherches de nos compatriotes.

C'est assez dire que ce livre mérite à la fois l'estime et la sympathie des lecteurs français. Aussi, bien qu'il soit écrit en portugais, il sera certainement consulté par tous ceux qui désormais voudront compléter l'histoire clinique de l'éléphantiasis des Arabes ou présentement en connaître les épisodes. M. Vieira de Mello a fait une bonne et une belle œuvre, et on doit l'en remercier. — Ch. Eloy.

CORRESPONDANCE

1er mai 1884.

Mon cher confrère,

A l'étude si intéressante de M. R. Longuet *Sur l'aphasie transitoire de la fièvre typhoïde* (1), voudriez-vous me permettre d'ajouter que l'aphasie n'est pas le seul trouble phonateur noté chez les typhiques?

Pour ma part, j'ai rencontré bon nombre de cas de bégaiement survenus, chez des enfants, au cours de la fièvre typhoïde. Mais, contrairement à ce que M. Longuet a remarqué pour l'aphasie, le bégaiement n'a pas été passager. Il a persisté pendant de longues années, et le retour complet de la liberté de la parole n'a été obtenu que par un traitement spécial.

Bien à vous, Dr Arthur Chervin.

(1) *Union méd.*, 26 avril 1884.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 avril 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Traitement des tumeurs cirsoïdes de la main. — De la périnéorrhaphie. — Rapport sur un travail relatif au pronostic des mutilations de la main. — Présentation de malade atteint de varices lymphatiques de la cuisse.

M. Polaillon, à l'occasion des communications faites récemment par MM. Desprès et Berger et relatives à des observations d'anévrysme cirsoïde de la main, croit devoir présenter quelques remarques au sujet du traitement de ces tumeurs.

Il a pensé que pour se faire une juste idée du meilleur traitement à appliquer à ce genre de lésions, le plus sûr moyen était de consulter les observations déjà nombreuses publiées par les chirurgiens et de mettre en relief les procédés qui ont le mieux réussi. Ces observations sont au nombre de 25, en y comprenant celles de MM. Desprès et Berger. Elles appartiennent, par ordre de date, à Wardrop, Chélius, John Russelle, Guillou, Lloyd, Velpeau, Nélaton, Le Tenneur (de Nantes), Krause, Laurie, Delore, Alph. Guérin et Trélat, Gherini, Demarquay, Broca, Gazzoli, Obalinski, Nicoladoni, Tillaux, Polaillon, Fisher, Desprès, Berger.

A ces 25 observations, M. Polaillon en ajoute une 26e qui lui est personnelle et qui est relative à une tumeur cirsoïde de la main droite, chez un enfant de 10 ans. Cette tumeur, traitée par les injections au perchlorure de fer, parut guérie sous l'influence de ce traitement ; mais cette guérison n'était qu'apparente, car dix ans après M. Polaillon, ayant eu l'occasion de revoir le malade, constata l'existence de la tumeur dans le même point, ayant subi un accroissement parallèle à celui de la main et présentant des pulsations et du souffle. M. Polaillon proposa au jeune homme de lui pratiquer de nouvelles injections de perchlorure de fer, mais le malade refusa, dans l'espoir que sa tumeur l'exempterait du service militaire.

Il résulte de l'ensemble des observations analysées dans le travail de M. Polaillon que le seul traitement efficace pour les tumeurs cirsoïdes de la main, comme pour les tumeurs cirsoïdes du crâne, consiste dans la destruction ou l'oblitération des vaisseaux de la tumeur elle-même. Toutes les opérations qui portent sur les vaisseaux afférents n ont donné que des résultats nuls ou incertains.

©BIU Santé

La *compression* a échoué dans les sept essais qui en ont été faits, quelquefois elle a été si douloureuse que les malades n'ont pu la supporter.

La *ligature* des artères de l'avant-bras et du bras n'a donné que de mauvais résultats. Sur 13 cas, elle n'a réussi que deux fois où l'on avait agi en même temps sur la production cirsoïde elle-même. Il suffit en effet de supprimer les communications artério-veineuses qui existent dans la tumeur pour voir cesser du même coup les phénomènes morbides locaux et les dilatations ascendantes des vaisseaux.

Les deux moyens de produire ce résultat sont la *destruction de la tumeur* et les *injections coagulantes*.

L'*ablation* avec le bistouri n'est pas applicable lorsque la tumeur cirsoïde est étendue, profonde et diffuse, parce que cette opération donnerait lieu à des hémorrhagies considérables et à des délabrements nécessaires. On pourrait, il est vrai, pratiquer l'ischémie du membre pendant l'opération, mais les délabrements de la main n'en seraient pas moins irrémédiables et les hémorrhagies de la cicatrisation seraient fort à craindre et difficiles à réprimer.

Au contraire l'ablation avec le bistouri est une excellente méthode lorsque la tumeur est petite, bien limitée, non adhérente aux parties profondes.

Dans certains cas, la *cautérisation* avec le thermo-cautère ou le chlorure de zinc pourrait être employée comme agent destructeur.

Les *injections coagulantes* constituent le procédé à la fois le plus simple et le plus sûr, lorsqu'on s'entoure des précautions voulues. Les conditions indiquées dans le mémoire de M. Gosselin, sont : 1° d'oblitérer des vaisseaux dilatés en coagulant solidement le sang à leur intérieur; 2° d'éviter une inflammation suppurative ou même la gangrène.

La première condition nécessite l'arrêt pendant dix minutes environ de la circulation dans la tumeur, arrêt qu'il est très facile d'obtenir en comprimant l'artère humérale ou les deux artères de l'avant-bras. Il faut, en outre, que le liquide soit injecté dans les vaisseaux et non dans la trame celluleuse qui les entoure. Pour cela, on se sert d'une aiguille tubulée en or dans laquelle la canule de la seringue de Pravaz pénètre à frottement. On pique la tumeur avec l'aiguille tubulée, et on l'enfonce jusqu'à ce que l'issue du sang artériel indique qu'elle est arrivée dans la cavité d'un vaisseau; on introduit alors la canule de la seringue de Pravaz dans la tubulure de l'aiguille, et on pousse l'injection.

Pour produire la coagulation sans provoquer la gangrène ou l'inflammation suppurative, on emploie une solution de perchlorure de fer à 30° étendue de partie égale d'eau distillée, ou mieux encore la solution de Piazza.

Quant au nombre de gouttes à injecter, il est variable avec le volume de la tumeur, mais il ne doit pas dépasser cinq à dix gouttes à la fois. Il est rare qu'une seule injection suffise; mais ce procédé est si exempt de danger qu'on peut y revenir à cinq ou six jours d'intervalle, jusqu'à ce que la tumeur soit devenue dure et jusqu'à ce que le bruit de souffle et les battements aient complètement cessé.

L'*amputation* est l'extrême ressource. Elle est indiquée lorsque les troubles trophiques, les ulcérations, les hémorrhagies, les douleurs, rendent le membre inutile et constituent un danger pour la vie.

Dans les cas où l'avant-bras et le bras sont envahis par la dilatation des vaisseaux, plusieurs chirurgiens ont cru prudent d'enlever une grande partie du membre. En agissant ainsi, ils ont voulu se mettre à l'abri d'une récidive et opérer sur des vaisseaux moins volumineux, moins nombreux, moins friables sous le fil de la ligature.

M. Polaillon pense que la dilatation des artères et des veines ne doit pas préoccuper le chirurgien outre mesure. L'expérience a prouvé que, en supprimant l'extrémité du membre où siègent les canaux élargis qui font communiquer les artères et les veines, les vaisseaux dilatés du bras et de l'avant-bras reviennent sur eux-mêmes en peu de jours.

Il ne faut pas s'exagérer le danger des hémorrhagies pendant et après ces opérations, surtout avec les moyens d'hémostase dont la chirurgie dispose aujourd'hui. En outre, d'après ce que l'expérience a montré sur le retrait rapide des vaisseaux afférents, on peut amputer sans imprudence à travers les vaisseaux dilatés et conserver au moignon de l'avant-bras ou du bras une plus grande longueur.

M. Desprès fait remarquer qu'il existe une grande différence entre les simples dilatations artérielles et celles qui s'accompagnent de flexuosités avec adhérences, car celles-ci sont dues à des altérations du tissu.

En ce qui concerne les injections de perchlorure de fer, M. Desprès croit devoir répéter ce qu'il a dit déjà, à savoir qu'elles ne conviennent que chez les jeunes sujets.

M. Polaillon répond que la tumeur cirsoïde consiste uniquement dans une communication anormale entre les deux systèmes artériel et veineux; lorsque cette communication est interrompue soit par l'ablation de la tumeur, soit par la coagulation du sang, les artères reviennent sur elles-mêmes, qu'elles soient simplement dilatées ou flexueuses.

— A l'occasion de la récente communication de M. Trélat sur la périnéorrhaphie, M. Monod croit devoir présenter quelques remarques au point de vue de certains détails du procédé opératoire au sujet desquels il diffère d'avis avec son collègue. Le procédé d'Emmet (de New-York), décrit et préconisé par Gaillard-Thomas et que M. Jude Hue (de Rouen) a, le premier, pratiqué et fait connaître en France, consiste surtout à faire, après avivement des bords de la déchirure anale et périnéale, une série de sutures profondes à l'aide desquelles les surfaces avivées sont forcément rapprochées par la torsion des fils et mises au contact. Ces points de suture profonde rapprochent suffisamment les parties pour dispenser de la suture superficielle de la peau et de la muqueuse.

M. Monod a pratiqué cette opération quatre fois, et son collègue, M. Terrillon, sept fois. Il constate avec satisfaction que M. Trélat s'est laissé entraîner par leur exemple à pratiquer la périnéorrhaphie par le procédé d'Emmet, avec certaines modifications toutefois. M. Trélat continue à faire la suture périnéale superficielle et la suture vaginale. De leur côté, MM. Terrillon et Monod ont conservé la suture entortillée que M. Trélat considère comme parfaitement inutile. M. Monod ne demande pas mieux que de renoncer à la suture entortillée, à l'exemple de M. Trélat, et de faire seulement la suture entrecoupée lorsqu'une nouvelle occasion se présentera de pratiquer la périnéorrhaphie.

M. Verneuil croit devoir conseiller un procédé qui lui a parfaitement réussi et qui n'est d'ailleurs qu'une application à la périnéorrhaphie d'un procédé employé par lui depuis longtemps dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Ce procédé consiste à diviser l'opération en deux temps séparés par un intervalle plus ou moins long. Dans un premier temps, on fait l'avivement avec le thermo-cautère, puis, au bout de quelques jours, lorsque la surface de la plaie de l'avivement est recouverte de granulations, on fait la réunion immédiate secondaire par les sutures. Ce procédé donne d'excellents résultats et rend l'opération infiniment plus facile.

M. Trélat constate de nouveau que, malgré quelques dissidences sur certains points de détail, ses collègues et lui sont d'accord sur les points fondamentaux du manuel opératoire de la périnéorrhaphie : avivement étendu, surfaces de rapprochement de même forme; puis, après cet avivement, affrontement des surfaces par des points de suture entrecoupée.

M. Guéniot rappelle que, chargé du rapport sur le travail de M. Jude Hue, il avait été frappé de ce fait, qu'au lieu de la recherche intentionnelle et persévérante du rétablissement de la fonction comme dans les anciens procédés, on semblait se préoccuper beaucoup plus aujourd'hui de la restauration de la forme que du rétablissement de la fonction. Chez une femme opérée par le nouveau procédé, M. Guéniot a constaté une restauration parfaite de la fourchette, mais, par contre, elle retenait difficilement ses matières. M. Guéniot déclare qu'il se passerait fort bien de la fourchette si on voulait lui assurer la fonction.

M. Pozzi cite une observation qui corrobore ce que vient de dire M. Verneuil sur les bons résultats de la périnéorrhaphie pratiquée suivant la méthode de la réunion immédiate secondaire. Il donne des soins à une femme qui, à la suite d'un accouchement, avait une rupture du périnée et de la moitié inférieure du vagin. Il a pratiqué deux fois la périnéorrhaphie par première intention, et deux fois il a éprouvé un échec complet, bien que la suture et l'avivement n'eussent rien laissé à désirer. Il y a évidemment des femmes qui sont absolument réfractaires à la réunion immédiate.

M. Pozzi s'est alors décidé à pratiquer la réunion secondaire d'après le procédé de M. Verneuil : large avivement avec le thermo-cautère, puis réunion des surfaces couvertes de granulations. Les résultats de cette dernière opération sont excellents; la déchirure qui, avant l'opération, avait une profondeur de 6 centimètres, n'a plus aujourd'hui que 2 centimètres.

Ainsi, dans les cas où la réunion immédiate échoue, on a la ressource de la réunion secondaire, qui aura pour effet de rétablir la cloison recto-vaginale et même la fourchette..

M. Polaillon, dans un cas de déchirure périnéale très profonde, où la muqueuse de

©BIU Santé

l'anus venait faire hernie au dehors, a eu l'idée de décoller, après avivement suivant le procédé d'Emmet, la partie antérieure de la muqueuse anale et de la fixer à la partie postérieure de la plaie périnéale qui a été ensuite réunie par la suture. Il a eu ainsi une restauration à peu près parfaite de l'anus, si bien que la malade pouvait conserver ses matières.

M. Marc Sée rappelle que M. Trélat, dans sa communication, avait attiré l'attention des chirurgiens sur les accidents produits assez souvent par la compression qu'exercent les plaques de plomb employées dans la suture enchevillée: inflammation, suppuration, ulcérations, gangrène, etc. Depuis quelque temps M. Sée a réussi à éviter ces accidents en se servant de chevilles faites avec de petits rouleaux de gaze iodoformée qu'il avait vu employer avec succès dans le service de Bilroth, à l'hôpital de Vienne. Par ce moyen, on n'a pas de suppuration dans les points de suture, et les fils peuvent rester très longtemps en place sans inconvénient.

— M. Richelot donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Guermonprez (de Lille) relatif au pronostic des mutilations de la main.

M. Richelot croit devoir rappeler, à cette occasion, aux jeunes médecins qui seraient tentés de l'oublier, un précepte de bonne pratique chirurgicale depuis longtemps formulé, à avoir qu'il faut s'abstenir de toute intervention primitive dans les mutilations de la main, en laissant à la nature le soin de sauver ce qui peut être sauvé et d'éliminer ce qui ne doit plus vivre. En méconnaissant, par excès de zèle, le sage précepte de non-intervention, les jeunes médecins s'exposent à sacrifier inutilement des parties qui auraient pu être conservées.

M. le rapporteur propose :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur;

2° De publier ses observations dans le *Bulletin*. (Adopté.)

M. Marjolin partage entièrement l'avis de M. le rapporteur. Il a eu souvent l'occasion, à l'hôpital Sainte-Eugénie, d'observer des mutilations de la main produites par des engrenages de machines, et il n'a eu qu'à se féliciter de s'être borné simplement à régulariser les plaies de ce genre. Dans les cas de plaie par écrasement, il a eu souvent à se louer de l'emploi des irrigations froides continues.

M. Polaillon ne pense pas qu'il soit sage d'ériger l'abstention chirurgicale en système et de faire de la conservation à outrance dans les mutilations de la main. On voit, en effet, assez souvent des malades qui viennent réclamer l'amputation de doigts ankylosés à la suite de plaies de la main, et qui, devenus absolument inutiles, les gênent pour travailler et gagner leur vie. Il y a donc lieu d'intervenir dans certains cas et de retrancher tout ce qui est un obstacle aux fonctions de la partie mutilée.

M. Verneuil pense qu'il faut poser en principe de ne jamais intervenir primitivement et de laisser la nature, ainsi que l'a fort bien dit M. Richelot, éliminer ce qui doit être éliminé; une fois cette élimination faite, vers la cinquième ou sixième semaine environ après l'accident, on pratiquera, s'il y a lieu, l'amputation secondaire.

M. Gillette rappelle que le principe de l'abstention chirurgicale, dans les cas de mutilations de la main, a été préconisé par Denonvilliers dans ses leçons cliniques. Un des lèves de ce chirurgien, dans sa thèse inaugurale passée en 1862 ou 1863, a vulgarisé les enseignements de son maître, et insiste surtout sur la conservation des doigts.

M. Richelot répond à M. Marjolin qu'il est bien difficile de définir le mot de régularisation. Jusqu'où doit aller cette intervention régularisatrice, et où doit-elle s'arrêter? 'est là ce qu'il faudrait déterminer, sous peine de justifier ainsi la conduite des chirurgiens qui pourraient être entraînés trop loin dans la voie de l'intervention primitive. C'est pourquoi M. Richelot a mieux aimé dire qu'il ne fallait jamais intervenir primitivement, sauf, ensuite, à agir secondairement, s'il y a lieu, comme l'a fort bien établi M. Verneuil.

Donc, d'une façon générale, il convient de poser en principe de ne jamais régulariser primitivement les mutilations de la main, et de les régulariser secondairement, s'il y a lieu.

— M. le docteur Bousquet présente un jeune homme atteint de varices lymphatiques de la partie supérieure de la cuisse droite.

Les urines, examinées, n'ont pas été trouvées chyleuses. — A. T.

Clinique de l'Hôpital Saint-Louis. — M. le Pr A. Fournier.

Comme nous l'annoncions il y a quelques jours, M. Alfred Fournier a rouvert vendredi dernier son cours de clinique syphilitique, à l'hôpital Saint-Louis, au milieu d'une nombreuse affluence d'étudiants et de praticiens. C'est qu'en effet ce cours est un des plus assidûment suivis de la Faculté, et il doit cette légitime popularité autant aux qualités éminentes du professeur qu'aux éléments de puissant intérêt qu'offre l'étude spéciale des affections syphilitiques tertiaires dont l'hôpital Saint-Louis est si largement pourvu.

Dans cette première leçon, M. Fournier a traité, de cette façon magistrale et avec l'originalité de vues qui lui sont propres, une affection des plus curieuses dans le champ pathologique dont il s'occupe spécialement et à laquelle il a conservé le nom de *tabes*, — Ce n'est pas précisément le *tabes dorsalis* d'autrefois ; c'est cet état complexe, protéiforme, irradiant capricieusement sur divers organes importants, ayant pour point de départ le cerveau ou la moelle épinière, où il détermine finalement cette terrible dégénérescence qui s'appelle la sclérose, et constituant comme dernière forme l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique.

Cette première leçon a été exclusivement consacrée aux désordres qui, sous l'empire de cette affection, ont pour siège les voies urinaires, offrent aux praticiens les plus expérimentés de difficiles problèmes à résoudre, et constituent cette classe particulière de malades que l'éminent professeur Guyon a appelés les *faux urinaires*, formule à la fois pittoresque et exacte, que M. Fournier a eu raison de conserver.

Dans sa leçon de vendredi prochain, M. Fournier continuera cette intéressante revue par l'étude des altérations survenues dans l'appareil digestif sous l'empire du *tabes*.

En terminant cet aperçu très sommaire du cours de M. Fournier, qui est précédé d'un examen au lit des malades toujours fort intéressant, car on y voit de curieux spécimens de l'affection qui fera l'objet de la leçon, je ne veux pas passer sous silence un détail qui a bien son charme.

Les lecteurs de l'*Union médicale* savent, depuis longtemps, l'opinion de ce journal sur la question assez discutée de la *femme-médecin* : son fondateur, M. Richelot père, dans de nombreuses occasions, et un peu celui qui écrit ces lignes, ont nettement dit à ce sujet leur opinion. Sans vouloir entraver aucune liberté, je ne puis m'empêcher de dire que j'ai remarqué, avec une certaine surprise, dans cette clinique *très spéciale* de M. Fournier, une *étudiante*, une jeune fille de dix-huit à vingt ans, assistant curieusement aux examens les plus *techniques*, sans que sa pudeur en parût aucunement effarouchée, et ne paraissant cependant avoir abdiqué aucune des préoccupations de son sexe, si j'en juge par le soin avec lequel elle ramenait de petits *frisons* qui décoraient une nuque très élégante.

Cette jeune étudiante se destine-t-elle à faire un jour concurrence à M. Fournier ? Je l'ignore ; mais convenons que, parmi les innovations dont notre époque nous donne l'intéressant spectacle, celle-là n'est pas la moins curieuse.

Dr B. M.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 23 au 30 Avril 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1153. — Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 4. — Rougeole, 55. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 49. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 69. — Phthisie pulmonaire, 244. — Autres tuberculoses, 22. — Autres affections générales, 44. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 48. — Bronchites aiguës, 26. — Pneumonie, 93. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 16 ; au sein et mixte, 18 ; — inconnues, 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 102; circulatoire, 85; respiratoire, 80; digestif, 46; génito-urinaire, 27; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulat. et muscles, 5. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 13.

Résumé de la 18e semaine. — Le service de la statistique a reçu notification, pendant la semaine qui vient de s'écouler, de 1,153 décès au lieu de 1,297, chiffre exceptionnel qui avait été observé pendant la semaine précédente.

©BIU Santé

La comparaison des chiffres des dernières semaines fait remarquer les différences suivantes :

La Rougeole vient de subir un nouvel accroissement (55 décès au lieu de 38). Cette fièvre n'a fait que 6 victimes dans les arrondissements du centre de Paris; au contraire, elle sévit avec violence dans les Xe, XIe et XIIe arrondissements et à Belleville, c'est-à-dire dans les arrondissements de l'Est de Paris, et surtout dans le XIIIe, le XIVe et le XVe, c'est à dire dans ceux du Sud.

La Diphthérie paraît en voie de diminution (49 décès au lieu de 57 pendant la semaine précédente). Les arrondissements excentriques (Passy excepté) sont toujours ceux dans lesquels cette maladie fait la plupart de ses victimes.

Les autres maladies épidémiques sont restées à l'état stationnaire ou n'ont subi que des variations insignifiantes : la fièvre typhoïde (39 décès dans chacune des deux dernières semaines) conserve la fréquence considérable qu'on lui voit à Paris depuis déjà plus de quatre ans. La Scarlatine (4 décès dans chacune des deux dernières semaines) et la Variole (4 décès au lieu de 1) continuent à être rares. La Coqueluche (14 décès au lieu de 7) a subi un accroissement probablement passager.

Enfin la Bronchite (26 décès au lieu de 43) et la Pneumonie (93 décès au lieu de 112) présentent une atténuation. On remarquera avec surprise la faiblesse du nombre des décès par athrepsie (44 au lieu de 73) qui, dans cette saison, est ordinairement plus élevé.

Le service de statistique a reçu notification de 518 mariages et 1,219 naissances d'enfants vivants (648 garçons et 571 filles) dont 887 légitimes et 332 illégitimes. Parmi ces derniers, 71 ont été immédiatement reconnus par l'un de leurs parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Société de médecine légale. — Cette Société vient de nommer :

1° *Membres titulaires.* — MM. le docteur Barthélemy, chef de clinique de la Faculté de médecine ; Benoît, juge d'instruction ; Bordier, avocat à la Cour d'appel ; Bouchereau, médecin de l'asile Sainte-Anne ; Albert Liouville, docteur en droit ; le docteur Socquet.

2° *Membre correspondant étranger.* — Le professeur do Masio, à Bahia.

Conseil municipal de Paris. — Le Conseil municipal de Paris a, dans sa séance du vendredi, 25 avril 1884, voté la construction, à l'asile des aliénés de Vaucluse, de baraquements pour les maladies épidémiques.

Cette décision a été prise à la suite d'une visite faite par la commission spéciale du Conseil, laquelle a constaté qu'on avait été forcé d'évacuer la colonie en raison d'une épidémie d'ophthalmies régnant dans l'asile.

Hôpital de Lourcine. — *Cours clinique de gynécologie et de syphiligraphie.* — M. le docteur Martineau, reprendra son cours le mercredi 14 mai à neuf heures, et le continuera les mercredis à la même heure.

Tous les jours, visite des malades à neuf heures.

Concours. — Le concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de M. Champetier de Ribes.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Louis Viollet, décédé à Paris à l'âge de soixante ans.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos, par le docteur Richelot, ancien président de la Société de médecine de Paris, chez G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120. — Prix : 2,50

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Mal perforant du pied, consécutif à une névrite sciatique produite par une injection interstitielle d'éther. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de médecine de Paris. — IV. Le choléra en 1884. — V. Thérapeutique. — VI. Variétés. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Feuilleton. — X. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 6 mai. — C'est merveille de voir M. Rochard à la tribune, développant dans un rapport verbal la pensée d'un auteur avec une suite et une précision que possèdent peu de rapports écrits. Nous avions le même plaisir à l'écouter aujourd'hui que le 29 janvier, dans une occasion pareille.

Ce jour là, M. Rochard nous avait décrit dans son langage attrayant le microbe du béribéri, découvert tout récemment par M. de Lacerda; et l'orateur, quelque peu sceptique, le trouvait aussi « étrange » qu'un certain microbe de la fièvre jaune trouvé quelque temps auparavant par le même auteur. Ce discours avait évoqué devant nos yeux la foule innombrable des microcoques et des bacilles que tant de médecins ont cru devoir découvrir dans ces dernières années, au risque d'entraver des recherches plus sérieuses et de compromettre une doctrine soutenue et fécondée par quelques hommes supérieurs. Nous avions admiré, à ce propos, la complaisance avec laquelle les infiniment petits apparaissent à certains observateurs, se colorent à la première injonction, pullulent au moindre signe et dévoilent à tout venant leur spécificité. Les cultures sont trop faciles, les inoculations réussissent trop souvent, le vaccin surgit trop vite à côté du virus pour ne pas nous inspirer cet « esprit de réserve » dont parlait M. Rochard.

Aujourd'hui, même situation. M. Domingos Freire, médecin brésilien, a découvert une fois de plus le microbe de la fièvre jaune; mais ce n'est pas celui de M. de Lacerda. L'orateur nous peint en quelques mots lumineux les phases diverses du *cryptococcus xanthogenius* et celles qu'a traversées l'esprit de son inventeur. Là où Pasteur a échoué, M. Domingos Freire a réussi du

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON

Sous le même titre, que je tiens à leur conserver en souvenir de leur ancienne renommée, nos comptes rendus du Salon ne portent plus cette année la même signature. On se rappelle la légèreté, la finesse et le bien jugé des appréciations que nous donnait Cl. Suty sur l'exposition de peinture ; ses lecteurs et son successeur regretteront également qu'il ait passé la main, les uns pour le plaisir dont il les prive en se condamnant au repos, l'autre pour la tâche difficile qu'il lui laisse. Le prendre pour modèle et marcher sur ses traces est le mieux que je puisse me proposer; et j'y réussirais au delà de toute espérance que je garderais encore la certitude de ne point le faire oublier.

***

En dépit de la lune rousse (qui s'est rattrapée depuis), la grande journée du vernissage a été douce aux Parisiens. Un peu de chaleur et le soleil lui-même ont embelli cet événement artistique, qui apparaît au mois de mai comme une de nos grandes excitations annuelles. Le Concours hippique, le vernissage, le Grand Prix et les premières représentations sont les échéances mémorables, où quiconque a le cœur bien placé le sent frémir dans sa poitrine, sous l'influence de l'émotion inséparable des circonstances solennelles de la vie.

©BIU Santé

premier coup; les résultats sont complets, définitifs. Il y a des animaux qui accueillent le microbe, d'autres qui lui sont réfractaires; il y a un degré de chaleur qui le tue; il imprègne la terre des cimetières, et celle-ci est virulente à son tour (souvenir de la bactéridie charbonneuse); toute la ville de Rio-de-Janeiro, terre et atmosphère, en est farcie; pour faire des expériences, il faut se réfugier à la campagne. Nous avons d'ailleurs une vaccination préventive: l'auteur a eu l'intention (*sic*) d'éprouver sur lui-même le virus atténué, puis il l'a éprouvé sur 400 personnes, qui n'en sont pas mortes. Là se borne le succès, car on ne sait pas encore si les vaccinés seront réfractaires à l'épidémie. Une commission, nommée par le gouvernement pour vérifier l'innocuité de la vaccination préventive, a refusé de la garantir; néanmoins, M. Domingos Freire a prétendu que la commission l'approuvait.

En résumé, M. Rochard n'est pas convaincu, malgré la confiance que lui inspirent l'habileté et la bonne foi du Brésilien. Nous ne sommes plus au temps où Bichat disait, en parlant du microscope: «On voit ce qu'on veut, quand on regarde dans les ténèbres»; aujourd'hui, avec nos instruments perfectionnés, ce qu'il faut redouter, c'est l'excès de lumière qui nous fait plonger le regard dans un monde où le mirage et l'illusion nous attendent. Il faut aussi nous défier des médications théoriques inspirées par la doctrine microbienne.

M. Bouley ne pouvait se dispenser de demander la parole. Sans garantir les résultats annoncés par M. Domingos Freire, il ne veut pas qu'on le décourage. Les tendances imprimées à la thérapeutique ne sont périlleuses que si l'on agit « avec violence »; il faut chercher des substances qui, mêlées au sang, tuent le microbe à dose infiniment petite, comme certains faits l'ont déjà laissé entrevoir. Une seule chose est à regretter, c'est que M. Domingos Freire n'ait pas été jusqu'au bout, et qu'après s'être inoculé le virus atténué, il n'ait pas fait sur lui-même, en apôtre convaincu, l'épreuve du virus fort. A quoi M. Rochard répond que l'auto-vaccination elle-même paraît être restée, chez l'auteur, à l'état de simple « intention », et qu'il a fallu au rapporteur tout son amour du progrès, toutes ses dispositions conciliantes à l'égard de la doctrine microbienne pour laisser de côté certains points du travail de M. Domingos Freire où la critique aurait pu s'exercer plus sévèrement.

Les étrangers qui voudraient trouver dans leur dictionnaire l'explication de ce frémissement parisien, et qui liraient, par exemple :

VERNISSAGE, *s. m.*, action de vernir,

se demanderaient sans doute en quoi l'action de vernir peut faire courir tout Paris au palais de l'Industrie, et précipiter une fraction importante de la population à l'assaut d'un restaurant dont le plus grand attrait, ce jour-là, est l'impossibilité absolue d'y déjeuner.

Il faut croire cependant que les étrangers suppléent promptement à la naïveté des dictionnaires, car ils étaient en foule à la susdite cérémonie, reconnaissables à ce cachet d'origine qui distingue le *pschutt* cosmopolite. D'ailleurs, il y avait aussi des Parisiens, des grandes dames, des artistes, des gens de lettres, des horizontales, et tout ce qui est indispensable au fonctionnement régulier d'un bon vernissage.

***

Si je vous raconte tout cela, ce n'est pas que j'y sois allé, bien au contraire; c'est uniquement pour me conformer à cette tradition, qui a force de loi, et qui fait qu'on comprendrait mieux un vernissage sans Salon, qu'un Salon sans vernissage.

Je comptais d'ailleurs sur les impressions des fanatiques qui avaient pris part à la fête, et le soir même j'en ai rencontré trois, dont aucun n'a pu me donner le moindre renseignement sur les œuvres exposées. C'était probablement l'abondance du vernis qui les avait empêchés de voir les tableaux.

Académie des sciences, 5 mai. — Nous voulons signaler, en dehors du compte rendu de la séance annuelle, quelques-uns des prix décernés à l'Académie des sciences. Il y a des noms qui peuvent se répéter sans fatiguer l'attention du lecteur.

A leur tête, M. Henri Roger, l'illustre président de l'Association générale, remporte un des prix Montyon pour ses *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*. Nous avons publié ici même des fragments de cet ouvrage où la Commission a reconnu « toutes les qualités qui distinguent les œuvres originales et personnelles, et qui font faire un pas en avant à la science » (rapport de M. Richet). A côté de lui prennent place M. Constantin Paul, *Diagnostic et traitement des maladies du cœur*, et M. Vallin, *Traité des désinfectants et de la désinfection*. Les mentions honorables de la même fondation se partagent entre MM. H. Napias et A.-J. Martin, *l'Etude et les progrès de l'hygiène en France de* 1878 *à* 1882; L. Dubar et Ch. Rémy, *Absorption par le péritoine*; P. Denucé, *Traité clinique de l'inversion utérine*. Les citations honorables sont attribuées à MM. Berne, Certes, Huchard, Polaillon, Réal, Rossignol (de Gaillac). A M. Fauvel, notre défenseur contre le choléra, est échu le prix Bréant; le même legs sert à récompenser les membres de la mission Pasteur, MM. Straus, Roux et Nocard. Le prix Godard est donné à M. Guelliot, *Anatomie, physiologie et pathologie des vésicules séminales;* le prix Chaussier à M. Legrand du Saulle; le prix Lallemand à MM. B. Ball et Aug. Voisin; le prix Montyon (physiologie) à M. P. Regnard; le prix Lacaze à M. Balbiani. Telles sont les récompenses accordées aux sciences médicales, et qui nous ont paru si bien placées que nous avions plaisir à les mettre en lumière. L.-G. R.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Polaillon.

Mal perforant du pied, consécutif à une névrite sciatique produite par une injection interstitielle d'éther.

Observation recueillie par M. Barbier, interne du service

Communiquée à la Société de médecine de Paris, le 22 mars 1884.

Suite de l'observation communiquée à cette Société, par M. Charpentier, le 10 novembre 1883.

Le nommé L..., âgé de 41 ans, mécanicien, entre le 7 janvier 1884, dans le service de M. le docteur Polaillon, à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, n° 4.

Cela m'a consolé d'avoir adopté un autre programme; car la journée du vernissage m'a paru la plus favorable pour aller visiter certaines œuvres qui ne sont point au Salon, mais qui auraient pu ou qui devraient y être, et qui offrent chacune quelque attraction particulière.

* * *

Que le dernier tableau de M. Munkacsy ne soit pas au Salon, ce n'est peut-être pas un malheur, si l'on songe au voisinage écrasant d'un pareil monument pour toutes les autres productions, qu'il eût dominées de sa hauteur. Pour la contemplation d'un chef-d'œuvre aussi rare, on gagne beaucoup à le voir isolé, et l'installation que lui a donnée son heureux possesseur ne laisse rien à désirer.

Ce n'est pas avec des louanges, c'est avec de l'admiration et du respect qu'il faut parler de ce *Crucifiement du Christ*, qui contient la matière de cinq ou six pages hors ligne, et dont la composition et l'exécution sont également magistrales.

La foule qui redescend vers Jérusalem, après avoir assisté au supplice, est vivante de toutes les impressions qui ont dû réellement agiter les spectateurs de ce drame. Le soldat, impassible et indifférent sur son cheval blanc; l'homme du peuple gouailleur, qui se retourne en ricanant vers les crucifiés; les docteurs qui discutent, l'un doutant de la justice de la sentence, l'autre s'écriant qu'il le fallait; le jeune garçon, frappé de la clarté céleste qui illumine le corps de Jésus, tous ces témoins d'une scène qui va changer la face du monde, la rendent saisissante par la vérité de leurs attitudes et l'animation extrême de toute cette partie du tableau.

Mais dans l'autre partie, quelle puissance, quelle grandeur, quelle émotion! Le Christ

©BIU Santé

A son entrée, nous avons pu constater tous les caractères décrits chez lui par M. Charpentier, et qui sont la conséquence d'une névrite sciatique récente, manifestement produite par une injection interstitielle d'une seringue d'éther.

Nous constatons l'insensibilité aux différentes excitations de la peau de la partie inférieure et externe de la jambe et du dos du pied.

Le membre est atrophié, les muscles du mollet sont flasques, et le pied pendant ne reçoit aucun mouvement des muscles de la jambe paralysée.

Mais, laissons tout ce qui a trait aux caractères de la paralysie, pour ne nous occuper que d'un nouveau phénomène morbide, pour lequel le malade vient réclamer des soins.

A la suite et comme conséquence de sa paralysie, le malade, qui était mécanicien, a dû abandonner son métier, qui le forçait à se tenir debout toute la journée et à faire effort sur sa jambe. Il prend la profession de marchand aux halles conduisant une charrette à bras, et par cela même exposé aux refroidissements. Quelque temps après, il y a de cela six semaines, il s'aperçoit d'une petite ampoule de la grosseur d'un pois siégeant à la partie interne du talon droit, presque sur le bord interne du pied. Cette ampoule, survenue sans douleur réactionnelle, crève, et il en résulte à sa place une petite ulcération. Aucun phénomène douloureux n'attire l'attention du malade. L'ulcération gagne en profondeur et ses parois suppurent légèrement. C'est cette suppuration seule qui l'amène à observer son pied.

A son entrée à l'hôpital, voici ce que nous constatons :

Il existe à la partie interne du talon droit une ulcération profonde en forme d'entonnoir et anfractueuse. Les bords, indurés, sont recouverts d'un bourrelet épidermique épais. Les parois et le fond sont rouges, bourgeonnants, Avec le stylet on arrive sur les os, au fond de la plaie; cette exploration n'est pas douloureuse et l'on peut, au moyen d'une épingle, piquer fortement les parois ou le pourtour de l'ulcération, sans que le malade manifeste une douleur quelconque. En présence de ces caractères, l'hypothèse d'un mal perforant s'impose, et son origine purement nerveuse ne semble pas devoir être mise en doute. Il n'y a ni alcoolisme ni syphilis. Les artères accessibles au toucher ont été examinées avec le plus grand soin, et nulle part nous n'avons pu découvrir la moindre induration de leurs parois, qui eût pu faire soupçonner notre malade d'athérome. Il est pur de toute constitution rhumatismale ou goutteuse.

En somme, cette observation nous a paru intéressante à rapporter, en ce qu'elle représente pour ainsi dire le côté expérimental dans l'histoire pathogénique du mal perforant, et qu'elle nous permet de suivre le développement de cette lésion, à la suite d'un traumatisme particulier d'un nerf périphérique, traumatisme ayant déterminé une névrite consécutive de ce nerf. Voilà un homme, jusque-là indemne de toute affection héréditaire ou acquise du système nerveux qui, à la suite d'une injection d'éther pro-

---

est admirable, on n'en peut rien dire de plus. Lui seul semble regarder le ciel, avec une expression de calme et de béatitude, tandis que les deux larrons ont la tête fléchie sur la poitrine; par ces nuances sobrement accusées, comme par la disposition des croix, le Christ se détache et attire seul l'attention, entre les deux comparses que les hasards de la justice ont associés à sa mort.

Enfin, au pied de la croix, les saintes femmes sont agenouillées, Marie-Magdeleine éclatant en sanglots, comme dans l'exaltation des amours profanes, tandis que la Vierge, dans la noblesse de sa pose, dans le déchirement de son visage, qu'on entrevoit à peine de trois quarts, dans la supplication des mains tendues vers le mourant, laisse deviner le désespoir résigné et sans larmes de l'amour maternel.

J'ai entendu formuler une légère critique, non point sur le groupe du Christ et des saintes femmes, qu'on ne se lasse point de regarder, mais sur les autres personnages du tableau, qui exprimeraient trop bien ce qu'on veut leur faire dire; il y aurait, en un mot, trop d'intentions, trop de soulignements dans la physionomie des spectateurs, et quelque chose d'un peu forcé dans la vivacité de leurs impressions. Ce reproche ne se soutient guère, car la vérité historique est tout en faveur des manifestations diverses que M. Munkacsy a fait ressortir de cette foule. Le monde juif et le monde romain de Jérusalem s'étaient également passionnés à propos de la mort du Christ, et il est avéré que le drame du Golgotha n'a pu avoir des assistants ni clairsemés ni indifférents. Cet empressement, ces commentaires, ces avis opposés, autour de ce qui fut comme une cause célèbre dans Jérusalem, sont précisément rendus dans le tableau de M. Munkacsy conformément à l'histoire.

©BIU Santé

fondément faite à la partie postérieure de la cuisse, est atteint subitement de névrite grave du sciatique, avec paralysie de la sensibilité et du mouvement, avec dégénérescence et atrophie consécutives des masses musculaires de la jambe. Eh bien, chez cet homme, il se développe un mal perforant; il y a là bien évidemment une relation étroite de cause à effet. Ce malade est dans les conditions d'un homme à qui on aurait expérimentalement sectionné le sciatique. Aussi est-ce à ce point de vue qu'il nous a semblé utile de rapporter cette observation comme un exemple de l'origine nerveuse de cette affection.

Le pied malade ne présentait aucun autre trouble trophique. Pas d'hypertrophie ni d'augmentation des poils; pas de pigmentation de la peau. Les ongles des orteils sont normaux. Sous l'influence du repos auquel a été soumis le malade, la perte de substance s'est peu à peu comblée, et au commencement de mars il pouvait quitter l'hôpital, complètement guéri de ce côté.

Dans les derniers temps de son séjour à l'hôpital, le malade s'est beaucoup plaint d'éprouver des douleurs extrêmement vives dans toute la portion de la jambe paralysée. Il a été soumis aux injections sous-cutanées de morphine. Quoi qu'il en soit, sa paralysie semble être en voie d'amélioration. Les zones d'anesthésie ont reculé vers la partie inférieure du membre; de légers mouvements ont réapparu dans le domaine des extenseurs des orteils et dans celui du jambier antérieur; et le malade revient tous les jours se faire électriser méthodiquement.

Un dernier point sur lequel on pourrait attirer, je crois, l'attention, c'est que les cas de paralysies consécutives aux injections d'éther commencent à se multiplier, et qu'on ne saurait par conséquent abandonner à des mains inexpérimentées le soin de pratiquer des injections qui peuvent être dangereuses, du moins au point de vue *purement fonctionnel* qui nous occupe.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mai 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. Le Garrec, Fichot, Mauricet, lauréats de l'Académie;

2° Une note manuscrite de M. le docteur Pouchet, médecin-major, sur un nouveau pansement antiseptique à l'acide sulfureux;

***

L'histoire n'a rien de commun, en revanche, avec le tableau de M. Paul Baudry, l'*Amour et Psyché*, qu'un retard de quelques heures a empêché, paraît-il, de figurer au Salon, le règlement s'étant montré inflexible pour ce maître comme pour le dernier des inconnus.

Psyché, très vaporeuse sous un voile de tulle blanc, tombe dans les bras de l'Amour, qui n'en paraît pas excessivement flatté, car il a une figure tant soit peu maussade. La scène se passe en l'air, ou au moins sur un lieu fort élevé, quelque chose comme la plate-forme de l'Arc de triomphe avant le groupe de Falguières. C'est lumineux, d'une jolie couleur, un peu fade, et en somme, pas remuant du tout. Il est vrai que c'est mythologique, et que la mythologie ne peut fournir autre chose que de la peinture décorative, qui est à la peinture vécue ce que le point de Venise est à la toile des Vosges.

***

Quant au tableau de M. J. Garnier, *Borgia s'amuse*, autour duquel il s'est fait un peu trop de bruit, ce n'est pas pour être venu trop tard qu'il a été refusé au Salon; c'est pour des motifs de pudeur, qui m'ont paru tout à fait fantastiques.

Voici l'histoire en deux mots. La famille Borgia, le père, le fils et la fille, s'offre une petite fête intime, qui consiste à faire danser en rond une douzaine de jeunes filles, qui ont tout laissé au vestiaire. Elles sont charmantes, ces jeunes filles, et si les usages ne

©BIU Santé

3° Une note sur la diphthérie et son traitement, par M. le docteur Moty, médecin-major;

4° Un rapport de M. le docteur Bécourt (de Lille) sur l'application de la loi de protection du premier âge;

5° Un travail manuscrit sur la maladie de Bright chez les herpétiques, par M. le docteur Séjournet (de Revin);

6° Une lettre de M. le docteur Gros (d'Alger), avec plusieurs travaux à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national.

PRÉSENTATION D'OUVRAGE.

M. CHEREAU : J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie, de la part de l'auteur, M. le docteur Félix Brémond, ce gros et beau volume de près de 700 pages et qui est orné de 244 figures intercalées dans le texte. Il a pour titre : *Hygiène usuelle ; entretiens familiers sur la santé*. C'est assez dire son but. M. Brémond a voulu réunir en un volume les leçons toutes familières qu'il a données à l'Association polytechnique, où il a des auditeurs variés, des villageois, des citadins, des bourgeois, des pauvres, des riches, des jeunes, des vieux, des femmes et des hommes. On déplore avec raison les publications trop nombreuses des « ouvrages de médecine mis à la portée de tout le monde », qui font plus de mal que de bien. Mais il est bon, il est honnête d'initier le public à toutes ces questions d'hygiène qui se présentent à chaque pas, qui touchent à tous les actes de la vie, et dont la connaissance et la rigoureuse observation sont une garantie contre la maladie. Un tel programme demandait une plume aisée, un langage sans pédanterie, l'anecdote qui déride, la saveur de la littérature. Je puis dire que M. Brémond a complètement réussi.

— M. BOULEY donne lecture, au nom de MM. Chauveau et Arloing, d'un travail *Sur la septicémie gangréneuse*.

Les auteurs, à la suite de nombreuses expériences, se sont assurés que cette maladie, transmissible par inoculation, est causée par le micro-organisme que M. Pasteur a décrit sous le nom de vibrion septique.

La sérosité du foyer traumatique et du tissu conjonctif, celle du péritoine, de la plèvre, du péricarde, le sang (quand il renferme les micro-organismes), sont inoculables et reproduisent indistinctement les mêmes lésions et les mêmes formes microbiennes dans les mêmes régions de l'organisme.

D'où l'on peut conclure que les différentes formes de la maladie sont les différentes phases d'une seule espèce pathogène.

Le bacille de la septicémie gangréneuse est inoculable à la plupart des animaux à sang chaud qui servent aux expériences de laboratoire. Il n'y a que le bœuf qui se montre insensible à son influence.

---

s'opposaient pas aux bals blancs de cette espèce, il est certain..... Des candélabres allumés au milieu de la ronde produisent de charmants effet de lumière sur les gracieux contours des danseuses, les unes folâtres et cherchant à communiquer leur gaieté à d'autres, auxquelles cette exhibition déplaît évidemment. C'est une étude de nu, fort soignée comme dessin et comme peinture, et pas plus indécente que toutes les *Vérités* et toutes les *Baigneuses* qu'on voit aux expositions.

La famille Borgia a d'ailleurs une attitude absolument convenable en présence de ce divertissement, sur lequel ils semblent tous blasés. César Borgia est grave et digne, comme le veut sa grande ressemblance avec M. Faure dans le rôle d'Hamlet; c'est la meilleure figure de tout le tableau. Lucrèce seule est debout pour mieux voir, et trouve à ce spectacle un certain intérêt que trahissent l'éclat de ses yeux et un sourire peu chaste. Quant à Alexandre VI, il est fatigué et distrait; il pense probablement à la prochaine encyclique qu'il se propose de rédiger contre les francs-maçons.

Si le tableau est un peu hardi, il est bien traité et ne sort en rien de la réserve compatible avec le sujet. On ne s'explique donc pas l'effarouchement du jury, qui n'a pas réfléchi que, si les Borgia ont dérangé ces demoiselles, c'est peut-être pour les couronner rosières à la fin de la soirée, puisque rien ne prouve le contraire.

Notre prochaine *Promenade au Salon* ne sera plus une promenade hors du Salon.

P. DUBRAY.

La septicémie gangréneuse participe aux caractères généraux des maladies virulentes par la possibilité de se transmettre au fœtus, si la mère est frappée pendant la gestation.

Les humeurs virulentes de la septicémie gangréneuse perdent insensiblement leurs propriétés nocives en raison directe des progrès de la putréfaction.

Le virus à l'état frais oppose une grande résistance aux agents antiseptiques. Sur une liste de 25 antiseptiques liquides dissous ou gazeux, mis au contact du virus pendant vingt-quatre heures, les auteurs en ont rencontré un seul, l'acide sulfureux, qui détruise sûrement et constamment ses propriétés pathogènes.

Mais si l'on élève la température ambiante à 36°, l'acide phénique à 3 p. 100 se montre un parfait antiseptique.

La chaleur se présente donc comme un puissant modificateur du virus. Néanmoins, pour le détruire, il faut arriver à des températures élevées.

L'observation démontre que l'on a peu de chances d'opposer les antiseptiques avec succès à l'extension de la septicémie gangréneuse dans les tissus vivants.

La pratique a démontré que l'amputation prompte, au-dessus et loin du foyer, quand elle est possible, était seule capable de sauver quelquefois la vie des malades. Il faut donc s'attacher surtout à la prophylaxie. L'infection procédant du dehors, il importe de stériliser les instruments de chirurgie et les pièces de pansement. La chaleur est le moyen le plus efficace pour atteindre ce but. M. le professeur Léon Tripier, d'après les expériences et les conseils des auteurs, a généralisé l'emploi de la chaleur, dans sa clinique chirurgicale; depuis, la septicémie gangréneuse a disparu de son service.

En 1840, Renault, alors professeur à l'Ecole d'Alfort, écrivit un mémoire fort remarquable sur la gangrène traumatique dont, avec une sagacité remarquable, il établit les conditions de développement:

1° Présence de caillots sanguins ou de lambeaux de tissus mortifiés au sein de l'économie;

2° Contact de ces caillots ou tissus mortifiés avec l'air d'une atmosphère chaude et humide, chargée des miasmes de la putréfaction.

En modifiant légèrement les idées étiologiques de Renault, on peut les mettre d'accord avec l'étiologie qui découle des études expérimentales de nos jours.

L'existence des tissus mortifiés reste toujours l'une des conditions les plus favorables au développement de la septicémie gangréneuse. Quant à la condition essentielle, elle réside dans l'introduction du bacille de la septicémie gangréneuse dans le foyer traumatique.

La nécessité de l'introduction des *germes septiques* dans le foyer échappa à Renault. On le conçoit aisément, si l'on se reporte à la date où il écrivait. Mais cet auteur avait si bien analysé les faits de l'observation, qu'il avait compris la nécessité du contact de l'air extérieur.

Il entreprit même un certain nombre d'expériences pour démontrer ses assertions.

Les auteurs trouvent dans le travail de Renault la confirmation de leurs idées.

M. J. Guérin rappelle que le motif principal de Renault, cité par M. Bouley, était d'apporter une preuve de plus au danger des plaies exposées.

M. Colin (d'Alfort) croit devoir faire deux réclamations de priorité, au sujet du travail de M. Chauveau, lu par M. Bouley:

1° M. Colin avait, bien avant M. Chauveau, constaté que divers animaux, le chien, le chat, le cheval, le bœuf, sont réfractaires à la septicémie;

2° M. Colin avait déjà montré également, avant M. Chauveau, que la virulence de la septicémie est détruite par la putréfaction.

— M. Jules Rochard fait un rapport verbal sur un travail de M. le docteur Domingos Freire (de Rio-de-Janeiro) sur la fièvre jaune, la nature microbienne de cette maladie et son traitement par la vaccination préventive.

M. le rapporteur rappelle que, depuis de nombreuses années, on avait cherché vainement le microbe de la fièvre jaune, au Brésil comme au Sénégal. M. Pasteur lui-même, malgré sa grande habileté et sa compétence exceptionnelle, n'a pas réussi à constater la présence du parasite dans du sang qui lui avait été envoyé du Sénégal.

M. Domingos Freire déclare qu'il a fait cette découverte. Ce microbe serait constitué, suivant lui, par des granulations d'une petitesse extrême qui, pour être aperçues, ont besoin d'un grossissement de 450 diamètres; ces granulations peuvent, par leur développement, se transformer en cellules géantes que l'auteur a vu s'accoupler et donner consécutivement naissance à des produits qui, en se multipliant dans le sang, produisent la fièvre jaune.

©BIU Santé

L'auteur a fait des expériences dans lesquelles, injectant à des animaux, lapins, cobayes, le sang d'individus malades, il a provoqué la mort de ces animaux avec tous les symptômes de la maladie, et particulièrement les vomissements noirs. Le sang de ces animaux, examiné au microscope, contenait de nombreux micrococcus. Ces éléments placés dans des liquides de culture, lait, bouillon de viande, etc., s'y sont multipliés, et ces liquides inoculés à d'autres animaux leur ont donné également la fièvre jaune.

Les gallinacés et le chien se sont montrés réfractaires à ces inoculations; cependant, M. Domingos Freire est parvenu à tuer un chien en lui inoculant un liquide contenant une *ptomaïne* extrêmement toxique émanée des microbes de la fièvre jaune.

Ces microbes peuvent être chauffés à la température de 100 degrés sans périr; ils ne sont détruits que par une chaleur de 120 degrés. Ils existent en très grande quantité dans l'air et dans la terre des cimetières de Rio-de-Janeiro et des environs de cette ville.

M. Domingos Freire a eu l'idée de traiter la fièvre jaune par la vaccination préventive. On sait que cette maladie est singulièrement influencée par les saisons. Elle sévit d'une manière très intense pendant l'hivernage (de février en juin), puis disparaît à peu près complètement pendant la belle saison pour reparaître dans l'hivernage suivant.

Or, M. Domingos Freire a observé que le nombre et la vitalité des microbes augmentaient ou diminuaient suivant qu'il faisait ses expériences pendant l'hivernage ou pendant la belle saison. Dans ce dernier cas, il n'obtient que des phénomènes morbides atténués et bénins.

De cette observation, M. Freire a conclu à la possibilité de prévenir la fièvre jaune en inoculant les liquides de culture pendant la période de disparition de la maladie, c'est-à-dire alors que les microbes ont perdu la plus grande partie de leur activité virulente.

Il ne s'est pas contenté de concevoir cette idée, il l'a mise en pratique, et déjà, au mois de mars dernier, 400 personnes s'étaient soumises à la vaccination. M. le rapporteur suppose que M. Freire a dû commencer par lui-même la série de ses opérations.

Les vaccinations se font par divers procédés dont l'un consiste à cultiver les microbes ennemis de celui de la fièvre jaune et à les inoculer, le second à inoculer le virus atténué par cinq ou six cultures successives du microbe de la fièvre jaune : le *micrococcus xanthogenius*.

L'auteur prétend n'avoir obtenu que des succès et n'avoir vu se produire aucun accident à la suite de ces vaccinations. Le gouvernement brésilien a nommé une Commission d'examen et de surveillance, laquelle, sans désapprouver cette pratique, n'a pas cru pouvoir en garantir l'innocuité.

D'autres procédés de vaccination ont encore été mis en usage, et dans le nombre, un procédé assez original qui consiste à faire piquer les sujets que l'on veut préserver de la fièvre jaune par des moustiques ayant piqué au préalable des individus atteints de la maladie. On suppose que le virus s'atténue par son passage dans l'organisme du moustique.

Il paraîtrait que des Européens, nouvellement arrivés à Rio-de-Janeiro et soumis à ce mode de vaccination, auraient pu vivre impunément dans les foyers d'infection et donner des soins aux malades.

Quoi qu'il en soit, M. le rapporteur déclare qu'il n'est pas convaincu par la lecture du travail de M. Domingos Freire. Il se défie du mirage de l'expérimentation et de l'observation microscopique dont il est si facile de devenir victime en pareille matière; il ne voit pas d'ailleurs que les médications théoriques aujourd'hui préconisées aient mieux réussi contre la fièvre jaune que les médications par la saignée, les sangsues et les évacuants, autrefois en usage. Au contraire, il lui semble qu'il meurt plus de malades aujourd'hui que de son temps.

Quant à la vaccination préventive, la théorie en est discutable et la pratique ne paraît pas sans inconvénient ni sans danger. Cependant il reconnaît qu'il y a là une idée qu'il ne faudrait pas condamner sans examen.

En conséquence, M. le rapporteur déclare qu'il y a lieu d'attendre des preuves plus décisives que celles apportées par M. Domingos Freire en faveur de sa thèse, en faisant des vœux ardents pour que l'expérience démontre que l'auteur ne s'est pas trompé.

M. Bouley, sans vouloir accepter les idées de M. Domingos Freire et tous les résultats de ses observations et de ses expériences, pense qu'il n'y a pas lieu de les rejeter sans examen. L'auteur *paraît s'être* soumis lui-même à l'inoculation avec le virus atténué et a vacciné plus de 400 personnes sans accidents. Il a fait ses expériences sous le contrôle en quelque sorte de M. Rebourgeon, ancien élève de M. Pasteur et parfaitement au courant des questions de vaccinations virulentes. Les populations affolées ont repris confiance

et se sont rassurées quand on leur a dit qu'il y avait un moyen de les préserver de la fièvre jaune. C'est là déjà un résultat avantageux et qui n'est pas à dédaigner.

Quant à l'influence des applications des doctrines microbiennes à la thérapeutique, M. Bouley pense qu'il n'y a pas lieu de s'en effrayer ; il y a là une question de mesure ; ce qui serait dangereux ce serait d'agir avec violence et avec une précipitation imprudente.

Quand on songe à l'infiniment petite quantité des substances médicamenteuses nécessaires pour combattre les microbes et arrêter l'activité de leur virulence dans le sang, il y a lieu de se rassurer et de ne pas repousser systématiquement un moyen nouveau qui peut avoir, dans l'avenir, les résultats les plus heureux pour la thérapeutique. Loin de condamner M. Freire, il faut donc plutôt encourager la tentative d'un homme qui a eu (*peut-être*) le courage de se prendre lui-même pour premier sujet de ses expériences. Il y a lieu de regretter seulement que, après s'être inoculé le virus atténué, M. Freire n'ait pas poussé la démonstration jusqu'au bout, et n'ait pas cru devoir s'inoculer le virus à sa plus haute puissance, pour prouver l'efficacité de sa vaccination. C'est ce que M. Bouley lui conseille de faire.

M. Rochard pense, comme M. Bouley, qu'il y a, dans la tentative de M. Domingos Freire, une idée qui peut avoir son utilité ; il ne voudrait donc pas le décourager, et il répète ce qu'il a dit déjà, qu'il faut attendre des preuves plus décisives et faire des vœux ardents pour que l'auteur ne se soit pas trompé.

— M. Hérard, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Laboulbène et Petit, lit le rapport sur le concours du prix Portal. La question posée était la suivante : *Le tubercule est-il de nature parasitaire* ? Un seul mémoire a été envoyé au concours ; l'auteur conclut par une réponse affirmative à la question proposée.

— A cinq heures quinze, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture des conclusions du rapport de M. Hérard et les discuter.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 avril 1884. — Présidence de M. Polaillon.

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

La correspondance imprimée comprend les journaux de la quinzaine : Le *Progrès médical*, le *Concours médical*, le *Journal d'hygiène*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, le *Compte rendu général des Académies et Sociétés médicales*, les *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, la *Revue des travaux scientifiques*, le *Journal des sages-femmes*, la *Gazette médicale de Picardie*.

MM. Thevenot, Leblond et Reliquet s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

M. Debout d'Estrées adresse un travail intitulé : *Seize années de pratique médicale à Contrexéville*.

M. Camille Gros, professeur de clinique médicale à Alger adresse, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, une série de brochures : *De quelques accidents nerveux compliquant la variole et la varioloïde; Recherches sur les kystes du foie; Anévrysme de l'aorte thoracique descendante, électropuncture; Considérations sur la rage; Mélanges de médecine et de chirurgie; Discours prononcés à l'Ecole de médecine d'Alger* (Comm. MM. Gillebert d'Hercourt, Dubuc et de Beauvais, rapporteur).

M. de Beauvais dépose sur le bureau un exemplaire de l'éloge de Duparcque qu'il a prononcé devant la Société.

M. Thorens présente, au nom de M. le docteur Suchard, une brochure : *Quelques essais sur les bains de sable*.

M. Dubuc offre une brochure dont il est l'auteur : *Sur la rétention chronique d'urine*, suite d'hypertrophie de la prostate avec distension de la vessie et de l'appareil vésical s'étant développés silencieusement sous le couvert de troubles prononcés de l'appareil digestif.

M. le Président annonce à la Société la nomination de M. Boucheron, comme chevalier de la Légion d'honneur.

©BIU Santé

M. de Beauvais lit, au nom de M. le docteur Laissus, membre correspondant, un mémoire intitulé : *De la spécialité thérapeutique des eaux de Brides.*

Sur les observations de MM. Ant. Martin, Bouloumié, de Ranse, le mémoire est renvoyé au Comité de publication.

M. le docteur Deligny, membre correspondant, résidant actuellement à Paris, adresse à la Société une demande de changer son titre en celui de membre titulaire. Il envoie à l'appui de sa candidature une observation de maladie de Thomsen, dont il est donné lecture. Après quelques observations de M. le Président, MM. Perrin, de Beauvais, Duroziez, l'examen de cette candidature est renvoyé à une commission composée de M. de Ranse, Lutaud et Charpentier, rapporteur.

M. Polaillon relate une observation de plaie par arme à feu du péricarde et de la veine pulmonaire (sera publiée), et remet à la prochaine séance la présentation des pièces anatomiques.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, Dr Marchal.

Le choléra en 1884.

Après le *Crocodile*, voici un autre navire contaminé par le choléra qui aborde les côtes d'Angleterre. En effet, l'*Iron-Cross* est arrivé à Tucenstow, il y a trois jours, venant de Java et de la mer des Indes. A Java, il a dû laisser son capitaine atteint par cette maladie, à laquelle, d'ailleurs, avant d'arriver en Europe, deux officiers, le maître d'hôtel et deux matelots viennent de succomber.

Il serait intéressant de savoir si les autorités anglaises exercent une surveillance sanitaire sur ce navire, et si des mesures sérieuses ont été prises pour l'isolement de l'équipage, pendant quelques jours, et la désinfection du vaisseau et de la cargaison.

En Autriche, une quarantaine de cinq jours est imposée aux provenances du canal de Suez ou des Indes. Cette quarantaine doit être purgée à Trieste. Enfin, en Turquie, une commission internationale a été chargée, sur la demande du conseil sanitaire international de Constantinople, de chercher une nouvelle station quarantainaire dans l'Archipel. Il est probable que la commission choisira l'île de Léros. — C. E.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du lactate de fer.

L'efficacité de l'emploi du fer dans l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie n'est pas contestable; la seule chose qui puisse encore être discutée, c'est le mode d'emploi. Il est évident que ce que l'on doit rechercher avant tout, c'est de rendre le fer facilement assimilable, et pour atteindre ce résultat, il faut qu'il soit soluble. Le nombre des préparations ferrugineuses est très grand, mais il n'y en a que fort peu qui soient solubles, et encore parmi celles qui ont cette qualité, s'en rencontre-t-il beaucoup qui doivent être écartées en raison de leur altérabilité, de leur saveur désagréable, de la difficulté que le malade éprouve à les digérer, parfois même des accidents qu'elles occasionnent. Il ne faut pas perdre de vue qu'un des symptômes de l'anémie, c'est la faiblesse de l'estomac et le dégoût des aliments; il importe donc beaucoup de n'offrir au malade rien qui lui répugne, aucun médicament qui exige de son estomac des efforts dont il est incapable.

Il est aujourd'hui parfaitement reconnu que c'est sous la forme de lactate que le fer est le plus facilement assimilable. En effet l'acide lactique est abondamment répandu dans l'économie, il se retrouve dans les muscles et dans toutes les sécrétions, sueurs, sang, urine; ce n'est donc pas introduire dans le corps un élément étranger que de lui fournir l'acide lactique sous la forme de lactate de fer, et il est présumable que c'est seulement quand il a revêtu cette forme que le fer commence à agir d'une manière efficace.

C'est en partant de cette idée que MM. Gélis et Conté ont cherché une préparation qui introduisit directement le lactate de fer dans l'économie. Dès lors en effet le rôle de l'estomac devait se réduire à un simple travail d'absorption, et l'action des médicaments

n'était plus subordonnée à l'acidité plus ou moins grande du suc gastrique. Ils ont donc créé les Dragées et Pastilles de lactate de fer qui portent leur nom, et très rapidement ce médicament a pris une place importante dans la thérapeutique.

L'Académie de médecine, saisie de l'examen de ces préparations par l'envoi qui leur en a été fait par MM. Gélis et Conté, a nommé une commission pour les étudier. M. Bouillaud, le rapporteur, s'est livré ainsi que M. Fouquier, le président de la Commission, à des expériences nombreuses; il a constaté que le médicament était parfaitement supporté par tous les sujets, et qu'il n'était aucun des malades auxquels il l'avait administré qui ne s'en fût bien trouvé et n'eût ressenti une amélioration notable. Il terminait son rapport par les lignes suivantes :

« La Commission sait avec quelle réserve il convient de se prononcer toutes les fois « qu'il s'agit de préparations médicamenteuses nouvelles; mais elle n'ignore pas non « plus que cette réserve a des bornes, et qu'elle ne doit pas aller jusqu'à refuser de « rendre aux auteurs de ces préparations la justice qui leur est due.

« D'après les faits dont nous venons d'avoir l'honneur de vous exposer un résumé « succinct, nous croyons, messieurs, qu'il serait difficile de ne pas porter un jugement « favorable sur la nouvelle préparation ferrugineuse proposée par MM. Gélis et Conté, « et de ne pas reconnaître que les recherches cliniques permettent dès à présent de « placer au rang des plus utiles préparations ferrugineuses le sel nouveau dont ils « viennent, d'après un heureux et ingénieux rapprochement, d'enrichir la matière « médicale. »

Ce jugement, vieux aujourd'hui de quarante-quatre ans, a été ratifié par le corps médical : MM. Andral, Bouillaud, Fouquier, Bally, Nonat, Beau, etc., ont constamment employé les Dragées de Gélis et Conté dans leurs services, et aucun médicament nouveau n'est venu détrôner cette excellente préparation. Son emploi se signale immédiatement par le réveil de l'appétit, et c'est au bout de très peu de jours que les anémiques ressentent les changements qui leur rendent le courage et bientôt les forces.

Les Dragées de Gélis et Conté sont employées avec succès dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués, notamment l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie, l'aménorrhée, la disménorrhée, la leuchorrée chronique; pour les enfants de complexion délicate et les convalescents de longues maladies. Chaque dragée contient cinq centigrammes de lactate de fer; la dose habituelle varie de 6 à 12 par jour.

VARIÉTÉS

L'ÉPIDÉMIE DE PESTE EN MÉSOPOTAMIE

Des informations venant de l'Asie-Mineure annoncent l'apparition de cas de peste dans une localité qui porte le nom de Beddra. Le gouvernement ottoman a prescrit l'isolement du district infecté par un cordon sanitaire.

Cette localité est donc située en Irak-Arabie et dans la province de Bagdad, c'est-à-dire dans une contrée qui a été l'un des principaux foyers de l'épidémie de 1876. L'insalubrité des marécages dans cette province, les conditions antihygiéniques des populations arabes et les inhumations superficielles constituent un milieu favorable au développement d'une épidémie, sur l'origine de laquelle les détails complets font en ce moment défaut. En tout cas, l'approche de la saison sèche, qui commence en juin, atténue la gravité de ce pronostic; car, à cette époque, les épidémies de peste diminuent pour disparaître au moment des chaleurs des mois de juillet et d'août. — C. L. D.

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE L'HYPERÉMIE DE LA CONJONCTIVE. — Warlomont.

Chlorhydrate de morphine.	0 gr 20 centigr.
Teinture d'iode.	4 grammes.

Faites dissoudre. — Dans le cas d'hyperémie irritative de la conjonctive avec photophobie, chez les enfants surtout, l'auteur recommande de badigeonner le pourtour de l'orbite et des paupières avec la teinture d'iode morphinée. Le badigeonnage doit se faire matin et soir, tant que l'épiderme le permet. Dès que ce dernier s'écaille, on le

©BIU Santé

ramollit au moyen de cataplasmes de farine de riz. Souvent une seule application suffit pour faire cesser une photophobie ancienne et tenace. La teinture d'iode morphinée, en raison de la combinaison chimique qui s'accomplit entre l'iode et la morphine, est mieux tolérée que la teinture d'iode pure. — En outre des badigeonnages, on prescrit les bains de sublimé. — N. G.

COURRIER

A UN CONFRÈRE ANONYME. — Nous regrettons que l'abondance des articles destinés au rez-de-chaussée du journal nous empêche de publier dans les délais indiqués par l'auteur le *Roman médical*.

Nous aurions, d'ailleurs, demandé à notre confrère anonyme de vouloir bien se faire connaître d'abord à la rédaction, c'est une condition *sine qua non* pour être admis parmi nos collaborateurs.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le docteur Lailler commencera à l'hôpital Saint-Louis dimanche prochain 11 courant, à 9 heures précises du matin, une série de conférences pratiques sur les teignes au point de vue surtout de l'inspection des écoles; il les continuera les dimanches suivants à la même heure.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le dépouillement du scrutin pour l'élection du Conseil supérieur de l'Instruction publique a eu lieu mardi 29 avril, au ministère de l'Instruction publique.

Voici les résultats relatifs à l'enseignement supérieur.

Facultés de médecine. — Elus : M. le professeur Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre sortant, et M. le professeur Tourdes, doyen de la Faculté de médecine de Nancy. Ce dernier remplace M. le professeur Moitessier (de Montpellier) qui ne s'est pas représenté.

Facultés des sciences. — Elus : M. de Lacaze-Duthiers, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Paris, et M. Lespiault, professeur de mécanique rationnelle à la Faculté des sciences de Bordeaux; tous deux sont membres sortants.

Ecole supérieure de pharmacie. — Elu : M. Jacquemin, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Chatin, directeur de l'Ecole supérieure de Paris.

CONCOURS. — La question donnée aux candidats du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris, pour la quatrième épreuve — épreuve écrite, — a été : Du tissu osseux; des fractures spontanées.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — Des travaux vont être prochainement entrepris à l'hôpital Lariboisière pour la création d'une consultation pour les femmes enceintes et l'annexion au service d'accouchements de chambres d'isolement et de logements pour les sages-femmes.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un chef de clinique à la clinique nationale ophthalmologique de l'hospice national des Quinze-vingts.

Le titre de docteur en médecine est exigé.

MM. les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés de 10 heures à 4 heures, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires.

Ils remettront, à l'appui de leur demande, leur diplôme de docteur et leur extrait de naissance.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 15 juin 1884.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 10 mai 1884. — *Ordre du jour* : 1. M. Leblond : De l'emploi de la résorcine dans la diphthérie pharyngienne. — 2. M. de Beauvais : Rapport sur la candidature de M. le docteur Gros, d'Alger, au titre de membre correspondant. — 3. M. Charpentier : Rapport sur la candidature de M. le docteur Deligny au titre de membre titulaire. — 4. Communications diverses.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Dubuc : Opération d'uréthrotomie interne employée contre un rétrécissement très dur et très serré compliqué d'incontinence d'urine. — Guérison. — II. Revue des Journaux. — III. Correspondance. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Conseil d'hygiène et de salubrité publique du département de la Seine. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causeries.

Opération d'uréthrotomie interne employée contre un rétrécissement très dur et très serré compliqué d'incontinence d'urine. — Guérison.

Observation lue, à la Société de médecine, dans la séance du 5 avril 1884,

Par le docteur Dubuc.

Ce qui fournit sa caractéristique à l'observation qui va suivre, c'est que le malade était atteint, comme conséquence de son rétrécissement, d'une perte involontaire considérable de l'urine.

Le mot incontinence, que j'ai employé dans le titre, y est à sa place; mais il ne faut pas l'entendre en ce sens qu'il impliquerait l'idée de vacuité du réservoir urinaire. L'incontinence avec vacuité de la vessie, qu'on est convenu d'appeler la véritable incontinence, est très rare à la suite des obstacles matériels à l'émission de l'urine. On peut la rencontrer dans certaines déformations du col de cause prostatique (Mercier), dans certaines destructions du col (tuberculose vésicale); mais sa cause la plus habituelle réside dans les altérations du système nerveux central, en particulier de la moelle.

Les incontinences par obstacle à l'émission de l'urine, celles qui viennent compliquer les rétrécissements de l'urèthre, l'hypertrophie de la prostate, sont habituellement de fausses incontinences; elles impliquent non pas la vacuité, mais la réplétion de la vessie; elles méritent le nom d'incontinences par regorgement qui leur a été donné. C'est là une notion qu'on ne saurait avoir trop présente à l'esprit; car la réplétion ne se borne pas toujours à la vessie, mais elle s'étend souvent aux voies d'excrétion situées en amont : uretères, bassinets, calices, et elle est fertile, pour les reins, en conséquences pathologiques graves, lorsqu'on n'a pas su ou pu y porter remède

FEUILLETON

CAUSERIES

Extraits des Historiettes *de Tallemant des Réaux, offerts aux lecteurs de l'*Union médicale.

La devise du feuilleton et de ceux qui l'écrivent devant être de mêler l'utile à l'agréable, nous croyons nous y conformer en communiquant à nos lecteurs différents passages d'un livre peu lu des médecins en général, les *Historiettes* de Tallemant des Réaux. Ce sont des documents sur l'histoire de la cour de France sous les règnes de Henri IV, de Louis XIII et de Louis XIV, écrits avec beaucoup d'esprit; plusieurs passages sont relatifs aux maladies et aux médecins des gentilshommes de ce temps; par le fond, ces passages nous concernent donc, voilà pour l'utile; quant à la forme, j'ai dit que l'ouvrage était écrit avec infiniment d'esprit, voilà pour l'agréable. Je souhaite que nos lecteurs acceptent ces pages détachées avec autant de plaisir que nous les leur offrons :

A messieurs les auteurs de pathologie interne. Comment on devient hydropique pour avoir mangé des champignons. — Voici la plaisante histoire d'une pseudo-hydropisie arrivée au comte de Guiche à la suite d'une ingestion de champignons, hydropisie dans l'étiologie de laquelle la malice d'un des amis du malade, M. de Chaudebonne, eut plus de part que la malignité des champignons.

« Un soir, raconte Tallemant, qu'il avait m ng force champignons, on gagna son

©BIU Santé

en temps convenable. Il est donc bien entendu que notre malade était atteint d'une incontinence par regorgement.

Ceci établi, je vais exposer l'observation :

M. X..., âgé de 32 ans, d'une bonne constitution, se présente à moi le 16 novembre 1883.

Il me raconte que quinze ans auparavant, c'est-à-dire en 1868, il a été atteint d'une blennorrhahie aiguë qui a duré cinq mois environ; quinze mois plus tard, il a eu un chancre induré suivi d'accidents constitutionnels; je cite le fait pour mémoire et bien qu'il n'ait aucune relation avec le point qui nous occupe.

C'est en 1870, pendant qu'il faisait campagne, qu'il s'est aperçu pour la première fois de troubles de la miction, ayant consisté dans un accès de rétention d'urine, qui a duré quelques heures et a disparu de lui-même; pendant le reste de la guerre, tant à Metz qu'en Allemagne où il a été interné comme prisonnier, il a pu uriner librement.

En 1871, étant toujours soldat et se trouvant en Algérie, il a été repris d'un accès de rétention pour lequel il est entré à l'hôpital militaire. La chirurgien, me raconte-t-il, a constaté alors l'existence d'un rétrécissement et a pu introdure jusqu'à la vessie une sonde assez grosse qu'il a laissée un jour en place; il ajoute que l'introduction de la sonde a provoqué un écoulement de sang. La sonde enlevée, le malade a pu uriner.

Il dit n'avoir plus reçu de soins depuis cette époque ; seulement la miction est devenue progressivement plus difficile; le jet se faisait attendre; il avait fini par être très petit et contourné.

Il y a un an environ, un nouveau phénomène pénible s'est produit, le malade a commencé à perdre involontairement de l'urine *pendant le jour*, puis cette perte involontaire s'est également manifestée *pendant la nuit*, si bien qu'actuellement il est continuellement mouillé; il lui semble que le phénomène est plus prononcé la nuit; aussi n'ose-t-il plus sortir de la ville de province qu'il habite, parce que partout où il couche les draps et la literie sont souillés, quelque précaution qu'il prenne; dans le jour également ses vêtements sont imprégnés d'urine.

Il ne perd pas toutefois involontairement la totalité de l'urine qu'il rend dans les vingt-quatre heures; il lui arrive d'en expulser goutte à goutte une notable quantité à la suite de besoins ressentis et d'efforts consécutifs, en y mettant beaucoup de temps, preuve que l'incontinence ne sert à débarrasser la vessie que de son trop plein.

L'état général laisse à désirer; quoique dans la force de l'âge et de constitution robuste, le malade a maigri et pâli avec une teinte jaune terreuse des plis du visage; sa langue est sale; il a de l'inappétence, souvent un état nauséeux et parfois de légers mouvements de fièvre; on ne peut pas dire cependant qu'il en soit arrivé à la période de cachexie urineuse.

---

valet de chambre, qui donna tous les pourpoints des habits que son maître avait apportés. On les étrécit promptement. Le matin, Chaudebonne le va voir comme il s'habillait; mais quand il voulut mettre son pourpoint, il le trouva trop étroit de quatre grands doigts. « Ce pourpoint-là est bien étroit », dit-il à son valet de chambre. — « Donnez-moi celui de l'habit que je mis hier. » Il ne le trouve pas plus large que l'autre. « Essayons-les tous », dit-il. Mais tous lui étaient également étroits. « Qu'est ceci? « ajouta-t-il; suis-je enflé? Serait-ce d'avoir trop mangé de champignons? — Cela pour- « rait bien être, dit Chaudebonne, vous en mangeâtes hier au soir à crever. »

Tous ceux qui le virent lui en dirent autant, et voyez ce que c'est que l'imagination. Il avait, comme vous pouvez penser, le teint tout aussi bon que la veille; cependant il y découvrait, ce lui semblait, je ne sais quoi de livide. La messe sonne, c'était un dimanche; il fut contraint d'y aller en robe de chambre. La messe dite, il commence à s'inquiéter de cette prétendue enflure, et il disait en riant du bout des dents : « Ce serait pourtant une belle fin que de mourir à vingt et un ans pour avoir mangé des champignons! »

Comme on vit que cela allait trop avant, Chaudebonne dit qu'avant qu'on pût avoir du contre-poison, il était d'avis qu'on fît une recette dont il se souvenait. Il se mit aussitôt à l'écrire et la donna au comte. Il y avait : « *Recipe dè bons ciseaux, et décous ton pourpoint.* » Or, quelque temps après, comme si c'eût été pour venger le comte, Mlle de Rambouillet et M. de Chaudebonne mangèrent effectivement de mauvais champignons, et on ne sait ce qui en fût arrivé si Mme de Rambouillet n'eût trouvé de la thériaque dans un cabinet où elle chercha à tous hasards. » (Edition de 1840, par Monmerqué, t. III, p. 219.)

Un renseignement qu'il m'a fourni à la suite d'interrogation, et qui n'est pas sans importance au point de vue de l'étiologie du rétrécissement, c'est qu'il lui est arrivé, avant d'être sondé, de perdre du sang par la verge immédiatement après le coït.

Les antécédents connus, j'arrive aux résultats de l'exploration faite par moi le 16 novembre 1883, tels que je les ai consignés alors.

La palpation hypogastrique me révèle la présence d'un globe vésical distendu, mat à la percussion, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Je procède ensuite à l'examen méthodique de l'urèthre avec la série des explorateurs à boules en gomme : les nos 18 et 15 sont arrêtés dans la fosse naviculaire à peu de distance du méat ; le no 13 franchit le premier obstacle, mais il est nettement arrêté à la racine de la verge où l'on sent la boule à travers la paroi inférieure de l'urèthre ; le no 10 franchit ce nouvel obstacle, mais il est arrêté à son tour à 13 centimètres de profondeur dans la région du bulbe, après avoir fait éprouver à la main la sensation d'une série de ressauts pendant son trajet intra-scrotal, ressauts sentis également au retour. Aucun numéro des explorateurs ne peut franchir le dernier rétrécissement, non plus que le no 3 de la filière au tiers de millimètre, mais le no 2 passe après quelques tâtonnements et parvient jusqu'à la vessie ; je le fixe à demeure ; séance tenante le malade expulse, en faisant des efforts, quelques gouttes d'urine trouble le long de la bougie ; elle est neutre au tournesol, sinon même légèrement alcaline.

Ainsi, l'exploration nous révèle une série de rétrécissements, dont le dernier est le plus serré comme c'est la règle, dont celui qui a son siège à la racine de la verge peut être attribué à l'action traumatique qui s'est produite pendant le coït, les autres reconnaissant vraisemblablement pour cause la blennorrhagie signalée dans les antécédents ; elle nous apprend de plus que, malgré l'incontinence et les mictions goutte à goutte, la vessie distendue retient une quantité considérable d'urine.

Pendant 23 jours, du 16 novembre au 7 décembre, j'essaie d'obtenir la dilatation en laissant des petites bougies de gomme à demeure, mais presque toujours le malade est obligé de les retirer parce qu'il ne peut uriner pendant qu'elles sont en place ; finalement je n'ai pu dépasser dans cet intervalle le no 6 de la filière au tiers de millimètre.

La miction s'accomplit un peu plus facilement ; la perte involontaire d'urine est un peu moins grande, tant la nuit que le jour ; mais la vessie continue à dépasser le bord supérieur de la symphyse d'au moins quatre travers de doigt. Le malade souffre d'hémorrhoïdes, très congestionnées sous l'influence des efforts de miction, et qui, pendant plusieurs jours, saignent abondamment ; je dois ajouter que l'appétit s'est plutôt un peu amélioré et qu'aucun accès de fièvre n'est venu à la traverse du traitement.

J'avais, dès l'origine, annoncé à mon client qu'il faudrait vraisemblablement en arriver à une opération d'uréthrotomie interne ; sans la repousser d'une manière formelle, il m'avait prié toutefois de faire mes efforts pour la lui épargner ; il reconnut, après les

---

Aux goutteux et à leurs médecins. — Recette contre la goutte, par maître Claude, officier de l'hôtel de Rambouillet. — « Ayez une douzaine de cochets (petits coqs) et les élevez au coin de votre feu ; quand ils seront en état d'être chaponnés, prenez le plus gros, chaponnez-le vous-même, et en lui tirant ce que vous savez du corps, dites : « Je « te donne mes gouttes, puissent-elles jamais ne me revenir ! » Puis recousez bien la plaie ; vous verrez insensiblement ce pauvre chapon devenir entrepris de ses jambes ; elles lui enfleront, et vous vous sentirez allégé à mesure. » (T. IV, p. 120.)

Sur l'étiologie de la goutte. — « Voiture mourut de la goutte, mais le vin ne peut pas la lui avoir donnée, car il ne buvait que de l'eau ; le jeu la lui a fait venir ; peut-être les dames y avaient-elles contribué. Il mourut au bout de quatre ou cinq jours de maladie, pour s'être purgé ayant la goutte. Dès qu'il fut tombé malade,... il y alla une femme avec laquelle il avait vécu fort scandaleusement. C'était la fille de Renaudot, le gazetier, qu'il avait mise mal avec son mari. Il avait fait une promenade avec elle, il n'y avait que fort peu de jours. Elle n'était pas belle, mais il la voulait faire passer pour un esprit admirable. » (T. IV, p. 47.)

A M. Gilles de la Tourette, le savant historien de Théophraste Renaudot. — « Sauvage (écrivain-poète au service du duc d'Orléans, frère de Louis XIII) écrivait de Bruxelles des gazettes pleines de chimères pour contrecarrer celles de Renaudot, qui commençait à avoir cours. On aimait bien mieux la gazette de Sauvage que l'autre. Outre cela, tous les jours, pour se divertir, il faisait quelque imposture. Ce fut lui qui fit graver la figure d'un poisson qu'il appelait la *Carpe adriatique*, dans le corps duquel on avait trouvé, à

©BIU Santé

essais infructueux de dilatation que je viens de raconter que l'opération était devenue indispensable ; dès lors, il n'y fit plus aucune objection et il fut convenu que je pratiquerais l'uréthrotomie interne le 9 décembre.

Je m'étais assuré la veille que la bougie conductrice n° 6 de l'uréthrotome traversait le rétrécissement le plus étroit sans y être serrée ; j'avais recommandé comme soins préliminaires, de vider l'intestin le matin de bonne heure à l'aide d'un grand lavement, d'administrer ensuite 0,20 centigr. de sulfate de quinine et de faire prendre 2 grammes de chloral en une fois trois quarts d'heure avant le moment fixé pour l'opération.

L'urine était à ce moment-là très mauvaise, trouble, purulente, fétide, alcaline au tournesol ; la chaleur et l'acide nitrique y déterminaient un précipité en rapport de quantité avec le pus qu'elle renfermait ; l'ébullition avec la liqueur de Fehling n'y décélait aucune trace de sucre.

L'opération eut lieu le 9 décembre à 9 heures 1/2 du matin et fut pratiquée avec l'uréthrotome à lame courante de Maisonneuve ; je me suis servi de la lame n° 23 et j'ai fait porter l'incision sur la paroi supérieure de l'urèthre.

Je n'ai pas à entrer ici dans les détails du manuel opératoire qui, comme on le sait, ont tous une extrême importance. Je me bornerai à signaler que l'introduction du cathéter cannelé se trouva entravée au moment où il allait pénétrer dans la cavité vésicale ; cet arrêt que j'ai souvent rencontré, en pareil cas, est dû à la saillie de la lèvre inférieure du col, contre laquelle vient buter l'extrémité du cathéter, malgré sa continuité avec la bougie conductrice ; on y remédie en introduisant dans l'anus le doigt indicateur de l'une des mains avec lequel on soulève, à travers la prostate, la portion courbe de l'instrument de façon à dégager son extrémité, tandis qu'avec l'autre main on complète le mouvement d'abaissement ; on est averti de la pénétration dans la vessie à la sensation de liberté que transmet l'instrument. On ne doit introduire la lame dans la rainure et procéder à la section des parties rétrécies que lorsque le cathéter a pénétré dans la cavité vésicale ; si l'on agissait lorsqu'il est arrêté contre le col, comme je viens de l'expliquer, on risquerait de couper la bougie conductrice qui lui fait suite, accident qui a été observé plusieurs fois déjà.

Chez mon malade, j'ai senti très nettement que l'action de la lame avait porté sur les points où l'explorateur m'avait révélé l'existence des rétrécissements ; le rétrécissement du bulbe était très dur ; il me fallut faire un effort considérable pour le sectionner, et, au retour, je dus faire un effort encore notable pour en achever la section. Je me bornai à pousser la lame jusqu'au fond de la rainure du cathéter et à la ramener au dehors ; je crois qu'il est d'une bonne règle opératoire de ne pas faire, séance tenante, plusieurs introductions de la lame, et à plus forte raison de ne pas *jouer du violon dans l'urèthre*, à l'exemple de certains chirurgiens qui font ainsi courir à leurs opérés de sérieux dangers d'hémorrhagie et d'infiltration urineuse.

---

ce que disait l'écrit, je ne sais combien de mousquets, des hallebardes, des croix, etc. Cela courut par toute la France.

« La dernière imposture qu'il ait faite, ç'a été un arrêté du Parlement de Grenoble, par lequel un enfant était déclaré légitime, quoique la mère confessât l'avoir conçu durant l'absence de son mari, et cela par la force de l'imagination, en songeant qu'il habitait avec elle. Les noms y étaient, et aussi ceux des médecins et de la sage-femme. Assez de bonnes gens le crurent. C'était le vrai style de Grenoble. Le procureur général de Paris écrivit à celui de Grenoble touchant cet arrêt, et ce Parlement-là en donna un contre l'auteur, dont celui-ci se moqua. Dans les écoles de médecine, on agita la question à savoir si la force de l'imagination pouvait suffire pour faire concevoir. » (T. III, p. 93.)

Renvoyé à messieurs les accoucheurs, ainsi que l'historiette suivante, qui est un exemple intéressant de fausse grossesse survenue à l'époque de la ménopause. — « Cette Mme de la Tabarrière... soit que ses purgations (règles) eussent cessé, car elle était d'âge à cela, ou qu'elle fût devenue hydropique, s'imagina être grosse, et le crut d'autant plus qu'on lui avait prédit qu'elle aurait un fils qui serait maréchal de France. Elle avait espéré l'effet de cette prédiction déjà deux fois, car elle avait deux garçons, et elle les avait vus tous deux commencer à porter les armes...

« La mort du second fils la fit résoudre à se remarier. Le maréchal (de la Force, son second mari, veuf lui-même) crut qu'elle était grosse, et l'écrivit à tous ses amis. A Charenton, on disait que c'était une nouvelle Sara. Mais le miracle n'était pas autrement nécessaire, car le maréchal pouvait compter en fils et en petit-fils plus de vingt-quatre

Ici, l'écoulement de sang fut insignifiant, quelques gouttes à peine.

Le cathéter cannelé fut dévissé et remplacé par la longue tige droite qui servit, avec la bougie conductrice laissée dans l'urèthre, à faire pénétrer jusqu'à la vessie, sans la moindre difficulté, une sonde à bout coupé *n° 16* pourvue d'œils latéraux.

La tige droite et la bougie conductrice enlevées, l'urine se mit à couler à pleine sonde; il n'en sortit *pas moins d'un litre;* elle était, comme la veille, trouble, odorante, et ramenait au bleu le papier de tournesol rougi.

La sonde fut laissée débouchée, l'extrémité introduite dans le goulot d'une bouteille ordinaire, récipient dont je me suis toujours servi à la suite de l'uréthrotomie, comme étant le plus commode.

La douleur ressentie pendant l'opération a été insignifiante; le malade, lorsque je suis arrivé auprès de lui, dormait profondément sous l'influence du chloral; j'ai dû le réveiller pour procéder à l'uréthrotomie, mais sa sensibilité était restée néanmoins très émoussée.

Je ferai remarquer que l'action de la lame a porté sur l'urèthre alors qu'il était baigné par l'urine, chose inévitable puisque la vessie n'avait pu être vidée et qu'il y avait un écoulement incessant du liquide urinaire, lequel était, de plus, fortement altéré.

Comme prescriptions pour le reste de la journée, je recommandai de donner une deuxième dose de 0,20 centigr. de sulfate de quinine, du tilleul chaud, du bouillon et, au besoin, des potages.

Lors de ma visite de l'après-midi, j'appris que mon opéré avait eu, une heure après mon départ, un frisson assez nettement accusé, combattu par plusieurs tasses d'infusion chaude de tilleul, additionnées d'un peu d'eau-de-vie; il a, au moment où je le vois (une heure et demie du soir), le pouls vif, la peau chaude; il n'a pas encore transpiré; d'ailleurs, son état ne présente absolument rien d'inquiétant. La sonde laissée à demeure a parfaitement fonctionné; il est sorti *plus d'un demi-litre* d'urine, ce qui, avec le litre que j'ai retiré au moment de l'opération, forme une quantité totale considérable.

Je fais administrer une troisième dose de 0,20 centigr. de sulfate de quinine; je recommande de continuer l'infusion chaude, d'y ajouter du bouillon, de l'eau vineuse.

Le lendemain, 10 décembre, je trouve mon opéré dans une situation satisfaisante; il a dormi la nuit; la sonde a très bien fonctionné; il est sorti pendant la nuit *un litre d'urine au moins*. Le stade de sueur a fait défaut dans l'accès d'hier.

J'enlève la sonde à midi, vingt-six heures après l'avoir placée; elle est enduite de mucosités purulentes.

J'autorise une alimentation légère : potages, un œuf à la coque, eau vineuse; ne sortir du lit sous aucun prétexte; continuer l'administration du sulfate de quinine à la dose de 0,40 centigr.

Le surlendemain, 11 décembre, j'apprends que le malade a eu la veille, dans la soirée,

---

enfants. A la cour, on disait que c'était l'Antechrist. Enfin, il se trouva qu'elle était presque hydropique, et au bout de trois mois elle en mourut, en partie de regrets. On a même dit que, du dépit qu'elle eut de ce qu'on se moquait partout de cette belle grossesse, elle fut trois semaines à ne prendre quasi rien, faisant accroire à sa femme de chambre qu'elle était dans un dégoût effroyable. Cette fille n'en dit rien à personne, parce que sa maîtresse lui disait toujours que l'appétit lui reviendrait, et que cela fâcherait M. de la Force, s'il le savait. Quoi qu'il en soit, les boyaux se rétrécirent et elle en mourut. »

Ce ne fut pas le seul désagrément qu'eut la pauvre maréchale dans sa vie, comme on va le voir.

Cas d'empalement. — « Cette femme n'a jamais été très raisonnable... Une fois, en voulant passer sur je ne sais quelle palissade, elle se fourra un pieu où vous savez. Ce pieu n'adressa pas pourtant si bien qu'elle n'en fût blessée. Elle voulait, par une ridicule pruderie, que son mari la pansât, afin que le chirurgien ne vît rien; il s'en moqua, et lui dit qu'elle allât se faire panser. » (T. I., p. 230.)

A M. le docteur Chéreau, pour la prochaine édition de son *Parnasse médical*, à l'article *Anonymes*.

Tallemant dit dans une note (t. II, p. 65) : « Le président Duret (fils de Louis Duret, premier médecin des rois Charles IX et Henri III, et frère de Jean Duret, médecin de Marie de Médicis) mourut des suites de l'opération de la pierre. » Guy-Patin (dans une

©BIU Santé

un frisson de dix minutes de durée suivi de chaleur; mais le stade de sueur a encore fait défaut; le pouls est à 84; la langue blanche.

La perte involontaire de l'urine a complètement disparu; il urine avec facilité et en abondance.

Alimentation légère. Continuer 0,40 centigr. de sulfate de quinine et administrer demain matin 30 grammes d'huile de ricin.

Il me paraît peu intéressant de signaler jour par jour les phénomènes qui se sont passés jusqu'à la cessation de la fièvre. Celle-ci a pris fin définitivement le 15 décembre, six jours pleins après l'opération; l'accès revenait le soir à peu près à la même heure; jamais il n'a été considérable; dans l'intervalle, l'apyrexie n'était pas complète. Je ne trouve la transpiration notée que deux fois dans les nuits du 12 au 13 et du 14 au 15.

L'urine, qui les trois premiers jours était transparente avec un simple dépôt nuageux dans le fond du vase, avait repris les jours suivants un aspect sale, avec dépôt glaireux et réaction nettement alcaline; mais à partir du 15, comme par une transformation subite, elle est devenue limpide, nette, et j'ai constaté ce jour-là qu'elle était acide au tournesol.

Pour me résumer, je dirai que je me suis trouvé en présence d'un cas bien tranché de cette forme de fièvre urineuse que M. Guyon a décrite comme constituant le deuxième type de la fièvre urineuse aiguë.

A partir du 15, la convalescence a marché sans aucune entrave; toutefois, j'ai encore continué pendant trois jours, par mesure de précaution, l'administration du sulfate de quinine à la dose de 0,40 centigr.

L'appétit n'a pas tardé à se manifester d'une manière impérieuse, ce qui a permis une alimentation substantielle et a eu pour conséquence le retour rapide des forces et d'une bonne coloration du visage. Le malade s'est levé pour la première fois le 17 décembre.

A dater de l'opération et jusqu'à son départ, qui a eu lieu le 5 janvier 1884, il m'a perdu involontairement de l'urine qu'une seule fois, et en très petite quantité, une nuit qu'il dormait profondément, ce qui avait permis à la vessie de se distendre d'une manière exagérée.

Comme soins consécutifs, j'ai commencé à introduire des bougies de gomme le 22 décembre, deux semaines après l'opération; j'ai passé ce jour-là les nos 15 et 16; — le 24 décembre, j'ai introduit les nos 16 et 17.

Le 26 décembre, j'ai continué la dilatation en m'adressant aux bougies métalliques de Béniqué; j'ai passé les nos 31, 32 et 33; — le 28, j'ai introduit les nos 33, 34, 35; — le 30, les nos 35, 36, 37; — le 2 janvier, les nos 37, 38, 39.

Le 4 janvier, le malade, que ses affaires rappellent impérieusement chez lui, me demande la permission de prendre congé de moi; son état est tout à fait satisfaisant, tant au point de vue de l'émission de l'urine que de la santé générale.

---

lettre à M. Bélin, du 8 janvier 1637, nous a conservé une épitaphe satirique que l'on fit sur lui; elle ne sera pas déplacée ici :

Cy git qui fuyait le repos
Qui fut nourry dès la mamelle
De tributs, de tailles, d'impôts,
De subsides et de gabelles;
Qui meslait dans ses aliments
Le jus des dédommagements
Et l'essence du sol pour livre.
Passant, songe à te mieux nourrir,
Car si la taille l'a fait vivre,
La *taille* aussi l'a fait mourrir.

Cette épitaphe se trouve aussi dans les manuscrits de l'Arsenal, B. L. F., n° 151, t. Ier, p. 196.

Tallemant parle en plusieurs endroits de Guy-Patin. Il dit entre autres : « Un savant médecin de la Faculté, nommé Patin, a feint qu'un de ses malades, à qui il fit promettre à l'article de la mort de lui venir dire s'il y avait un purgatoire, lui était apparu un matin, mais sans lui rien dire, car ces gens qui reviennent de l'autre monde ne parlent jamais. » (T. II, p. 193.)

Au même. — Jean Juif, chirurgien du roi, a été très célèbre par son habileté dans la

Je lui recommande d'introduire régulièrement, tous les cinq jours, les nos 17 et 18 de gomme de la filière au tiers de millimètre et, au bout d'un mois, de ne plus faire les introductions que toutes les semaines, cela indéfiniment.

Je m'étais proposé, s'il m'avait accordé quelques jours de plus, de porter la dilatation jusqu'au n° 24 de la filière au tiers de millimètre, soit le n° 48 Béniqué.

Réflexions. — Il est aisé de se rendre compte ici, et dans les cas semblables qui ne sont pas très rares, du mécanisme par lequel se produit la perte involontaire de l'urine. On sait que, derrière tout rétrécissement un peu serré et durant depuis longtemps, il y a un certain degré de dilatation du calibre de l'urèthre, tenant à la répétition de la pression excentrique de l'urine sur les parois uréthrales ; c'est surtout la région membraneuse qui se laisse élargir, et l'on peut voir de beaux exemples de cette dilatation reproduits dans les planches 5, 9, 10 de l'atlas des *Maladies des voies urinaires* de MM. Guyon et Bazy.

A ce degré, la dilatation a pour conséquence l'écoulement involontaire d'une quantité plus ou moins grande d'urine dans le pantalon, mais seulement après la miction. Si la dilatation post-stricturale (qu'on me permette ce mot) dépasse ces limites, qu'elle envahisse la région prostatique et le col de la vessie, un nouveau phénomène va se produire : la perte involontaire de l'urine dans la station verticale, parce que la vessie représente en quelque sorte une bouteille non fermée, dont le fond est en haut et le goulot terminé par un orifice étroit, celui du rétrécissement, occupe une situation déclive; rien d'étonnant, dès lors, à ce que l'urine obéisse aux lois de la pesanteur.

Chez les rétrécis, par la raison que je viens de dire, et il n'en était pas autrement chez mon malade, la perte involontaire de l'urine se manifeste d'abord pendant le jour. Mais bientôt, les progrès de la dilatation du col continuant, en même temps que la vessie devenue inerte retient une quantité plus grande d'urine, le même phénomène se produit également pendant la nuit; l'infirmité des malades devient ainsi de plus en plus pénible et repoussante.

A ce degré, il y a non seulement infirmité, mais danger d'altérations rénales graves ; c'est qu'en effet la distension de la vessie devient un obstacle à l'accès facile de l'urine continuellement sécrétée; la distension

---

pratique des opérations ; il mourut en 1638. Voiture, qu'il avait traité d'un mal fistuleux, lui a adressé les couplets suivants :

J'ai reçu deux coups de cizeau
Dans un lieu bien loin du muzeau,
Landerirette,
Je m'en porte mieux, Dieu mercy ;
Landeriry.

J'en mettrais encore plus de six
Mais je ne puis plus être assis,
Landerirette,
Je m'en vais trouver Monsieur Juif ;
Landeriry.

(T. II, p. 229.)

Syphilis et traumatisme. — A M. le docteur L.-H. Petit, notre collaborateur, pour une autre édition de sa thèse. — « Le maréchal (d'Estrées) avait un écuyer nommé Le Rouvray. C'était un vieux débauché, tout pourri de vérole ; d'une piqûre d'épingle on lui faisait venir un ulcère... Jamais je ne vis un si grand brutal. Une fois, pour ne pas perdre une médecine qu'il avait préparée pour un cheval de carosse qui n'en eut pas besoin, il la prit, et en pensa crever. » (T. II, p. 57.)

Guérison d'un empyème par succion buccale. — Le vidame du Mans reçut un coup d'épée dans la poitrine : « Il guérit, mais avec bien de la peine, car on ne pouvait avoir le pus

©BIU Santé

se propage aux uretères, aux calices, aux bassinets, aux tubuli des reins eux-mêmes; à la longue, on observe l'atrophie de la substance rénale, en même temps que les lésions de la néphrite interstitielle. Fort heureusement, ces altérations mettent du temps à se développer, et généralement elles se limitent à l'un des reins ou tout au moins sont beaucoup plus prononcées d'un côté que de l'autre, ce qui permet à la fonction dépuratoire de persister dans des limites compatibles avec la prolongation de la vie.

Il n'en est pas moins vrai que les malades, porteurs des lésions que je viens d'énumérer sont dans une situation périlleuse, qui réclame sans plus de retard une intervention chirurgicale appropriée.

Chez les rétrécis, ce sont les seuls dont je m'occupe laissant de côté les vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate où le même état se rencontre plus fréquemment encore, l'intervention donne de sérieuses chances de succès, même lorsque la distension de l'appareil urinaire a duré un temps relativement long; cela tient à leur âge, généralement peu avancé, et à la force de résistance de leurs organes.

Mais pourtant, il faut s'attendre à ce que les suites de l'uréthrotomie, lorsqu'on sera obligé d'avoir recours à cette opération, seront moins simples que dans les cas ordinaires; c'est ainsi que chez mon opéré la fièvre consécutive a duré six jours et a pris la forme rémittente; tandis que d'habitude on observe, lorsqu'il survient de la fièvre, la forme franche, aiguë, caractérisée par un ou deux accès suivis de défervescence complète.

J'admets volontiers qu'ici l'absorption de l'urine par la plaie opératoire a été le point de départ des accidents fébriles, d'autant plus que le premier frisson est survenu une heure seulement après la fin de l'opération et que j'avais dû agir sur un urèthre baigné par l'urine, ainsi que je l'ai expliqué dans le cours de l'observation; mais il me paraît incontestable que la prolongation des accidents doit être attribuée à des altérations rénales en voie de développement, les reins ne remplissant plus la plénitude de leur fonction dépuratoire et n'éliminant qu'avec lenteur le poison introduit dans la circulation. Ces lésions rénales guérissent d'ailleurs par le rétablissement du cours normal de l'urine.

Relativement au mode d'intervention chirurgicale que j'ai adopté, j'ose dire qu'il s'imposait en quelque sorte, et que n'eussé-je pas été, comme je le suis, un partisan déclaré de l'uréthrotomie interne pratiquée avec l'ins-

---

d'entre les côtes; et il serait mort sans un valet de chambre chirurgien qu'il avait, qui eut assez d'amitié pour lui pour sucer le pus. » (T. III, p. 206.)

Etiologie et terminaison singulières d'une gibbosité. — Après la mort du duc de Montmorency, la duchesse « se retira à Moulins dans un couvent, où elle pleura tant, que de voûtée qu'elle était devenue d'une grande fluxion, elle devint droite comme auparavant, sa fluxion s'étant écoulée par les yeux. » (T. III, p. 97.)

Heureuse guérison d'un abcès dans la gorge par un moyen préférable au vulgaire ipéca. — « On dit qu'un chanoine de Notre-Dame-de-Paris étant à l'extrémité, ses gens s'emparaient de tout ce qu'ils pouvaient attraper. Un singe qu'il avait se saisit à l'instant du bonnet carré du chanoine et se le mit sur la tête. Le malade, qui voyait cela, se mit tellement à rire, qu'il se creva un abcès qu'il avait dans la gorge, et il en guérit. » (T. II, p. 127.)

(*La suite à un prochain numéro.*)

PILULES CONTRE LA CONSTIPATION. — Bartholow.

Extrait de fève du Calabar		
Extrait de belladone.	aa	0 gr 30 centigr.
Extrait de noix vomique.		

F. s. a. 12 pilules. — Une pilule, au moment de se mettre au lit, pour faire cesser la constipation due à la paresse de l'intestin, et à un défaut de sécrétion de la muqueuse intestinale. — N. G.

trument de Maisonneuve, c'est encore, dans la circonstance présente, à ce procédé opératoire que j'aurais dû recourir.

L'impossibilité d'obtenir en vingt-trois jours un degré de dilatation supérieur au n° 6 de la filière au tiers de millimètre, suffisait pour écarter toute idée de se servir de l'uréthrotome à olive de Civiale; cet instrument bien conçu n'est applicable, suivant moi, qu'à certains rétrécissements très durs de la portion pénienne, tandis que chez mon malade le rétrécissement le plus serré siégeait à la courbure sous-pubienne dans la région du bulbe.

On admettra bien aussi, je pense, que ce n'était pas le cas de s'adresser à l'uréthrotomie externe, dont la plaie très étendue met plusieurs semaines à se cicatriser, à la suite de laquelle on a observé des récidives comme avec tout autre procédé opératoire (voir E. Monod, *Etude clinique sur les indications de l'uréthrotomie externe*, A. Delahaye, 1880), et qui, dans la circonstance présente, n'aurait même pas permis de faire une opération complète puisqu'un des rétrécissements siégeait à la racine de la verge.

Je dois ajouter que, si l'on s'en réfère aux précautions dont M. Gosselin recommande de s'entourer au moment de pratiquer l'uréthrotomie interne, j'ai entrepris mon opération dans des conditions défectueuses; je n'ai pas, et pour cause, vidé la vessie; j'ai fait la section, alors que l'urèthre était baigné par l'urine; tout cela, non pas par dédain des préceptes du savant chirurgien, mais parce qu'il m'était impossible d'agir autrement. Il y a, en effet, une indication qui prime toutes les autres dans les cas où l'on est obligé de s'adresser à l'uréthrotomie, c'est de rétablir promptement le cours de l'urine; cette indication est tellement dominante qu'on peut presque toujours négliger les contre-indications, qui n'ont pas la même importance, et que le succès vient d'ordinaire récompenser le chirurgien de son initiative. Un autre gage du succès, c'est d'assurer le bon fonctionnement de la sonde pendant le temps qu'on la maintient à demeure et de laisser ensuite l'urèthre tranquille pendant une dizaine de jours au moins.

Je ferai remarquer, en terminant, la rapidité avec laquelle a disparu, à la suite de l'opération, la perte involontaire de l'urine, qui constituait pour le malade le côté le plus sérieux de son affection. Il a suffi ici, comme dans les cas semblables, de supprimer la cause pour obtenir la cessation immédiate de l'effet.

REVUE DES JOURNAUX

Les travaux récents des médecins italiens sur le diabète sucré et son traitement. — Pendant l'année 1883, plusieurs mémoires dignes d'attention ont été publiés en Italie sur l'histoire clinique et thérapeutique du diabète sucré. Ces travaux, qui intéressent les praticiens au delà comme en deçà des Alpes, font l'objet des appréciations de divers journaux étrangers et en particulier de M. Huggard dans le journal *the London medical Record* du 15 avril dernier. C'est donc en nous inspirant des mémoires originaux et de ces analyses critiques que nous résumons la substance même des travaux de MM. de Renzi, Capparelli, Cantani et Burresi.

Les recherches étiologiques de M. de Renzi ont pour but de démontrer l'influence des habitudes du climat, et du régime alimentaire dans la pathogénie de la glycosurie. Dans ce but, il s'efforce de fixer la répartition topographique du diabète à la surface du globe. En Italie, on l'observerait très souvent à Naples et rarement à Gênes; en Russie, on n'en a pas constaté un seul cas à Saint-Pétersbourg dans l'espace de plusieurs années, tandis qu'aux Indes cette affection est des plus communes. Quelle est la conclusion de ces recherches, sinon que le diabète sucré s'observe plus souvent parmi les populations soumises au régime végétal et plus rarement parmi celles dont l'alimentation est azotée ?

Un compatriote de M. de Renzi a aussi dirigé ses recherches vers l'étiologie du diabète. En effet, l'observation que publie M. Capparelli (1) confirme une fois de plus l'in-

(1) Capparelli. *Le Pancréas et le Diabète.* (*Il Morgagni*, 1883, n° 7.)

©BIU Santé

fluence des maladies chroniques et des cachexies sur le développement de la glycosurie. Le malade était atteint d'une affection calculeuse du pancréas, qu'on reconnut pendant la vie et dont l'autopsie confirma l'existence. La nutrition générale était altérée et les urines chargées de matières sucrées. Ici donc on trouve encore une preuve de l'influence des troubles digestifs et des dystrophies générales dans la pathogénie du diabète, et de la nécessité de placer le diabète parmi les maladies par ralentissement de la nutrition.

Dans ces mémoires, comme dans ceux de MM. Cantani et Burresi, les recherches avaient un but pratique. On voulait déterminer la valeur pronostique du diabète sucré, établir sa curabilité et juger comparativement de l'efficacité des traitements préconisés dans ces dernières années contre cette affection. Or, les observateurs sont loin d'être d'accord en Italie comme ailleurs sur le pronostic du diabète sucré.

Les uns, avec M. Primavera, le considèrent comme une maladie curable et dont la guérison peut être définitive. D'autres sont moins optimistes et partagent l'opinion de M. Cantani (1) qui en a observé ou tout au moins analysé six cents cas et qui publie l'histoire clinique de cinq diabétiques ayant succombé à cette affection. A leur avis, le diabète ne serait définitivement curable que par une intervention thérapeutique précoce et suffisamment active contre les premières manifestations morbides. Une troisième catégorie d'observateurs, parmi lesquels il faut compter MM. de Renzi et Burresi (2), réservent encore plus le pronostic et mettent en doute l'efficacité des médications proposées.

C'est ainsi que M. Burresi fait connaître, dans cinq observations très complètes, l'insuccès qu'il a obtenu par l'emploi de l'acide lactique, du cuivre, de l'iodoforme, de la glycérine et de l'arsenic. De plus, il constate aussi que la gravité du pronostic et l'efficacité du traitement sont modifiées par les habitudes alimentaires des malades, de sorte qu'à ce point de vue, il existe deux variétés de glycosurie : le diabète de moyenne gravité et temporairement curable des mangeurs d'aliments amylacés, et le diabète grave et rebelle des mangeurs d'aliments azotés, et spécialement des individus soumis au régime de la viande.

M. Cantani insiste, de son côté, sur la recommandation devenue banale, à force d'être vraie, d'imposer au malade un régime sévère ; et M. de Renzi, sur l'utilité d'une alimentation mixte composée de viandes, de poissons, d'œufs et de légumes herbacés, parmi lesquels il recommande surtout les chicorées, les endives et les choux. Ce régime mixte aurait l'avantage, par sa variété, de ne pas fatiguer les malades ; par son abondance relative, de lui faire accepter le rationnement alimentaire, et, par l'usage des végétaux ou du vin, de prévenir l'azoturie.

Parmi les divers agents médicamenteux dont la liste est si longue et l'efficacité si souvent en défaut, M. Cantani a essayé l'acide salicylique, la strychnine, l'opium, les bromures, l'iodoforme et même l'électricité. Leur emploi n'a pas procuré de réelles améliorations sur les diabétiques vrais. Ceux qui en retirèrent quelques profits étaient atteints de melliturie, c'est-à-dire de glycosurie transitoire dont la disparition est très souvent spontanée sous l'influence seule d'une modification de régime. Ces résultats n'ont donc pas le mérite de la nouveauté.

D'autre part, M. de Renzi fit usage de la glycérine, dont il élevait la dose quotidienne jusqu'à 150 et 300 grammes.

Sous cette influence, le poids des malades augmentait, mais il survenait aussi de la diarrhée et d'autres complications qui atténuaient la valeur thérapeutique de cet agent. D'ailleurs, à toutes doses, elle atténue la quantité de sucre contenue dans les urines, diminue la proportion de l'urée, tout en rendant la miction plus fréquente et plus abondante.

La glycérine peut donc rendre quelques services en provoquant l'augmentation du poids des diabétiques, mais à la condition d'être employée à des doses progressives de 40 à 300 grammes, et seulement chez quelques diabétiques. M. de Renzi a aussi essayé l'iodoforme à la dose quotidienne de 2 à 3 grammes, et en a retiré quelques bénéfices. Par contre, la pilocarpine, la duboisine, la kairine ont été impuissantes pour modifier l'évolution de la maladie ou même procurer seulement des améliorations passagères.

Ces recherches, comme celles qui se poursuivent ailleurs qu'en Italie, démontrent donc une fois de plus que le traitement du diabète est un des problèmes les moins définitivement résolus de la pathologie médicale. — C. L. D.

(1) Cantani. *Observations avec autopsies de cinq cas de diabète.* (*Il Morgagni*, 1883, n° 1.)
(2) De Renzi. *Du diabète sucré.* (*Giorn. internaz. delle scienze med.*, 1883, fasc. 9 et 10. — Burresi. *De la curabilité du diabète.* (*Lo Sperimentale*, mars et juin 1883.)

CORRESPONDANCE

Concarneau, le 28 avril 1884.

Monsieur le Rédacteur en chef,

En date du 22 avril, j'ai reçu de MM. J.-B. Baillière et fils, une lettre contenant ce qui suit :

« Cher Monsieur, au moment où nous allons terminer la nouvelle édition du *Dictionnaire de médecine*, nous nous sommes présentés chez vous, pour vous communiquer, par un motif de haute convenance que vous apprécierez, la préface des éditeurs.

« N'ayant pas eu le plaisir de vous rencontrer, nous prenons le parti de vous l'adresser par la poste en vous priant de vouloir bien nous renvoyer cette épreuve par le retour du courrier, avec vos observations s'il y a lieu. »

J'ai répondu ce qui suit à MM. Baillière :

« Concarneau, le 26 avril 1884. Messieurs, En rentrant d'excursion, je trouve votre lettre du 22 avril à laquelle je réponds : Je veux formellement que soient enlevées les deux lignes sur lesquelles je mets mon *deleatur* dans l'épreuve ci-contre de votre préface. Je tiens essentiellement à ce que mon nom ne soit pas dans la préface d'un livre que ni Littré ni moi n'avons revu. J'y tiens d'autant plus que ce que j'ai lu de ce Dictionnaire, en ce qui me concerne, résume comme étant mes idées nombre de vues auxquelles les faits m'ont conduit à substituer d'autres notions dans plusieurs mémoires et articles publiés depuis 1879, dans les examens et dans mon cours de Faculté. Dire que le livre sus-indiqué *contient un résumé exact et précis de mes idées* serait absolument contraire à la vérité. Je m'empresserai de le faire connaître au monde médical et scientifique par la publication de cette réponse, etc., dans le cas où vous ne suivriez pas les indications de ma volonté formelle.

« Je vous présente mes salutations,

C. Robin.

Or ce 28 avril, je reçois le nº 17 (26 avril 1884) du *Journal général de la Librairie*, dans lequel je lis, p. 770, les deux lignes dont j'ai demandé la suppression à MM. Baillière ; leur publication ayant paru avant que les observations sur, elles que ces messieurs me réclamaient, aient été reçues à Paris, je me vois amené à protester contre l'exactitude de ce que cette annonce a pour but de faire croire. Je le fais en publiant ma réponse à ces éditeurs, réponse rédigée et envoyée avant que j'aie pu connaître ce qu'ils avaient imprimé déjà.

Je vous serais fort reconnaissant, Monsieur, si vous vouliez bien faire connaître ce qui précède à vos lecteurs et agréer l'assurance de mes sentiments très distingués.

Pr Ch. Robin.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 mai 1884. — Présidence de M. Rolland.

Voici la liste des prix que l'Académie a distribués, lundi dernier, en séance solennelle.

Prix de *Statistique*, à feu Ch. Nicolas, pour son ouvrage intitulé : *Les Budgets de la France depuis le commencement du* XIXe *siècle* ; — mention honorable à M. Arsène Thevenot (*Statistique intellectuelle et morale du département de l'Aube*).

— *Chimie :* Prix Jecker, à M. Etard, pour l'ensemble de ses travaux ; — prix Lacaze, à M. L. Cailletet, pour ses recherches sur la liquéfaction des gaz.

— *Botanique :* Prix Barbier, à M. Joannès Chatin, pour ses recherches sur la trichine ; — prix Desmazières, à MM. Bonnier et Mangin, pour leurs travaux concernant la respiration et la transpiration des champignons ; — un encouragement de 500 francs à M. Klein, pour ses recherches sur les algues marines ; — prix de la Fons Melicocq ; — un encouragement de 500 francs à M. Ch. Magnier pour l'ensemble de ses travaux botaniques ; — prix Bordins, à M. Constantin, pour ses expériences relatives à l'influence qu'exerce le milieu sur la structure des organes végétatifs ; — un encouragement de 1000 francs à l'auteur anonyme d'un mémoire *Sur le développement inégal des poils radicaux dans les diverses conditions de milieu*, etc.

©BIU Santé

— *Anatomie et Zoologie* : Grand prix du budget, à M. le docteur H. Viallanes (*Développement histologique des insectes pendant leurs métamorphoses*) ; — prix Bordier, à M. Grand'Eury (*Paléontologie botanique et zoologique de la France et de l'Algérie*).

— *Médecine et Chirurgie* : Prix Montyon, 2,500 francs, à M. Constantin Paul (*Diagnostic et traitement des maladies du cœur*) ; — 2,500 francs à M. H. Roger (*Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*) ; — 2,500 francs à M. E. Vallin (*Traité des désinfectants et de la désinfection*) ; — mentions honorables, 1,500 francs à MM. H. Napias et A.-J. Martin (*L'étude et les progrès de l'hygiène en France de 1878 à 1882*) ; — 1,500 francs à MM. L. Dubar et Ch. Remy (*Absorption par le péritoine*) ; — 1,500 francs à M. P. Denucé, de Bordeaux (*Traité clinique de l'inversion utérine*) ; — citations honorables : docteur Berne (*Leçons de pathologie générale*) ; Certes (*Analyse micrographique des eaux*) ; Huchard (*Traité des névroses*) ; Polaillon (*Statistique de la maternité de Cochin*) ; Réal (*Traitement de l'érysipèle*) ; Rossignol, de Gaillac (*Traité élémentaire d'hygiène militaire*) ; — prix Bréand : 5,000 francs à M. le docteur Fauvel ; — 10,000 francs à partager entre les quatre membres de la mission Pasteur, en Egypte, MM. Strauss, Roux, Nocard et feu L. Thuillier ; — prix Godard à M. Guelliot, de Reims (*Anatomie, Physiologie et Pathologie des vésicules séminales*) ; — mentions honorables, à M. Desnos (*Lithotritie à séances prolongées*) ; — prix Chaussier, à M. Legrand du Saulle (*Etudes de médecine légale*) ; — mentions honorables : 1° à M. A. Layet (*Hygiène et Maladies des paysans*) ; 2° à M. Luton (*Etudes de thérapeutique générale et spéciale*, etc.) ; — prix Lallemand, à MM. B. Ball et Aug. Voisin.

— *Physiologie* : Prix Montyon, à M. Paul Regnard (*Recherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires*) ; — prix Lacaze, à M. Balbiani (*Embryogénie et Physiologie générales*).

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Séance du 25 avril 1884.

M. le docteur Ollivier rend compte d'une épidémie de diphthérie qui s'est déclarée le mois dernier dans une institution située dans le XVIe arrondissement. Sur huit personnes (sept enfants et une adulte) qui ont été atteintes, l'adulte et quatre enfants ont succombé. La pension fut évacuée dès que l'on eût reconnu la nature de la maladie et des mesures d'assainissement furent prises.

Le Conseil commence ensuite l'examen de l'instruction concernant les mesures prophylactiques contre la propagation de la diphthérie. En raison de l'importance de cette question, il demande l'impression de ce projet d'instruction, avant d'aborder la discussion au fond.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Gustave Beauregard, du Havre, décédé le 3 mai à l'âge de 34 ans. Ce jeune confrère avait déjà donné la preuve d'une louable activité scientifique par de nombreuses communications à la Société de chirurgie.

Ecole supérieure de pharmacie. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 11 mai, dans les bois de Montfermeil.

Le départ s'effectuera de la gare de l'Est à 11 heures 1/2, pour la station de Gagny.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 12 mai 1884, à 4 heures très précises au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e chambre du tribunal civil.) — *Ordre du jour* : I. Rapport de M. Rocher sur une question d'assurance sur la vie. — II. Suite de l'ordre du jour de la précédente séance.

Dyspepsie-Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents sont rapidement modifiés par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez. — Exp. cliniques de MM. Archambault, Gubler, etc.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Compte rendu de la séance annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — V. Variétés. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Association Générale

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

VINGT-CINQUIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

TENUE A PARIS, LES 20 ET 21 AVRIL 1884, SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. HENRI ROGER.

Séance du 20 avril 1884.

La séance est ouverte à trois heures.

MM. les Présidents, MM. les Délégués des Sociétés locales et de la Société centrale, MM. les membres du Conseil général, du Conseil judiciaire et administratif, un grand nombre de membres de la Commission administrative et de membres de la Société centrale prennent place dans l'hémicycle du grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

L'assistance est plus nombreuse que les années précédentes.

M. H. Roger, Président, et les membres du Bureau occupent les fauteuils de l'estrade.

M. le Président H. Roger déclare la séance ouverte et prononce l'allocution suivante :

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

La mort est particulièrement sévère alors qu'elle enlève aux institutions bienfaisantes comme la nôtre, les hommes éminents, les hommes de bien, dont le nom était un honneur et le dévouement un soutien. M. Foville vous dira tout à l'heure les pertes si nombreuses que nous venons de subir ; laissez-moi seulement vous parler d'un ami de vingt ans, de M. Seux qui, dans notre dernière assemblée générale, siégeait à mes côtés comme vice-président de l'Association.

M. Seux était issu d'une famille dans laquelle le titre de médecin s'est transmis de père en fils depuis plus de cent cinquante ans : c'est là une noblesse qui oblige la descendance, qu'il porta glorieusement et dont son fils est le digne héritier. La ville de Marseille lui a fait de pompeuses funérailles, d'autant plus honorables que la politique n'a été pour rien dans ces honneurs rendus au savant, au Directeur de l'Ecole, au médecin dévoué. Mais je ne dois louer ici que le Président trois fois réélu de la Société des Bouches-du-Rhône, presque fondée par lui et qui est devenue, grâce à son habile et puissante direction, une des plus importantes de nos sociétés départementales. Tel il s'était montré dans sa présidence, ferme et conciliant à la fois, ardent au bien et compatissant aux souffrances de la profession, tel nous l'avons vu au milieu de nous ; et ses mérites supérieurs, ainsi que ses qualités aimables, lui avaient gagné l'estime universelle et de solides affections.

Décernons à sa mémoire l'hommage de nos regrets et inscrivons son nom sur la liste des meilleurs serviteurs de l'Association.

MESSIEURS,

Vous allez avoir à élire un Vice-Président et six membres du Conseil :

©BIU Santé

vous connaissez déjà les noms de ceux que nous avons proposés à votre choix ; ils sont dignes de vos suffrages ; en vous les présentant, nous avons consulté surtout la valeur personnelle, les services rendus et les intérêts majeurs de la fédération ; nous avons fait, comme toujours, abstraction complète de nos préférences ou de nos amitiés : *amicus Plato sed magis amica societas.*

Il en est qui reprochent à vos chefs élus, à ceux que vous avez bien voulu mettre et maintenir à votre tête, un optimisme exagéré et une satisfaction voisine de la béatitude. Mais pourquoi ne serions-nous pas satisfaits quand nous constatons les progrès incessants de notre institution, quand nous voyons qu'elle continue à croître en nombre et en richesse : à la séance solennelle de 1883, elle comptait quatre cents membres de plus ; l'augmentation est de cinq cents pour 1884 ; et, dans plus d'une société locale, il paraîtrait que la formation d'un syndicat n'y a pas été étrangère, des frères voisins étant venus s'asseoir au foyer familial.

L'accroissement de notre fortune n'est pas moins remarquable : outre les dons et legs qui se multiplient, le trésor a grossi surtout, cette année, par les contributions volontaires des sociétés dont la plupart ont doublé, triplé, leur subside habituel (Loir-et-Cher l'a même plus que décuplé). Certes, par ces versements extraordinaires leur fonds social se trouve amoindri, mais, selon le vers de la Fontaine,

Le bien n'est bien qu'autant que l'on peut s'en défaire,

et quel usage meilleur et plus louable que de s'en défaire au profit de frères déshérités. Le chiffre de ces subventions s'est élevé à vingt-six mille francs, 10,000 de plus que l'an dernier, et le total des sommes recueillies dépasse 50,000 francs.

L'Association ne saurait oublier qu'elle doit à la communauté protection autant qu'assistance : les services qu'elle a pu rendre au point de vue des intérêts généraux et aussi des intérêts particuliers, vous allez l'apprendre par le rapport de notre secrétaire général. Vous y verrez que, de tous les vœux exprimés dans l'assemblée dernière ou formulés ultérieurement, aucun n'est resté sans examen ; pour faire droit au plus important de tous, nous soumettrons demain à vos délibérations un projet de loi sur l'exercice de la médecine.

Le récit habituel que je vais vous faire des charités confraternelles vous montrera, une fois de plus, que beaucoup de nos associés ont des cœurs et des mains faciles à s'ouvrir, et combien parfois ils sont ingénieux dans leurs largesses.

Parmi les bienfaiteurs de cette année, les uns sont plutôt de nouvelles recrues (MM. Foville, Amodru, Pfeiffer, Rathery), les autres, les vétérans de la charité (MM. Jourdanet, Durand-Fardel, Gallard, Bucquoy, Lunier, Leroy-Dupré, Bourdin); et, à la tête de cette phalange sacrée, marchent nos digni-taires, MM. Ricord, Larrey, Cazeneuve, Brun, Gosselin, donateurs persévérants, annuels, et si constants, que leur nom, pourrait-on dire, est *générosité*.

Plusieurs de nos confrères ont fêté par un bienfait un événement heureux : ainsi M. Farge, de Maine-et-Loire, et M. Levavasseur, de l'Indre, ont inauguré leur présidence par un don à la caisse des pensions viagères.

MM. Vidal et Siredey ont célébré de même façon leur gloire académique, M. Hutinel, une félicité intime, et le nouveau professeur de pathologie, M. Damaschino, un de mes disciples les plus chéris et les plus illustres, son élévation au professorat.

Un prix Montyon, dont la valeur ne m'est pas encore connue, vient de

m'être accordé par l'Académie des sciences : j'en ai fait des parts inégales, attribuant la plus grosse à nos sociétaires malheureux. J'aime à croire qu'après cette répartition il ne me restera absolument rien que l'honneur, et, au fond de l'âme, un vif sentiment de reconnaissance pour les membres de la section de médecine et de chirurgie.

Vous le voyez, ces fortunés n'ont pas le bonheur égoïste et ils le font rayonner sur nos affligés.

L'an dernier je vous racontais que M. Potain avait partagé entre l'Association de la Seine et l'Association générale un legs important d'une de ses clientes ; cette année M. Labbé a divisé pareillement une somme de 1,000 francs qu'il lui avait fallu disputer à un client réfractaire. Ne trouvez-vous pas que l'éminent médecin comme l'habile chirurgien ont fait, pour guérir le mal de misère, une application opportune de la méthode dérivatrice et substitutive.

Plusieurs de nos confrères nous ont quittés, mais ne nous ont pas abandonnés ; ils ont recommandé leur mémoire par des legs à la caisse des pensions : l'honorable M. Lecadre, vice-président de la Seine-Inférioure, correspondant de l'Académie de médecine, a versé dans la caisse de sa société une somme de 300 francs et une de 600 dans la nôtre. Le docteur de Martin (de Narbonne), Président de l'Aude, qui fut un de nos plus zélés collaborateurs, a fait un don de 1,000 francs. La même somme a été léguée par un modeste praticien de Paris, M. Lasserre : ce docteur n'était connu ni par ses écrits ni par ses titres ; « il ne fut rien, pas même académicien », mais il était charitable, et une bonne œuvre vaut mieux qu'un médiocre ouvrage.

Le plus magnifique donateur a été M. Contour : ancien élève de M. Rayer et non l'un des moindres, il unissait à de remarquables aptitudes médicales l'esprit le plus vif et le cœur le plus généreux. J'en puis témoigner, car notre amitié lointaine datait des laborieuses et douces années de l'internat. Au milieu des souffrances d'une longue maladie, et devant la mort menaçante, il se souvint des déshérités de la profession et les fit ses héritiers pour une somme de 10,000 francs. Ses frères, confidents intimes de ses volontés dernières et agents fidèles de ses libéralités, m'ont remis directement ce legs entre les mains.

L'involontaire oubli de plusieurs de nos confrères défunts a été réparé par leur famille : les fils de M. Burguières-Bey, qui fut longtemps l'honneur de la médecine française en Egypte, ont fait à nos pensionnaires un présent posthume. M. Seux, bienfaiteur accoutumé de nos deux caisses d'assistance, avait été frappé si brusquement qu'il n'a pu songer à leur laisser un dernier souvenir ; dans cette œuvre pie le fils a remplacé le père.

M. Fabre, également professeur à l'Ecole de médecine de Marseille et l'un des plus grands praticiens de cette ville, M. Fabre dont le cœur compatissait à toutes les infortunes, était, trois mois après M. Seux, enlevé inopinément comme lui : sa famille a deviné ses intentions généreuses et elle les a remplies, par une donation de 2,000 francs.

Mme Homolle, privée à un an de distance d'un mari, qui pendant une longue et très honorable carrière, avait fait son bonheur, et d'un fils qui aurait fait sa gloire, nous a apporté son offrande : acceptons, émus et reconnaissants, le denier de la veuve.

Le docteur Léon Marie, qui est mort, cet été, dans une humble retraite à Passy, a laissé en manuscrit des œuvres de médecine, de littérature et même de poésie ; son frère et sa sœur, honnêtes négociants retirés, avaient pour lui une tendresse doublée d'admiration. Ils m'exprimèrent le désir de faire imprimer la prose et les vers fraternels, à l'adresse de la postérité. J'eus quelque peine à les convaincre que le plus sûr moyen de perpétuer une mémoire qui leur était chère, c'était de verser dans notre caisse secourable la somme nécessaire à la constitution d'une petite rente.

Je recommande aux bienfaiteurs de l'avenir un moyen financier qui, sans

©BIU Santé

frais, rendra leurs libéralités plus faciles et les assurera : c'est tout simplement de faire faire chez un agent de change un titre de rente doublement nominatif, c'est-à-dire attribuant l'usufruit au donateur et la nue-propriété au donataire. Ce procédé, je viens d'en éprouver moi-même la valeur, en léguant à notre Association bien-aimée la nue-propriété d'une rente de 600 francs dont Mme Roger reste l'usufruitière. Ce procédé ingénieux, grâce auquel on peut licitement frauder le fisc, en même temps que l'on fraude la mort elle-même, je le tiens de Mme la baronne Cloquet devenue habile financière par la charité. Au moment où se rompait la communauté de bienfaisance qui unissait M. le baron et Mme la baronne Cloquet, je sollicitai notre gracieuse protectrice pour qu'elle daignât mettre de la constance dans ses générosités ; elle a fait plus, elle y a mis la perpétuité, puisqu'elle a assuré à l'Association la nue-propriété d'une rente de 900 francs. A cette bienfaitrice perpétuelle nous devons une éternelle gratitude.

Messieurs, dans notre réunion de demain, un vœu vous sera soumis, pour la première fois officiellement, par la Société de la Gironde, demandant que « le Conseil mette à l'étude, pour la prochaine assemblée générale, la question des rapports à établir entre l'Association et les syndicats médicaux ».

Votre conseil, mes chers associés, n'est pas (comme des impatients l'ont dit avec un grand luxe de métaphores) « un simple bureau de bienfaisance, ni une grande dame trop haut placée pour voir les misères d'en bas, ni une réunion de dormeurs solennels, ni un navire à la remorque, ni une mer immobile » ; il ne saurait être tout cela à la fois. Chargé par vous de veiller aux graves intérêts de la fédération médicale, il considère comme un devoir d'user en toute occasion d'une prudence et d'une réserve extrêmes, et surtout quand il peut s'agir de demandes de revision de la constitution.

Et pourtant, du jour où les syndicats, qui avaient seulement une existence de fait, ont eu une existence légale qui assure à la profession des avantages matériels incontestables, votre Conseil s'est empressé de décider qu'il irait au devant du vœu formulé par la Société de la Gironde; ce vœu qu'il accepte d'avance, loyalement et sans arrière-pensée, sera mis sérieusement, activement, à l'étude, avec le désir sincère et l'espoir fondé que la nouvelle loi sur les Sociétés de secours mutuels qui nous promet aussi des avantages considérables, permettra d'établir entre les deux Associations un mode d'union, ou, pour employer les termes mêmes de la loi des syndicats, un *concert*, qui ne peut manquer d'être un concert d'harmonie.

Jusque-là, chers confrères, restons plus que jamais unis; que nos esprits et nos cœurs se fondent les uns dans les autres par un saint mélange, selon l'expression de Bossuet, ou, en style médical, par une mixture salutaire. Que notre vieille affection, cimentée par vingt-cinq années, soit constante; que jamais elle ne puisse être refroidie, et demeurons en la charité, demeurons, indivisibles, en la fraternité !

M. Brun, trésorier, expose la situation financière de l'Association générale :

Messieurs,

Le temps, ce facteur indispensable à la consolidation de toute institution sociale, ne nous refuse pas sa consécration, et, pendant le dernier exercice, le vingt-quatrième depuis la fondation de notre Association, il nous a été aussi favorable que pendant les années précédentes.

Le nombre toujours considérable de nouveaux sociétaires qui entrent dans l'Association est là pour témoigner de la vitalité de notre Œuvre. Pendant le dernier exercice, 373 nouveaux sociétaires ont payé le droit d'admission; et toutes les Sociétés locales,

© BIU Santé

toutes, sans exception, ont versé à la Caisse générale le dixième de leurs cotisations et le dixième de leurs revenus; les souscriptions pour l'*Annuaire* sont restées presque en même nombre.

Si quelques Sociétés souscrivent pour autant d'annuaires qu'elles comptent de membres; si quelques-unes même, comme la Société centrale, distribuent gratuitement l'*Annuaire* à chacun de leurs membres, il est encore bon nombre de Sociétés qui ne comprennent pas l'importance de la publication de cet *Annuaire* pour faire connaître notre Œuvre et la faire apprécier par tous les membres du corps médical associés ou non. En résumé, tant pour le droit d'admission que pour le dixième des cotisations et le dixième de leurs revenus que pour remboursements d'annuaires, les Sociétés locales ont versé à la Caisse générale la somme de 22,197 fr. 66. Si, à cette somme, nous ajoutons celle de 3,675 fr. 15 pour intérêts de notre réserve à la Caisse des dépôts et consignations et un reliquat de caisse de l'exercice précédent de 7,122 fr. 93, nous avons un total de 32,995 fr. 74, dont le Conseil a réglé l'emploi comme suit :

1° Les frais généraux d'administration, impressions, circulaires, frais de secrétariat et de trésorerie ont absorbé la somme de.....	Fr.	1.994 50
2° Le loyer et frais accessoires, impôts, chauffage, éclairage, service, ont entraîné une dépense de.....		885 71
3° L'*Annuaire* a coûté pour son impresssion et sa distribution.....		5 944 35
4° Il a été employé en allocations, gratifications et frais divers.....		3.310 64
5° Et il a été fait à la Caisse des pensions viagères un versement de.		14.000 »

Dans les allocations et frais, vous pourrez remarquer dans le tableau qui sera publié par l'*Annuaire* une somme de 584 fr. 44 pour achat de rente 4 1/2 0/0. Ceci demande une courte explication.

L'Association générale, pour se conformer à la loi qui régit les Sociétés de secours mutuels et qui veut que toutes les sommes dont elles peuvent disposer soient déposées à la Caisse d'épargne ou à la Caisse des dépôts et consignations, ne fait pas de placements en rente avec le produit des cotisations qui lui sont versées, mais elle possède en rente un certain nombre de titres qui lui ont été donnés tels quels et qu'elle est autorisée à conserver sous cette forme. Au moment de la conversion de la rente 5 0/0, l'an dernier, la Caisse des pensions possédait un certain nombre de titres de rente 5 0/0. Comme tous les rentiers, l'Association dut accepter la réduction en 4 1/2 0/0, et, dès lors, il fallait réduire d'un dixième l'importance du titre de chacun de ses donateurs; le Conseil a pensé qu'il valait mieux, par mesure d'ordre, faire acheter une somme de rente 4 1/2 0/0 suffisante pour laisser à chaque titre sa valeur primitive, ce qui vous explique l'achat de 24 fr. de rente 4 1/2 0/0 pour la somme de 584 fr. 44.

Le chapitre des recettes se soldant par la somme de 32,995 fr. 74, et celui des dépenses et emplois de fonds par la somme de 26,135 fr. 20, il y a un excédent des recettes sur les dépenses de 6,860 fr. 54 qui reste en caisse du trésorier pour les premiers besoins de l'exercice courant, notamment pour solder les frais de l'*Annuaire* de 1884, dont la publication ne vas pas tarder.

CAISSE DES PENSIONS

La Caisse des pensions profite tout naturellement de la bonne situation de l'Association générale.

La Caisse des pensions viagères qui possédait l'an dernier la somme de 766,487 fr. 90, a vu son capital augmenter de 62,167 fr. 58 pendant le dernier exercice; ce capital est donc aujourd'hui de 828,655 fr. 48 cent.

Cette augmentation d'une année à l'autre provient :

1° Pour 10,425 fr. de dons et legs. Les plus importants de ces dons sont ceux de notre cher et honoré président M. Henri Roger, pour 1,500 fr.; de MM. Amodru, Burguières, Cazeneuve (de Lille), Léon Labbé, Ricord et Siredey chacun pour 500 fr. et de MM. les docteurs Bourdin, Brun (Auguste), Bucquoy, Durand-Fardel, Farge, Foville, Gallard, Homolle, Leroy-Dupré, Levavasseur, Lunier, Pfeiffer et de MM. Georges Marjolin, Georges Wickham et de Mme Léopold Saub pour sommes diverses indiquées au tableau de l'*Annuaire*.

Les legs proviennent de M. le docteur Contour pour 2,000 fr. prélevés sur le legs de 10,000 fr. qu'il a fait à notre Association, le reste de la somme ayant reçu d'autres affectations, et de MM. les docteurs Brierre de Boismont et de Martin (de Narbonne), chacun de 1,000 fr.

©BIU Santé

2° Les Sociétés locales ont versé à la Caisse des pensions la somme de 26,741 fr. 39; l'année précédente elles n'avaient versé que 15,801 fr. 28; il y a là progrès manifeste, notre appel de l'an dernier a été entendu et de vaillantes Sociétés nous ont fourni un fort contingent.

La Société de Loir-et-Cher, président, M. le sénateur Dufay, nous a donné toute sa réserve, plus de 4,000 fr. La Société centrale a versé 5,000 fr., la Société de la Gironde 2,000 fr , la Société du Gers 1,258 fr., plus de 12 fr. par tête de sociétaire, la Société de l'Allier 1,000 fr., la Société de la Haute-Garonne 544 fr. et la Société de Saône-et-Loire 500 fr.

Les autres Sociétés ont versé de moindres sommes, les unes parce qu'elles sont peu nombreuses et ne possèdent qu'un faible capital, d'autres quoique riches parce qu'elles se laissent aller trop facilement aux idées de thésaurisation, comme si avec une réserve suffisante et au besoin le concours de la Caisse générale et de la Caisse des pensions, elles ne devaient pas avoir toute sécurité. Espérons que des idées plus libérales finiront par prévaloir auprès d'elles et qu'avec un concours plus efficace de leur part nous pourrons dans peu d'années porter à 600 fr. le taux de toutes nos pensions.

3° La Caisse des dépôts et consignations nous a bonifié pour intérêts du capital existant à notre compte de fonds de retraites la somme de 9,235 fr. 19.

4° Enfin nous avons encaissé pour arrérages de rentes dont notre Caisse est dotée la somme de 1,766 fr.

L'an dernier, la Caisse ne possédait que 1,661 fr. de rente, elle possède aujourd'hui 1,871 fr. de rente avec une augmentation de 210 fr. provenant pour 200 fr. du legs du docteur Contour et pour 10 fr. de rente d'un don de la famille du docteur Léon Marie.

Les legs que nous avons encaissés pendant le dernier exercice ne sont pas bien nombreux, mais il en est quelques-uns dont nous poursuivons la délivrance et qui feront bonne figure, nous l'espérons, dans le compte rendu de l'année prochaine.

Nous attendons 10,000 fr. de la succession du docteur Campbell, legs que nous avons été autorisé à accepter.

Nous attendons encore 2,000 fr. de la succession du docteur Fabre (de Marseille), 1,000 fr. de la succession du docteur Lasserre (de Paris) et 600 fr. de celle du docteur Lecadre (du Havre).

Mais ce n'est pas tout. Notre généreux président nous a remis momentanément, pour ne faire l'inscription sur nos registres, un titre de rente 3 0/0 de 600 fr. inscrit au nom de Mme Roger pour l'usufruit et pour la nue propriété au nom de l'Association générale des médecins de France. Il faut bien comprendre qu'il y a là pour l'avenir un legs de 15,000 francs au moins que nous sommes certains de toucher, puisque déjà il est inscrit au nom de l'Association.

Mme la baronne Jules Cloquet n'a pas fait moins; elle a libéralement disposé en faveur de notre Association de la nue propriété d'un titre de rente 4 1/2 0/0 de 900 fr. avec jouissance sur la tête d'une personne tierce. Ce titre ne représente pas moins qu'une somme de 20,000 fr.

Pour le moment, la somme de 828,655 fr. 48 qui appartient à notre Caisse des pensions se répartit comme suit :

1° La somme de 524,503 fr. est employée pour le service des pensions;

2° La somme de 297,078 fr. 50 est disponible pour la constitution de pensions nouvelles;

3° Et la somme de 7,074 fr. 26 se trouve en caisse du trésorier et portée au crédit du compte pour le nouvel exercice.

L'Association a en ce moment 64 pensionnés, Si demain vous acceptez les propositions de la Commission des pensions, vous en aurez 8 nouveaux, en tout 72 pensionnés qui toucheront 32,700 fr., représentant l'intérêt d'un capital de 646,713 fr.

En résumé, l'avoir de l'Association générale est le suivant :

Avoir de la Caisse générale.....	Fr.	88,530 54
Avoir de la Caisse des pensions.....		828.655 48
TOTAL.....	Fr.	917.186 02

Plus, 1,871 fr. de rente en rente française 3 ou 4 1/2 0/0.

La parole est donnée à M. FOVILLE, secrétaire général, pour la lecture

de son Rapport sur les actes de l'Association générale pendant l'année 1883 (1) :

MESSIEURS ET CHERS CONFRÈRES,

..... La réunion d'aujourd'hui marque, pour notre Association, une date importante ; vous êtes rassemblés pour la vingt-cinquième fois, et ce n'est pas seulement dans le cercle intime de la famille privée que l'on doit considérer le jour des noces d'argent comme un anniversaire particulièrement heureux. Notre grande famille médicale doit aussi célébrer, comme une fête solennelle, la date qui la réunit ici, après un quart de siècle d'existence commune et de vitalité croissante. Avec quelle joie auraient assisté à cet anniversaire les fondateurs de l'Association générale, les ouvriers de la première heure qui ont jeté les bases de sa prospérité. Privés de leur présence, reportons, du moins, nos esprits vers eux ; rendons un nouveau tribut de regrets aux noms de Rayer, de Tardieu, d'Amédée Latour, nos ancêtres vénérés qui ont ouvert la voie dans laquelle nous nous efforçons de les suivre.

Dans les familles privées, après les noces d'argent, on aspire aux noces d'or ; mais qu'il est rare d'atteindre ce terme éloigné qui, dans les bornes de l'existence humaine, est toujours inséparable de la vieillesse et du déclin!

Notre association, plus heureuse, est assurée d'un long avenir, et nous pouvons prévoir avec certitude, le jour où, aussi jeune et plus vivace que jamais, elle célébrera sa cinquantaine ! A défaut des mêmes hommes, dont bien peu seront là, ce seront les mêmes principes qui la dirigeront. Mais, plus heureux que nous, nos successeurs seront assez fortunés pour répandre les bienfaits à pleines mains. Espérons que la richesse ne les rendra pas ingrats ; puissent-ils, au sein de leur opulence, avoir parfois un bon souvenir pour ceux qui leur auront préparé et transmis ce précieux héritage.

Mais c'est en vain, Messieurs, que séduit par les souriants aspects de l'avenir, on voudrait détourner les yeux des tristes réalités du présent. Loin d'avoir été clémente pour notre Association, l'année qui vient de s'écouler a fait de nombreuses victimes dans ses rangs. Elle l'a cruellement frappée en lui enlevant son vice-président, M. le docteur Seux, ses conseillers honoraires, MM. les docteurs Petit et Simonin, et un nombre inusité de Présidents de Sociétés départementales. . . . .

.....Après une longue carrière, Me Bosviel a voulu prendre sa retraite, et il a adressé au Président sa démission de membre du Conseil judiciaire de l'Association, en proposant pour le remplacer Me Morillot, son successeur au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Le Conseil général, Messieurs, a été heureux d'accueillir la proposition relative à Me Morillot, mais il a tenu à ne pas se séparer de Me Bosviel et, avec sa permission, il lui a décerné le titre de membre honoraire du Conseil judiciaire. L'Association aura ainsi deux excellents avocats au lieu d'un, et elle ne peut que s'en applaudir. Cet incident lui procure un autre avantage, car il lui fournit l'occasion d'offrir en séance publique, à Me Bosviel, les remerciements les plus vifs pour la collaboration précieuse et désintéressée dont il a bien voulu l'honorer depuis ses débuts. Je ne doute pas, Messieurs, que vous ne soyez heureux de joindre ici votre voix à la mienne pour lui témoigner toute notre reconnaissance.

L'Association a le désir et le besoin d'être riche ; son premier devoir est de le devenir, car la fortune lui donnera à la fois plus d'autorité morale pour défendre les intérêts généraux de la profession, et plus de moyens matériels de secourir les membres peu fortunés du corps médical.

Cette année-ci encore, sa prospérité s'est largement développée, comme vous pourrez en juger par les chiffres suivants.

Voici quel était, au 31 mars 1884, l'état financier de notre Association :

Caisse générale.....	88.530 54
Caisse des pensions viagères.....	828.555 48
Sociétés locales et Société centrale	856.313 37
TOTAL.....	1.773.499 39

Si l'on ajoute à cette somme les rentes constituées tant au profit de la Caisse des retraites que des Sociétés locales et qui s'élèvent à un ensemble approximatif de 3,377 fr. 50,

(1) Plusieurs passages de ce Rapport qui ne sont pas reproduits ici faute de place ont été réservés pour la publication officielle de l'*Annuaire*.

©BIU Santé

on voit que la fortune totale de l'Association des médecins de France peut être évaluée à 1,863,000 fr. et qu'elle est en progrès de plus de 110,000 fr. sur le chiffre de l'année dernière.

Les dons faits aux Sociétés locales se sont élevés à 7,737 fr. Parmi les sociétaires, il y en a 170 qui ont perpétué leurs cotisations et 321 qui paient, généreusement, une cotisation supérieure au taux normal de 12 fr.

Quant aux secours alloués en 1883, en voici le relevé très approximatif. On a distribué à :

71 pensionnaires	30,500 fr.
52 sociétaires	15.891
133 femmes, fils et filles	42.463
44 étrangères	1.746
Soit un total de	80.600 fr.

en augmentation de 12,000 fr. sur le chiffre correspondant de 1883. En outre, l'Association pourvoit à l'éducation de 9 pupilles qu'elle a adoptés.....

.....Vous aurez remarqué, Messieurs, que, pour la seule Caisse des pensions viagères, l'augmentation du capital a été de 62,000 fr. ; c'est 2,000 fr. de plus que l'augmentation du précédent exercice, qui était elle-même plus forte qu'aucune autre précédente. Cet accroissement continu de notre Caisse des pensions est, au point de vue financier, le fait important sur lequel il y a lieu de fixer votre attention.

Son élément principal a été, cette année, l'augmentation des dons faits à la Caisse des pensions par les Sociétés locales ; le montant s'en est accru, en effet, de 16,000 fr. à 26,000 fr. Nous ne saurions trop remercier les Sociétés qui, répondant à l'appel pressant qui leur avait été adressé l'année dernière, ont consenti à se dessaisir, en faveur de la Caisse des retraites, d'une partie de leurs économies ; remercions surtout la Société de Loir-et-Cher qui nous a généreusement offert les deux tiers de son encaisse, soit 4,000 fr. A-t-elle eu à souffrir de cet élan de générosité ? en aucune façon, car ses ressources annuelles suffiront largement à ses dépenses ordinaires et, en cas de besoin exceptionnel, il lui reste encore une réserve suffisante pour y faire face. Que chacune des Sociétés locales, s'inspirant de cet exemple, dispose en faveur de la Caisse des pensions, non des deux tiers, mais du quart de son capital, et cette Caisse s'enrichira d'un coup de 200,000 fr., dont elle s'empressera de faire le meilleur usage. Aucune Société n'en souffrira et toutes pourront en profiter.....

..... Les médecins de colonisation de l'Algérie, se trouvant doublement atteints, dans leur dignité et dans leurs intérêts, par la révocation d'un décret rendu il y a quelques années en leur faveur, ont porté leurs réclamations devant les Sociétés des trois départements algériens. Celles-ci, après avoir rédigé une pétition collective adressée au Sénat, ont invoqué le concours moral et matériel de l'Association générale. Le Conseil général de l'Association a résolu d'appuyer, auprès de ceux des membres du Sénat sur lesquels il pouvait avoir quelque influence, la cause des médecins de colonisation; mais déjà cette cause était gagnée : sur le rapport entièrement favorable de M. Casimir Fournier, le Sénat avait recommandé la pétition à la bienveillance des ministres compétents.....

..... Quelques mots encore, Messieurs, sur une affaire de responsabilité médicale, de la plus haute importance, dans laquelle le Conseil général s'est empressé de prendre en main la défense d'un confrère, étrangement lésé dans son honorabilité professionnelle et dans sa fortune.

Un membre de l'Association est appelé, à la campagne, auprès d'un aubergiste qui, tombé dans une cave, sur des tessons de bouteilles, s'est fait une blessure grave de la paume de la main. Les hémorrhagies se succédaient; après avoir vainement proposé la ligature notre confrère pratique la compression; au bout de quelques jours, il est remplacé par d'autres médecins auprès du malade, qui, successivement atteint de gangrène et de tétanos, finit par succomber.

Le médecin des premiers jours s'est vu, bientôt après, cité par la famille devant un tribunal qui, sans ordonner d'expertise, prononce une condamnation écrasante pour notre confrère; elle le déclare, en effet, responsable de la mort de son client et le condamne à payer à la famille de ce dernier 12,000 fr. de dommages et intérêts, sans compter tous les frais du procès, et une amende dont il paraît bien difficile de comprendre les motifs.

Le fait que je viens de résumer en quelques lignes a été l'objet d'une discussion minutieuse et détaillée au sein du Conseil général, auquel il a été soumis par la Société locale de l'Allier. A l'unanimité, il a été reconnu que le médecin condamné n'avait été coupable ni de négligence, ni d'imprudence, ni de faute lourde; il n'avait donc encouru aucune responsabilité. Une Commission a été chargée de rédiger, à cette occasion, un rapport médical, et c'est armé d'une consultation péremptoire, au bas de laquelle le nom du professeur de médecine légale de la Faculté de Paris se trouve entouré de ceux de plusieurs médecins et chirurgiens des hôpitaux, que notre malheureux confrère interjettera appel du jugement dont il a été victime. Pensez-vous que dans une circonstance aussi critique, il aurait pu trouver facilement, ailleurs qu'au sein de l'Association générale, un secours ayant autant de valeur scientifique et d'autorité morale?

J'arrive à la suite donnée aux vœux qui, au nombre de cinq, avaient été pris en considération par l'Assemblée générale de 1883 et renvoyés à l'étude du Conseil général.

Quatre de ces vœux visaient différents points relatifs à l'exercice de la médecine et aux rapports entre les médecins et les pharmaciens. Ces vœux ont été soumis, conjointement, à la Commission de législation qui, dès 1878, à la suite des propositions élaborées par nos collègues, MM. Cornil et Dufay, avait été chargée de préparer, au nom de l'Association générale des médecins de France, un projet de loi relatif à l'exercice de la médecine. La Commission qui, par suite de circonstances défavorables, avait dû interrompre ses travaux, s'est remise à l'œuvre après avoir été complétée; elle a tenu de nombreuses séances dans lesquelles toutes les questions ont été examinées, tous les détails de rédaction de chaque article à proposer ont été soigneusement discutés. M. le Dr Lunier, rapporteur de la Commission, a rédigé un exposé de motifs et un projet de loi qui, après avoir reçu l'approbation complète du Conseil général, vont être lus devant vous, pour être soumis demain à vos délibérations et à votre vote.....

..... Quant au cinquième vœu, celui de M. Boutequoy, le Conseil général a pensé que la seule épreuve utile à lui faire subir était un commencement d'application pratique, à titre d'essai. M. Martineau a bien voulu, dès le principe, se charger de tout le travail relatif à cette première expérience. Il s'est également chargé de rédiger, sur les résultats déjà obtenus, un rapport qu'il aura l'honneur de vous lire demain et sur les conclusions duquel vous aurez à voter.

Il y a vingt ans, en 1864, un honorable confrère de Paris, voulut porter devant la Cour suprême une question de droit qui est de nature à intéresser tous les médecins. Le Code civil leur a bien accordé un privilége pour obtenir le paiement de leurs honoraires dans le cas de dernière maladie; mais il n'a pas précisé ce que l'on devait entendre par cette expression de dernière maladie; est-ce seulement celle qui précède la mort n'est-ce pas aussi celle qui précède toute liquidation de la fortune, pour une autre cause que la mort, comme cela a lieu dans le cas de faillite ou de déconfiture?.....

..... Comme il s'agissait d'un principe général, intéressant le corps médical tout entier, la Société centrale d'une part, le Conseil général de l'Association de l'autre, résolurent d'appuyer le pourvoi de leur autorité morale et de leurs deniers. Les deux caisses payèrent chacune une somme importante, pour contribuer aux frais du procès. Malheureusement le succès trahit tant d'efforts, et l'arrêt rendu par la Cour de Cassation fixa la jurisprudence dans un sens contraire à nos intérêts. Depuis lors, il n'y a plus de doute, le privilège en cas de dernière maladie n'est rigoureusement applicable qu'à celle qui a précédé le décès.

Mais si la loi est mauvaise, est-ce une raison pour la subir indéfiniment, et ne vaut-il pas mieux s'efforcer d'en obtenir le changement? Ne doit-on surtout s'efforcer de le faire en France, alors que la Belgique a déjà donné l'exemple de cette réforme salutaire en étendant le privilège de dernière maladie à tous les soins médicaux donnés pendant un an, avant le dessaisissement ou la saisie du mobilier?

La Société locale de la Seine-Inférieure a pensé, Messieurs, avec raison, qu'il fallait au moins faire une tentative dans ce sens. Son trésorier, M. le docteur Douvre, a rédigé, avec le concours de MM. Gosset et Guillouard, conseillers judiciaires des Sociétés de la Seine-Inférieure et du Calvados, une pétition claire et persuasive, qui a pour but d'obtenir du Sénat français une réforme semblable à celle qui a été réalisée en Belgique. Mais tout en prenant cette initiative, nos honorables confrères ont tenu à faire de leur œuvre, une œuvre commune à tout le corps médical de France; ils ont sollicité des Sociétés locales de tous les départements l'adhésion à leur pétition. La réponse a été ce qu'elle devait être : une approbation unanime.

©BIU Santé

La Société centrale et votre Conseil général se sont empressés d'adhérer de leur côté, et lorsque la pétition aura été déposée devant le Sénat, ils feront de leur mieux pour en assurer le succès.

Une des principales préoccupations de votre bureau, pendant l'année qui vient de s'écouler, a été de suivre, avec la plus grande attention, les diverses phases traversées par le projet de loi sur les Société de secours mutuels actuellement soumis au Parlement.

Il y a, en effet, un intérêt de premier ordre, pour l'Association générale, à ce que cette loi soit faite, et à ce qu'elle soit bien faite.

Tant qu'elle restera en suspens, l'Association elle-même est réduite à l'attente, et ne peut rien entreprendre d'important. Comment le pourrait-elle sans connaître la législation à laquelle elle sera bientôt soumise? Elle ne pourrait même apporter aucun changement à ses Statuts, car M. le Ministre de l'intérieur, dont elle devrait demander l'autorisation, ne manquerait pas de lui conseiller d'attendre la promulgation de la nouvelle loi qui doit étendre la liberté d'action des Sociétés de secours mutuels. Nos conseils judiciaires, avec lesquels nous avons eu plusieurs conférences sur cette question, ont toujours insisté sur la nécesité où nous sommes d'attendre la loi nouvelle.

Mais cette attente a été loin d'être stérile, car le bureau s'est appliqué à l'utiliser pour obtenir que la loi en préparation fût aussi favorable que possible à notre Association, et je crois pouvoir vous dire que son intervention a déjà porté ses fruits.

Dans les séances de la Chambre des députés des 13 et 15 mars 1883, notre Association avait été, de la part du rapporteur, l'honorable M. Maze, l'objet d'éloges que je vous ai fait connaître l'année dernière, et qui témoignaient de la sympathie de la commission à notre égard. Encouragé par cette bienveillance, votre bureau a fait parvenir à M. le Ministre de l'intérieur et à M. le Rapporteur devant la Chambre, un mémoire, où il leur demandait de vouloir bien introduire, dans la loi en discussion, certains détails de rédaction qui pouvaient avoir une grande portée pour l'avenir de notre Association.

Nous avons été heureux, lors de la seconde lecture, de voir qu'une partie de nos observations avait été favorablement accueillie.....

..... Mais le succès, déjà très satisfaisant, n'était pas complet; nous devions donc continuer nos efforts. Aussi, dès que le Sénat, saisi à son tour de la question, a eu nommé sa commission (18 février 1884), nous avons eu soin de nous adresser à elle pour renouveler nos réclamations, et tâcher de nous faire complètement accorder par les seconds juges, ce que nous avions déjà partiellement obtenu de la bienveillance des premiers.

M. Roger a reçu une double réponse lui donnant l'assurance que le bureau de l'Association serait entendu avec intérêt par la Commission sénatoriale, lorsque celle-ci s'occuperait d'arrêter le texte de son projet. Nous ne négligerons rien, soyez-en convaincus, ce moment venu, pour obtenir, en faveur de notre Association, les conditions les plus avantageuses possibles.

Tout cela, vous le comprenez, Messieurs, prend beaucoup de temps; mais il n'y a aucun moyen de se soustraire à ces délais; les plus impatients eux-mêmes doivent se résigner à la patience.....

..... J'arrive enfin, et c'est par là que je terminerai ce long rapport, à celle des questions professionnelles qui, depuis quelques années, préoccupe, je pourrais dire passionne le plus vivement le corps médical. Je veux parler des Syndicats médicaux, ou, comme on les appelle souvent, des cercles syndicaux de médecins.

Permettez-moi, Messieurs, de n'envisager ici cette question qu'au point de vue des rapports des Syndicats avec notre Association, et de prendre mes déclarations, vieilles d'un an, comme point de départ de mes déclarations d'aujourd'hui.

Je vous ai dit, en 1883, que d'après les documents arrivés à la connaissance du Conseil général, l'opinion des Sociétés locales sur les Syndicats ne paraissait pas encore nettement établie, et qu'il dépendrait surtout des Syndicats eux-mêmes que cette opinion fût favorable ou défavorable.

J'ajoutais que ceux d'entre eux qui se montreraient exclusifs et intolérants ne me paraissaient avoir aucune chance de faire des prosélytes dans votre sein, et à l'appui de cette appréciation, je pourrais vous citer un exemple significatif: un Syndicat, dont je ne discute nullement les bonnes intentions, avait eu l'idée de demander, à une Société locale du voisinage, son adhésion préalable, et sans réserve, à des résolutions qui n'étaient encore ni prises, ni même formulées. L'accueil fait à cette proposition prouva que nos Sociétés n'entendaient ni aliéner leur indépendance, ni approuver d'avance ce qu'elles ne connaissaient pas encore.

Je prévoyais qu'au contraire les Syndicats qui s'appuieraient sur des principes de confraternité conciliante, qui auraient des ménagements pour les tendances individuelles de leurs membres, ceux, en un mot, qui s'inspireraient des sentiments sur lesquels repose notre Association, ne manqueraient pas de conquérir, auprès des Sociétés locales, des sympathies qui pourraient être le prélude de liens plus intimes. Ici, encore, les événements ont confirmé mes prévisions.

En effet, que s'est-il passé depuis lors? La question a fait de grands progrès, et, nous n'hésitons pas à le reconnaître, l'année qui vient de s'écouler a été essentiellement favorable à la cause des Syndicats.

Quand on lit les comptes rendus des Sociétés locales, comme je l'ai fait consciencieusement pour tous ceux qui me sont parvenus, on voit que, partout, on est d'accord pour reconnaître les bienfaits de l'Association générale et pour la remercier du rôle qu'elle remplit dans la sphère élevée des intérêts généraux du corps médical. Mais, dans beaucoup de Sociétés, on pense, en même temps, qu'il y a encore autre chose à faire.

Se mettant au point de vue plus intime de la confraternité de voisinage, des rapports communs avec les administrations locales, de la défense quotidienne du médecin contre les exploitations diverses dont il n'est que trop souvent victime, un grand nombre de nos collègues ont trouvé qu'il y aurait intérêt pour eux à former des groupes syndicaux, ne se confondant pas avec l'Association, mais poursuivant, à côté d'elle, et par des moyens un peu différents, un but analogue, la protection de leurs intérêts professionnels.

Mais le mode de réalisation de cette idée est loin d'avoir été partout le même. Certaines Sociétés locales ont fourni le noyau autour duquel se sont formés, en différents points de leur circonscription, plusieurs Syndicats localisés. D'autres ont accordé leur appui moral à des Syndicats existant déjà et dont faisaient partie certains de leurs membres. D'autres, enfin, ne s'arrêtant pas à des scrupules de légalité qui font hésiter, cependant, les jurisconsultes les plus instruits, se sont constituées elles-mêmes en Syndicats départementaux, formant ainsi deux organismes distincts, mais connexes, composés des mêmes éléments, dirigés par le même bureau.

Les Syndicats, nés dans le sein des Sociétés locales, loin de rompre avec l'Association générale, ont eu soin de déclarer qu'ils tenaient, avant tout, au maintien de cette dernière, à l'extension progressive de sa fortune et de son influence.

Il y a là, Messieurs, je le répète, un courant d'opinion nouveau et bien marqué, que votre Conseil général ne songe nullement à révoquer en doute. Il ne songe pas davantage, quoi qu'on ait pu dire, à se tenir en dehors de ce courant, puisque celui-ci est, les faits le démontrent, le témoignage des aspirations d'un grand nombre de médecins.

J'ajouterai que ce qui a grandement contribué à faire la force de ce courant, c'est l'esprit de modération dont les Syndicats ont fait preuve. S'écartant de plus en plus de certaines revendications violentes du début, ils ont adopté une attitude calme et conciliante ; ils ont su laisser une part légitime à l'indépendance de chacun de leurs adhérents ; ils ont fait acte, en un mot, de libéralisme éclairé.

Enfin, les Syndicats se trouvent en possession d'une législation promulguée. A l'existence de fait, va succéder pour eux la période de l'existence légale. L'usage qu'ils feront des droits que la loi leur accorde sera le meilleur critérium du rôle pratique qu'ils sont appelés à remplir, dans le développement des institutions de prévoyance et de protection réciproque des médecins entre eux.

Le Conseil général de l'Association, loin de rejeter l'étude des rapports à établir entre l'Association et les Syndicats médicaux, est tout disposé à aborder cette étude franchement, sans aucun préjugé, sans aucun parti pris. Il adhère donc d'avance, je suis chargé de vous le dire, au vœu qui va être soumis à l'Assemblée générale par nos collègues de la Gironde, et il désire, comme eux, que, dans un an, à pareil jour, la question puisse être résolue d'une manière satisfaisante pour tous.

Pendant cette année d'études, le Conseil général ne négligera rien, soyez-en convaincus, pour puiser à toutes les sources les informations qui pourront lui être utiles ; afin de mieux s'éclairer, il fera appel à tous les concours.

A Paris, les syndicats ne paraissent pas avoir, jusqu'à présent, de raison d'être, car les Sociétés médicales de toutes sortes y sont très nombreuses. Ce sont donc surtout les Sociétés locales qui auront à fournir au Conseil général les éléments de ses appréciations.

Chacune de ces Sociétés devra voir si, en raison de tel ou tel ensemble de circonstances locales, notre Association ne suffit pas à tous les besoins, ou si le complément d'un ou plusieurs syndicats doit augmenter la somme des avantages légitimement recherchés

©BIU Santé

par le corps médical, sans rien sacrifier de la considération morale que ce corps doit tenir, plus que jamais, à ne pas voir s'éloigner de lui.

Je crois, pour mon compte, Messieurs, que de ces études, se poursuivant en même temps sur tout le territoire de la France, se dégagera, sans secousse et sans déchirement, une résultante générale dont ne manqueront pas de s'inspirer vos décisions futures.

Vous aurez ainsi préparé, par une série de solutions partielles, la solution d'ensemble qui, faisant concourir à un même but les divers modes de l'Union confraternelle, ne peut manquer de nous rapprocher du résultat que nous poursuivons tous, la prospérité matérielle et l'honorabilité professionnelle du médecin.

M. DURAND-FARDEL, au nom d'une commission composée de MM. Bancel, Bucquoy, Dufay, Gosselin, Penard et Durand-Fardel, rapporteur, lit la première partie du rapport sur les pensions viagères à accorder en 1884.

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

Il a été adressé, pour l'exercice 1884, 8 demandes de pensions nouvelles et 13 demandes d'augmentation de pension.

7 décès de pensionnés ayant eu lieu dans le cours de l'année, le nombre des pensions, qui était de 71, s'élèvera cette année à 72.

Le capital de la caisse des pensions qui était, lors du dernier exercice, de 766,000 fr. (compte rond), dont 593,025 consacrés au service de 30,500 fr. de rentes, se trouvera porté, cette année, en raison des recettes de l'exercice présent, lesquelles ont dépassé 60,000 fr., à 828,655 fr.

Nous vous proposons d'affecter 122,210 fr. au service de 5,500 fr. de rentes, pour les pensions nouvelles et les augmentations de pension qui seront soumises à votre approbation.

Vous me permettrez de m'arrêter successivement sur ces différents chiffres, afin d'en dégager la signification, et de vous mettre à même d'apprécier les conséquences qu'il est posible d'en tirer en vue de l'avenir de notre institution.

Vous n'avez reçu, cette année, que 8 demandes de pensions, chiffre inférieur à celui d'aucune des années précédentes. Bien qu'il ne soit pas permis de préjuger de ce que nous apporteront les prochaines années, il faut reconnaître que les inquiétantes prévisions émises lors du début de notre œuvre ne paraissent pas devoir se réaliser.

Les services rendus par notre Caisse des pensions ont aujourd'hui pénétré partout. On sait qu'aucune demande ne restera sans réponse. Le taux moyen de nos pensions s'élève d'une manière continue. On peut donc croire, j'espère au moins qu'une telle déduction est légitime, que les misères sont moins nombreuses parmi nous qu'on ne pouvait le penser. Ceci ne s'applique, bien entendu, qu'au cercle de notre Association. Bien que celle-ci ne reste pas fermée aux infortunes qui lui sont étrangères, le service des pensions doit lui être exclusivement consacré.

Serait-il vrai, comme on s'est plu à le répéter, que la répugnance à confier sa misère et ses besoins fussent propres à éloigner quelques-uns de nos confrères, plus timides ou plus fiers, de l'œuvre qu'ils ont eux-mêmes contribué à construire ? Je ne le crois pas.

Mais, s'il en était ainsi, la faute en devrait retomber sur ce terme mensonger d'*aumône* qu'on n'a pas craint d'associer à une institution de solidarité mutuelle. Permettez-moi d'insister un peu sur ce point, et de redire, non pas peut-être pour vous-mêmes, mais surtout pour ceux qui s'occupent de notre Association tout en y demeurant étrangers, le véritable caractère qui lui appartient, et qui, à l'heure qu'il est, ne devrait cependant plus être méconnu.

Les confrères qui réclament une pension de la Caisse des retraites ne font qu'user d'un droit qui leur appartient, en raison de l'apport qu'ils ont fourni, pendant dix ans au moins, à l'entretien de cette même caisse. Ce droit est le même que celui d'un militaire, d'un magistrat ou d'un employé, qui demande pour des raisons de santé, une retraite en vue de laquelle une retenue avait été opérée sur ses appointements, ou d'un membre d'une Société de secours mutuels quelconque, qui réclame des subsides en cas de chômage ou de maladie. Il est vrai que ce droit est subordonné à certaines conditions d'âge et de situation dont il est nécessaire de témoigner. Mais le moyen de procéder autrement, si l'on ne veut pas que nos ressources viennent à s'égarer au détriment de ceux à qui elles sont le plus nécessaires, en un mot si l'on veut une réalisation effective et sincère des intentions qui ont présidé à la création de notre Caisse des pensions ?

La pension de retraite n'est donc pas un don, mais un droit. Et que nos honorables

collègues, les Présidents et les Secrétaires de nos Sociétés locales, me permettent de leur faire en passant une courte observation.

Lorsqu'ils réclament une pension pour quelqu'un de leurs sociétaires, ils font le plus souvent appel aux sentiments et à la bienveillance de la Commission des pensions. Or, celle-ci n'a nullement à faire œuvre de bienveillance ou de libéralité. Elle n'a qu'un devoir à accomplir en accueillant les demandes qui lui sont adressées.

Ce sont les Sociétés locales qui ont à connaître des conditions exigibles pour la délivrance d'une pension. Ce sont elles qui ont à décider de la légitimité de la demande, et qui se chargent de la formuler. La Commission n'a donc qu'à enregistrer les délibérations des Sociétés locales, seules compétentes et seules responsables en cette matière,— du moment que ces délibérations sont conformes au texte de nos statuts.

Le rôle effectif de la Commission des pensions consiste uniquement à distribuer le plus équitablement possible la somme mise à sa disposition par le Conseil général, sur la proposition du trésorier de l'Association ; et la confiance dont vous lui avez renouvelé si souvent le témoignage montre que vous êtes persuadés qu'elle fait de son mieux.

Il m'a paru que ces explications, que vous aurez peut-être trouvées un peu trop longues, n'étaient pas inutiles pour établir nettement la part qui revient à chacun des éléments de notre Association, dans cette question si intéressante et si délicate de la distribution des pensions de retraite.

Parmi vos nouveaux pensionnés, au nombre de 8, 3 docteurs et 5 officiers de santé, se trouve un octogénaire pour lequel nous vous proposons une pension de 600 francs. Tous les autres ont atteint ou dépassé 70 ans. Leur histoire est assez uniforme. Après l'existence active et accidentée que vous pouvez supposer, l'âge est venu, apportant parallèlement des altérations diverses de la santé, l'amoindrissement des forces, et une diminution graduelle de la clientèle, sinon une impossibilité absolue de satisfaire à ses dernières exigences. Les uns étaient entrés dans la carrière sans autre avoir que leur diplôme. Les autres ont vu, par suite de circonstances indépendantes d'eux-mêmes, s'effondrer les ressources qu'un patrimoine ou une dot, habituellement modeste, semblait promettre à leurs vieux jours. Tous ont mené une vie honorable et laborieuse. 2 avaient été vice-présidents de leur société. Je dois ajouter que 5 d'entre eux reçoivent des allocations importantes de celles-ci.

De semblables éventualités, veuillez bien le remarquer, ne sont pas le lot exclusif de la médecine. Elles sont communes à toutes les professions dites libérales. Mais la nôtre est certainement celle où l'inconduite et la dissipation y prennent le moins de part: les nombreux dossiers qui, depuis plus de dix ans, ont passé sous les yeux de vos commissaires, en fournissent les témoignages les plus significatifs et les plus honorables pour nous.

Deux autres pensions de 600 francs vous seront proposées pour deux vieillards qui ont dû renoncer à toute pratique ; deux pensions de 500 francs et deux de 400 francs pour des confrères dont les ressources vont s'épuisant, et enfin une pension de 300 fr. Cette dernière revient à une société qui comptera à elle seule 6 pensionnés, dont 4 figurent parmi les propositions qui seront mises demain sous vos yeux. Je dois ajouter du reste, que c'est cette même société qui a fourni jusqu'ici, à votre caisse des pensions, les subventions les plus élevées, sauf toutefois la Société centrale, dont les contributions spontanées ont été exceptionnelles, comme l'est sa situation.

Les demandes d'augmentation de pension sont au nombre de 13, comprenant 7 docteurs et 6 officiers de santé. Elles sont toutes parfaitement légitimes, et c'est avec un empressement que vous partagerez que nous venons ainsi améliorer graduellement des situations que nous ne parvenons pas à relever du premier coup, autant que nous voudrions pouvoir le faire.

Deux pensions de 400 fr. et deux de 500 fr. sont portées à 600 fr.; une de 300 fr. sera portée à 500 fr.; les 8 autres seront élevées chacune de 100 fr., ce qui en portera 4 à 500 fr. et 4 à 400 fr.

Une somme de 3,300 fr. de rente sera consacrée aux 8 pensions nouvelles, et une somme de 1,700 fr. aux augmentations; en tout 5,500 fr. de rente seront distribués à nouveau cette année, ce qui portera le chiffre total des pensions à 32,500 fr. de rente, représentant un capital d'environ 650,000 francs.

Le taux moyen de l'ensemble de vos pensions continue de s'élever d'une manière sensible. Le rapport de l'an dernier vous avait montré les progrès réalisés dans ce sens

©BIU Santé

durant les précédentes années. Voici la comparaison du dernier exercice (1883) avec l'exercice présent (1884).

	1883	1884
Pensions de 600 fr.	15	19
— 500	14	19
— 400	19	16
— 300	23	18
	71	72

Les pensions de 600 et de 500 fr. excèdent donc la moitié (38 contre 34), proportion dont nous étions restés loin jusqu'ici, et le taux moyen de nos pensions se trouve être de 440 fr. par tête.

Votre commission pense que, pour quelque temps encore, le chiffre de 600 fr. doit être maintenu comme un maximum; mais il n'y a pas à douter que nous serons en mesure de le dépasser avant peu, poursuivant ainsi notre marche ascendante vers les 1,200 fr. que nos statuts nous invitent à atteindre.

Une telle situation doit vous encourager à persévérer dans cette tâche si attachante à laquelle tous les éléments de notre institution ont concouru à l'envi, et les Sociétés locales par leurs subventions, dont le chiffre s'est si notablement élevé cette année, et de nombreux sociétaires par leurs libéralités, et l'ensemble de l'Association par son administration prudente et la fixité constante avec laquelle elle en poursuit la réalisation.

Toute institution qui progresse est une institution prospère. Ce n'est pas à l'éclat des résultats qu'il faut s'arrêter, mais à la continuité des progrès. Les prévisions les plus modérées nous autorisent à compter, pour la caisse des pensions, sur une augmentation annuelle de 50 à 60,000 fr., ce dernier chiffre ayant été atteint et même dépassé dans les deux derniers exercices. Vous pouvez ainsi juger des ressources qu'elle offrira aux générations qui nous suivront, et des souvenirs que laissera après elle la génération à laquelle vous appartenez. Nos pensions, on ne saurait trop le répéter, ne seront donc pas toujours exclusivement consacrées au soulagement de ces infortunes que les éventualités de l'existence ne sauraient épargner à notre profession plus qu'à toutes les autres professions libérales. Elles pourront servir encore à procurer quelque aisance à ceux qui se seront trouvés réduits au strict nécessaire.

Il n'est pas bon, messieurs, de se renfermer exclusivement dans la contemplation de ses propres affaires. Il convient de regarder autour de soi, de s'informer des autres, de chercher des comparaisons, des contrastes, des critiques, enfin de se tenir, comme on dit vulgairement, dans le mouvement, pour ce qui peut toucher à l'objet habituel des préoccupations. Il y a là un sujet d'informations qui peut tenir une place utile dans ce rapport annuel.

Les pensions que vous faites, quels caractères peuvent leur être attribués relativement à leur opportunité, à leur efficacité réelle, à leur signification morale? J'ai déjà fait plus d'une allusion aux appréciations dont elles ont pu être l'objet. Quelles qu'elles soient par elles-mêmes, elles pourront sembler considérables eu égard aux moyens dont on dispose, elles devront toujours sembler insuffisantes relativement aux besoins qui les réclament.

Il n'est guère de Sociétés de secours mutuels qui puissent fournir un sujet exact de comparaison avec la nôtre. Cependant, il en est une, la *Société des Gens de lettres*, qui s'en rapproche beaucoup au point de vue du personnel de l'une et de l'autre. Elle délivre comme vous des pensions de retraite; ce sont, il est vrai, des pensions de droit, qu'on touche à partir de 60 ans et qu'il est interdit de refuser. Or, pendant plus de vingt ans, ces pensions n'ont pas excédé 300 fr. et encore ne pouvaient-elles être attribuées qu'à une faible partie des ayants droit. Ni ceux qui les distribuaient, ni ceux qui les recevaient, ne rougissaient du taux modique auquel il avait fallu les restreindre. On attendait un temps meilleur. Ce temps est arrivé. Une loterie autorisée est venue jeter un million dans la Caisse de la Société des gens de lettres. Les pensions de retraite ont alors été fixées uniformément à 500 fr. et attribuées à tous les ayants droit, actuellement au nombre de 119.

Nous n'avons pas fait de loterie; mais des temps meilleurs sont arrivés aussi pour nous, et nous n'avons plus, au sujet du taux des pensions, grand'chose à envier à la

Société des Gens de lettres, qui nous a fourni en même temps un exemple de modestie et une leçon de patience.

Vous vous rappelez sans doute, messieurs, les remarques que je vous ai présentées l'an dernier au sujet d'une création, récente encore, et digne du plus vif intérêt, la *Caisse des Pensions du corps médical belge*. Je m'étais attaché à vous montrer comment celle-ci différait absolument dans ses éléments personnels, dans son but et dans ses moyens, de notre Caisse de retraites, et j'avais insisté, entre autres choses, sur ceci : que, si l'affiliation à la Caisse belge créait un droit à la pension, à un âge déterminé, ce droit se trouvait acheté par des versements qui eussent été absolument inabordables pour nos propres pensionnés et qui le seraient également pour ceux, en bien plus grand nombre, dont les ressources, sans être aussi réduites, se trouvent strictement suffisantes.

L'honorable président de la Caisse belge, le docteur Schönfeld, a accueilli ces observations avec une parfaite courtoisie et en a reconnu l'exactitude : « Oui, dit-il, nos affiliés ont fait une affaire. Ils comptent bien tous, ou presque tous, toucher une pension, tandis que chez nos aimables voisins (c'est de vous, messieurs, qu'il s'agit), l'institution fraternelle est alimentée par ceux qui finalement n'en profiteront pas. »

La crainte que j'avais exprimée — que la multiplicité inévitable des pensions, amenée par le cours des années, ne vînt ultérieurement et graduellement en abaisser le taux — est partagée par l'honorable président docteur Schönfeld et, d'ailleurs, s'est déjà réalisée. Le taux de ces pensions a été, pendant l'exercice 1880-81, de 580 fr.; en 1881-82, de 603 fr.; puis, en 1882-83, de 502 fr. et en dernier lieu de 506 fr. (1). Il est vrai que les promoteurs intelligents et dévoués de la Caisse des pensions belges pensent que ce ne sont là que de ces incidents inévitables dans toute œuvre nouvelle, et ils semblent ne pas douter que les choses ne reprennent un cours définitif plus prospère. Nous souhaitons vivement qu'il en soit ainsi. Et, si nous portons ces résultats à votre connaissance, c'est pour qu'il soit bien compris que, avant de se prononcer sur la valeur de semblables tentatives, avant de les prôner, au delà des encouragements sympathiques qu'elles méritent, et surtout avant de les imiter, il serait peut-être bon d'attendre qu'elles aient subi l'épreuve du temps, seul juge en semblable occasion : ceci n'est, du moins, que l'expression de la prudence la plus élémentaire.

Vous savez, messieurs, que depuis plusieurs années, l'idée de posséder également en France une fondation de *pensions de droit*, d'après des combinaisons analogues à celles des Sociétés d'assurances sur la vie, mais exclusivement à l'usage des médecins, a été vivement agitée. Il ne s'était agi jusqu'ici que d'aspirations générales ou de vagues conceptions dans ce sens. Mais, tout récemment, un projet de création d'une *Caisse de retraites du corps médical français* a été nettement formulé et mis au jour par un honorable confrère, le docteur Lande, de Bordeaux. Ce n'est qu'un projet et, peut-être, avant de revêtir une forme définitive, aura-t-il à subir plus d'une modification; mais il faut reconnaître qu'il témoigne de recherches consciencieuses sur la matière et de soins minutieux apportés à sa rédaction.

Nous faisons des vœux sincères pour que des institutions de ce genre soient réalisables et se réalisent à l'avantage de notre profession. Comme elles poursuivent un objet absolument distinct de celui de l'Association générale des médecins de France, et que ses statuts, tels qu'elle se les est librement imposés, comme son esprit, interdisent formellement à celle-ci toute ingérence dans de semblables entreprises, elle ne pourra qu'assister avec une sympathie sincère aux efforts des vaillants confrères qui cherchent à doter notre corporation d'une institution, jusqu'ici dévolue aux Sociétés financières, et qui désormais lui appartiendrait en propre. Comme la Caisse des pensions belges, la Caisse des pensions françaises sera une *affaire*; et elle aura bien mérité de la corporation si elle est une bonne affaire. Là est la question (2). Celle-ci n'est peut-être pas impossible à résoudre. Mais il ne faudrait pas que les espérances qu'il n'est pas interdit de concevoir empêchassent de prévoir les déceptions qu'on est exposé à rencontrer.

(1) On a payé en 1880, 35,484 fr. à 62 pensionnés; en 1881, 43,425 fr. à 72 pensionnés; en 1882, 42,733 fr. à 85 pensionnés et en 1883, 49,618 fr. à 98 pensionnés. (*Assemblée générale* du 16 septembre 1883, Bruxelles 1883.)

(2) Il ne faudrait pas prendre seulement pour terme de comparaison les Sociétés financières d'assurances sur la vie. La *Caisse de retraites pour la vieillesse*, instituée par l'Etat, assure des avantages matériels notablement supérieurs à ceux offerts par les Sociétés, outre une sécurité beaucoup plus certaine.

©BIU Santé

Je résumerai en quelques lignes les points essentiels de ce rapport.

La Caisse des pensions possède actuellement un capital de 828,655 fr. et servira, après votre approbation, une rente de 32,700 fr. pour 72 pensions, soit une moyenne de 454 fr. par pension, représentant un capital d'environ 656,000 fr.

Un accroissement annuel de son capital, de 50,000 fr. minimum à 60,000 fr., chiffre atteint plusieurs fois et dépassé cette année, lui est assuré, les provenances de ce capital étant assez diverses pour que leurs produits ne puissent manquer de se compenser réciproquement.

L'augmentation graduelle du taux moyen des pensions se trouve donc également assurée, surtout en y ajoutant les extinctions qui libèrent chaque année une portion du capital. Et, qu'ils doivent être ou plus rapides ou plus lents, les progrès continus de l'œuvre ne sauraient être désormais interrompus.

Les services de cette œuvre étant exclusivement consacrés à ceux qui en ont besoin, celle-ci demeure tout à fait étrangère aux institutions de crédit qui, en s'adressant à l'ensemble du corps médical, laisseraient forcément en dehors de leurs applications les membres de ce même corps auxquels nous offrons un aide efficace et confraternel.

A la fin de la séance, M. le Président proclame les résultats du scrutin qui vient d'avoir lieu pour les élections. Sont élus à la presque unanimité :

Vice-président de l'Association générale, M. le docteur Bouchacourt, président de la Société du Rhône ; membres du Conseil général, MM. Bancel, Dufay, Fauvel, Hérard, Lannelongue (réélus) et M. de Ranse.

M. Moreau (de Tours) est nommé membre honoraire du Conseil.

Le soir, à l'Hôtel Continental, la réunion était nombreuse. La gaieté, la confraternité, l'expansion n'ont cessé de régner pendant la soirée qui s'est prolongée jusqu'à minuit.

Au champagne, M. le président H. Roger a porté le toast aux Présidents et aux Délégués des Sociétés locales.

Merci, chers confrères, chers Présidents et Délégués, merci d'être venus en foule fêter dans ce jour solennel les *noces d'argent* de l'Association! Qu'elle soit née sur les bords de la Seine ou de la Gironde, toujours est-il que l'enfant a été mise en nourrice à Paris. Chaque année, à cette époque, ses tuteurs, les Présidents de nos sociétés locales, venaient constater, avec la naïve admiration des parents, la croissance et les progrès de leur pupille : avec des cotisations de *douze francs*, ils lui ont constitué, sur leurs économies, une fortune de deux millions.

Aujourd'hui :

C'est une forte femme aux puissantes mamelles

et, à vingt-cinq ans, elle est mère de huit mille enfants!

Glorifions, le verre en main, sa fécondité miraculeuse, et tâchons d'amasser millions sur millions pour lui permettre d'entretenir sa petite famille et même de la pensionner. Buvons à la prospérité et à la concorde de cette progéniture intarissable,

Et nati natorum et qui nascentur ab illis.

M. Villard (de Marseille), au nom des Présidents et Délégués des Sociétés locales, a répondu en ces termes :

Messieurs,

Ce n'est pas sans éprouver un légitime sentiment d'hésitation, je dirai presque de crainte, que j'accepte l'insigne honneur de répondre en votre nom aux paroles toujours si bienveillantes et si spirituelles de M. le Président de l'Association générale des médecins de France.

Nouveau venu au milieu de vous, je ne saurais oublier celui que j'ai l'honneur et le regret de remplacer aujourd'hui, celui que vous avez eu maintes fois l'occasion d'applaudir, celui enfin que vous avez entouré de tant d'estime et de sympathie, j'ai nommé M. le docteur Seux, vice-président de l'Association générale, qui fut, pendant vingt ans, président de l'Association locale des Bouches-du-Rhône et qui fut, pour moi, comme pour vous, un ami des plus dévoués.

C'est en évoquant un pareil souvenir, messieurs, que je me rends votre interprète, certain que mon cœur dira assez haut la juste admiration que nous avons, pour notre président général, aussi bien que la profonde reconnaissance que nous lui devons.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Quand nous avons entendu, il y a quelques heures à peine, votre éloquente allocution, nous nous sommes demandé ce qu'il fallait le plus admirer en vous, ou de l'administrateur habile, ou de l'homme dont la bienfaisance n'a point de limites.

Écho de la pensée de tous mes collègues, présidents ou délégués des Sociétés départementales, je puis vous affirmer que nul de nous n'oubliera les nobles exemples que vous nous donnez dans ces grandes assises de l'Association générale des médecins de France.

Nous emporterons de cette réunion annuelle la certitude que vos efforts et ceux de vos éminents collaborateurs tendent de plus en plus à affirmer la prospérité de notre œuvre. Le but que nous poursuivons est grand; mais les résultats obtenus sont superbes, tant est sublime la devise qui est inscrite sur notre bannière : Assistance et protection.

Tout le corps médical le comprend dans notre beau pays de France, où l'élévation du cœur répond toujours à l'élévation des idées. Aussi, devez-vous être satisfait, monsieur le Président, de voir le nombre de nos associés grandir chaque année dans de consolantes proportions, de même que vous devez être heureux de voir, à chaque nouvel exercice, l'offrande du riche accroître les revenus destinés au soulagement de l'infortune.

MESSIEURS,

Je porte un toast à M. Henri Roger, notre bien-aimé président.

M. BROUARDEL, membre du Conseil général, a porté le toast aux membres du Conseil judiciaire de l'Association.

MESSIEURS,

Au nom des membres du Conseil général, je vous propose de porter la santé de MM. les membres de notre Conseil judiciaire.

Je n'en nommerai aucun, j'aime mieux en votre nom confondre dans un même témoignage de reconnaissance tous ceux qui, anciens ou nouveaux, présents ou absents, nous ont servi de pilotes depuis vingt-cinq ans.

Et ne vous y trompez pas, messieurs, notre vaisseau a souvent à franchir des passes difficiles. Qu'il me permette de le lui dire, il y a trois ans maître Bétolaud restreignait trop le rôle du Conseil judiciaire. « Notre rôle, disait-il, n'apparaît guère qu'avec les difficultés et les questions épineuses, je compare volontiers un procès à une maladie ou, comme vous diriez, à un cas pathologique, toujours pénible, souvent douloureux et parfois inguérissable. »

Nos conseillers font plus et mieux. Ils ne sont pas seulement des guérisseurs, ils savent prévoir. Ils ont devancé nos meilleurs hygiénistes. Sans couleur, sans verre grossissant, sans technique spéciale, ils découvrent à l'horizon le moindre microbe menaçant et, quand ils ne peuvent l'étrangler, ils l'atténuent.

Grâce à eux, nous n'avons pas de procès, ou, quand nous en avons, nous les gagnons. Grâce à eux, notre Association se porte bien et nous pouvons, sur son avenir, porter un pronostic rassurant.

Je bois, messieurs, à MM. les membres de notre Conseil judiciaire.

M. A. MORILLOT, membre du Conseil judiciaire, répondant au toast de M. Brouardel, s'exprime ainsi :

MESSIEURS,

C'est pour moi un devoir plein de douceur, mais aussi plein de périls, que de répondre au toast trop aimable que votre savant confrère M. Brouardel a bien voulu porter au Conseil judiciaire de votre Société.

J'avais espéré jusqu'au dernier moment que M. Bosviel, mon éminent prédécesseur, aurait pu s'acquitter de ce soin. Il l'aurait fait avec l'autorité qui s'attache à son caractère et à sa parole, car il est bien cet avocat dont parle Etienne Pasquier, se distinguant par le « grand sens et le savoir, puissant et rude en son parler ».

©BIU Santé

Puisque je rencontre si naturellement son nom, il m'est impossible de ne pas le saluer au passage.

Vous savez, messieurs, de quel secours vous a été M. Bosviel pendant sa longue et illustre carrière. Il s'est montré pour vous ce qu'il a été pour tous, le serviteur dévoué du droit, le champion redoutable de toutes les causes justes, employant un zèle égal et une égale conscience à défendre les plus pauvres comme les plus fortunés.

J'aime à relever ce trait, car c'est par là surtout, par le désintéressement, la délicatesse, la scrupuleuse observation des traditions salutaires, que nos deux professions se touchent. Elles sont arrivées pour ainsi dire à se modeler l'une sur l'autre, égales en noblesse et en dignité, et se prêtant, aujourd'hui plus que jamais, un mutuel appui.

De mauvais plaisants, remontant, je pense, au delà des temps préhistoriques, ont pu parfois les comparer aux deux aveugles.

En admettant que cette comparaison irrévérencieuse ait jamais renfermé un grain de vérité, l'un de ses termes a depuis longtemps cessé d'être exact: c'est celui qui concerne la médecine, dont les merveilleuses découvertes, attestées par des résultats tangibles, feront l'éternel honneur de ce siècle.

Quant à nous, messieurs, il nous est bien difficile d'accepter les compliments que nous a décernés M. Brouardel. Jamais notre tâche n'a été plus rude; jamais, au sein d'une Société plus troublée, nous ne nous sommes débattus au milieu de plus d'incertitudes et de contradictions. Quoi qu'on vienne de dire, nous ne guérissons jamais, nous consolons rarement, bien heureux quand nous pouvons soulager.

Voilà, messieurs, tout ce que vous aurait dit excellemment M. Bosviel, et ce que je suis bien forcé de vous dire à sa place.

Il me plaît en terminant d'affirmer notre alliance sur son nom respecté.

Je bois, messieurs, à l'union des médecins et des avocats, à l'union de ces deux nobles professions, qui offrent cet autre trait commun de servir aujourd'hui d'asile à tant de cœurs amoureux de justice, et à tant d'esprits indépendants, passionnés pour la liberté !

M. Delvaille (Basses-Pyrénées) porte à M. Brun, trésorier, le toast suivant :

Messieurs,

Après les toasts que vous venez d'applaudir, et qui, pour être officiels, n'en traduisent pas moins fidèlement l'opinion de tous, permettez-moi de vous faire entendre le toast spontané, mais sincère, d'un indépendant.

M. le président H. Roger, avec cette grâce spirituelle et charmante, cette verve originale dont il a le secret, vous a dit que l'Association célèbre aujourd'hui ses noces d'argent, et M. le docteur Foville, notre dévoué secrétaire général, dans un lumineux et intéressant rapport que la plupart d'entre vous ont entendu, vous parlait cette après-midi des ouvriers de la première heure. Beaucoup, hélas! manquent à l'appel.

Parmi les survivants, il en est un dont la gestion intelligente et sévère a sauvegardé nos intérêts, dont la sage et prudente réserve a protégé notre Association contre bien des écueils, dont l'affabilité exquise a su gagner à lui-même et à notre œuvre tous les cœurs.

Avec un pareil trésorier, ce sont bien des noces d'argent que nous fêtons en ce jour. Je bois à M. Brun.

M. Brun, en réponse à M. Delvaille, s'est exprimé en ces termes :

Messieurs,

Je remercie M. Delvaille pour les paroles sympathiques qu'il a bien voulu m'adresser. Je vous remercie aussi, messieurs, de les avoir accueillies avec tant de faveur.

Ce qu'a dit M. Delvaille des débuts de notre Association me rend triste en même temps que glorieux. Triste!... lorsque je reporte mon souvenir sur tous ceux qui étaient là au commencement et qui, aujourd'hui, nous font défaut: Rayer, Latour, Tardieu, Bouillaud, Michel Lévy, Horteloup et bien d'autres à leur suite qui ont contribué si vaillamment à fonder notre œuvre. — Souvenirs glorieux aussi! lorsque je mesure le terrain que nous avons parcouru depuis vingt-cinq ans, et que je considère les résultats inespérés auxquels nous sommes arrivés.

Ces résultats, messieurs, nous les avons obtenus par l'union, la concorde et l'esprit de bonne confraternité qui ont toujours régné dans les conseils de l'Association, où jamais

la plus petite division ne s'est manifestée; puissent ces mêmes sentiments animer la génération qui s'élève. Je souhaite que dans vingt-cinq ans, lorsque, pour l'Association, sera arrivé le moment de fêter ses noces d'or, elle puisse réunir tous les délégués de ses Sociétés dans un banquet de paix et de bonne harmonie, comme celui auquel nous prenons part aujourd'hui.

Je vous propose, messieurs, de boire aux destinées futures de l'Association.

Deuxième séance. — Lundi 21 avril 1884.

Présidence de M. H. Roger.

Le procès-verbal de la dernière assemblée générale est adopté.

Le rapport de M. Boutin, membre du Conseil général, sur la gestion du trésorier de l'Association générale est adopté.

Les conclusions du rapport de M. Martineau, secrétaire de l'Association générale, relatif à la création d'un centre d'informations pour le placement des jeunes médecins et le remplacement temporaire des médecins malades ou obligés de s'absenter, sont approuvées.

Sur le rapport de M. Durand-Fardel, membre du Conseil général, huit pensions nouvelles sont accordées à des sociétaires et treize augmentations de pensions anciennes sont votées.

Le projet de loi sur l'exercice de la médecine, présenté au nom du Conseil général de l'Association par M. le docteur Lunier, rapporteur de la commission, est adopté avec quelques modifications.

Les vœux émis par les Sociétés de la Gironde, d'Alger, de Vitry-le-François, de la Loire et Haute-Loire, relatifs aux syndicats médicaux, sont renvoyés à l'examen du Conseil général.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, L. Martineau.

BIBLIOTHÈQUE

Mémoire sur la fièvre typhoïde qui a régné a Nancy pendant les années 1878-1879, par le docteur Daga, médecin inspecteur du service de santé militaire, mémoire couronné (médaille d'or) par l'Académie de médecine.

Les renseignements fournis par un observateur consciencieux et éclairé doivent être accueillis avec empressement et reconnaissance, car ils contribuent puissamment au progrès de la science et de la pratique médicales. Cette remarque s'applique pleinement à l'intéressant travail de notre éminent confrère. Quelques mots d'introduction que nous lui empruntons feront comprendre tout de suite l'utilité et l'importance de cette publication : « J'ai réuni dans ce mémoire, dit l'auteur, les fièvres typhoïdes qui se sont manifestées à Nancy en 1878 et 1879. Je les ai étudiées, non seulement au point de vue de l'étiologie, problème toujours obscur, et qui est loin d'être résolu, malgré les recherches attentives poursuivies avec ardeur depuis quelques années, mais encore au point de vue clinique. — Les cas si variés, si graves, soumis à notre observation, méritent tous l'intérêt. Nous avons vu survenir des complications nouvelles, telles que la gangrène pulmonaire, les diverses variétés de laryngites : érythémateuse, diphthéritique, ulcéreuse, nécrosique, œdémateuse. Aussi avons-nous décrit avec quelques détails les altérations anatomiques, les différentes formes de fièvre typhoïde, et les nombreuses complications que nous avons observées. »

Ces quelques lignes donnent une vue d'ensemble de l'ouvrage.

La question étiologique est présentée avec indépendance, sans idées préconçues. Je retirerai de ce chapitre seulement quelques faits parmi ceux qu'il n'est pas permis de passer sous silence. A l'occasion des changements de casernement qui modifiaient d'une manière frappante l'état sanitaire des escadrons, notre confrère fait les remarques

©BIU Santé

suivantes : « . . . J'insiste d'autant plus sur ce fait qu'il me paraît avoir une grande valeur au point de vue de la prophylaxie. Ce simple changement de casernement, ce léger éloignement du foyer infectieux a suffi pour modifier complètement l'état sanitaire. On aurait pu craindre le transport des germes morbides par les 3e et 4e escadrons qui se rendaient des Prémontrés et de Saint-Jean au baraquement. Il n'en a rien été. — Au point de vue pathogénique ou plutôt au point de vue de la transmission de la maladie, ce fait n'a-t-il pas aussi son importance? Ne démontre-t-il pas que la fièvre typhoïde est plus infectieuse que contagieuse, puisque les huit hommes qui sont tombés malades aux baraques n'ont pas transmis cette affection à leurs camarades, bien que plusieurs d'entre eux soient entrés à l'hôpital alors que les symptômes étaient parfaitement caractérisés. » Et plus loin : « Dans une chambre d'un bel hôtel de la place Carrière, en apparence très sain, quatre ordonnances ont été successivement atteints de fièvre typhoïde à laquelle trois succombèrent. Cette chambre, située au premier étage, avait deux fenêtres ouvertes sur une petite cour carrée d'une ventilation peu active, traversée par un conduit dans lequel se rendaient les matières fécales provenant des différents étages de la maison. Ce conduit, presque à fleur du sol, d'une pente insuffisante, offrait, de distance en distance, des regards incomplètement fermés. On y voyait les matières en stagnation, et il s'en dégageait des émanations fétides. . . . . »

N'est-il pas douloureux de voir de braves gens mourir victimes de la coupable négligence des prescriptions les plus sérieuses de l'hygiène? A quoi donc servent les Conseils d'hygiène des départements? Ces faits rappellent ceux qui ont été mis en lumière par M. le docteur Henri Gueneau de Mussy (voir UNION MÉDICALE, 22 avril 1884, p. 698).

Les descriptions de l'auteur sont généralement remarquables; je ne puis les reproduire ici, mais il me semble que quiconque voudra reprendre en sous-œuvre et tracer l'histoire de la dothinentérie sera bien inspiré en s'aidant du travail que nous avons sous les yeux. En effet, M. le docteur Daga s'est livré à une étude approfondie des symptômes, et surtout des altérations anatomiques dans les centres nerveux, dans les poumons, dans les voies digestives, etc., donnant le tableau des diverses formes de la maladie, et s'est étendu sur le sujet des complications, des épiphénomènes et des accidents consécutifs, sans négliger la question du traitement et celle de la prophylaxie.

Notre savant confrère, oubliant que Bretonneau a créé, comme c'était son droit, le mot *dothinentérie*, très régulièrement formé, a adopté l'expression mal sonnante *dothiénentérie*, qui est certainement une erreur de Littré (voir UNION MÉDICALE, *nouvelle série*, p. 13 du numéro-introduction, décembre 1858, et 3e série, 10 avril 1883, p. 579). Pourquoi défigurer le mot de Bretonneau? Mais il est bien évident que ma critique ne s'adresse nullement à l'auteur du livre dont je me plais à faire ressortir ici l'incontestable mérite. Le vilain mot est passé dans le langage courant; espérons qu'il n'y restera pas.

En résumé, le mémoire de M. le docteur Daga est une œuvre à consulter et qui doit occuper une place distinguée dans la bibliothèque du médecin praticien.

Dr G. RICHELOT père.

DE LA GASTRO-STOMIE DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE, par le docteur J.-M. DAUSSE; Bordeaux, 1884.

OVER GASTROSTOMIEEN, par C.-L. VITRINGA; Groningue, 1884.

Ces deux travaux sont des thèses inaugurales. La première en date, celle de M. Dausse, résume clairement l'historique, le manuel opératoire, les causes de la mort après l'opération, les indications et contre-indications de la gastro-stomie; l'auteur rapporte 112 observations, dont une inédite, celle d'un malade opéré par M. Demons, de Bordeaux.

M. Dausse recommande d'opérer de bonne heure, mais de n'intervenir dans les rétrécissements cancéreux que lorsque le sujet est encore vigoureux, non cachectique, et dès que le rétrécissement n'est plus franchissable par une quantité suffisante d'aliments; la gastro-stomie est contre-indiquée par les complications viscérales ou pulmonaires.

Le meilleur mode d'incision est celui de MM. Labbé et Verneuil; mais pour l'estomac, il ne faut l'ouvrir que lorsque les adhérences sont parfaites, c'est-à-dire jusqu'au septième jour après l'ouverture abdominale.

Le travail de M. Vitringa est beaucoup plus complet: il renferme 153 observations, dont deux sont inédites; elles ont été recueillies dans le service du professeur Ranke.

L'auteur divise d'abord ses observations en deux classes; dans la première, il range

les faits dans lesquels la gastro-stomie a été pratiquée sans la méthode antiseptique, et montre que, sur 31 cas, un seul malade a survécu 40 jours, les autres étant morts avant le 14e jour, savoir, 11 de péritonite et 1 de septicémie. La seconde classe comprend les faits dans lesquels on a suivi les règles de la méthode antiseptique. Elle renferme 124 cas, que l'auteur divise encore, suivant que l'opération a été pratiquée pour des rétrécissements cicatriciels ou cancérieux, et en un temps ou en deux temps.

Dans 30 cas, la gastro-stomie fut pratiquée en un temps, pour rétrécissements cancéreux, avec les précautions antiseptiques,

6 malades peuvent être considérés comme guéris de l'opération (20 0/0);

16 sont morts de ses suites (53 0/0) (6 péritonites);

Enfin les 8 autres sont morts de causes indépendantes de l'opération.

Dans 63 cas, la gastro-stomie fut pratiquée en deux temps, c'est-à-dire que l'estomac, suturé à la plaie de l'abdomen au moment de l'opération, ne fut ouvert qu'au bout d'un certain nombre de jours, alors qu'on supposait qu'il adhérait suffisamment à la paroi abdominale pour empêcher tout épanchement dans l'abdomen.

36 opérés ont guéri de l'opération (57 0/0);

11 sont morts des accidents consécutifs (17 5 0/0) (7 péritonites, 2 phlegmons de la paroi abdominale);

16 sont morts de causes indépendantes de l'opération.

Parmi les rétrécissements cicatriciels, 18 ont été opérés en un seul temps, et ont donné 8 guérisons, 4 morts des suites de l'opération (3 péritonites) et 6 morts de causes indépendantes. 9 ont été opérés en deux temps, et ont donné 6 guérisons, 1 mort de péritonite et 2 morts d'inanition ou d'épuisement.

Recherchant les causes de la mort, M. Vitringa conclut, comme M. Dausse, que l'emploi des précautions antiseptiques a certainement amélioré la statistique, et qu'on ne peut dire avec M. Blum que ce mode de pansement n'a pas eu d'influence sur les résultats définitifs. En prenant en bloc ces résultats, on trouve que les 31 opérations faites sans la méthode de Lister n'ont donné qu'une guérison, soit 3 0/0, tandis que les 124 de la seconde classe en ont donné 58, soit 47 0/0. D'autre part, les accidents inflammatoires consécutifs ont été bien plus rares dans cette seconde classe que dans la première; aussi, tout en pensant avec M. Blum qu'il faut accorder une grande influence sur les résultats définitifs au choix plus judicieux des sujets à opérer, ne peut-on s'empêcher de croire que l'emploi des précautions antiseptiques a contribué aussi pour une bonne part aux succès de l'opération.

Comme M. Dausse, M. Vitringa est d'avis, avec la plupart des chirurgiens anglais et allemands, que l'opération en deux temps est la meilleure. Il donne comme argument à l'appui les faits dans lesquels les sujets sont morts de causes indépendantes de la gastro-stomie, dans les cinq jours qui l'ont suivie, et d'où il conclut qu'on ne peut attribuer ces morts au procédé opératoire en deux temps. Mais on peut répondre à M. Vitringa, que ces cas sont de ceux qui ne peuvent entrer en ligne de compte, ni pour ni contre l'un ou l'autre procédé, car de toute façon les sujets seraient morts.

De son côté M. Dausse, rappelant des expériences faites sur les animaux par MM. Oré et Muselli, dit que la fistule en deux temps amène moins de réaction fébrile que la fistule en un temps. Ceci est à peine admissible, et on ne voit guère en quoi l'incision de la partie herniée et suturée de l'estomac peut augmenter beaucoup le traumatisme opératoire. D'ailleurs on ne peut comparer, en bonne chirurgie, une opération pratiquée sur l'*animal sain*, avec la même opération pratiquée sur l'*homme* aussi *malade* que l'est un sujet atteint de rétrécissement cancéreux ou non de l'œsophage. Notons encore que sur ses 155 cas, M. Vitringa ne cite qu'un seul fait de gastrite consécutive à l'opération. Je ne crois pas qu'aucun argument puisse détruire ceux que j'ai donnés en faveur de l'opération en un seul temps, à savoir : qu'on ne peut attribuer, dans la plupart des cas, les accidents consécutifs à l'opération, mais à l'état général et viscéral antérieur des opérés (côté de la question que M. Vitringa a un peu trop négligé) et qu'en attendant cinq jours, comme il le veut, ou sept jours, comme le veut M. Dausse, on perd un temps précieux pour l'alimentation méthodique par l'estomac.

D'ailleurs, l'opération en deux temps n'a pas empêché la complication que l'on redoutait le plus, la péritonite, de survenir, puisque, sur les 16 cas de mort ayant pour cause les accidents consécutifs à l'opération, on compte 11 péritonites (statistique de M. Vitringa).

La bibliographie du travail de M. Vitringa est bien faite, sauf que dans quelques observations il a omis la page de l'ouvrage cité. M. Dausse s'est un peu trop contenté de

©BIU Santé

citer de seconde main, ce qui l'a conduit à reproduire quelques erreurs qui se trouvaient déjà dans la thèse de M. Muselli (Bordeaux, 1881).

Ainsi il dit (p. 8) : « Egeberg connaissait *sans doute*, comme le dit dans sa thèse le docteur Muselli, la célèbre observation du Canadien à la fistule de l'estomac, rapportée par Beaumont. » — Ce n'est pas *sans doute*, mais *certainement*, car Egeberg a rapporté cette observation tout au long, comme je l'ai dit dans mon *Traité de la gastro-stomie*, p. 120, qu'a bien voulu citer M. Dausse.

M. Dausse me reproche (p. 21) de n'avoir pas assez insisté sur le moment auquel l'estomac devait être ouvert; or, les pages 104 à 107 de mon travail sont consacrées à ce point; et il m'eût été difficile d'y insister davantage, puisqu'on ne connaissait encore à ce moment qu'une seule observation dans laquelle le procédé à deux temps eût été employé. M. Dausse attribue ce fait, c'est-à-dire la priorité du procédé en deux temps, à un chirurgien anglais, Heath, qui ne l'a jamais mis en pratique; cette prioprité appartient en réalité à notre compatriote, M. Jouon, de Nantes. (Voir obs. XVIII de mon travail, p. 184.)

On lit (p. 26) : « M. Michel Lévy, dans sa lettre à M. X. Verneuil, *Contribution à la chirurgie*, t. II, p. 150 »; il faut lire : « lettre à M. Sédillot..... p. 510. »

P. 32 : « 1 a survécu *un mois*, c'est l'opéré de M. Verneuil. M. Petit nous paraît ne pas assez spécifier que la mort de ce malade n'a aucun rapport avec sa fistule gastrique. » J'ai dit (voir p. 57 et 230 de mon travail) que l'opéré avait survécu *seize mois*, et était mort de phthisie pulmonaire, épuisé par les excès de boisson qu'on lui faisait faire. Il était d'ailleurs parfaitement guéri de sa fistule, comme on peut le voir dans les passages qui ont trait à ce malade et dans sa longue observation (p. 219 à 230).

M. Dausse pense que le procédé de M. Albert, de Vienne, concorde avec celui de M. Tillaux (p. 18). Ceci n'est pas exact, car la ligne d'incision de M. Tillaux repose sur une base fixe, la ligne qui joint les cartilages des neuvièmes côtes, tandis que celle de M. Albert, basée sur la matité donnée par la présence du foie, varie d'un individu à l'autre.

Je signalerai, en outre, à ceux que la question intéresse, l'analyse de nombreux travaux sur la gastro-stomie dans le dernier fascicule de la *Revue des sciences médicales*. (Tome XXIII, fasc. 2, n° 46, 15 avril 1884, p. 660.)

L.-H. Petit.

Traité élémentaire de thérapeutique et de pharmacologie, par le docteur Rabuteau. — Paris; A. Delahaye et Lecrosnier; 1884.

Quatrième édition d'un ouvrage qui a fait ses preuves, subi la critique et mérité la faveur du public médical, ce livre possède les qualités et les défauts de ses prédécesseurs. En effet, M. Rabuteau a conservé les classifications, les chapitres et les divisions qu'il avait adoptés dans les autres éditions; l'esprit du livre est donc toujours le même. D'ailleurs, comme il avait été écrit dans un but pratique, et que ce but a été rempli, il ne faut pas trop s'en plaindre, et vraisemblablement, à l'heure actuelle, comme auparavant, ces avantages seront encore favorablement appréciés.

Par contre, on peut regretter de ne pas y trouver la description de médicaments introduits dans la thérapeutique durant ces dernières années. C'est ainsi, par exemple, qu'on y chercherait en vain un article sur la paraldéhyde, médicament nouveau sans doute, mais dont l'appréciation est déjà faite; sur la duboisine, qui tient sa place dans la thérapeutique ophthalmologique; sur la kairine, dont les propriétés antithermiques étaient récemment l'objet de recherches de savants étrangers et français; sur le quebracho et ses alcaloïdes, objet de nombreux travaux, contradictoires d'ailleurs, mais cependant assez importants pour ne pas être passés sous silence.

M. Rabuteau n'a pas voulu sans doute sortir du cadre classique que dès l'abord il s'était tracé. D'ailleurs, il faut en convenir, ces lacunes ne porteront pas dommage au succès qui attend ce livre. Ouvrage pratique, écrit pour les praticiens et pour les étudiants, il a surtout pour objet de renseigner le lecteur sur le mode d'action physiologique et le mode d'emploi du médicament; il est donc plus pratique que théorique, et c'est parce que ce but a été atteint que le succès des précédentes éditions a été aussi rapide. On doit donc espérer que ces lacunes seront comblées dans une cinquième et sans doute peu lointaine édition; celle-ci, vraisemblablement, n'épuisera pas la faveur des médecins à une époque où la thérapeutique est en grande faveur, comme en témoignent les nombreuses publications sur cette branche si importante de l'art de guérir.

C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Corps étrangers du rectum, par Fürbringer. — Le professeur d'Iéna reçut à sa clinique une malheureuse femme de 49 ans, à demi imbécile, sous le diagnostic de *syphilis*. Elle présentait de la faiblesse générale, un peu de fièvre, de la tension des parois abdominales, des accidents de décubitus au niveau de la tubérosité ischiatique droite. Rien du côté des organes thoraciques. Quelques hémorrhoïdes ulcérées. Introduit dans le rectum, le doigt rencontra quantité de corps durs, à arêtes aiguës, englobés dans un magma fécal épais, et parvint à extraire, un à un, 98 noyaux de prune, mêlés à des peaux et à des queues du même fruit. Après lavage du rectum à l'eau phéniquée, on put constater de nombreuses ulcérations de la muqueuse rectale boursouflée, et on fut autorisé à poser le diagnostic de proctite et périproctite aiguë. Une paralysie du sphincter avait du reste suivi l'opération, et il fallut un nouveau toucher et de nouvelles manœuvres pour amener au jour 137 autres noyaux de prune et accessoires. La patiente avoua que, quelques jours auparavant, pressée par la faim, elle s'était jetée gloutonnement sur un tas de prunes à sa portée, qu'elle avait avalées telles quelles et à la hâte. Des lavements à l'huile de ricin amenèrent l'expulsion d'une quantité considérable de matières fécales, à la suite de quoi l'état local et général s'amenda rapidement. (*Deut. med. Wochenschr.*, 1882, n° 10.) — R. L.

Elongation du nerf optique dans le tabes, par Kümmel. — Le malade, âgé de 45 ans, souffrant depuis trois ans, avait perdu entièrement la vue à gauche; à droite, il pouvait encore compter les doigts à la distance d'un pied et demi. Le patient endormi, l'opérateur ponctionna la conjonctive entre le droit inférieur et le droit externe, un peu au-dessous et à la partie externe du bord cornéen, introduisit par la plaie un crochet à strabotomie, et allant saisir à la partie postérieure du bulbe le nerf optique par en haut, exerça quelques tractions vigoureuses. Il pratiqua cette opération sur les deux yeux. Il s'ensuivit d'abord un fort œdème conjonctival, puis la petite blessure était complètement cicatrisée au bout de huit jours. Comme résultat, amélioration nulle à gauche, insignifiante à droite, le malade comptait les doigts à la distance de 2 pieds. (*Deut. med. Woch.*, 1882, n° 1.) — R. L.

Emploi des stimulants en injections sous-cutanées, par Zuelzer. — L'auteur a singulièrement accru son expérience depuis ses premières tentatives de 1871 qui l'avaient porté à recommander, dans certaines circonstances déterminées, ce mode d'administration des stimulants. Il emploie aujourd'hui l'éther sulfurique, l'huile camphrée, l'acide benzoïque camphré alcoolisé, la liqueur ammoniacale anisée, l'alcoolé de musc, le cognac, etc. Chacun de ces excitants a son indication particulière, selon la rapidité de l'action à produire, sa facilité d'absorption, son action locale plus ou moins irritante, etc. Le collapsus, pendant lequel le malade, incapable d'avaler, est menacé de mort si on n'intervient rapidement, est surtout justiciable de la méthode. La fièvre typhoïde et le choléra, à ce titre, en multiplient les indications; le collapsus du cœur, l'irrégularité et la faiblesse du pouls, la cyanose, le refroidissement des extrémités sont conjurés en quelques minutes; les urines passent de nouveau. Leube recommande encore ce genre d'intervention en cas d'hémorrhagie intestinale; Jürgensein, l'huile camphrée spécialement dans la pneumonie adynamique. Levinstein a employé l'ammoniaque anisée dans un cas d'empoisonnement par la morphine. L'obstétrique ne présente pas moins de circonstances favorables à son emploi. (*Deut. med. Woch.*, n° 9, 1883.) — R. L.

La bronchite fibrineuse, par Escherich. — L'auteur fait suivre l'exposition de cinq cas de cette affection de considérations sur les différentes formes qu'elle peut revêtir, succédant à une bronchite, à une pneumonie primitive, etc., et sur son obscure pathogénie. Il ne croit pas à une forme de la diphthérie, l'inoculation étant demeurée sans résultats. Il n'est pas éloigné, pour un certain nombre de faits, d'accepter les idées de Mader, qui en fait un pemphigus de la muqueuse des bronches. Le traitement consiste dans l'inhalation d'eau de chaux, l'emploi du sirop d'iodure de fer et de l'iodure de potassium. Il y a eu un décès sur cinq. Tous les sujets étaient des femmes. (*Deut. med. Woch.*, 21 et 28 février 1883.) — R. L.

©BIU Santé

Compte rendu des travaux de la Société de médecine, en 1884 (1),

Par le docteur Thorens.

J'ai eu l'honneur de vous présenter, avec pièces anatomiques à l'appui, une note sur la pathologie du pied bot congénital; j'ai insisté sur la nécessité de traiter cette difformité de bonne heure, par des raisons anatomiques tirées du mode de développement des os du tarse, et démontré qu'il faut fixer à cinq ans ou huit ans au plus la limite jusqu'à laquelle on peut espérer pouvoir modifier d'une manière favorable et durable la configuration de ces os.

La résection du poignet est généralement regardée comme une mauvaise opération. Dans une communication au Congrès de la Rochelle, en 1882, M. Nepveu rapportait une statistique de 41 insuccès sur 60 opérations. Ses conclusions étaient combattues par M. Ollier, et M. Polaillon nous a prouvé que, dans certains cas, cette opération peut donner d'excellents résultats. Sur une femme de 39 ans, atteinte de tumeur blanche de l'articulation radio-carpienne, il réséqua tous les os du carpe, l'extrémité des deux os de l'avant-bras et l'extrémité supérieure des quatre derniers métacarpiens, par le procédé des deux incisions latérales et en ménageant tous les tendons. Dix mois après l'opération, l'opérée ne pouvait encore soulever des objets lourds, mais pouvait coudre et tricoter, les mouvements d'opposition du pouce étaient conservés.

J'ai eu l'honneur de vous présenter une observation d'une lésion rare, la luxation de la phalangine du petit doigt en avant. Des expériences entreprises à cette occasion m'ont permis d'élucider, je crois, le mécanisme de la production de cette luxation. Contrairement à l'opinion de Malgaigne, elle ne résulte pas de l'exagération du mouvement de flexion, mais demande pour se produire une torsion du doigt, produisant une rupture du ligament antérieur et d'un des ligaments latéraux de l'articulation phalango-phalanginienne.

Vous avez consacré une de vos séances à la discussion du meilleur mode opératoire dans les cas d'adénite cervicale, quand les ganglions sont encore durs ou plus ou moins ramollis. M. Polaillon s'est prononcé, dans le cas où le traitement antistrumeux est insuffisant pour l'ablation des ganglions s'ils ne sont pas trop volumineux, et dans les cas de suppuration, pour l'incision et le grattage suivis d'un pansement au Lister ou à l'iodoforme. M. Richelot a défendu les injections de teinture d'iode, que M. Polaillon rejetait dans les cas de ganglions non encore suppurés. J'ai rappelé les bons effets que j'avais vu mon maître, M. Giraldès, obtenir du séton filiforme employé dès le début de la suppuration.

M. Polaillon vous a présenté une observation, avec pièces anatomiques à l'appui, de péritonite par perforation de l'appendice iléo-cæcal simulant une occlusion intestinale. Vous vous rappelez ce fait, l'appendice iléo-cæcal était obstrué par un haricot; sous l'influence d'un violent effort, la partie inférieure de cet appendice, distendu par les sécrétions de la muqueuse, se rompt, d'où épanchement de matières et péritonite. Celle-ci s'accompagne de ballonnement du ventre, de vomissements fécaloïdes et d'absence d'émission de gaz par l'anus, c'est-à-dire des trois symptômes dont la réunion caractérise en clinique l'occlusion intestinale, et suffit à justifier l'opération d'anus artificiel pratiquée par notre éminent collègue. Le mécanisme suivant lequel l'accident s'est produit, l'ensemble des phénomènes cliniques observés ont contribué à signaler l'histoire de cette malade à toute votre attention.

M. Polaillon nous a présenté un cas de malformation assez rare du pied. Il s'agit d'un gros orteil, articulé à angle droit avec la face interne de la tête de son métatarsien, et portant sur sa face dorsale un orteil surnuméraire réduit à une simple phalange. La difformité gênant considérablement la marche, nécessita l'amputation de l'orteil dévié et de son surnuméraire.

Notre vice-président nous a, dans la même séance, fait voir un cas d'arrachement de la dernière phalange de l'index et de tout le tendon du fléchisseur profond, déchiré au niveau de l'insertion des fibres musculaires.

Enfin, dans notre dernière séance, nous lui avons dû de voir les pièces anatomiques d'un kyste hydatique de la paroi abdominale.

Nous n'avons eu à consigner dans notre *Bulletin* qu'une observation importante d'obstétrique. Elle est due à M. Budin : c'est un cas de grossesse gémellaire où les deux fœtus étaient superposés en T renversé. Le premier fœtus, horizontal, se présentait nettement par le dos, et ce fait renverse la théorie acceptée par tous les auteurs qui rejette

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 27 avril 1884.

l'existence de ce mode de présentation. Cette présentation a déterminé un fait important à noter au point de vue clinique. L'orifice était complètement dilaté. A chaque contraction, le tronc se fléchissait, le dos plongeait dans l'excavation et déterminait la dilatation de l'orifice; dès que la contraction cessait, la flexion du tronc disparaissait, le dos remontait au détroit supérieur et l'orifice utérin revenait sur lui-même. L'existence d'un épanchement sanguin entre les membranes des deux œufs contribue encore à rendre cette observation plus curieuse.

Vous étiez appelés à décerner cette année, pour la première fois, le prix Duparcque. Voulant rester dans la sphère des études qu'affectionnait notre généreux donateur, et honorer ainsi sa mémoire, vous aviez proposé comme question de prix l'étude des troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus.

Trois mémoires ont été soumis à l'examen de votre commission. L'un (*Fit fabricando faber*) est, dans quelques-unes de ses parties, étudié avec soin; il renferme quelques observations originales intéressantes; mais il y a en maint endroit une telle inexpérience qu'il n'a pas paru à votre commission qu'il pût entrer en ligne pour le prix Duparcque. Le second (tout en cherchant le point qui est le plus particulièrement affecté, nous devons prendre garde de ne point méconnaître une maladie qui peut exister ailleurs et de ne pas négliger les relations mutuelles des organes) dénote un grand effort, un travail considérable; mais un défaut est venu stériliser en partie l'effort donné, l'inexpérience, la tendance à procéder par affirmations, sans faits cliniques, sans preuves à l'appui. Votre commission proposait d'attribuer le prix au troisième mémoire (mémoire imprimé), comme étant celui qui renfermait le moins d'inexpérience. Mais elle avait dû vous signaler les erreurs commises par l'auteur, et surtout de graves omissions, telles que les troubles de la miction causés par la menstruation pathologique, la rétroversion de l'utérus gravide, l'allongement hypertrophique du col, la métrite, c'est-à-dire comme la moitié de la gynécologie.

La Société n'a pas cru devoir ratifier les conclusions de ses commissaires. Elle a tenu compte aux concurrents de l'effort qu'ils avaient produit et a regretté de ne pouvoir, de par le règlement du prix, leur donner un encouragement; mais elle a voulu maintenir au prix Duparcque la valeur scientifique qu'il doit avoir et a décidé qu'il n'y avait point lieu a décerner le prix.

Elle a adopté, en outre, les observations par lesquelles se termine le travail du rapporteur, M. Thevenot.

Nous appelons votre attention sur ce fait, c'est que, dans chacun de ces mémoires, tandis que la partie obstétricale est traitée avec quelque soin, la partie gynécologique est d'une faiblesse déplorable. Votre commission a dû montrer une grande indulgence, car ce n'est pas tout à fait la faute des candidats. Où auraient-ils pu apprendre la gynécologie? Cet enseignement n'existe pas à Paris. Il n'y a pas de clinique de gynécologie; il n'y a même pas de cours de gynécologie à l'Ecole. Je ne parle pas de l'enseignement libre, on lui a porté un coup si rude qu'il n'a pas pu s'en relever.

Tandis que, dans les villes même de second ordre d'Allemagne, d'Autriche ou d'Angleterre, on trouve des gynécologistes, il n'y a pas un professeur de gynécologie même à la Faculté de médecine de Paris. Aussi vous voyez les résultats : des internes instruits, arrivés à la fin de leurs études, et ne paraissant avoir que des notions fort insuffisantes de cette science.

Il faut que cela cesse; il faut que la France reprenne le rang qu'elle n'aurait jamais dû perdre dans une science toute française.

Que les pouvoirs publics et la Faculté de médecine se hâtent d'aviser, car le mal est grand et la responsabilité qui leur incombe est lourde.

Le prix n'ayant pas été décerné, la somme de 600 fr. qui lui était destinée sera ajoutée au montant du prix à décerner en 1885, qui se composera ainsi d'une médaille d'or et d'une somme de 1,200 fr. Vous avez décidé de le décerner au meilleur ouvrage, manuscrit ou imprimé, sur la pathologie de l'ovaire, et de préférence sur l'ovarite.

Des modifications ont eu lieu dans votre bureau. M. de Beauvais a dû, obéissant des raisons de santé, abandonner les fonctions de secrétaire général. Je n'ai point à rappeler comment il les avait remplies: le nombre de voix qui l'ont porté à la vice-présidence dit assez quelles sympathies il a su se conquérir au sein de la Société, et son successeur n'a d'autre ambition que d'arriver au terme statutaire de son mandat, en ayant mérité les mêmes sentiments de la part de ses collègues.

Dans le courant de l'année vous avez, sur leur demande, accordé l'honorariat à deux de vos anciens présidents, MM. Forget et Blondeau. Vous savez qu'avec ce titre de membre honoraire, nos collègues n'ont point entendu prendre leur retraite, et nous

©BIU Santé

espérons qu'ils continueront encore à assister à nos séances, à participer à nos discussions.

Le même titre a été accordé à M. Charrier, et nous regrettons que sa demande ait dû être motivée par l'état de sa santé.

M. Guibout nous a adressé sa démission de membre titulaire.

M Daremberg nous a demandé d'échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre corrrespondant.

Vous avez élu comme membres titulaires: MM. Baraduc et Apostoli; comme membres correspondants: MM. Dumas (de Cette), Millot-Carpentier (de Montécouvez), Loison (de Brunoy), et aujourd'hui vous êtes appelés à voter sur la candidature de M. Jacolot (de Lorient).

Nous avons perdu cette année un de nos membres titulaires, Delpeuch, qu'une pneumonie diabétique avait enlevé en peu de jours à l'âge de 57 ans.

Delpeuch avait fait presque toutes ses études médicales à l'Ecole de Clermont-Ferrand, et avait été interne de l'hôpital de cette ville; il était venu les terminer à Paris, et, en août 1848, il avait soutenu, sur la convalescence des maladies aiguës, une thèse écrite sous l'inspiration de Bouillaud. Il avait 22 ans; il manquait des ressources indispensables pour poursuivre les longues études; il dut se livrer immédiatement à la pratique médicale dans son pays, à Bort, dans la Corrèze. Elle est dure la vie du médecin de campagne; elle ne le conduit point à la fortune; mais, pour Delpeuch, elle se compliquait d'un autre tourment. Il avait trois fils, et ce n'était point dans un endroit reculé qu'il pouvait veiller à leur éducation. Malgré la juste renommée qu'il avait conquise en quinze ans d'exercice, malgré les témoignages de reconnaissance et d'affection de ses clients qui ont longtemps gardé son souvenir, il se décida à quitter la Corrèze, et à venir, à l'âge de 38 ans, se fixer à Paris et affronter à nouveau les déboires et les difficultés des premières années de la pratique médicale; mais ainsi il pouvait donner à ses fils l'instruction qu'il rêvait pour eux, tout en les maintenant sous sa sage vigilance paternelle.

L'honnêteté professionnelle absolue, la sûreté de ses relations jointes à une grande rectitude de jugement, à des connaissances scientifiques soigneusement cultivées, telles devaient être ses armes de succès.

C'est après quelques années de séjour à Paris qu'il entrait dans notre Société en 1869. Son travail de candidature nous donne la mesure de son tact de praticien; ce sont trois observations de plaies artérielles, avec hémorrhagies secondaires, et guéries par la compression directe dans la plaie, combinée avec la flexion forcée du membre et la compression digitale, indirecte, intermittente; application judicieuse aux plaies artérielles du traitement des anévrysmes. Ce mémoire a fait l'objet d'un rapport intéressant de M. Boinet. En 1872, notre Société a encore dû à Delpeuch l'initiative d'une discussion importante sur la valeur comparée du vaccin humain et du vaccin de génisse. Il avait été longtemps assidu aux séances; mais, dans les dernières années, le soin de sa santé, qu'il ressentait ébranlée, les nécessités de la clientèle, le souci d'assurer le sort de sa famille ne lui permettaient plus de venir à notre local de la rue de l'Abbaye; mais il tenait à rester membre de notre Société.

En 1870-1871, pendant le siège, il fit son devoir, il avait chez lui des officiers blessés; il était attaché aux ambulances municipales du IIe arrondissement et à l'ambulance des Arts-et-Métiers; il s'y dépensa, sans demander d'autre récompense que l'honneur d'avoir été à la peine.

Comme homme privé, Delpeuch a été avant tout un chef de famille. S'il est venu à Paris, c'est pour conserver ses fils auprès de lui; il n'avait voulu se décharger sur personne du soin de leur éducation; tout en cherchant à les pousser plus avant qu'il n'avait pu aller lui-même, il leur apprenait, par son exemple de tous les jours, à devenir ce qu'il était lui-même, un homme droit, un bon citoyen. Il a eu la satisfaction de les voir tous trois débuter brillamment dans les carrières qu'ils s'étaient choisies.

Républicain ardent et convaincu, esprit pénétré d'opinions philosophiques arrêtées, mais associées à une tolérance éclairée et au respect de toute conviction sincère, Delpeuch a mis toute sa vie d'accord avec ses principes. Il est mort encore jeune, luissant derrière lui, j'en atteste le témoignage unanime que j'ai pu recueillir auprès de sa famille, de ses amis, de ses clients, laissant derrière lui, dis-je, le souvenir d'un médecin éclairé et surtout d'un homme de bien.

Je viens d'essayer de vous retracer fidèlement et succinctement les travaux de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler. En les comparant à ceux que renferment nos *Bulletins* des années précédentes, nous pouvons dire, sans vanité, qu'ils les égalent en importance et que la Société de médecine de Paris a maintenu son rang scientifique.

Toutefois, permettez-moi de dire qu'il y a des années où ils ont été plus nombreux, où les discussions ont été plus suivies. Une Société, pas plus qu'un individu ne peut prospérer en s'endormant sur ses lauriers et, parlant ici à titre tout à fait impersonnel, je me permets de faire appel au concours de tous nos collègues, pour leur demander des ordres du jour bien remplis.

La publicité des travaux portés à sa tribune sont le principal élément de vitalité pour une Société. Vous pouvez être persuadés que votre Secrétaire général se consacrera à la rendre la plus complète et la plus prompte possible. Vous êtes appelés aujourd'hui à ratifier les nouvelles conventions passées avec l'*Union médicale*, qui demeure notre organe officiel, et avec le *Compte rendu général des Sociétés savantes*; si vous les approuvez, vos procès-verbaux et les conclusions des mémoires lus devant vous seront publiés dans la quinzaine, les travaux originaux dans un délai qui ne pourra dépasser trois mois.

Espérons voir ces mesures éveiller le zèle des travailleurs, de vous tous, messieurs, et fidèles aux habitudes laborieuses qui sont de tradition dans notre compagnie, à l'esprit qui l'a toujours animé de liberté scientifique et d'égalité confraternelle, nous contituerons à maintenir le vieux renom de la Société de médecine de Paris.

VARIÉTÉS

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMEMT DE LA SEINE.

L'Association des médecins du département de la Seine a tenu, dimanche 27 avril 1884, son assemblée générale annuelle dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Béclard.

M. le président a prononcé, au début de la séance, l'allocution suivante :

Messieurs,

Je laisse à notre secrétaire, M. Barth, le soin, dont il s'acquitte si bien, de vous rendre compte de la situation de notre œuvre, et de vous dire ce que nous avons fait pendant le cours de l'année qui vient de s'écouler.

Je voudrais seulement vous rappeler, et bien marquer, en quelques mots, le caractère de notre Association de prévoyance.

Certes, il ne manque pas de sociétés d'assurances qui comptent leurs membres participants par centaines de mille, et leurs capitaux par centaines de millions, ainsi qu'on en voit, par exemple, quelques-unes de l'autre côté de l'Atlantique. Nous pouvons, en nous adressant à elles, ménager à nous-mêmes, et aux êtres qui nous sont chers, à nos femmes et à nos enfants, un refuge certain contre les coups du sort. Il y a plus, nous pouvons même leur assurer ainsi une fortune. Mais ces avantages, si désirables, et que tous ceux qui le peuvent auraient grand tort de laisser échapper, ces avantages sont en proportion des sacrifices que nous nous serons imposés durant les longues années d'une existence heureuse.

Parmi nous, Messieurs, rien de semblable. Avec l'offrande la plus modique, avec une cotisation annuelle de 20 francs, c'est-à-dire avec une épargne insignifiante de moins de 2 francs par mois, cette cotisation n'eût-elle été versée qu'un très petit nombre d'années, nous assurons à la souffrance, à la maladie, aux infortunes imméritées des membres de notre Association, une assistance efficace, et qui n'a souvent d'autre terme que celui de leur existence. Je me trompe : si notre infortuné confrère ne résiste pas à ces douloureuses épreuves, la famille de celui qui n'est plus devient la nôtre et notre œuvre d'assistance continue.

On dit, Messieurs, et on répète que nous sommes incapables de rien créer par notre initiative privée. Donnons un démenti à ces décourageantes paroles. Nous le pouvons facilement, et sans grand effort. Notre Association, qui depuis plus de cinquante ans a déjà fait tant de bien, il dépend de nous de la rendre plus secourable encore. Que chaque membre de l'Association prenne avec sa conscience l'engagement d'amener un adhérent, un seul, à notre œuvre, dans le cours de la présente année. Que chacun de nous réclame, et conserve sur lui, une de ces lettres d'admission que M. le secrétaire tient à la disposition de tous. Il y aura bien un jour ou une heure où quelque confrère, témoin des luttes cruelles que soutiennent contre la misère quelques-uns des déshérités de la profession, sera heureux d'y apposer sa signature et de se joindre à nous.

©BIU Santé

Il ne faut jamais l'oublier, dans quelque situation que nous soyons placé, l'action personnelle ne suffit à personne. Tous tant que nous sommes, et je pourrais citer ici de lamentables exemples, nous ignorons ce que l'avenir incertain nous réserve.

Unissons-nous donc, pour les autres, et pour nous-mêmes. Si nous ne devons jamais connaître les mauvais jours, ménageons-nous du moins l'une des plus grandes jouissances que nous puissions goûter : le plaisir de consoler les autres.

M. Barth, secrétaire général adjoint, a donné lecture du rapport sur la situation de l'œuvre pendant le cours de l'année 1883. On a procédé ensuite à l'élection des membres du bureau pour l'année 1884. Ont été élus :

Président, M. Béclard; — *vice-présidents*, MM. Richet et Blanche; — *secrétaire général*, M. Louis Orfila.

FORMULAIRE

Poudre contre les polypes de l'oreille. — J. Gruber.

Alun calciné pulv.	5 grammes.
Sulfate de zinc pulv.	5 —

Mêlez. — Quand on vient d'extirper un polype du conduit auditif, on charge un pinceau de cette poudre, et on la porte directement sur la racine du polype, pour la cautériser légèrement, faciliter la cicatrisation et prévenir les récidives. — N. G.

COURRIER

Faculté des sciences de Montpellier. — M. J.-L. Tempié vient de faire don à la Faculté des sciences de Montpellier d'une somme de 10,000 francs pour la fondation d'un prix annuel qui portera le nom du donataire. Ce prix sera décerné, sous forme d'instruments de travail et de livres à celui des candidats à la licence ès sciences naturelles, — élève de ladite Faculté, — qui aura passé les meilleurs examens dans le cours de l'année, pourvu qu'il ait obtenu la note minimum *assez bien* pour l'ensemble des épreuves.

Dans le cas où le prix ne serait pas décerné, les arrérages disponibles seront convertis en une rente qui augmentera la valeur du prix pour les années suivantes.

L'épidémie de fièvre typhoïde a Genève. — Le fait dominant du mois de mars a été le développement rapide et intense, puis la diminution, de l'épidémie de fièvre typhoïde qui s'était déclarée à Genève vers le milieu de février, et qui a atteint son maximum dès le 10 mars avec 65 cas déclarés dans les 24 heures. La diminution s'est produite immédiatement après. Elle s'est tellement soutenue et prononcée, que, dans les trois dernières journées de mars, l'épidémie était déjà réduite de plus des cinq sixièmes, avec une dizaine seulement de cas nouveaux par 24 heures. Cette diminution continue de même depuis le commencement du mois d'avril.

Une enquête, remontant jusqu'au 1er janvier et commencée dès le début de l'épidémie, a permis d'en connaître exactement la marche.

Chaque semaine, tous les médecins pratiquant dans le canton de Genève ont eu l'obligeance d'envoyer l'indication des cas nouveaux qu'ils avaient observés pendant la semaine précédente. Ils ont droit à la reconnaissance publique, car cette enquête générale a déjà donné des résultats précieux pour l'étiologie et la prophylaxie.

Six ou sept cas seulement de la maladie se sont produits dans le reste du canton. Tous les autres ont éclaté au sein de l'agglomération genevoise urbaine et suburbaine, et essentiellement dans le périmètre des quartiers où se distribue l'eau que la machine hydraulique puise dans le port, accidentellement souillé par des égouts de la banlieue, pour lesquels on construit en ce moment un grand collecteur qui les déversera en aval de la ville.

La conduite d'alimentation de la machine va être immédiatement prolongée jusqu'en amont du port, de sorte que l'eau potable, puisée dans le lac même, sera pure et à l'abri de toute contamination. (*Revue médicale de la Suisse romande.*)

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Alfred Fournier : Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux. — II. Lettres d'Orient. — III. Bibliothèque. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Bulletin des décès de la Ville de Paris. — VI. Courrier.

Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux (1).

Leçons professées, à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Alfred Fournier.

J'arrive maintenant à la question majeure, à la question pratique, qui se pose de la façon suivante :

Que produit en l'espèce le traitement spécifique? Qu'avons-nous à en espérer dans cet ordre de syphilis cérébrales dont l'épilepsie constitue le premier stade ou qui conservent la forme épileptique pour un temps plus ou moins long?

Tout ou rien, suivant les cas. Il est des cas, en effet, où ce traitement fait merveille, comme il en est d'autres où il ne fournit que des résultats incomplets, provisoires, voire absolument négatifs quelquefois.

Deux conditions majeures président ici au succès ou à l'insuccès de la médication, à savoir : 1° intervention précoce ou tardive du traitement spécifique; — 2° caractère exclusivement épileptique des manifestations, ou coexistence avec l'épilepsie d'autres symptômes cérébraux graves. — Je m'explique.

Si le traitement intervient *de bonne heure*, à une période où l'épilepsie existe *seule*, ou bien encore à une période où elle ne coexiste encore qu'*avec d'autres symptômes cérébraux superficiels et légers*, il y a toutes chances de succès. Je dirai même qu'en de telles conditions le succès est *presque* certain; car, de toutes les formes dont est susceptible la syphilis du cerveau, la forme épileptique est sûrement celle qui, chez l'enfant comme chez l'adulte, se montre la plus accessible à l'influence du traitement spécifique, celle qui guérit le plus facilement et le mieux.

Rappelez-vous comme exemple une des observations que je vous ai relatées précédemment. Le succès immédiat, complet et définitif, que j'eus le bonheur d'obtenir en ce cas ne saurait laisser de doutes ni sur la nature de la maladie ni sur l'efficacité du remède. Eh bien, ce succès, je n'hésite pas en l'espèce à le rapporter aux deux circonstances que voici : 1° j'ai pu agir dès la première semaine où s'étaient manifestés les accidents épileptiques; — 2° les troubles cérébraux qui compliquaient l'épilepsie, bien que nets et formels, n'avaient encore atteint qu'un léger degré d'intensité.

Inversement, êtes-vous appelés à intervenir dans une période où les accidents épileptiques, d'une part, sont déjà anciens, d'autre part et surtout coexistent avec d'autres troubles cérébraux graves, attestant des lésions cérébrales sinon accomplies, du moins en voie d'évolution plus ou moins avancée, alors vous êtes condamnés à un insuccès presque fatal. Nul espoir ou bien peu d'espoir à conserver en pareil cas. Ou votre traitement n'aboutira qu'à ralentir le cours de la maladie, à dissiper, à atténuer provisoirement quelques phénomènes, ou bien même il ne produira rien. C'est là ce qui m'est arrivé dans le dernier cas dont je vous entretenais à l'instant. Mandé près de la petite malade à une époque où l'épilepsie datait déjà de sept mois et s'était compliquée d'un affaissement notable de l'intelligence, avec parésie musculaire générale, troubles sensoriels multiples, embarras de la parole, etc., je jugeai d'emblée la partie perdue. Vainement j'instituai un traitement mixte des plus intenses, sur lequel j'insistai

(1) Suite. — Voir le numéro des 29 avril, 1er et 6 mai 1884.

©BIU Santé

longtemps, peut-être même au delà du nécessaire ; tous mes efforts restèrent sans résultats.

A coup sûr, la condition défavorable par excellence au succès du traitement, dans l'ordre de cas qui nous occupe, se trouve réalisée l'association aux phénomènes épileptiques d'autres symptômes affectant l'intellect, le mouvement, les sens. Une épilepsie compliquée de troubles psychiques, de parésies ou de paralysies, d'amblyopie, de cophose, d'embarras de la parole, etc., doit être considérée comme à peu près incurable; ou, pour mieux dire, la syphilis cérébrale qui s'atteste déjà par un tel ensemble de phénomènes graves, est bien près d'avoir dépassé les ressources de l'art.

Bien que constituant une condition de même ordre, l'ancienneté des crises épileptiques ne comporte pas cependant — tant s'en faut — un pronostic également fâcheux. Une épilepsie qui date de quelques mois, d'un an ou plus, est encore susceptible de guérison, pourvu qu'elle ne soit pas compliquée d'autres symptômes cérébraux importants.

A ce point de vue, même, on a cité des cas étonnants, qui sont encore peu connus et que j'ai le devoir de signaler à votre attention. On a vu des épilepsies spécifiques, qui remontaient à *plusieurs années* et qui jusqu'alors s'étaient montrées rebelles à tout remède, être guéries, absolument guéries par le traitement spécifique.

C'est ainsi que Ripoll, dans un cas auquel j'ai déjà fait allusion précédemment, guérit par l'iodure de potassium et le mercure un jeune homme hérédo-syphilitique affecté d'épilepsie *depuis dix ans*.

Althaus a relaté un fait de même genre se résumant en ceci :

Un enfant de 9 ans lui est amené comme épileptique. Il a eu ses premières crises, dit-on, à l'époque où il faisait ses dents. Ces crises ont alors duré six mois. Puis elles ont cessé, pour reparaître vers l'âge de 2 ans, et elles ont toujours persisté depuis lors. Elles sont même devenues plus intenses et plus fréquentes depuis un certain temps. Ce sont de vrais accès de grand mal, avec aura, perte de connaissance, convulsions violentes, écume à la bouche, morsure de la langue, miction involontaire, sommeil terminal, etc. L'enfant est arrivé à ne plus passer une semaine sans attaques. En général, il en a quatre ou cinq dans une journée, quelquefois jusqu'à sept, après quoi se fait un répit d'un à deux jours. Cependant, son intelligence s'est conservée et reste « d'une bonne moyenne ». Ce n'est que récemment qu'il a éprouvé un certain affaiblissement de la mémoire. — Santé du reste absolument bonne, à part un certain degré d'anémie.

Dans l'ignorance où l'on était d'abord des antécédents spécifiques de la famille, on commence par soumettre l'enfant à toute une série de traitements d usage habituel contre l'épilepsie (bromure de potassium, belladone, arsenic, etc.) et l'on continue ainsi pendant sept mois. Nulle amélioration ne se produit (remarquez bien cela, Messieurs, je vous prie). Tout au contraire. Les accès continuent, et l'intelligence commence à péricliter.

A ce moment, la mère de l'enfant vient réclamer pour elle-même une consultation, à propos d'une lésion ulcéreuse du pied, lésion qui est reconnue d'ordre manifestement syphilitique. On s'informe alors, on établit une enquête, et l'on apprend que le père a eu la syphilis il y a quinze ans, qu'il en a éprouvé toute une série d'accidents, et qu'actuellement encore il est affecté de manifestations spécifiques.

Sur ces données nouvelles, on modifie la médication suivie jusqu'alors, et l'on soumet l'enfant à l'usage de l'iodure de potassium. Dès les trois premières semaines de ce traitement, les crises convulsives deviennent moins intenses et moins fréquentes. La semaine suivante, une seule attaque se produit. Au delà, suspension absolue des crises; et, quatre mois plus tard, l'enfant sort de l'asile en bon état.

Ainsi, voilà deux cas où des épilepsies spécifiques d'origine héréditaire, datant l'une de *sept ans* et l'autre de *dix ans*, ont été guéries par le traitement spécifique.

Quel enseignement comportent de tels exemples! Et quelles ressources offre de la sorte le traitement spécifique aux malades qui pourraient avoir *le bonheur* de devoir leur épilepsie à une infection syphilitique héréditaire!

Quoi qu'il en soit de ce dernier ordre de cas — d'ailleurs le plus rare, je n'ai pas besoin de le dire, — il ne reste pas moins certain que l'intervention rapide du traitement constitue en l'espèce la sauvegarde par excellence, le meilleur et le plus sûr élément de succès. Arriver à temps, tout est là. Conséquemment, le point essentiel pour la pratique, c'est d'instituer de bonne heure le diagnostic vrai des accidents, c'est de *dépister la syphilis cérébrale sous le masque de cette pseudo-épilepsie* qui lui sert d'exorde, et de la combattre par le seul ordre de remèdes qui lui soit applicable.

Comment et sur quelles bases instituer ce diagnostic? Cela me reste à préciser.

Le problème pratique se pose de la façon suivante : Voici un enfant, un adolescent, un jeune homme qui vient d'être pris d'accidents épileptiques ou même qui en est affecté depuis un certain temps. Est-il quelque raison pour que de tels accidents puissent dériver d'une influence syphilitique héréditaire?

A l'avance vous avez compris que la solution du problème est contenue *exclusivement* dans la notion des antécédents du malade ou de sa famille. Car cette solution, où la chercher, si ce n'est là? La clinique elle-même n'apprend rien en pareille occurrence, remarquez-le bien, parce qu'elle est impuissante à établir la spécificité d'une épilepsie syphilitique, aussi bien que d'une hémiplégie, d'une paralysie, d'une ataxie de même origine. Entre une épilepsie syphilitique et une épilepsie symptomatique de toute autre cause, quel diagnostic différentiel vous fournira jamais l'examen le plus minutieux des symptômes morbides?

Je le répète et ne saurais assez le répéter, il n'est en l'espèce qu'une considération de nature à établir une relation possible entre l'épilepsie et la syphilis : c'est la constatation de la syphilis sur le malade ou sur ses ascendants.

A part cela, nous ne disposons d'aucun autre élément pour instituer le diagnostic en question.

Donc, c'est à la recherche des antécédents de syphilis que doivent tendre ici tous nos efforts. Oui ou non, la syphilis existe-t-elle chez le malade ou chez ses ascendants? Voilà le point capital à élucider. Et comment l'élucider? Par une enquête sur le passé morbide, par cette enquête rétrospective et spéciale dont je vous ai déjà si souvent parlé.

Quelques détails à ce sujet.

Tout naturellement l'enquête portera d'abord sur le malade. Vous rechercherez sur lui la syphilis, et cela soit dans le présent, soit dans le passé. Vous la rechercherez sur sa peau, ses muqueuses, ses os, ses yeux, ses oreilles, ses dents, etc., etc., partout en un mot où elle a l'habitude de laisser traces de son passage. Ce sera ici le cas ou jamais de passer en revue tous les différents signes que je vous ai signalés au début de cette étude comme particulièrement propres à révéler un état de syphilis héréditaire.

S'il résulte de cet examen que la syphilis figure d'une façon bien certaine dans les antécédents du malade, tout est dit. Vous savez ce que vous vouliez savoir. Il ne vous reste plus qu'à agir en conséquence.

Mais supposons l'alternative inverse. Votre examen ne vous a rien révélé qui ait trait à la syphilis. Vous contenterez-vous de ce résultat négatif, sans plus ample informé? Ce serait là une faute grave, qu'à coup sûr vous

©BIU Santé

ne commettrez pas, pénétrés que vous êtes de cette double vérité, à savoir : 1° qu'un sujet peut être affecté de syphilis héréditaire sans rien présenter de syphilitique sur sa personne non plus que dans ses antécédents; — 2° et qu'en pareil cas l'examen des parents peut vous apprendre ce que ne vous aura pas appris l'examen de leur enfant. Donc vous poursuivrez votre enquête en recherchant la syphilis *sur les parents*. Cela est, en l'espèce, d'obligation formelle, absolue.

A ce propos, voulez-vous un exemple pris sur nature des services qu'est appelée à rendre, dans les cas de ce genre, l'enquête sur les parents? Je n'aurai qu'à l'emprunter à l'intéressante observation dont je vous entretenais tout à l'heure. Althaus reçoit dans son service un enfant qu'on lui amène comme épileptique et qui présente, en effet, de fréquents accès de grand mal. Ne trouvant rien de spécifique dans les antécédents et l'état actuel de ce petit malade, il le soumet tout d'abord au traitement usuel de l'épilepsie vulgaire, et cela sans le moindre succès. Mais voici que, sept mois plus tard, on découvre la syphilis sur la mère de cet enfant ; et l'on apprend de plus que le père, syphilitique avant son mariage, est encore actuellement sous le coup d'accidents spécifiques. Sur cette donnée nouvelle, un modifie la médication ; on prescrit l'iodure de potassium à l'enfant, et les crises convulsives se suspendent, et cette pseudo-épilepsie se trouve rapidement guérie! — Quoi de plus démonstratif?

Et ce n'est pas tout encore. Car il est des cas où, pour aboutir à bonne fin, l'enquête devra porter sur les *collatéraux directs* du malade, c'est-à-dire sur ses frères et sœurs. Et cela pour la très simple raison qu'on peut trouver sur ces autres enfants ce qu'on n'a pas trouvé sur l'un d'eux, non plus que sur leurs ascendants.

Je vous le disais à l'instant, un sujet hérédo-syphilitique peut ne porter sur sa personne aucun signe de la diathèse qu'il a reçue de ses parents. D'autre part, l'enquête reste souvent négative en ce qui concerne la famille, soit que les parents n'existent plus, ou qu'ils soient éloignés, ou qu'ils ne fournissent — chose fréquente — que des renseignements insuffisants. Cunséquemment, dans les cas de ce genre, on sera trop heureux, s'il existe d'autres enfants de la même famille, d'avoir recours à eux pour parfaire une enquête incomplète. Et l'expérience apprend qu'en pareille occurrence ce supplément d'instruction, si je puis ainsi parler, a fourni plus d'une fois les révélations les plus catégoriques, les plus démonstratives.

« Un fait remarquable, dit H. Jackson, est que, dans une famille syphilitique, certains enfants ne présentent rien qui puisse éveiller le soupçon d'une hérédité syphilitique, et que d'autres au contraire offrent des signes très accentués de syphilis héréditaire... Un jour, on m'amena un enfant épileptique. Je l'examinai et ne trouvai rien autre à diagnostiquer sur lui qu'une épilepsie essentielle. Puis, à quelque temps de là, j'eus l'occasion de voir la sœur cadette de mon petit malade, et je découvris sur elle des dents syphilitiques, des cicatrices péribuccales, des cornées nuageuses, etc. De tels symptômes, attestant une hérédité syphilitique bien manifeste sur cette dernière enfant, me conduisirent très légitimement à rattacher l'épilepsie de son frère à une cause de même ordre.

« Aussi bien, ajoute comme conclusion notre éminent collègue, une règle absolue de pratique s'impose-t-elle au médecin qui est consulté pour un enfant épileptique; c'est d'*examiner les frères* et *les sœurs de cet enfant*, en vue de rechercher sur eux ce qui pourrait faire défaut sur lui, à savoir des signes de syphilis héréditaire. »

Tout cela, en somme, revient à dire qu'il faut rechercher les traces de la syphilis partout où il peut y avoir chance de les trouver. C'est qu'en effet le diagnostic en cause est non moins difficile qu'important. Nombreuses sont les erreurs, nombreux sont les mécomptes en pareille matière. Il faut avoir procédé personnellement à des enquêtes de ce genre pour en con-

naître les écueils, les incertitudes, les obscurités, pour savoir combien il est fréquent de se heurter à l'ignorance, à l'indifférence, à la dissimulation, au mensonge, etc. On ne saurait croire ce qu'il y a de par le monde de syphilis ignorées ou oubliées, sans même parler de celles que les intéresssés couvrent d'un voile impénétrable. Exemple typique du genre, entre tant d'autres que j'aurais à citer: Une petite fille de 12 ans est prise d'accès épileptiformes. On soupçonne, d'après divers signes, que cette enfant doit son épilepsie à une infection syphilitique héréditaire. Le père interrogé renie tout antécédent suspect, et, à quelque temps de là, il succombe à une syphilis cérébrale, dûment constatée à l'autopsie (1)!

Il est indispensable, vous le concevez de reste, de soustraire l'enquête à de tels risques d'erreur. Et c'est pour cela que nous la voulons aussi complète, aussi minutieuse, aussi approfondie que possible; c'est pour cela qu'au besoin nous la voulons *générale*, c'est-à-dire étendue à tous ceux qu'elle peut atteindre.

Cette enquête, en effet, Messieurs, c'est en l'espèce notre critérium diagnostique par excellence; et c'est elle, elle seule, qui peut faire la lumière en nombre de cas difficiles ou obscurs, tels que ceux notamment où il s'agit d'élucider la genèse et la nature d'accidents épileptiques.

(*A suivre.*)

(1) H. Jackson, *St Andrews medical Graduates' Association, Transactions*, 1867, p. 159.

Lettres d'Orient

L'ÉPIDÉMIE DE PESTE DE BÉDRA.

Péra, 6 mai 1884.

A cette date, M. le docteur Stékoulis, notre honoré correspondant de Constantinople, nous transmet les premiers renseignements et les premiers documents officiels sur l'épidémie actuelle de peste bubonique à Bédra, épidémie dont nous faisions connaître l'apparition dans le numéro de jeudi dernier.

« Bédra, village situé sur une rivière du même nom, qui est un affluent du Tigre, se « trouve dans une plaine limitée d'un côté par ce fleuve et la frontière turco-persane et « de l'autre, par Hannéguine-Mendeli, Bagdad et le Chot-el-Arab, c'est-à-dire en Irak-« Arabie.

« Ainsi que notre éminent confrère l'a écrit dernièrement, dans l'article PESTE du *Dic-« tionnaire encyclopédique*, cette maladie est endémique dans ces parages, et cette endé-« micité s'étend dans la zone comprise depuis Astrakhan, sur la mer Caspienne, jusques « et y compris l'Irak-Arabie. Cette contrée, et notamment le Kurdistan persan, est « éprouvée presque chaque année par de petites épidémies locales de peste bubonique « qui, trop souvent en Perse, passent inaperçues; quand elles restent localisées, elles « s'éteignent alors sur place.

« Parfois cependant ces épidémies sont violentes et causent de grands ravages; « témoin celle de 1880, qui a fait plus de 5,000 victimes en Mésopotamie.

« L'épidémie actuelle est-elle due à une importation de la Perse, et en particulier de « Saouk-Boulak, localité (1) où la peste sévissait dans les premiers mois de 1883; « ou bien est-elle due à des causes locales auxquelles se joindrait une grande inonda-« tion par le débordement des rivières d'Irak-Arabie? Je ne saurais pour le moment « exprimer mon opinion à ce sujet.

« En tout cas, à l'heure actuelle, la peste sévit non seulement à Bédra, mais à Men-« deli, localité située au nord de la première, ainsi que sur quelques tribus de nomades « errant dans cette plaine.

« A la première nouvelle de l'épidémie, on a établi un cordon sanitaire autour des « localités infectées et on a expédié des secours médicaux. Il y a donc lieu d'espérer

(1) *L'Union médicale* a donné, à cette époque, des renseignements sur l'épidémie de Saouk-Boulak. — C. L. D.

©BIU Santé

« que le fléau va s'éteindre sur place, soit en raison même de son endémicité, soit par « le fait des mesures préventives.

« Malgré ces efforts, un temps assez considérable s'écoulera avant la fin de l'épidémie. « Il y aurait donc lieu pour le gouvernement français d'envoyer une mission scientifique « en Irak-Arabie. Ce serait, à coup sûr, pour la science française et pour votre illustre « compatriote, M. Pasteur, une nouvelle moisson de gloire à recueillir; ce serait, de plus, « une œuvre humanitaire tout à l'honneur de ses grandes découvertes et de votre géné- « reuse nation. »

STÉKOULIS.

Nous empruntons aux télégrammes des offices sanitaires d'Orient les premiers détails sur le début de cette épidémie.

Par un télégramme du 27 avril, à neuf heures du matin, le kiatib Salik-Effendi transmettait de Bagdad à Constantinople un extrait du rapport du docteur Saad, signalant le foyer d'origine de l'épidémie au moulin nommé Hadji-Hussein, localité située à cinq minutes de Bédra. Ce médecin avait, dans sa première visite, observé 30 malades dont les deux tiers étaient des femmes. Chez tous, l'invasion survenait, en pleine santé, par des maux de tête, de la lassitude, de la fièvre, et des bubons axillaires ou inguinaux.

Chez une jeune fille on observait un bubon au pli du coude du bras droit, et chez deux enfants à la région sous-maxillaire: « Plusieurs de ces pauvres malades étaient couchés « à plate terre, se roulant de temps en temps en délire; d'autres n'avaient pas perdu « connaissance et répondaient promptement à toute demande. La mortalité, à Bédra « seulement, est en ce moment de 4 à 5 décès par jour. Quand le ciel est couvert de « nuages et qu'il souffle un vent d'est, l'épidémie augmente. »

Dans les environs, le docteur Saad a observé un cas de peste dans la tribu arabe de Daïm: 4 au village de Djessan et 2 chez les Arabes Wmechat, entre Djessan et Bédra. Djessan est sur un plateau « entouré d'un fossé de 25 mètres de largeur, dont l'eau « stagnante qui sert à boire est tout à fait verte. Les rues y sont pleines d'immon- « dices. »

Enfin, à Zorbatia, 2 habitants de Bréda étaient malades.

Le 1er mai, à neuf heures du matin, un autre télégramme de Bagdad signalait 2 décès à Mendeli, celui d'un homme (bubon mammaire), et celui d'une femme (bubon sous-maxillaire). En réponse, le gouvernement ottoman prescrivait télégraphiquement l'envoi, à Mendeli, des docteurs Saad et Lubiez, ainsi que l'isolement de Bédra et Djessan par les troupes cantonnées à Zorbatia.

Aux dernières nouvelles (2 mai), le kiatib Salik-Effendi annonçait que, la ligne de Kout étant coupée par une inondation, on avait dû transmettre ces ordres aux deux médecins sanitaires au moyen de courriers directs. Ces courriers, mettant au moins huit jours pour l'aller et le retour, il en résulte des retards dans la réception des informations. Enfin, par une dépêche du 1er mai, le docteur Arnaud annonçait à l'Office de Constantinople que le Conseil sanitaire d'Alexandrie venait d'imposer une quarantaine d'observation de vingt-quatre heures aux provenances de Bassorah, et de prohiber l'importation des vieux effets et des chiffons.

BIBLIOTHÈQUE

DE LA PHLÉBITE RHUMATISMALE, par le docteur Stanislas SCHMITT. — Paris, 1884. Delahaye et Lecrosnier.

Sous le nom de phlébite rhumatismale, l'auteur désigne l'ensemble des déterminations veineuses survenues à l'occasion du rhumatisme vrai. Depuis la thèse de Marcel Lelong, en 1869, aucune étude complète n'avait été faite sur cette maladie. On en publiait bien de temps en temps de rares observations, mais la question méritait d'être reprise. Si le travail de M. Schmitt ne donne pas la solution définitive de ce problème pathologique, il contribuera beaucoup à la rendre plus facile.

M. Schmitt considère deux formes de localisations du rhumatisme sur les veines. L'endophlébite, plus fréquente dans le rhumatisme articulaire aigu, et la thrombose, accident du déclin ou de la convalescence du rhumatisme articulaire aigu, ou incident pendant le cours du rhumatisme articulaire subaigu. Plus fréquente aux membres inférieurs, la phlébite rhumatismale débute dans le cours des manifestations rhumatismales, ou alterne avec elles, suit une marche centripète, de bas en haut aux extrémités inférieures, c'est-à-dire de l'extrémité du membre vers sa racine. Cette marche n'est pas

continue ; il existe des périodes d'accalmies alternant avec des poussées aiguës, aussi la durée habituelle de la maladie est longue et doit être évaluée à deux mois.

L'oblitération vasculaire permanente, ou bien la mort par embolie, en sont parfois la terminaison ; mais le plus souvent celle-ci est moins défavorable, bien que l'induration veineuse ou l'œdème persistent souvent pendant longtemps.

Une question importante était celle du diagnostic différentiel de la phlébite rhumatismale et de la *phlegmatia alba dolens*. Contrairement à l'opinion de M. Troisier, le diagnostic, d'après M. Schmitt, serait possible, parce que la douleur de la phlébite rhumatismale est vive, que son œdème est moins considérable et a une marche centripète. De plus, la coloration blanc rosé de la peau diffère de l'aspect cadavérique des téguments dans les régions où siège la *phlegmatia*.

Ce mémoire fixe donc un point intéressant de la pathologie du rhumatisme ; il témoigne à la fois de l'activité laborieuse de son auteur et de l'esprit clinique de notre estimé et nouveau confrère. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mai 1884. – Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : De la gravité du pronostic des opérations chez les diabétiques ; discussion. — De l'oblitération d'une des narines produite par la saillie de l'extrémité antérieure du vomer, et du moyen d'y remédier par une opération ; discussion.

M. Verneuil communique l'observation suivante : *Epithélioma buccal ; glycosurie reconnue à l'avance et rapidement dissipée par le traitement ; opération ; point d'accidents traumatiques locaux ni généraux ; mort 75 heures après par pneumonie et coma diabétiques.*

Le sujet de cette observation est un ancien manufacturier du département du Nord, âgé de 62 ans, qui vint consulter M. Verneuil en février dernier, pour un épithélioma du voile du palais avec adénopathie sous-maxillaire. Homme de bonne mine et de robuste constitution, ayant de l'embonpoint sans obésité, il affirme n'avoir jamais été malade, et, de fait, l'examen le plus attentif et l'interrogatoire le plus minutieux ne font soupçonner ni découvrir en lui aucune tare organique sérieuse. Il ignore à quelle époque a débuté l'épithélioma buccal.

Vaincu par les douleurs qui avaient beaucoup augmenté dans les derniers temps, le malade réclame avec instance une opération qu'on avait déclarée indispensable.

M. Verneuil ayant remarqué la coïncidence du diabète et des épithéliomas buccaux, prenant en considération le mauvais état des dents et, enfin, pour se conformer à son habitude invariable, fit procéder avant l'opération à l'examen des urines ; on y trouva plus de 100 grammes de sucre par litre !

L'opération fut ajournée naturellement ; le malade fut soumis à l'usage de l'eau de Vichy, source de la Grande-Grille, au régime alimentaire antidiabétique et au bromure de potassium à la dose de 4 grammes par jour. On calmait les douleurs par les injections de morphine sur les parties latérales du cou. L'effet du traitement fut prompt et décisif. Du 25 février au 9 mars, le sucre diminua sans interruption, de sorte que le 10, on n'en trouvait plus trace. Cependant l'urée, l'acide urique et les phosphates demeuraient en quantité normale ce qui indiquait qu'il n'y avait pas eu substitution d'un diabète à l'autre.

Le 15 mars, M. Verneuil pratiqua l'ablation de la tumeur. La perte de sang fut à peu près nulle et rien n'en pénétra dans les voies digestives ni dans les voies aériennes.

L'opération terminée et quelques artérioles de la muqueuse buccale étant liées, M. Verneuil fit quelques points de suture métallique. L'hémostase primitive avait été bien complète ; mais deux heures après, survint une *hémorrhagie secondaire précoce*, accident que M. Verneuil a signalé plusieurs fois et qu'il attribue à l'influence de la dyscrasie glycosurique. Le suintement sanguin provenant de la cavité buccale fut arrêté non sans quelque peine à l'aide des injections froides et de la glace introduite dans le vestibule buccal ; il s'écoula environ 250 grammes de sang. Température du soir 37°8 ; pouls à 84.

Le lendemain 16 mars, l'hémorrhagie n'a pas reparu ; le malade a dormi quelques

©BIU Santé

heures et ne se plaint que d'une soif qu'il ne peut satisfaire à cause de la gêne de la déglutition ; il ingère pourtant avec son biberon du bouillon, du lait, de l'eau rougie et du grog. Continuation du bromure de potassium à la dose de 3 grammes.

Dans l'après-midi apparaissent quelques symptômes thoraciques : toux, oppression, submatité, râles muqueux à fines bulles ; température 37°9 ; pouls à 84.

Le 17, température 38°6 ; pouls à 100 ; la congestion pulmonaire se prononce, la dyspnée s'accroit, les signes de la pneumonie se déclarent à droite. A 9 heures du soir, température 39°5 ; pouls à 120 ; face congestionnée, dyspnée croissante ; à deux heures du matin agitation extrême, délire ; température 40°5 ; coma, agonie, mort le 18 vers deux heures et demie de l'après-midi.

L'autopsie fut refusée. Du côté de la plaie labio-maxillaire, il n'y eut à aucun moment trace de phlegmon, de suppuration ni de gangrène ; la suture métallique n'avait aucune tendance à diviser les parties étreintes. En un mot, le foyer opératoire était aussi sain que possible ; évidemment là n'était pas le point de départ des accidents.

Les urines, analysées avec soin après l'opération jusqu'à la mort, ne contenaient qu'une quantité en quelque sorte négligeable de sucre. On n'y aurait point fait grande attention, dit M. Verneuil, si on n'avait pas su le malade antérieurement diabétique, et on aurait sans doute attribué son apparition soit au chloroforme, soit à toute autre cause perturbatrice.

Après avoir exposé les réflexions que lui a suggérées cette observation, M. Verneuil termine par les conclusions suivantes :

1° L'étude de la glycosurie et du diabète doit être faite par les chirurgiens pour les besoins de la chirurgie.

2° Au point de vue chirurgical la présence de la glycose dans l'urine, *quelle qu'en soit la proportion*, est toujours un fait sérieux.

3° La disparition du sucre, spontanée ou artificiellement obtenue, ne met point à l'abri des accidents locaux et généraux.

4° Il est donc impossible de compter sur les bons effets des traitements préparatoires, tels au moins que nous les instituons aujourd'hui.

5° Nous ne connaissons ni les causes réelles de la gravité du traumatisme chez les glycosuriques, ni les moyens sûrs d'atténuer cette gravité.

6° Certains diabétiques supportent les blessures accidentelles ou chirurgicales comme des sujets ordinaires, mais d'autres succombent plus ou moins rapidement en dépit de la médication préliminaire et de l'antisepsie la mieux conduite.

7° La mort survient de trois façons différentes : 1° par septicémie consécutive à des complications phlegmoneuses ou gangréneuses nées dans le foyer traumatique lui-même ; 2° par aggravation du diabète ou apparition d'une des complications viscérales qui lui sont propres : pneumonie ou coma ; 3° par développement simultané d'accidents locaux ou de complications viscérales.

8° Nous ignorons la proportion des cas favorables et des cas funestes, mais ceux-ci paraissent assez fréquents pour inspirer aux chirurgiens beaucoup de réserve dans l'action.

9° Les traumas chez les glycosuriques seront naturellement soumis à une antisepsie rigoureuse, mais c'est à la thérapeutique générale qu'il faudra surtout demander l'atténuation de leur pronostic.

M. Desprès croit que la pneumonie à laquelle a succombé le malade de M. Verneuil, a été causée non par le diabète, mais par la respiration des vapeurs brûlantes occasionnées par l'action du thermo-cautère employé dans l'opération. Quant à l'influence du diabète sur les résultats d'une opération, il est loin de lui attribuer la même importance que M. Verneuil. Pour lui cette influence fâcheuse ne se manifeste que chez les malades qui sont arrivés, comme on dit vulgairement, au bout de leur rouleau.

M. Terrier admet, d'après les cas qu'il lui a été donné d'observer, l'extrême gravité du pronostic des opérations pratiquées chez les diabétiques. Les traitements dirigés contre la dyscrasie glycosurique, en particulier l'emploi de l'eau de Vichy, ne doivent pas donner au chirurgien une sécurité complète, car il est exceptionnel de voir, après ces médications, la guérison se faire d'une manière complète. Les malades sont diabétiques, même lorsque le sucre a complètement disparu de l'urine, et la glycose y reparaît souvent sous l'influence des moindres causes.

Quant à l'action des vapeurs brûlantes produites par le thermo-cautère invoquée par M. Desprès pour expliquer la pneumonie, M. Terrier ne saurait l'admettre. Il a vu ces accidents pulmonaires chez une femme opérée par ce procédé d'un polype utérin. D'ailleurs, dans les explosions de grisou, ce n'est pas la pneumonie que l'on observe

chez les mineurs par suite de la respiration des gaz enflammés, ce sont des laryngites, des trachéites et des bronchites des grosses bronches, avec production de fausses membranes sur la muqueuse de ces conduits. Il faut ajouter même que de bons observateurs attribuent, dans ces cas, les accidents pulmonaires non pas à l'action *caustique* du gaz respiré, mais à son influence *toxique*.

M. Verneuil croit devoir rassurer M. Desprès au sujet de l'action du thermo-cautère comme agent producteur de la pneumonie dans les cas d'opérations pratiquées dans la cavité buccale. Il a pratiqué de telles opérations en très grand nombre; or, les vapeurs développées par le thermo-cautère sont si peu brûlantes qu'à 5 ou 6 millimètres du passage du thermo-cautère, la muqueuse ne portait aucune trace de ce passage. Pour lui, la pneumonie, chez son malade, a été la conséquence de la dyscrasie glycosurique, bien qu'il ne se charge pas d'expliquer l'action encore inconnue de cette cause, qui ne se révèle que par ses effets désastreux, contre lesquels il faudrait chercher des moyens plus efficaces que ceux dont on dispose actuellement.

— M. Berger fait une communication relative à l'oblitération d'une des narines produite par la saillie de l'extrémité antérieure du vomer et à un moyen d'y remédier par une opération. Il présente ensuite une jeune malade à laquelle il a pratiqué avec succès cette opération.

L'affection dont il s'agit paraît à M. Berger avoir été méconnue par les auteurs qui ont écrit sur les maladies des fosses nasales. On ne trouve dans leurs descriptions que peu de chose sur le traitement, et rien absolument sur la cause anatomique et les caractères symptomatiques d'une imperfection parfois choquante qui entrave d'une manière notable le fonctionnement des cavités nasales.

La constatation exacte de cette cause anatomique a permis à M. Duplay de préciser le siège de l'obstacle à vaincre et de montrer le point auquel il fallait s'attaquer pour rétablir par une opération la canalisation des narines. C'est à lui que M. Berger doit d'avoir été éclairé sur la nature de cette affection et sur le mode d'intervention auquel il a dû en quelques mois deux très beaux succès.

Il s'agit ici d'une occlusion tout à fait antérieure, siégeant à l'entrée même des cavités nasales.

Lorsqu'on examine un sujet atteint de cette infirmité, on remarque d'abord qu'il respire la bouche entr'ouverte et avec bruit; le nez présente une forme irrégulière; il est camard, incurvé plus ou moins fortement et bombé du côté de la narine oblitérée; la racine paraît plus large et plus aplatie qu'elle n'est d'ordinaire.

De cet ensemble résulte un caractère disgracieux qui ne contribue guère à donner à la physionomie un air d'intelligence.

Sans même employer la lumière artificielle, on peut s'assurer que l'une des narines est bouchée. Chez la jeune fille présentée par M. Berger, l'orifice de la narine gauche était remplacée par une saillie rougeâtre visible à distance.

En examinant avec plus d'attention les narines, on peut constater que l'orifice du côté sain donne accès dans une cavité spacieuse, plus spacieuse même qu'elle ne l'est sur un sujet bien conformé, tandis que, du côté malade, une grosse bosselure partie de la sous-cloison, se prolongeant sur la cloison, arrive au contact de l'aile du nez et ferme complètement l'accès de la cavité nasale correspondante qui n'apparaît plus dès lors que comme un simple sillon.

Cette bosselure présente des caractères différents à la partie supérieure et à la parte inférieure de la narine. En haut elle offre par transparence, au travers de la membrane muqueuse, un aspect blanchâtre; elle est flexible et cède sous le doigt ou sous la pression des instruments; elle est constituée en ce point par le cartilage de la cloison. En bas, au contraire, et vers le plancher des fosses nasales, la saillie est plus marquée, mais surtout elle est dure, ne se laisse ni déprimer ni fléchir, et donne au doigt la sensation d'une tuméfaction osseuse.

Cette saillie est surtout visible lorsqu'on relève fortement le lobule du nez; on constate alors qu'elle se termine plus ou moins près du plancher des fosses nasales, par un contour arrondi qui la limite vers le bas.

Quand la difformité est très prononcée, l'exploration de la fosse nasale correspondante est impraticable, l'introduction d'un spéculum est impossible, celle d'un stylet même peut être malaisée. L'examen de la narine opposée fournit au contraire d'utiles renseignements. Vers la partie supérieure du côté sain, celle qui correspond à la saillie cartilagineuse de la narine oblitérée, on constate une déviation réelle de la cloison cartilagineuse où l'on peut porter un stylet; ce dernier, s'enfonçant dans la dépression de

©BIU Santé

la cloison, peut dépasser la ligne médiane de plusieurs millimètres. C'est cette déviation réelle du cartilage de la cloison qui fait paraître la narine plus spacieuse.

La partie la plus inférieure et la plus antérieure de la cloison, celle qui correspond à l'engagement de la pointe du vomer dans la rainure de la crête incisive, participe, mais dans de moindres proportions, à cette inflexion, et la saillie qui bouche la partie inférieure de la narine opposée ne se traduit que par une dépression peu accusée de la cloison osseuse du côté de la narine qui est libre.

L'oblitération de la narine est donc produite en haut par une simple inflexion du cartilage de la cloison qui s'incline vers le côté fermé, tandis qu'en bas elle est due à une tumeur osseuse véritable formée par l'extrémité antérieure du vomer déviée du même côté que la cloison cartilagineuse, mais, de plus, augmentée de volume.

En même temps que la déviation de la cloison, existe une exagération de la concavité de la voûte palatine qui est déformée en ogive, d'où résulte une étroitesse de la cavité buccale, un resserrement de l'arcade alvéolaire supérieure qui décrit une courbe plus fermée qu'à l'état normal, et qui a pour conséquence l'implantation défectueuse des dents, lesquelles manquant de place, chevauchent les unes sur les autres, ou subissent une rotation sur leur axe. La déformation, chez ces sujets, ne porte donc pas seulement sur la cloison, mais encore sur l'ensemble des os de la face, particulièrement sur les os maxillaires supérieurs et sur les cavités que ces os circonscrivent. Il semble que d'un développement insuffisant de ces os résulte une étroitesse anormale de leur rebord alvéolaire et une disposition ogivale des apophyses palatines. La voûte palatine osseuse, plus bombée, rétrécit d'autant les dimensions verticales des fosses nasales et force la cloison osseuse à ployer; l'inflexion du vomer entraîne une déviation correspondante de la cloison cartilagineuse.

L'imperfection de développement ne se bornerait pas toujours à produire une insuffisance dans le diamètre transversal des fosses nasales; il s'y joindrait, dans certains cas, un défaut d'ampleur dans les dimensions transversales.

De ces dispositions défectueuses des cavités nasales résultent des troubles fonctionnels sérieux: le sujet respire habituellement la bouche ouverte; en outre, l'inspiration et l'expiration sont accompagnés d'un bruit de sifflement désagréable qui peut être entendu à distance et qui s'accroît sous l'influence soit d'efforts mécaniques, soit d'un travail intellectuel exigeant une application soutenue, comme l'acte d'apprendre une leçon, d'écrire, de dessiner, etc.

La voix est nasonnée; il y a du coryza chonique qui, lorsqu'il passe à l'état aigu, porte à son comble la gêne de la respiration.

Le coryza chronique entraîne une menace permanente pour l'ouïe, par suite de la propagation possible de l'inflammation de la muqueuse pharyngo-nasale à la trompe d'Eustache et aux cavités tympaniques; l'intégrité de la respiration nasale est d'ailleurs nécessaire au renouvellement de l'air dans l'oreille moyenne, dont dépend l'intégrité de la fonction auditive.

Des troubles peuvent également se produire du côté de l'appareil lacrymal correspondant et provoquer le larmoiement habituel chez les malades.

Enfin, chez les jeunes sujets, toute gêne notable et permanente de l'accès de l'air dans la poitrine peut devenir un obstacle au développement du thorax.

De toutes ces considérations, il résulte qu'une opération destinée à remédier à une affection qui entraîne après elles de telles conséquences ne saurait être considérée comme une opération de complaisance.

Cette opération doit s'adresser, non pas au cartilage de la cloison, comme l'ont tenté divers chirurgiens, mais, ainsi que le conseille M. Duplay, à la saillie du vomer. Le malade étant chloroformé, sa tête est solidement maintenue entre les mains d'un aide, légèrement inclinée du côté sur lequel on doit agir, et l'orifice des narines tourné du coté du jour. On relève fortement le lobule du nez, ce qui permet d'appliquer sur la base de la saillie osseuse, le plus près possible du plancher des fosses nasales, un ciseau dont la lame étroite est placée verticalement contre la cloison et tenue bien parallèlement à cette dernière. On enlève alors du premier coup, en agissant directement d'avant en arrière, et en ayant soin de ne dévier ni en dedans ni en dehors, le plus que l'on peut de la saillie du vomer, sans se préoccuper de la muqueuse. On tamponne la fosse nasale avec une éponge pour arrêter l'hémorrhagie; cela fait, on enlève l'éponge, et si le canal ainsi créé ne paraît pas suffisant, on enlève une nouvelle tranche de la cloison osseuse que l'on rabote ainsi avec le ciseau jusqu'à ce que la voie ainsi ouverte soit assez spacieuse. On peut, vers la fin de la résection, substituer au ciseau une gouge de petites dimensions avec laquelle on évide ce qui reste

de la saillie osseuse, et l'on arrondit les contours de l'orifice artificiel que l'on vient de pratiquer.

Dans les deux cas où M. Berger a pratiqué cette petite résection, les suites ont été très simples; il suffit de surveiller les hémorrhagies qui se produisent et de faire le tamponnement; puis, lorsque les écoulements de sang ont été définitivement arrêtés, de pratiquer plusieurs fois par jour des irrigations dans la narine avec une solution de chloral au centième dont on continue l'emploi jusqu'à cessation complète de la suppuration. On traite ensuite le coryza chronique par les douches nasales et les moyens appropriés.

M. Verneuil dit avoir observé plusieurs cas dans lesquels il y avait une double oblitération des narines, l'une en bas, l'autre en haut; il se demande si, dans ce cas, l'opération indiquée par M. Berger ne serait pas insuffisante.

M. Berger pense que le rétablissement de la perméabilité de l'une des narines suffirait à remédier aux inconvénients qu'il a signalés.

M. Marc Sée fait remarquer qu'une narine qui n'est pas traversée par un courant d'air habituel devient à peu près fatalement malade; il y aurait donc un inconvénient sérieux, dans les cas de double oblitération signalés par M. Verneuil, à ne pas opérer les deux côtés. A. T.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 2 au 8 Mai 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1228. — Fièvre typhoïde, 43. — Variole, 2. — Rougeole, 50. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 51. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 64. — Phthisie pulmonaire, 210. — Autres tuberculoses, 28. — Autres affections générales, 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 52. — Bronchites aiguës, 27. — Pneumonie, 120. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 25; au sein et mixte, 24; — inconnues, 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 113; circulatoire, 85; respiratoire, 96; digestif, 60; génito-urinaire, 33; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulat. et muscles, 8. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 7.

Résumé de la 19e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu notification de 1,228 décès pendant la semaine actuelle, au lieu de 1,153 qui lui avaient été signalés pendant la semaine précédente. La mortalité générale de Paris continue donc à être relativement assez élevée.

La fréquence des maladies épidémiques est d'ailleurs restée à peu près la même.

La Variole (2 décès au lieu de 4), la Scarlatine (3 décès au lieu de 4), la Coqueluche (14 décès au lieu de 12), continuent à rester rares.

Au contraire, la fièvre typhoïde (43 décès au lieu de 39), est toujours fréquente, quoiqu'elle soit presque toujours plus rare au printemps qu'en hiver. On remarquera, en consultant la série des *Bulletins hebdomadaires de statistique*, qu'elle est devenue rare dans les quartiers de l'Ecole-militaire et du Gros-Caillou où elle était extrêmement répandue pendant les années précédentes. Au contraire, elle fait chaque semaine des victimes dans le quartier des Quinze-Vingts.

La Rougeole (50 décès au lieu de 55), a subi une légère amélioration, mais reste encore très fréquente. Les résultats de cette semaine confirment les conclusions que nous avions déjà formulées relativement à cette maladie. Elle est bénigne dans les quartiers du centre (les dix arrondissement du centre de Paris n'ont fourni cette semaine que 8 décès), et fait tous ses ravages dans quelques arrondissements excentriques, notamment dans ceux de La Roquette (5 décès) et Sainte-Marguerite (4 décès); la Gare (2 décès); Plaisance (6 décès cette semaine, 5, la semaine précédente) et Javel (4 décès cette semaine, 5, la semaine précédente).

La Diphthérie (51 décès au lieu de 49) n'a subi qu'un accroissement insignifiant. On peut espérer que sa fréquence continuera à diminuer, comme on peut le constater depuis quelques semaines.

Le service de statistique municipale a reçu avis de 501 mariages et de 1,304 naissances d'enfants vivants (656 garçons et 648 filles) dont 945 légitimes et 359 illégitimes. Parmi ces derniers, 59 ont été reconnus immédiatement par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

©BIU Santé

COURRIER

M. Warlomont (de Bruxelles) nous demande de faire savoir aux lecteurs de l'*Union médicale* que, désirant soumettre à l'appréciation des vaccinateurs français les préparations de vaccin animal (émulsion et pommade) dont il a donné la formule dans son *Traité de la vaccine*, il en fera envoyer deux échantillons, à titre gracieux, à tous les médecins, officiers de santé, accoucheurs et accoucheuses de la France et de l'Algérie, qui en feront la demande, dans le courant du mois qui suivra la publication du présent avis, à *M. le directeur de l'Institut vaccinal de Belgique*, rue Jourdan, 83, à Bruxelles. (Affranchir et joindre un timbre de 25 centimes pour recevoir l'envoi franc de port.)

Nécrologie. — On nous annonce la mort de M. le professeur Wurtz, ancien doyen de la Faculté de médecine, survenue hier lundi vers onze heures du matin. M. Wurtz, né le 26 novembre 1817, était donc dans sa 67e année. Diabétique depuis longtemps, il paraît avoir succombé à des accidents urémiques. Nous résumerons dans un prochain numéro l'œuvre scientifique de cet homme éminent.

Société des sages-femmes. — La Société philanthropique des sages-femmes gardes-malades, ambulancières, fait connaître à ses membres que l'assemblée générale qui devait avoir lieu le lundi 5 mai est remise au lundi 9 juin. Les Sociétaires étant très occupées, beaucoup d'entre elles n'ont pu répondre à l'appel.

Congrès d'hygiène industrielle a Rouen. — A l'occasion de l'Exposition industrielle qui ouvrira à Rouen le 1er juin 1884 juqu'au 30 septembre suivant, un Congrès d'hygiène industrielle aura lieu dans cette ville les samedi 26 et dimanche 27 juillet, sous le patronage de la Société industrielle, avec le concours du conseil central d'hygiène publique et de salubrité de la Seine-Inférieure et de la Société de médecine de Rouen.

Le programme comprend :

§ I. *Hygiène de l'ouvrier dans l'atelier.* — Amélioration de l'atmosphère des ateliers. — Précautions à prendre contre les variations de température, d'humidité. — Moyens nouveaux pour empêcher les accidents résultant des machines industrielles ou des substances employées dans l'industrie. — Modifications apportées, dans un but hygiénique, à certains procédés de fabrication. — Précautions contre la propagation de certaines maladies contagieuses due aux modes d'opération. — Insalubrité de certaines industries nouvelles. — Travail de jour et de nuit. — Vêtement pendant le travail. — Eclairage, hygiène de la vue.

§ II. *Hygiène de l'ouvrier hors de l'atelier.* — Habitations ouvrières. — Education, instruction, enseignement. — Alimentation.

Nota. — Prière aux personnes qui ont l'intention de coopérer au Congrès, d'adresser *franco*, « avant le 30 juin », à M. le secrétaire général du comité d'organisation du Congrès d'hygiène industrielle, 7, rue Jeanne-Darc, (Rouen), leur adhésion et le titre du travail qu'elles désirent présenter au Congrès.

Questions mises au concours des prix pour l'année 1884, par la section de médecine de la Société académique de Nantes. — 1re question : De l'insalubrité de la Chezine et du canal de l'Erdre dans leur passage à travers la ville de Nantes ; — 2me question : Des meilleures méthodes de pansement des plaies ; — 3me question : Traitement de la coqueluche.

Hôpital du Midi. — M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les *maladies vénériennes*, le 17 mai, à 9 heures du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Revue philosophique dirigée par Th. Ribot, paraissant tous les mois. Numéro de mai 1884. — A. Binet, l'hallucination. — Docteur Manouvrier, les fonctions psycho-motrices. — Paulhan, la morale idéale. — Analyses et Comptes rendus. — Notices bibliographiques. — Revue des périodiques. — Ancienne librairie Germer Baillière et Cie, Félix Alcan, éditeur.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. M. Wurtz. — II. H. Stapfer : Revue tri-mensuelle des journaux d'obstétrique. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Courrier. — V. Feuilleton. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

M. WURTZ

La science française, déjà si éprouvée il y a un mois à peine par la mort de M. Dumas, vient de faire une perte non moins cruelle dans la personne du plus illustre des élèves de cet éminent chimiste.

M. Wurtz (Charles-Adolphe), né à Strasbourg le 26 novembre 1817, avait fait toutes ses études classiques dans cette ville, lorsqu'il se destina à la médecine. Mais bientôt les sciences naturelles l'attirèrent, et en 1839, à la suite d'un brillant concours, il fut nommé préparateur en chef des travaux de chimie, pharmacie et physique; la thèse qu'il soutint alors, *Sur l'histoire chimique de la bile à l'état sain et à l'état pathologique*, a été son premier travail imprimé, et a servi de point de départ à bien d'autres publiés depuis sur le même sujet.

Le 31 août 1843, il fut reçu docteur à Strasbourg, et sa thèse *Sur l'albumine et la fibrine* est digne d'être remarquée, car c'est à M. Wurtz qu'on doit d'avoir indiqué le premier un procédé simple et exact pour la préparation de l'albumine pure, découverte qui a été si utile dans la recherche clinique de l'albuminurie.

Ceux qui ont connu M. Wurtz comprendront que Strasbourg n'ait pas tardé à devenir un champ trop étroit pour son activité scientifique. En 1845, il arrivait à Paris, où Dumas lui ouvrait son laboratoire et le choisissait comme préparateur du cours de chimie organique à la Faculté. C'est dans ce laboratoire qu'il mit la dernière main à son premier travail réellement important, celui qu'il considérait lui-même comme son plus beau titre de gloire, bien qu'il ait peu attiré l'attention alors. C'est dans ce travail, relatif aux composés oxygénés du phosphore, que M. Wurtz établit la distinction fondamentale en chimie, de l'*atomicité* et de la *basicité*. Ce travail, qui date de 1845, n'a été publié qu'en 1846 dans les *Annales de physique et de chimie* sous ce titre: *Recherches sur la constitution des acides du phosphore*.

Depuis cette époque, l'histoire de M. Wurtz est étroitement liée à celle de la chimie scientifique : chef des travaux chimiques à l'École des arts et manufactures (1846-1851), agrégé des sciences accessoires à la Faculté de médecine (1847), professeur à l'Institut agronomique de Versailles (1851) et à la Faculté de médecine en 1854, puis à la Faculté des sciences en 1875, M. Wurtz ne laissa passer aucune question relative à la chimie sans la contrôler et lui imprimer quelque progrès. Aussi les honneurs ne lui firent-ils

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON

II

Le monument de Claude Bernard, destiné à Saint-Julien (Rhône), son village natal, est exposé dans le jardin du palais de l'Industrie, au-dessous de la grande horloge. Il est fâcheux que la fontaine que doit orner ce buste, ne soit pas terminée, car elle aurait pu servir à désaltérer les familles entières qui vont étancher leur soif au buffet, et qui trouvent qu'il en coûte trop cher de prendre des rafraîchissements dans le sanctuaire des arts. J'ai vu des bandes de campagnards, qui avaient prodigué leur admiration et leurs commentaires aux tableaux et aux statues, qui avaient pris Louis XI pour Voltaire, le prince de Saxe-Cobourg-Gotha pour l'empereur de Russie, et qui rabattaient de leur enthousiasme devant la carte à payer pour quelques boissons, qui leur faisaient plutôt l'effet de douches.

Le buste de Cl. Bernard a le mérite de la simplicité et de la ressemblance ; c'est un hommage sans prétentions, rendu par les habitants de Saint-Julien à leur illustre compatriote, et il faut savoir gré à l'auteur, M. de Gravillon, d'avoir reproduit consciencieusement les traits de son modèle, sans éprouver le besoin de lui poser la main droite sur une pile de livres, et la gauche sur le cou d'un animal en expérience.

Non loin de là, dans la grande allée longitudinale, on trouve le buste en bronze de

©BIU Santé

pas défaut; membre de toutes les Sociétés savantes de l'Europe, décoré de divers ordres (commandeur de la Légion d'honneur en 1869), il avait sa place marquée dans toutes les commissions où sa compétence scientifique pouvait être utile, dans le Comité d'hygiène publique de France, par exemple. Comme à tous les savants dont la haute personnalité s'impose, on a voulu faire jouer à M. Wurtz un rôle politique qui, à la vérité, fut très effacé. C'est pourquoi on le vit dans la dernière année de sa vie siéger au Sénat.

Doyen de la Faculté de médecine de 1866 à 1875, M. Wurtz eut à traverser des temps très orageux : troubles parmi les étudiants en 1867-1868, à l'occasion de dénonciations au Sénat contre divers professeurs; en 1870, troubles contre le professeur Tardieu, à propos du procès de Victor Noir; en 1872, contre le professeur Dolbeau, accusé d'avoir livré à l'autorité des blessés de la Commune; il apaisa tous ces dissentiments de la manière la plus honorable, grâce à sa fermeté et à la sympathie qu'il avait acquise parmi les élèves.

Les travaux originaux de M. Wurtz, insérés sous forme de mémoires dans les *Annales de chimie et de physique*, ou de notes, dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, sont représentés dans presque tous les volumes de ces collections; il serait impossible d'en donner ici la liste. Les plus importants sont relatifs aux ammoniaques composées (1850); à la présence de l'urée dans la lymphe, qu'il a démontrée le premier; au glycol; aux aldéhydes, et surtout à l'aldol, corps dont il recherchait, presque exclusivement depuis 1870, les dérivés et les propriétés; aux méthodes d'analyse des eaux minérales; enfin, à la papaïne.

L.-H. Petit.

REVUE TRI-MENSUELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE.

Annales de gynécologie. Archives de tocologie.

Revue générale d'obstétrique, par M. Eustache (*de Lille*). — *Quelques mots du professeur* Pajot. — *Fragments de la leçon d'ouverture du cours du professeur* Tarnier. — *Allemands et Français.*

Puisque des Français peu au courant de la science obstétricale, ou d'humeur chagrine, disposés à considérer, malgré les démentis, que la ruine de la France s'est consommée à Sedan, affirment que tous les travaux et tous les progrès se font de l'autre côté du Rhin, il est bon que des hommes d'une haute compétence et animés d'un patriotisme plus vrai, plus efficace, contredisent du haut de la chaire d'aussi fausses assertions.

Un des maîtres les plus aimés de l'école de Paris, le professeur Pajot, a dit au début

---

M. le professeur Charcot, par M. Jules Dalou (n° 3431). Il n'y a qu'un reproche à lui faire, c'est d'être trop ressemblant. L'auteur a un peu trop accentué la figure si caractéristique de M. Charcot, et lui a fait une physionomie plutôt tourmentée qu'expressive. Néanmoins, le masque est vivant, et l'œuvre aussi exempte de banalité que l'original lui-même. Mais pourquoi avoir coulé en bronze la robe, l'hermine et le rabat universitaires, qui constituent précisément le costume dans lequel on ne voit jamais M. Charcot?

Il y a d'ailleurs au Salon d'autres effigies du maître, telles que des médaillons ou médailles, auxquels son profil se prête à merveille, et ses portraits m'ont semblé presque aussi nombreux que ceux de Gambetta; les uns et les autres se trouvent principalement dans cette partie de l'exposition de gravure qui s'abrite au fond de la nef, à droite, sous le grand escalier, et où l'on ne va pas assez. Tous ces cadres sont pourtant remplis de petits bijoux, sur plâtre, cire et pierres fines, comme les trois portraits d'enfants en bas-relief, exposés par M. Hainglaise (n° 3589).

C'est à cette même extrémité du jardin que se dresse un groupe intéressant pour nous, *Laënnec découvrant l'auscultation*, par M. Alfred Boucher (n° 3303). Contrairement à la tradition, c'est sur la poitrine d'un homme et non pas d'une jeune fille, que Laënnec applique son oreille pour la première fois, ce changement de sexe offrant plus de facilités pour l'exhibition. Ce qui ne change rien d'ailleurs à la valeur et à la signification de l'œuvre. Laënnec est assisté d'un aide, qui tient élevé le bras gauche du malade, pour rendre plus saillant ce côté du thorax, et la disposition des trois personnages fait comprendre, autant qu'il était possible, le sujet de cette scène. Elle a été heureusement traitée par M. Boucher, avec une largeur d'exécution et une sobriété de

de ses leçons cliniques : « La France a le droit et le devoir de réclamer hautement et fermement l'une des premières places en obstétrique. »

Ce droit est incontestable. Les faits le prouvent, et lorsque le professeur Tarnier, dans sa leçon d'ouverture, revendiquait la priorité de l'emploi du bichlorure de mercure comme antiseptique, il énonçait un de ces faits. Koch n'a point le premier employé le sublimé corrosif. Gardons-nous d'oublier que, longtemps avant qu'il eût découvert le bacille de la tuberculose, Villemin avait montré nettement la contagion de cette maladie, et Koch n'eût même pas eu l'idée de chercher un bacille dans les crachats des phthisiques sans les travaux de Pasteur.

Que les Allemands dénigrent nos travaux tout en se les appropriant ou tirent parti de la fécondité de nos idées, rien de plus naturel, mais que des Français se dénigrent eux-mêmes dans ce que leur pays a de meilleur, et servent de cette façon le camp ennemi, c'est ce qu'on ne peut admettre sans protester énergiquement.

Que M. Eustache nous permette de le lui dire : s'il était au courant des travaux de cette école obstétricale de Paris « que d'autres peuvent égaler, mais qu'aucune ne doit surpasser », suivant l'expression du professeur Pajot, il n'aurait pas écrit en tête des *Archives de tocologie* (février 1884) : « L'obstétrique, qui a été pendant si longtemps une science presque exclusivement française, a perdu de son importance dans les travaux de nos compatriotes, tandis qu'à l'étranger elle se développe de plus en plus; c'est chez eux, et non plus chez nous, qu'il faut aller chercher les progrès véritables. »

Quand on affirme aussi catégoriquement une chose, on doit en fournir la preuve. Or, comme nous le verrons tout à l'heure, M. Eustache prouve seulement qu'il ne connaît pas bien les travaux de l'école de Paris.

M. Eustache pense que la France produit moins que les autres pays parce qu'elle n'a pas de Société obstétricale. Il en réclame la fondation, idée excellente, mais nous nous demandons si, malgré la réalisation de cette idée, l'Allemagne et les autres pays ne produiront pas toujours plus de travaux que la France. Reste à savoir si la qualité des travaux de l'école française ne compensera pas la quantité des publications étrangères. Nous trouvons qu'elle la compense déjà. Les régimes sociaux et les systèmes universitaires sont tout à fait différents chez nous et de l'autre côté du Rhin. D'un côté, centralisation; de l'autre, décentralisation; ici, recrutement des hommes de mérite par le concours; là-bas, recrutement par les travaux personnels. L'abondance de ceux-ci nous paraît donc due à une autre cause que celle invoquée par le docteur Eustache. Notre système de concours, vraisemblablement conforme aux aptitudes de la nation, et propre à la corriger du défaut de paresse dont on l'accuse, mais mal apprécié par les Allemands, qui l'appellent « la maladie française », nous semble, malgré ses inconvénients, le gage de cette qualité qui supplée avec avantage la quantité. Il oblige à

---

détails de la meilleure école. Par ses proportions monumentales, et par l'intérêt historique du fait qu'il retrace, ce groupe ne serait pas indigne, après exécution définitive en marbre ou en bronze, d'une place d'honneur dans les nouveaux bâtiments de l'Ecole de médecine, pourvu qu'on lui trouve l'espace et la hauteur indispensables à ses dimensions.

Il a pour voisine, dans les mêmes parages du jardin rempli par la sculpture, une charmante personne, intitulée : *Campaspe devant Apelle*, statue en plâtre par M. de Vercy (n° 3961). Après les sévérités masculines de Laënnec, de son malade et de son assistant, la vue de cette Athénienne repose les yeux; sa main droite se porte devant son visage dans un gracieux mouvement de pudeur, et n'en laisse que mieux apprécier la pureté des lignes et la perfection des formes. Nul doute que cette Campaspe eût été un sujet tout à fait négatif pour l'auscultation.

Pour n'avoir pas pris son modèle dans l'antiquité, M. Joseph Willems n'en a pas moins réussi sa statue *Avant le bain* (n° 3980), qui est dans l'allée latérale, à droite de l'entrée. C'est tout simplement un garçon d'une quinzaine d'années, qui attache son caleçon avant de piquer une tête dans le bassin de quelque grande école de natation (à quatre sous, à fond de bois, ouverte à trois heures du matin). Cette fantaisie est bien rendue, le baigneur respire la jeunesse et la santé, et on le sent impatient de plonger, la jambe gauche déjà tendue pour prendre de l'élan. On peut être sûr qu'il commencera son bain par quelques cabrioles, assaisonnées de plaisanteries, comme le fait présager sa figure de gamin de Paris de la bonne espèce.

* * *

Mais assez de flânerie au rez-de-chaussée; nous y reviendrons, puisque ces prome-

©BIU Santé

acquérir une solide instruction première qui manque parfois aux travaux étrangers. L'obstétrique ne date pas d'hier. Elle a été fondée dans notre pays ; des étrangers devenus illustres se sont formés à notre école du XVIIIe siècle. Par nos maîtres du XIXe, elle a continué et continue à tenir le premier rang. On conçoit quel a été notre étonnement en lisant la première phrase de la *Revue d'obstétrique* du docteur Eustache.

Nous avons été plus étonnés encore en voyant sur quels faits se fondait cette assertion d'infériorité. « Le sublimé corrosif avait été employé un peu partout, en France comme ailleurs. Quoique venus en retard, les Allemands, persuadés par Koch, leur Pasteur du moment, le considèrent comme le meilleur agent antiseptique et *précèdent les autres pays dans ce sens*.

Ainsi s'exprime le docteur Eustache. On conçoit que M. le professeur Tarnier soit particulièrement impressionné par des assertions de ce genre. Voici de quelle éloquente façon il a protesté dans sa leçon d'ouverture contre de pareils dénis de justice :

« Le 27 janvier 1880, Davaine, savant aussi grand que modeste, lisait à l'Académie de médecine de Paris un travail complet sur l'action du sublimé et sur la puissance destructive qu'il exerce sur les microbes.

« Quelques mois plus tard, Koch étudia à son tour le sublimé et arriva aux mêmes conclusions. Dans la période des recherches de laboratoire, la priorité revient à Davaine. Mais il n'est pas encore question de l'emploi clinique de cet agent.

« Dès 1880, je l'avais essayé à la Maternité, et en août 1881, au Congrès de Londres, je pus dire que le sublimé me paraissait, de tous les antiseptiques, le plus puissant, et que je m'en servais à l'hôpital pour le lavage des mains, aussi bien pour moi que pour mes élèves.

« Quelques mois plus tard, Schede (de Hambourg) l'employait dans son service de chirurgie ; ses observations ont été publiées au commencement de 1882. Au milieu de la même année, j'appliquai l'antisepsie par le sublimé à toutes les femmes de la Maternité, et ma pratique à cet égard fut publiée par mon interne, M. Ollivier, dans les *Annales de gynécologie* (nov. 1882).

« Cela suffit, je l'espère, pour démontrer que le premier essai clinique du sublimé et que son premier emploi en obstétrique appartiennent encore à un Français. Ce qui n'empêche pas les journaux allemands de faire remonter indûment à Koch la priorité des recherches de laboratoire, et aux accoucheurs allemands celle de son emploi chez les femmes en couches. C'est un déni de justice contre lequel j'ai tenu à protester. (Applaudissements.)

« Je vous remercie d'accueillir mes paroles à cet égard par des applaudissements ; je proteste parce que j'ai été très douloureusement impressionné en lisant dans un journal français un travail sur les merveilleux effets du sublimé dans les accouchements ; les travaux y sont cités avec complaisance, mais il n'y est question ni de Davaine, ni des

---

nades ne comportent aucun ordre déterminé, et sont plutôt faites pour s'accomplir en zig-zag. Aujourd'hui, voici l'heure de gravir l'escalier et d'aborder résolûment les magasins artistiques du premier étage.

C'est toujours avec une nouvelle émotion que l'on pénètre dans ce fameux salon carré, où l'on a déjà vu se dérouler tant de kilomètres de peinture, et auquel font suite tant d'autres salons également carrés, ou rectangulaires, tendus aussi sur toutes leurs faces de peintures non moins kilométriques.

La *Jeunesse de Bacchus* (n° 322) a inspiré à M. Bouguereau un de ces chefs-d'œuvre de propreté dans lesquels il excelle. Tout y est gai, souriant, léché, d'une jolie couleur, agréable à l'œil ; c'est de la très bonne peinture, et inoffensive, car le souvenir ne vous en poursuit pas, et les émotions qu'elle provoque n'ont rien de troublant. Et quel vaste champ ouvert à l'imagination de l'artiste ! Car tous les habitants de l'Olympe, dieux, déesses, demi-dieux, héros, etc., pourraient avoir autant de jeunesses pareilles à celle de Bacchus, avec de très légères variantes, et ce serait toujours aussi louable.

L'*Été*, de M. Raphaël Collin (n° 573), qui fait face au Bacchus de M. Bouguereau dans le salon carré, est une belle composition, par le dessin et par la couleur, d'où se dégage une impression réelle de calme et d'épanouissement de la nature. C'est une des meilleures toiles du Salon, dans le genre allégorique.

Point d'allégorie ni d'épanouissement dans le *Conseil de révision*, de M. Lamy (n° 7380), situé au-dessus du précédent. Ne pouvant représenter la séance du conseil au moment le plus pathétique des opérations, l'auteur s'est contenté d'un à peu près, en laissant aux conscrits leurs pantalons, et en réunissant sur sa toile, en autant de portraits de grandeur naturelle, les principaux personnages qui assistent à la révision à Paris, dans

Français qui ont employé le sublimé pour la première fois. » Nous nous permettrons d'ajouter que dès 1857 M. Tarnier avait eu l'idée que les maladies puerpérales se propageaient dans les hôpitaux par l'intermédiaire d'un *miasme contagieux*. Depuis cette époque, la recherche des moyens propres à combattre ce miasme a été l'objet de ses constantes préoccupations. Les éclatants résultats obtenus à la Maternité sont la démonstration du succès de ces recherches. On nous croira sans peine, si nous ajoutons ce que, du reste, nous avons déjà écrit dans ce journal, que de tels résultats sont un des plus beaux titres de M. Tarnier, à la reconnaissance de l'humanité.

M. Eustache a probablement lu la leçon d'ouverture du professeur Tarnier et sait maintenant non seulement que « la question de principe de la supériorité du sublimé est résolue » (par deux Français, Davaine et Tarnier), mais celle « du titre de la solution à employer » (encore par M. Tarnier), et qu'en se servant du mercure, on n'est pas « exposé à empoisonner les femmes ». Nous n'avons pas eu besoin des Allemands pour nous apprendre cela.

Si M. Eustache s'était rendu dans les services d'accouchement de Paris où l'antisepsie est rigoureusement observée, il aurait appris des chefs de ces services qu'eux et leurs élèves s'abstiennent des autopsies et du contact des malades, mais qu'on peut en cas de *nécessité absolue* se rendre des salles de dissection auprès d'une femme enceinte ou en travail, à condition de changer de vêtements et de linge, de se laver le visage, la bouche, le nez, les mains surtout ; celles-ci avec une extrême minutie, à l'aide de brosse à ongle, dans une solution de sublimé. Nous sommes convaincus, par les faits, qu'un médecin qui prend ces précautions en sortant de l'amphithéâtre est beaucoup moins dangereux qu'un médecin qui a un coryza purulent et qui touche une parturiente sans avoir trempé sa main dans une solution antiseptique. Point n'était besoin de la Société obstétricale de Berlin pour nous apprendre cela.

A propos de *la prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés*, le docteur Eustache, imité dernièrement en cela par la *Revue scientifique*, mais avec des réserves que celle-ci ne fait pas, parle des instillations de nitrate d'argent préventives instituées par Crede (de Leipsig). Le docteur Eustache aurait pu voir à Paris, en particulier à l'hôpital Lariboisière, dans le service du docteur Pinard, d'autres moyens prophylactiques de l'ophthalmie, les injections vaginales avant l'accouchement instituées par M. Tarnier à la Maternité, les lavages multipliés (toutes les deux heures) de la conjonctive, à grande eau rendue antiseptique par l'addition d'acide borique ou d'acide phénique, lorsque l'inflammation se manifeste. M. Eustache fait remarquer avec raison qu'il n'est pas aisé de trouver un moyen pratique, exempt d'inconvénients entre des mains peu exercées. Qui sait du reste si l'on arrivera jamais à faire disparaître l'effrayante proportion des aveugles par ophthalmie purulente, tant est grande l'incurie du peuple à cet égard. Nous avons vu, dans des cliniques ophthalmologiques, des mères averties de la gravité du mal, de la

---

ce même édifice du palais de l'Industrie. Ce tableau a ceci de particulier qu'il donne une idée exacte du peu d'agrément que procure le conseil de révision à tous ceux qui y prennent part; on se croirait presque en présence de la réalité, tellement la peinture de M. Lamy est peu attrayante.

Le *Massacre de Machecoul* (n° 937), de M. François Flameng, est de l'histoire dramatisée, avec une recherche un peu excessive des contrastes, comme l'*Ambulance près d'une barricade* (n° 903), de M. Faber du Faur, est de l'histoire naturaliste. Je leur préfère le *Retour d'une chasse à l'ours* (n° 599), de M. Cormon, qui est de l'histoire préhistorique, remontant à l'âge de la pierre polie. La nombreuse famille, aux physionomies sauvages, qui se presse aux abords de la caverne, témoigne de la fécondité de l'espèce humaine avant la pénétration dans les masses des théories de Malthus. Aussi bien, ces hommes primitifs ne devaient-ils pas souffrir du manque de subsistances, s'ils faisaient souvent des captures comme cet ours que les fils de la tribu rapportent suspendu à un tronc d'arbre. L'aïeul écoute avec intérêt le récit des chasseurs, qui sont de vigoureux gaillards, bien campés, et fiers à juste titre du succès de leur expédition. La scène est grandiose, animée, et d'un sentiment vrai, intéressante comme tout ce qui fait revivre devant nos yeux les premiers âges de l'humanité.

Le paysage est représenté dans le salon carré par une délicieuse *Falaise*, de M. Lansyer (n° 1397), dont toutes les parties sont traitées avec une grande justesse de tons. Cela donne l'illusion de quelque coin des bords de l'océan, où l'on trouverait encore une plage sans casino et des crevettes non apprivoisées.

P. DUBRAY.

©BIU Santé

nécessité d'amener leur enfant tous les jours, de la certitude de lui conserver la vue à cette condition, ne présenter de nouveau cet enfant à la clinique que huit jours après l'avertissement et avec les cornées perforées.

Parlant de l'expression utérine (méthode de Crede), M. Eustache nous apprend que cette méthode, après vingt-cinq ans d' « enthousiasme », est complètement répudiée par l'Allemagne, en particulier par deux des plus grandes autorités actuelles en obstétriques, Hegar et Freund. Comment, il a fallu vingt-cinq ans pour cela ! En France où elle a été admise et éprouvée avec cet esprit d'hospitalité qui caractérise notre pays, elle a été jugée plus vite. On lui a trouvé de gros inconvénients et quelques avantages. On ne l'a pas répudiée formellement. Aurions-nous donc plus de sens critique et clinique que nos voisins ?

Nous arrivons au « traitement de l'insertion vicieuse du placenta ». Cela passe tout ce qu'on peut imaginer. Voici les faits : l'assistant du docteur Schrœder, Hofmeier, et le docteur Behm, assistant du professeur Gusserow, tous deux de Berlin, pratiquent la version dans le cas d'insertion vicieuse. Méthode de Hofmeier ; méthode de Behm. Telle est la découverte qu'ils ont faite. Ils nous font penser au Parisien de Villemot qui découvre le Mont-Blanc. Qu'ils nous permettent de leur apprendre qu'un homme a existé au XVIIe siècle, qui a donné ce conseil avant eux. Ce n'était qu'un Français ; mais il avait quelque mérite. Son nom est Mauriceau. Il pratiquait aussi la version. Un médecin qui s'appelait Leroux a imaginé le tampon. On ne s'explique pas bien pourquoi son procédé s'appelle *méthode de Berlin*, car il vivait à Dijon.

En France nous avons profité des travaux et des expériences de nos devanciers et nous pensons que le traitement de l'insertion vicieuse n'est pas toujours le même. Il dépend des cas. Aurions-nous donc, nous le répétons, plus de sens clinique que nos voisins?

« Il existe peu de cas en France *de rupture de l'utérus*, dit M. Eustache ; on dirait qu'ils sont plus fréquents à l'étranger. Je ne veux pas chercher ici quelle peut être la cause de cette différence entre les divers pays. » Nous avons montré que M. Eustache avait tort de rougir aussi facilement pour la France. Nous avons dit quelles étaient, à notre avis, les causes de cette infériorité numérique, que compense la qualité des travaux.

Nous ne citerons que deux passages de ce chapitre sur la *rupture de l'utérus*. Ils donneront la mesure du profit qu'on peut tirer de ces travaux.

Il s'agit de la conduite à tenir dans le cas de présentation du tronc, quand la rupture menace.

« Si la tête se trouve dans la portion dilatée de la matrice, en dessous des points contractés, il sera toujours possible d'atteindre le cou et de pratiquer la décapitation. Dans les cas opposés, on recourra à l'éviscération. » (Kaltenbach.)

Avec quelque peine on arrive à comprendre ; mais cela est-il pratique, clinique ? Nous le demandons. Est-ce donc seulement le degré de contraction de l'utérus qui rend la décollation difficile ?

« Dans les cas où la tête et l'épaule ont franchi l'orifice interne, Bandl dit qu'il y avait primitivement présentation de la tête et que l'épaule ne s'est engagée que consécutivement, par suite du ramollissement du segment inférieur de la matrice, pendant que l'orifice externe a résisté. *Dans ce cas, il faudrait faire sortir la tête la première.* »

Bandl est encore moins clair que Kaltenbach ; et que penser de l'idée de faire sortir la tête la première, quand l'épaule est engagée, et dans un utérus contracté qui menace de se rompre ?

Nous nous arrêtons ici, sans plus de commentaires, en supposant que le lecteur est suffisamment édifié, et qu'en prenant un bon livre d'obstétrique française bien clair et bien clinique, il se consolera d'être Français.

Nouvelles recherches sur les avantages et la technique des applications de forceps sur l'extrémité podalique du fœtus, par le docteur Ettole Truzzi. — Les deux mémoires récents de Belluzzi et d'Ollivier tendent à réhabiliter l'emploi du forceps sur l'extrémité podalique. D'accord sur ce point fondamental, ces deux auteurs ne professent pas la même opinion, en ce qui concerne la meilleure forme à donner au forceps pour ce genre d'intervention et sur le mode d'application de l'instrument. Par la méthode de Belluzzi, le forceps doit être appliqué sur le bassin du fœtus, en ayant soin de ne pas dépasser la crête iliaque. Par la méthode d'Ollivier, la prise doit se faire directement sur les membres abdominaux du fœtus.

L'auteur craint que dans l'application faite suivant le procédé d'Ollivier le bord postérieur des cuillères, appuyant contre l'abdomen, ne lèse le parenchyme du foie. Cependant, dans les expériences qu'il a faites, cet accident ne s'est pas produit. Il est vrai qu'il s'agissait d'expériences et non d'opérations sur le vivant.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — JANVIER 1884.

Présentation du dos dans un cas de grossesse gémellaire, par le docteur BUDIN. — Les deux fœtus étaient superposés; le premier, placé transversalement. Par le toucher, on arrivait sur une partie fœtale volumineuse et plane, au milieu de laquelle les apophyses épineuses de la colonne faisaient saillie. Sous l'influence de la contraction, la colonne s'incurvait, et le dos du fœtus pénétrait dans l'excavation. Cas rare, tout à fait exceptionnel, comme le fait remarquer le docteur Budin.

Par leur situation respective, les deux fœtus représentaient un ⊥ renversé.

L'orifice utérin revenait sur lui-même, après chaque contraction. En touchant dans l'intervalle de celles-ci, on eût donc pu croire que la dilatation n'était pas complète.

Le placenta du deuxième fœtus s'étant décollé par son bord inférieur, le sang, au lieu de descendre entre les membranes et les parois utérines, pour s'écouler par le vagin, forma, dans la cloison des deux œufs, une poche *chorio-choriale*, dont la rupture artificielle provoqua un écoulement sanguin. L'origine de cet écoulement fut expliquée par l'examen des membranes.

« Telles sont, dit le docteur Budin, les diverses particularités dont quelques-unes, uniques peut-être en leur genre, nous semblaient mériter d'être relevées dans ce cas complexe. »

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — DÉCEMBRE 1883, JANVIER 1883.

Influence des épidémies puerpérales sur le terme de l'accouchement, par M. HERVIEUX. — Dans une remarquable communication à l'Académie, M. Hervieux compare les tables de mortalité de la Maternité aux tables d'accouchement prématuré, et conclut à l'influence du poison puerpéral sur la production de cet accident. Les vétérinaires admettent l'influence épidémique pour expliquer les avortements successifs et persistant dans une étable de vaches. Nous nous permettrons de faire remarquer, comme M. Hervieux le dit du reste lui-même, qu'à une certaine période il y a un désaccord difficile à expliquer entre les tables. De plus, à toute période, et comme il est de règle à la Maternité, le nombre des accouchements prématurés l'emporte beaucoup sur les avortements. Or, les causes de l'accouchement prématuré, nous dirions volontiers de l'accouchement un peu avancé, sont multiples. Les chiffres sont quelquefois bien trompeurs.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — FÉVRIER 1884.

Contribution à l'étude du bassin vicié par spondylolisthésis, par le docteur F. NEUGEBAUER (de Varsovie). — Ce travail est un exemple de ce que peut la persévérance. Le docteur Neugebauer s'est mis à chercher dans toute l'Europe les cas de spondylolisthésis, c'est-à-dire de bassin vicié par glissement de la cinquième vertèbre lombaire. On n'en connaissait qu'un petit nombre de pièces anatomiques; il en a trouvé d'autres ignorées jusque-là, dans les musées, et il a pu examiner 26 femmes atteintes de ce vice de conformation. Cet examen l'a conduit aux conclusions suivantes : le glissement vertébral est une déformation qui se produit toujours dans la vie extra-utérine, sans l'intervention d'aucune dyscrasie primitive, d'affections osseuses de nature inflammatoire ou spécifique, par le poids physiologique du tronc, et cette déformation n'est pas limitée à l'articulation sacro-lombaire de la colonne vertébrale, ni liée à l'âge ou au sexe du sujet. Il y a spondyloklisis ou spondyloptosis, noms barbares qui signifient glissement complet ou incomplet. Dans le principe, le glissement est dû, soit à un défaut d'ossification entre les deux moitiés de l'arc, soit à une fracture. Si les apophyses articulaires sacrées sont arrachées, il peut y avoir glissement de la totalité de la vertèbre. Pour le docteur Neugebauer, l'ostéite, lésion primitive signalée par Herrgott, et les déformations du squelette, sont deutéropathiques.

Extirpation d'un myome intra-utérin, par le docteur E. FABBRI, professeur à l'Université de Modène. — Il s'agit d'un myome à court pédicule inséré au fond même de l'utérus. Ce myome paraissait au moment des règles au niveau du col légèrement entr'ouvert sans parvenir à s'y engager (fibrome à apparition intermittente de O. Larcher). Le savant professeur ayant constaté au moyen d'une spatule un peu épaisse et mousse, introduite entre la tumeur et la paroi utérine, que le myome était pédiculé, essaya de le séparer par torsion; mais l'utérus suivit le mouvement et l'opérateur s'arrêta pour éviter des accidents graves. Après un ou deux essais infructueux, il arriva à faire pénétrer adroitement et à placer autour du pédicule une anse galvano-caustique. L'extraction se fit sans difficultés. Le docteur Fabbri considère l'apparition intermittente de certains myomes, par l'action des contractions utérines, comme le signe qu'ils sont libres dans la cavité utérine, sauf en un point, c'est-à-dire pédiculés.

©BIU Santé

Pour opérer entre les règles, au moment où le myome a sa grosseur minimum, et pour le faire apparaître néanmoins à l'orifice utérin, le docteur Fabbri imita les procédés employés pour l'accouchement prématuré et introduisit dans l'utérus une grosse bougie élastique. De fortes contractions produisirent le ramollissement, la souplesse et un degré suffisant de dilatation du col.

Relation de 110 ovariotomies d'après un discours prononcé à la Société d'accouchements et de gynécologie de Berlin. — Ces opérations peuvent être divisées en trois groupes :

Le premier comprend 6 opérations pratiquées avant la découverte de la méthode antiseptique. Il y eut 3 guérisons et 3 morts, une par septicémie.

Le second groupe comprend 46 cas. Les précautions antiseptiques ont été prises, mais imparfaitement. Il y eut 12 morts; sept par septicémie.

Le troisième groupe est composé de 58 cas. Il y eut 2 morts, une par embolie, l'autre par développement d'un cancer du péritoine. La mortalité fut donc nulle, si on laisse ces 2 cas hors de compte.

Les résultats sont éloquents. Le docteur Martin, auteur de la communication, décrit les précautions minutieuses qui doivent être prises. Il considère l'ovarite chronique comme une indication d'ovariotomie.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — MARS 1884.

Les lochies et les organismes inférieurs, par le docteur Doléris. — Réponse justement courroucée au docteur Eustache (de Lille), qui avait prétendu refaire l'étude des lochies et constater la présence des microbes par le microscope seulement, sans le contrôle des cultures. M. Doléris reproche avec quelque raison à M. Eustache de traiter M. Pasteur d'*aimable ignorant* et de préférer la *serviette de nos aïeux*, et l'eau *légèrement* phéniquée, à l'antisepsie rigoureuse, seule efficace.

Ce travail est suivi de l'intéressante relation d'un fait de guérison de rupture de l'utérus et du vagin consécutive à des tentatives inconsidérées d'extraction d'un fœtus qui se présentait par l'épaule, dans un bassin rétréci. Une insertion vicieuse compliquait la scène.

Grossesse extra-utérine; élytrotomie; guérison, par le docteur A. Pinard. — Il s'agit d'une femme de 31 ans. Le fœtus était mort depuis deux mois. La tumeur, qui était restée stationnaire, prit un volume double, par accumulation de liquide dans son intérieur. L'opération par la voie vaginale fut conseillée par M. Tarnier. M. Pinard incisa la partie saillante du cul-de-sac et fit, sans difficulté, l'extraction du fœtus. Le placenta fut laissé en place. Des injections d'une solution de sublimé à 1/2000e furent faites toutes les deux heures pendant dix-huit jours. Il n'y eut ni accident infectieux, ni hydrargyrisme. Un mois après, la malade était complètement guérie. H. Stapfer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mai 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Charpentier, qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'accouchements.

2° Une lettre de M. le docteur François de Campa, accompagnant l'envoi de deux exemplaires de la description d'un monstre exencéphalien cœlosomien à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

3° Des lettres de MM. Luc Bélas et A. Broca-Soncellier, accompagnant l'envoi de plis cachetés. (Accepté.)

4° Des lettres de remerciements de M. Grellet, de Menat (Puy-de-Dôme), et de M. Gelly (de Bar-le-Duc), lauréat de l'Académie.

5° M. le docteur Netter (de Nancy) adresse, pour le prix Barbier, un mémoire intitulé : *Rôle pathogénique d'une altération épithéliale de la muqueuse intestinale dans le choléra.*

6° M. le docteur Guinand (de Rives-de-Giers) adresse, pour le prix Vernois, un travail intitulé : *De la syphilis des verriers; hygiène et prophylaxie.*

7° M. le Secrétaire perpétuel présente, de la part de M. le docteur de Pietra Santa, un mémoire manuscrit intitulé : *Trichine et trichinose aux États-Unis.*

8° M. Béchamp, membre correspondant, adresse, pour le prix Buignet, un mémoire intitulé : *Nouvelles recherches sur les albumines au point de vue physiologique et pathologique.*

M. le Président, après une courte allocution sur la mort de M. Wurtz, lève la séance en signe de deuil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mai 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

Sommaire : *Hémorrhagies pulmonaires malgré l'oblitération de l'artère et des veines pulmonaires. — Nouveau mode de paralysie radiale par compression. — Traitement de la diphthérie par les vapeurs de goudron de houille et de térébenthine.*

M. Du Castel lit une note de M. Desplats, professeur de clinique médicale à la Faculté libre de Lille, note intitulée : *Foyers multiples d'apoplexie pulmonaire, rétrécissement mitral, oblitération complète de l'artère pulmonaire et des veines pulmonaires.* Une femme de 43 ans avait présenté les symptômes suivants : dyspnée, œdème de la face et du membre supérieur droit, urines albumineuses, cœur hypertrophié sans bruits de souffle, hémoptysies réitérées avec les caractères de celles qui se montrent dans l'apoplexie pulmonaire, ascite ponctionnée trois fois, enfin cyanose et affaiblissement graduel du cœur.

A l'autopsie on trouva, outre un épanchement pleural droit, plusieurs foyers d'apoplexie pulmonaire, d'âges différents, dans le poumon droit, un cœur libre dans le péricarde, mais de couleur feuille morte, offrant un rétrécissement mitral très marqué avec des valvules épaissies et couvertes de végétations muriformes. Des caillots volumineux emplissaient les cavités gauches, l'oreillette gauche était surtout occupée par un caillot ancien polypiforme, blanchâtre et de consistance puriforme qui oblitérait complètement l'embouchure des veines pulmonaires droites. L'artère pulmonaire ne présentait pas de lésions jusqu'à sa bifurcation, mais sa branche droite était oblitérée par un caillot blanc qui se prolongeait jusqu'à ses ramifications terminales, les caillots qui aboutissaient à des foyers apoplectiques récents étant teintés de rose. Les veines se trouvant également obstruées, M. Desplats se demande si, dans ce cas, la production des foyers d'apoplexie et des hémoptysies, malgré l'oblitération des vaisseaux pulmonaires, n'a pas eu pour point de départ le système des artères bronchiques dont les anatomistes admettent la communication avec le système des vaisseaux pulmonaires.

M. Joffroy vient apporter un fait et des arguments à l'appui de la théorie émise par M. Panas sur le développement de la *paralysie radiale par compression*; il se propose aussi d'établir que le vaste interne du triceps, dont l'intégrité est admise en général dans ce genre de paralysie, peut être également atteint dans quelques cas à la vérité très rares. La paralysie radiale a été réputée d'origine rhumatismale ou *a frigore* par tout le monde jusqu'en 1871, époque à laquelle M. Panas a émis l'opinion que la paralysie idiopathique du nerf radial reconnaît pour cause habituelle une compression passagère de ce tronc nerveux. Cette théorie, après avoir soulevé d'assez vives protestations, n'a plus rencontré de contradicteurs depuis que M. Vulpian s'y est rallié en 1882. Cependant, si tout le monde l'admet pour la majorité des cas dans lesquels la pathogénie s'explique clairement par les commémoratifs, il reste des cas douteux, et l'on trouve dans Duchenne (de Boulogne), notamment, certains faits qui semblent favorables à la dualité des opinions.

Une femme, concierge et blanchisseuse, après avoir lavé du linge, s'endort dans sa loge humide sur une chaise les bras nus et croisés sur la poitrine. Elle se réveille atteinte de paralysie radiale. C'est là pour Duchenne, partisan de la théorie rhumatismale, un exemple typique de paralysie *a frigore*. Ce fait serait pourtant peut-être susceptible d'une autre interprétation qui a été suggérée à M. Joffroy par l'observation suivante :

Un homme de 36 ans, bien portant, n'étant ni syphilitique, ni saturnin, ni alcoolique, se lève à cinq heures du matin, travaille jusqu'à dix heures sans la moindre gêne; à ce moment met un crochet sur ses épaules et transporte sur ce crochet une charge de 50 kilogrammes pendant 1,500 mètres. C'était au mois d'août et aucun refroidissement ne fut subi, le porteur ne s'étant pas arrêté en chemin. A son arrivée, il éprouve des fourmillements, de l'engourdissement dans la main gauche qui est inerte; il était atteint d'une paralysie radiale qui a mis six semaines à guérir.

©BIU Santé

Ce sont là des circonstances bien différentes de celles qu'on observe habituellement, et M. Joffroy rechercha avec soin quelle pouvait avoir été la cause de compression. Il supposa d'abord que les bretelles qui soutenaient le crochet pouvaient être incriminées ; mais outre que les paralysies radiales devraient être alors bien plus communes, notamment dans l'armée (où les médecins militaires n'ont pourtant jamais signalé de cas de compression par les bretelles du sac), M. Joffroy a institué avec M. Farabeuf l'expérience suivante sur le cadavre : un ruban de zinc de 4 centimètres de large et placé comme la bretelle d'un crochet ne peut en aucune façon comprimer les nerfs émanés du plexus brachial : ceux-ci se trouvent tous en arrière du bord externe de la bretelle, et celui même qui en est le plus éloigné est le tronc du radial.

Mais un interrogatoire minutieux du malade lui fit préciser que la position qu'il avait eue pendant le transport de son fardeau était la suivante : ses bras étaient croisés sur la poitrine, la paume de la main gauche placée sous le coude droit et les doigts de la main droite recourbée en crochet comprimaient le bras gauche de manière que leur pulpe était précisément en contact avec le point de la gouttière de torsion de l'humérus où le tronc du radial devient très superficiel. Il est facile de se convaincre en répétant l'expérience sur soi-même qu'on peut assez aisément, dans cette attitude, comprimer le radial de manière à faire naître des fourmillements dans la sphère de sa distribution au-dessous du point comprimé.

Cette explication ne serait-elle pas admissible aussi pour la malade de Duchenne qui s'était endormie les bras croisés.

M. Joffroy ne croit pas qu'il existe aucune observation probante en faveur de la théorie *a frigore*. Les paralysies saturnines et les paralysies spontanées consécutives aux fièvres et toutes celles où la compression ne peut être invoquée, n'ont pas la topographie précise de la paralysie radiale. On devra donc désormais regarder comme dues à la compression les paralysies des muscles innervés par le radial avec intégrité de la puissance motrice des autres muscles de l'avant-bras.

Une autre particularité insolite du fait observé par M. Joffroy était l'affaiblissement du triceps brachial, ou du moins du vaste interne du triceps ; or, d'après M. Panas, ce muscle échapperait toujours à la paralysie dans les cas de compression ; cela peut être vrai pour la majorité des cas, notamment pour ceux où la tête, appuyée sur le bras pendant le sommeil, a été l'agent de la compression. M. Joffroy s'est assuré d'ailleurs, sur le cadavre, que la tête ne peut jamais comprimer les filets émanés du radial pour se rendre au vaste interne ; au contraire, dans l'attitude des bras croisés spécifiée plus haut, la pulpe des doigts vient précisément se placer au point où cheminent à côté du radial le musculo-cutané et les filets du vaste interne, mais ceux-ci sont situés dans l'épaisseur des fibres musculaires, condition moins favorable à la compression.

En résumé, M. Joffroy pense que le problème de la pathogénie de la paralysie radiale idiopathique se pose inversement aujourd'hui de ce qu'il était en 1871, après le mémoire de M. Panas ; la preuve de la théorie de la compression était alors à faire ; c'est aujourd'hui la théorie du froid qui doit faire ses preuves, car il n'en existe pas d'exemple authentique.

M. Féréol : L'explication de M. Joffroy, très séduisante pour le cas dont il a été témoin, me laisse des doutes pour le cas de Duchenne. Mon collègue, M. Barth, qui est en ce moment en face de moi, a les bras croisés ; ils ne sont cependant pas dans l'attitude décrite par M. Joffroy, et, s'il venait à s'endormir dans cette situation, je ne crois pas qu'il se réveillât avec une paralysie radiale. J'ai vu, à Beaujon, un homme qui fut atteint subitement de paralysie radiale, pendant qu'il était occupé à ficeler des paquets dans un sous-sol. Dans ce cas, je n'affirme pas que le froid soit en cause, mais je ne saurais non plus croire qu'il faille toujours admettre la compression.

M. Joffroy : Relativement à la malade de Duchenne, il est difficile d'être aussi affirmatif que pour le mien. Duchenne, qui cherchait à établir la paralysie *a frigore*, n'a pas décrit d'une façon précise la façon dont les bras de cette femme étaient croisés (on ne voit bien en médecine que ce qu'on cherche), et s'il a même noté l'attitude générale, c'est parce qu'il prenait admirablement toutes les observations. Si M. Barth n'est pas exposé en ce moment à la paralysie radiale, c'est justement parce que ses bras ne sont pas croisés comme l'étaient ceux de mon malade.

Si l'on objectait que pendant le sommeil on ne saurait comprimer son radial avec la main opposée avec autant de force qu'en portant un fardeau, on pourrait répondre que les contractions musculaires sont quelquefois très énergiques quand on dort ; dans les attitudes extraordinaires que prennent parfois les gens qui dorment assis, l'équilibre ne peut être conservé que par de puissantes contractions musculaires. La tonicité muscu-

laire est telle pendant le sommeil, que Duchenne faisait porter aux malades atteints de paralysie des appareils de nuit destinés à s'opposer aux attitudes vicieuses qu'aurait fait naître la tonicité prédominante des muscles antagonistes aux muscles paralysés.

D'ailleurs, dans les antécédents des malades atteints de prétendues paralysies radiales rhumatismales, il est très rare qu'on ait noté d'autres accidents rhumatismaux; et rhumatisme a voulu dire ici cause inconnue.

M. GALLARD: Il y a exagération à attribuer à la compression toutes les paralysies radiales; pourquoi le radial ne pourrait-il pas être paralysé par un coup de froid comme les autres nerfs moteurs? La paralysie faciale, par exemple, n'est-elle pas manifestement produite par le froid et en dehors de toute cause de compression? Faut-il rayer le groupe des paralysies *a frigore?*

M. JOFFROY: M. Gallard aurait tout aussi bien, et même plus avantageusement pour la thèse qu'il soutient, citer les paralysies du sciatique *a frigore;* ce nerf peut, en effet, être atteint soit dans son ensemble, soit dans certaines de ses branches; mais cette distribution de la paralysie est précisément très irrégulière et très variable, tandis que la paralysie radiale est toujours identique dans sa topographie, avec la même précision que s'il était coupé expérimentalement.

Quant à la paralysie faciale par le froid, c'est en réalité une paralysie par compression; car le froid n'agit qu'en amenant par congestion le gonflement du nerf, qui devient comprimé par l'étroitesse du canal qu'il traverse.

M. BUCQUOY cite un exemple qu'il croit incontestable d'une paralysie radiale *a frigore* Dans le service d'Andral il a vu, avec Lorain, Cadet de Gassicourt et Axenfeld, un malade atteint d'une paralysie radiale dans laquelle la motilité et la sensibilité n'étaient abolies que jusqu'au milieu de l'avant-bras. Cet homme avait travaillé toute une journée à tarauder un trou ou à visser un écrou les avant-bras plongés dans l'eau d'un puits dont le niveau atteignait juste le point où finissait sa paralysie.

M. JOFFROY: C'est un exemple de paralysie par le froid de certains muscles innervés par le radial, paralysie irrégulière, mais non délimitée topographiquement comme celles dont je m'occupe et pour lesquelles je soutiens la nécessité de la compression.

M. MILLARD: J'ai vu aussi le malade dont a parlé M. Bucquoy. C'était un plombier, et Duchenne se demandait même si dans ce cas l'influence du plomb n'avait pas joué le rôle de cause prédisposante.

M. CUFFER rappelle qu'il a communiqué il y a trois ans l'observation d'une blanchisseuse atteinte subitement d'une paralysie très nette de tout le radial pendant qu'elle portait sur le bras un paquet de linge sortant de l'eau. M. Panas présent lors de cette communication invoqua la compression; rien n'empêchait d'admettre aussi bien le froid.

M. JOFFROY: Cette femme portait en effet un fardeau.

M. CUFFER: Oui, mais sur l'avant-bras, et cependant tout le radial fut paralysé.

— M. LEGROUX demande si ses collègues des hôpitaux d'enfants ont expérimenté le *Traitement de la diphthérie préconisé récemment par M. Delthil* (de Nogent-sur-Marne).

M. D'HEILLY l'a essayé à l'hôpital Trousseau sous la surveillance même de M. Delthil. On fait chauffer dans un récipient un mélange de goudron de houille et de térébenthine, qui dégage des vapeurs épaisses. Ce sont des carbures qui, d'après M. Delthil, auraient la propriété de dissoudre la fibrine fibrillaire qui agglomère les fausses membranes. Cinq enfants trachéotomisés ont été soumis à ce traitement qui a commencé un mercredi matin. Le jeudi soir deux d'entre eux étaient morts et le troisième suivait une marche fatale, quand M. Delthil demanda lui-même la suspension de l'expérience. Ces cinq cas n'étaient pas, il est vrai, favorables. Deux d'entre eux étaient de ceux dont on peut dire qu'ils guériront s'il ne survient pas de broncho-pneumonie, un autre était consécutif à la rougeole et par conséquent condamné à peu près sûrement, les deux derniers étaient médiocres.

L'expectoration catarrhale qui, d'après M. Delthil, devrait succéder aux inhalations, a manqué. La dyspnée s'est accrue rapidement chez les sujets qui en avaient déjà et s'est montrée aussitôt chez ceux qui n'en avaient pas encore.

Une fausse membrane soumise pendant 32 à 36 heures *in vitro* à l'action des vapeurs carburées ne s'est nullement désagrégée.

©BIU Santé

M. Féréol a obtenu un résultat plus favorable dans un cas récent où il s'agissait d'une de ses parentes. La diphthérie dans ce cas devait être présumée particulièrement grave puisque trois membres de la famille avaient été emportés en six jours. Au début, les fausses membranes étaient localisées sur l'amygdale gauche, il y avait quelques ganglions, mais pas d'engorgement. La malade âgée de 56 ans (circonstance favorable) n'était pas alitée et s'alimentait bien. M. Laboulbène affirmait que ce cas devait guérir. L'eau oxygénée, qui dans d'autres circonstances a donné de bons effets, n'eut aucun bon résultat. La fausse membrane gagna le voile du palais. Le début avait eu lieu le mardi soir ; le vendredi soir quelques îlots pseudo-membraneux se montraient sur le pharynx et l'amygdale droite, la généralisation était manifeste. Le larynx n'était pas pris. M. Damaschino qui vint le lendemain put constater que l'envahissement faisait encore des progrès, il n'y avait, il est vrai, que peu de ganglions tuméfiés et il n'y eut amais d'albuminurie. On n'eût donc jamais affaire à un cas toxique.

En tout cas, à une heure après midi, le traitement par les fumigations fut commencé sous la direction de M. Delthil. Dès le lendemain, on constatait un changement appréciable. Les fausses membranes avaient perdu l'aspect stratifié et la consistance couenneuse, elles offraient la couleur et la consistance du miel ; en cinq ou six jours, la gorge se détergea et la convalescence s'établit. Dès le début de la médication s'était établie une abondante expectoration. La malade accusa un peu de céphalalgie et de somnolence pendant vingt-quatre heures. On s'était servi d'abord d'un goudron de houille impur qui faisait tousser toutes les personnes présentes ; mais cet inconvénient disparut quand on s'en fut procuré d'autre.

On peut dire sans doute que ce cas eût pu guérir sans le traitement de M. Delthil. Cependant l'action paraît avoir été manifeste sur la désagrégation des fausses membranes ; et même cette fluidification des produits pseudo-membraneux peut constituer un danger, signalé par M. Delthil lui-même, chez les enfants trachéotomisés en les exposant à l'oblitération de la trachée. En tout cas, il y a lieu d'expérimenter cette méthode chez un plus grand nombre de sujets et dans diverses formes de diphthérie.

P. L. G.

FORMULAIRE

Pate arsénicale forte. — J. Redier.

Acide arsénieux porphyrisé	2	grammes.
Chlorhydrate de morphine.	2	—
Gomme adragante pulv	àà 1	—
Glycérine pure		

F. s. a. une pâte destinée à la cautérisation des dents cariées, avant que l'on procède à leur obturation. — Cette pâte est préférable à la poudre arsénicale, toutes les fois qu'il n'est pas possible de porter sûrement celle-ci au contact direct de la pulpe. En effet la pâte s'insinue plus facilement dans les anfractuosités que présente quelquefois la cavité de la pulpe, et elle peut ainsi atteindre plus aisément les débris de cet organe, au fond des canaux radiculaires. — N. G.

COURRIER

Mont-Dore. — Par arrêté en date du 10 mai courant, M. le Ministre du Commerce a nommé M. le docteur Richelot père médecin-inspecteur honoraire de l'établissement thermal du Mont-Dore.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 5 mai, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. le docteur Rey, médecin en chef de la marine, chargé du service médical au Tonkin ; le docteur Driout, médecin principal de deuxième classe de l'armée de terre, chef du service de santé du corps expéditionnaire du Tonkin.

Au grade de chevalier : MM. le docteur Ségard, médecin de première classe de la marine ; le docteur Lecotte, médecin-major de deuxième classe à la légion étrangère.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Ch. Eloy : De l'origine et de la théorie auriculaire de quelques bruits intra et extra-cardiaques. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — III. Sociétés médicales des départements. — IV. Lettres d'Orient. — V. Thérapeutique. — VI. Variétés. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton.

De l'origine et de la théorie auriculaire de quelques bruits intra et extra-cardiaques.

Bruit auriculo-systolique de frottement. — Bruit auriculo-systolique de dédoublement. — Frottement de la péricardite partielle. — Schéma du froufrou péricardique. — Bruits de dédoublement dans les cas de cœur rénal et de cœur pulmonaire. — Schéma du dédoublement. — Comparaison entre la théorie auriculaire et l'asynchronisme ventriculaire. — Rôle éventuel de cette théorie dans la pathogénie des bruits intra et extra-cardiaques.

S'il est une question toujours en discussion, c'est assurément la pathogénie des bruits extra-cardiaques de frottement et intra-cardiaques de redoublement.

Dans la technique de l'auscultation du cœur à l'état normal, et même dans les théories explicatives des bruits morbides de cet organe, on fait jouer un rôle prépondérant à la systole ventriculaire, et classiquement on admet que la contraction des parois auriculaires est aphone, ou tout au moins ne donne pas un son distinct à l'oreille de l'observateur.

Est-ce à dire que dans la production des bruits morbides du cœur, les oreillettes sont toujours hors de cause? Ne doit-on pas, tout en évitant des minuties peu pratiques d'auscultation, faire intervenir leur systole soit directement, soit indirectement dans ce phénomène? Cette question mérite réponse; aussi vient-elle, de l'autre côté de la Manche, d'être l'objet des leçons d'un clinicien de talent, M. Johnson, qui n'hésite pas à adopter la théorie auriculaire de quelques bruits du cœur.

Il existe, en effet, des cas où l'origine auriculaire de ces bruits pathologiques est vraisemblable et même parfois certaine. L'anatomie pathologique en donne alors la raison et vérifie l'hypothèse formulée au lit du malade.

Quelle sera leur nature? Tantôt un bruit de *frottement auriculo-systolique*

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON

III

Dans la salle 14, M. Lafon expose un beau portrait en pied de M. Pasteur (n° 1359), qui aura un légitime succès auprès des nombreux admirateurs de l'illustre savant; la phalange s'en est accrue récemment de tous les lecteurs du livre intitulé : *Histoire d'un savant par un ignorant*, où la carrière scientifique et les découvertes capitales de M. Pasteur sont racontées avec un enthousiasme filial par son gendre, M. Valery-Radot.

Dans le portrait de M. Lafon, la ressemblance est parfaite, ce que suffirait à prouver l'absence complète de bonne humeur dans la physionomie. On sait qu'une excessive aménité n'est pas le caractère distinctif du grand chimiste, différent en cela de son collègue M. Wurtz, dont la mort vient de laisser une place vacante aux premiers rangs de la science française. M. Lafon a entouré son modèle de quelques attributs rappelant ses travaux; je trouve un peu mesquin ce semblant de laboratoire qu'on aperçoit vaguement à côté de M. Pasteur; ces quelques tubes, ces rares éprouvettes sont tout au plus l'installation d'un amateur qui ferait de la chimie amusante dans son cabinet de toilette; si le peintre voulait donner une idée de l'œuvre qui se poursuit dans le monde entier, sous l'impulsion de M. Pasteur, il fallait nous le présenter au milieu d'un arsenal autrement imposant, ou bien, ce qui eût mieux valu peut-être, nous le montrer tout

©BIU Santé

produit par des exsudats déposés à la surface de l'oreillette, tantôt un *redoublement du premier bruit*, parce qu'il existe de la dilatation, avec ou sans hypertrophie, d'une seule ou des deux oreillettes, tantôt un *murmure présystolique*, dépendant d'un rétrécissement mitral.

Comment, dans des cas semblables, démontrer le rôle de la contraction auriculaire dans la pathogénie de ces bruits anormaux ?

M. Johnson appuie son argumentation sur des faits cliniques. Dans des cas de péricardite partielle suivie de mort, on a observé la localisation des exsudats inflammatoires sur certains points de la surface des oreillettes. Chez un malade dont ce médecin a publié l'histoire (1), on entendait distinctement, pendant la vie, un bruit de frottement présystolique, et, après la mort, on observait des dépôts fibrineux à la surface des deux oreillettes.

A l'auscultation d'un autre malade, le bruit présystolique avait son maximum entre le mamelon gauche et le bord sternal. A la pointe on entendait un autre bruit distinct et nettement systolique. Les lésions trouvées à l'autopsie consistaient en deux plaques exsudatives, l'une à la surface de l'oreillette droite, l'autre sur la pointe des deux ventricules. Enfin, dans le rhumatisme aigu, il n'est pas rare d'entendre un frottement présystolique ou systolique, c'est-à-dire un bruit systolique auriculo-ventriculaire, ayant son maximum à la base du cœur, et associé ou non avec d'autres signes physiques ou avec des symptômes généraux.

Voilà donc des bruits systoliques auriculaires d'origine *extra-cardiaques*, ayant pour cause anatomique des altérations de la surface du péricarde, et pour facteur physiologique la contraction auriculaire. M. Johnson (2) compare ces phénomènes avec le *frou-frou* de la péricardite classique. Ce dernier bruit est, dit-il, invariablement composé de trois syllabes *rub-rub-rub*. La première syllabe coïncide avec la systole auriculaire, la seconde avec la systole ventriculaire, et la troisième, qu'on entend après un intervalle plus long, est synchrone avec la diastole ventriculaire. Une pause post-diasto-

(1) *The Lancet* (13 mai 1876).

(2) G. Johnson (On the influence of the auricles in the production of cardiac sounds and murmurs: *Medical Times and Gaz.* (5 janvier 1884, p. 5).

---

seul, sans attributs d'aucune espèce, comme sont les beaux portraits de M. Bonnat, qui manquent au Salon de cette année. M. Pasteur est bien de taille à remplir un cadre sans addition d'accessoires.

Tous les grands Français ont d'ailleurs leur portrait à l'Exposition; après M. Pasteur, et sans compter plusieurs Victor Hugo, que je crois avoir aperçus çà et là, voici dans la salle 25 M. Ferdinand de Lesseps, par Mlle Abbema. A tout seigneur, tout honneur; ce petit tableau porte précisément le n° 1 du Catalogue, et ce qu'a fait ainsi le hasard du classement par ordre alphabétique, l'illustration du modèle aurait pu le faire aussi bien. La peinture est bonne, la ressemblance irréprochable, et obtenue sans recherche ni exagération; Mlle Abbema a eu la main heureuse parmi les peintres assez nombreux devant lesquels a posé M. de Lesseps, et qui ne furent pas tous aussi franchement inspirés par leur modèle.

Une Famille, de M. Pelez (salle 26, n° 1872), complète le tableau précédent, en nous montrant les nombreux enfants de M. de Lesseps, que tout Paris connaît et que l'on prendrait presque pour des jumeaux, si les jumeaux ne se bornaient à aller par deux, ou tout au plus par trois. Ils sont là une dizaine, très réjouissants à voir avec leurs mines fraîches sous leurs grands chapeaux bleus, et pour les faire tenir tous ensemble dans le même groupe, le peintre n'a point trouvé d'autre endroit que les marches d'un grand escalier, où tout ce petit monde a pu se superposer. Rien ne dit que, pour les expositions à venir, il ne faille surélever et élargir l'escalier pour y trouver de nouvelles places; car ce n'est pas seulement par ses entreprises que M. de Lesseps est assuré que son nom ne périra pas.

Un autre portrait tout à fait remarquable est celui de Mme A. R., par Mlle de Mertens

lique termine cette succession de bruits et précède celle qui vient après (1).

La diastole auriculaire s'accompagne-t-elle d'un bruit de frottement? Il se confondra, à l'auscultation, avec le bruit synchrone de la systole ventriculaire.

Ajoutons qu'au début de la péricardite, le frottement est ordinairement unique et systolique; mais il peut aussi être double ou triple. Dans la période de résolution, la cessation du bruit systolique auriculaire est, en général, la première et précède celle du frottement systolique ventriculaire, dont la durée est plus grande puisqu'il peut persister après les autres bruits pendant des jours, des semaines, et même des mois.

Déterminer l'origine et la théorie explicative des bruits extra-cardiaques de cette nature ne suffit pas à la clinique; il importe de les distinguer des *bruits valvulaires*. Il y a longtemps que Bouillaud et ses élèves, dans le but de prévenir cette confusion, imposaient pour caractère aux souffles valvulaires leur limitation exacte dans un point de la région précordiale, leur profondeur, leur caractère *filé*, résultat de la sensation du passage d'un liquide à travers un orifice.

Néanmoins, on le sait, ce signalement classique est parfois en défaut, et un frottement systolique à la pointe peut être confondu avec le souffle d'une insuffisance mitrale. C'est alors qu'on pourra utilement exercer avec le stéthoscope une pression sur la région précordiale au point où s'entend le bruit morbide. Dans cette épreuve clinique recommandée par M. Johnson, le frottement sera augmenté et parfois même transformé en bruit de *frou frou*. De plus, le maximum de ce bruit extra-cardiaque correspond, en général, non pas à la pointe, là où le bruit de souffle mitral est le plus net, mais bien au-dessus de la pointe, vers le corps du ventricule. Enfin,

(1) Synoptiquement figurée, cette théorie est représentée par le tableau suivant, dans lequel les deux premières syllabes sont séparées par un intervalle bref et les deux dernières par un intervalle long.

Rub — systole auriculaire.		*Rub* — systole auriculaire.
Rub — systole ventriculaire.	*Pause post-diastolique*	*Rub* — systole ventriculaire.
Rub — diastole ventriculaire.		*Rub* — diastole ventriculaire.

(salle 14, n° 1700). La distinction de la peinture égale la distinction du modèle, qui est une charmante personne, à la figure intelligente et fine; la tête se détache bien sur un fond clair, sans le moindre tapage de couleur; on s'arrête et on revient volontiers devant cette toile, qui sort de la banalité écrasante des portraits dont toutes les expositions sont encombrées. Le portrait est un genre ou tout à fait supérieur, ou affreusement vulgaire, qui tient en somme beaucoup de place pour des jouissances artistiques médiocres. Le choix du modèle parmi les personnages célèbres, ou le talent du peintre pour les inconnus, sont les seules excuses des portraits que l'on soumet aux regards et aux critiques de milliers de visiteurs; mais qui nous dira l'intérêt, et surtout qui nous débarrassera des légions de belles-mères, de colonels, de fonctionnaires, d'avocats et même de médecins, dont la portraiture est sans doute un heureux événement de famille, mais dont le public se passerait volontiers?

Vu cette affluence de repoussoirs, on n'en apprécie que mieux les exceptions, comme les deux toiles de M. Chaplin (nos 491 et 492), dont on connaît la brillante couleur, et la façon gracieuse et poétique de faire valoir ses modèles. M. le comte de Lalaing a exposé dans ce genre deux toiles remarquables: le *Portrait équestre* (n° 1371, salle 14), gagnerait à être un peu moins équestre, et débarrassé de tous ces chevaux qui font penser à un défilé de cirque; mais dans celui-là, comme dans l'autre *Portrait* (n° 1370), les têtes sont fort belles et la peinture vigoureuse.

Depuis que l'aventure d'Andromède a été reproduite par le pinceau, en un nombre incommensurable d'éditions, il serait à souhaiter que cette victime de la colère de Neptune fût délivrée une fois pour toutes et qu'on n'en entendit plus parler; on se prend à regretter que le monstre marin, première utilité dans ce drame, n'en ait pas

©BIU Santé

il n'est entendu que très exceptionnellement dans la région postérieure du thorax, si tant est qu'il y soit jamais nettement perçu, c'est-à-dire là où le souffle mitral s'entend souvent.

La connaissance de ces frottements sonores produits par les contractions d'une oreillette dont la surface est devenue rugueuse, conduit à donner l'interprétation des *redoublements du premier bruit cardiaque*. Ce phénomène n'est pas rare, comme on le sait, dans la maladie de Bright. On a observé aussi sa coexistence avec l'emphysème pulmonaire et les bronchites chroniques.

On l'a expliqué, est-il besoin de le rappeler, par un défaut de synchronisme dans la systole des deux ventricules. Cette opinion, soutenue en France par des observateurs de haut mérite, a été aussi défendue en Angleterre, surtout par Sibson. Ses avocats invoquent en sa faveur les faits suivants : chez les brightiques, la tension artérielle s'étant élevée sous l'influence de l'obstacle vasculaire, la résistance circulatoire réagit sur le ventricule gauche, le force en quelque sorte, pour vaincre l'obstacle, à se contracter plus lentement que le ventricule droit. De là un retard dans sa systole et un dédoublement du premier bruit du cœur.

Cette théorie soulève des objections. Voici la première; c'est un argument préjudiciel. L'absence de synchronisme dans la systole des deux ventricules cause, dit-on, le dédoublement du premier bruit? Soit; mais ce dédoublement devrait être logiquement accompagné d'un dédoublement du deuxième bruit, conséquence nécessaire du retard dans l'occlusion des valvules aortiques. L'auscultation est donc en désaccord avec la théorie.

Il en est de même de la seconde objection : c'est un argument tiré de l'observation. En effet, le bruit de redoublement est superficiel. Entendu à la surface du cœur, entre le mamelon gauche et le sternum, il n'est pas localisé à la pointe. Et cependant, d'après la théorie de la dissociation de la systole ventriculaire, il devrait être localisé en ce point.

Une troisième objection, que j'appellerai anatomique, ne permet guère d'admettre une absence de synchronisme dans la contraction des ventricules. Par l'intrication de leurs fibres musculaires, ces deux portions du cœur sont solidaires l'une de l'autre; rien dans la structure du muscle cardiaque n'autorise un seul instant à admettre leur indépendance. Tout, au contraire, en démontre plutôt l'impossibilité.

---

abrégé les suites en dévorant sa proie du premier coup, d'autant plus qu'elle devait être, ainsi qu'on la représente toujours, un morceau fort appétissant. La consolation des Andromèdes qu'on voit aux expositions, c'est qu'il y en a toujours plusieurs de la même promotion, et qu'ainsi elles peuvent se tenir compagnie et se livrer à des comparaisons sur leurs destinées respectives. En voici deux qui se font vis-à-vis dans la salle 16. Celle de M. Lix (n° 1554) est encore sur son rocher, en tête-à-tête avec le monstre, sans aucune perspective de délivrance, tandis que celle de M. Matout (n° 1663), va pouvoir prendre la clef des champs, l'intervention de Persée étant imminente. Ce qui m'a particulièrement frappé dans ce tableau, c'est la ressemblance étonnante de la tête du monstre avec les robinets de cuivre qui se manœuvrent dans les établissements de bains. J'ai même conçu aussitôt, de cette analogie, une explication de la légende d'Andromède on ne peut plus claire et satisfaisante. Andromède est une jeune fille qui est allée prendre un bain, un dimanche matin; sentant un peu de fraîcheur, elle a tourné le robinet d'eau chaude (le monstre), et elle ne peut plus le fermer; menacée de cuire dans sa baignoire, elle appelle, elle crie, et est enfin obligée, malgré la délicatesse de la situation, d'accepter les services du garçon de bains (Persée), qui a seul la poigne assez solide pour tordre le cou du bon côté au robinet récalcitrant.

On n'a plus envie de rire devant la grande peinture de M. Edouard Detaille (n° 762), représentant *le Soir de Rezonville, 16 août 1870*. M. Detaille a le don de faire jaillir de la toile les fortes et tristes impressions de la guerre, avec un grand sentiment et un profond respect de la vérité. Ce ne sont plus les combats mouvementés, les scènes à effet qu'affectionnaient les peintres militaires jusqu'à une époque toute récente; dans les tableaux de M. Detaille, tout est simple et sans artifices; aussi, quelle émotion se dé-

Enfin, voici une quatrième objection d'ordre expérimental. M. Johnson examine le cœur d'un animal durant les diverses périodes de l'apnée. Eh bien, que l'encombrement des cavités du cœur gauche soit considérable, ou que, la distension des vaisseaux pulmonaires et des cavités droites étant extrême, les cavités gauches soient presque à l'état de vacuité, jamais on ne constate l'absence de synchronisme dans les contractions de l'une ou de l'autre moitié du cœur.

Aussi, avec M. Johnson, qui rend d'ailleurs pleine justice aux recherches de M. Potain, notre éminent professeur de clinique, il faut bien admettre que ce redoublement du premier bruit est produit par la systole d'une oreillette dilatée et surtout hypertrophiée.

Comparés aux frottements péricardiques, ces bruits de redoublement possèdent le même rhythme. En effet, le *frou-frou* péricardique étant figuré avec M. Johnson par la triple syllabe : *rub-rub-rub*, le redoublement du premier bruit sera représenté par l'association syllabique : *rat-rat-rat*. Le médecin anglais remarque d'ailleurs avec raison que ces syllabes expriment le rhythme et non pas le timbre des bruits et, de plus, qu'on en imitera le caractère musical par la percussion d'une planche avec les trois doigts demi-fléchis, à condition toutefois de laisser entre les deux premiers bruits ainsi produits un intervalle de temps plus court qu'entre le deuxième et le troisième. Les deux premiers correspondent à la systole auriculo-ventriculaire et le troisième à la diastole ventriculaire (1).

Cette théorie de l'*origine auriculaire* du *redoublement* du *premier bruit cardiaque* s'appuie sur l'observation clinique. En effet, dans la maladie de Bright, où souvent on constate l'hypertrophie du cœur gauche (oreillette et ventricule), la systole auriculaire est entendue dans le troisième espace intercostal gauche, c'est-à-dire sur la ligne de jonction de l'oreillette au

(1) Voici le schéma de ces bruits de redoublement :

Rat — systole auriculaire.	1er bruit doublé.	pause post-diastolique.	*Rat* — systole auriculaire.	1er bruit doublé.	
Rat — systole ventriculaire.			*Rat* — systole ventriculaire.		
Rat — diastole ventriculaire.	2e bruit normal.		*Rat* — diastole ventriculaire.	2e bruit normal.	

gage de ce vaste champ de bataille, du mouvement de ces belles troupes inutilement victorieuses, de cet horizon où descend le crépuscule, coupé par les brasiers des villages et des fermes incendiés! La foule qui se presse devant cette belle œuvre doit s'y sentir l'âme plus remuée que devant toutes les natures mortes, où sont exécutés, avec un soin exquis et un art merveilleux, des portraits de chaudrons et de bottes d'asperges, dont il est fait grand cas et qui passent pour une des manifestations les plus élevées de la peinture, je n'ai jamais su pourquoi. Ceci ne s'applique pas aux fleurs, bien entendu, car elles sont vivantes, et ont avec la peinture cette parenté étroite qu'elles sont comme la palette de la nature. Il y en a de bien jolies au Salon, que nous retrouvons chemin faisant, entre autres les *Pavots* de M. Benner (n° 175), un vrai feu de bengale.

Un des meilleurs élèves de M. Detaille, et un de nos peintres militaires les plus goûtés, M. Eugène Chaperon, a été moins heureux cette année que par le passé. Son *Convoi d'un mobile* est un tableau de genre, bien plus qu'une scène militaire, d'une couleur terne et d'une exécution peu enlevée. M. Chaperon saura prendre sa revanche en choisissant ses sujets en dehors de toute prétention sentimentale.

Ce n'est point de terre-à-terre qu'on peut accuser le *Pierrot* de M. Comerre (n° 578), étonnant de relief et de virtuosité. Il est bien le « Pierrot blanc dans un boudoir blanc » chanté dans une strophe d'Emmanuel Ducros, qui sert d'épigraphe au tableau. On voit que tout ce blanc doit constituer un tour de force, mais si réussi qu'on n'en aperçoit pas la difficulté. Pour les amateurs de trompe-l'œil, il y a surtout un pantalon dont l'étoffe fait illusion.

Les deux tableaux de M. Montenard (salle 14, nos 1751 et 1752) sont aussi de ceux qui

©BIU Santé

ventricule. Ce bruit précède immédiatement la systole ventriculaire et le premier bruit normal. Ce redoublement du premier bruit, dont le maximum correspond à la région moyenne du sternum, existe aussi dans l'emphysème pulmonaire avancé et dans les bronchites chroniques. Dans ce cas, la dilatation et l'hypertrophie de l'oreillette droite sont la conséquence de la gêne de la circulation pulmonaire. Ces cas sont relativement simples auprès de ceux dans lesquels ces dernières affections accompagnent la maladie de Bright. Alors, les deux moitiés du cœur sont hypertrophiées; alors aussi le redoublement du premier bruit s'entend sur une zone plus étendue.

La théorie de l'asynchronisme systolique des deux ventricules est assurément impuissante à donner raison du bruit de redoublement qui accompagne une gêne de la petite circulation contemporaine d'une perturbation de même nature dans la grande circulation. Tels sont les cas où l'emphysème et la bronchite chronique coexistent avec la maladie de Bright, et font simultanément obstacle au cours du sang dans les vaisseaux pulmonaires et dans ceux de la circulation générale. Ici, la théorie auriculaire donne une réponse satisfaisante et la théorie ventriculaire reste en défaut.

Une observation empruntée à M. Beale, et citée par M. Johnson, confirme le rôle de la contraction auriculaire dans ces phénomènes. Le malade, en puissance d'une affection spinale, présentait un aplatissement de la paroi antérieure du thorax. Dans le troisième espace intercostal gauche, on observait à la vue et au toucher un battement précédant immédiatement un autre battement dont le siège était sous le mamelon et dans le cinquième espace. De ces pulsations, la première était présystolique et auriculaire, la seconde systolique et ventriculaire, comme l'auscultation le démontrait d'ailleurs. Le premier bruit était dédoublé : la première partie de ce bruit était de tonalité élevée, s'entendant à la base, tandis que la seconde, de tonalité moins élevée et de timbre moins net, correspondait à la pointe. Cette différence de tonalité doit être attribuée à ce que, vers la pointe du cœur, la systole auriculaire n'étant pas entendue, son bruit ne s'ajoute plus à celui de la systole ventriculaire. Chez ce malade, il n'existait ni lésions valvulaires, ni altérations rénales.

Enfin, dans la dilatation simple d'une ou plusieurs cavités cardiaques, en l'absence de lésions valvulaires, de trouble de la circulation générale, ou

---

attirent le regard. L'un représente un arrivage d'oranges et de citrons sur les quais de Toulon; la couleur un peu trop vive des fruits semble dépasser l'effet que le peintre a cherché; mais dans l'autre, *Un Village aux environs de Toulon*, la transparence du beau ciel de Provence est frappante; on sent la chaleur qu'il doit faire pour gravir cette colline, où des oliviers, des chênes verts et quelques cochons insouciants affrontent seuls le plein soleil, dans un air embrasé. M. Montenard est né à Paris, mais il a vu et compris notre Midi, et ses tableaux ont justement ces apparences de paysages d'Orient, qui donnent un charme si particulier aux bords de la Méditerranée.

Les productions de M. Puvis de Chavannes sont toujours un des grands attraits de l'exposition de peinture. La fidélité de cet artiste à un genre invariable, l'élévation de la pensée, la recherche de l'idéal et une très sincère conception du beau sont plus de conditions qu'il n'en faut pour justifier la vive curiosité du public pour les tableaux de M. Puvis de Chavannes. Celui qu'il nous donne cette année, le *Bois sacré cher aux Arts et aux Muses* (salle 21, n° 1994) comptera parmi les plus considérables. Les Muses se promènent doucement, se baignent, ou cueillent des branches de laurier dans un paysage peu compliqué, dont quelques arbres élémentaires et une colonnade comme celles que l'on voit en grisaille chez les photographes, forment les seuls ornements. Sans doute, il y a dans cette composition du calme, de la sérénité, et une grandeur qu'on ne peut contester ; mais je dois avouer que j'y trouve surtout une impression de somnolence et de torpeur uniformément répandue sur toute la toile, sans rien qui vienne éveiller l'attention ni soutenir l'intérêt. Le dessin est de convention, le coloris est absent, les personnages et la nature elle-même semblent en proie à un engourdissement insurmontable. On dit à cela que ce n'est pas de la peinture ordinaire, mais quelque chose comme une fresque,

d'obstacle dans les vaisseaux pulmonaires, on a encore constaté à la base du cœur un semblable dédoublement du premier bruit. Comment donc expliquer ces faits cliniques par l'asynchronisme de la systole des ventricules?

Il n'est nul besoin, à coup sûr, d'ouvrir la discussion sur l'origine du murmure auriculaire présystolique et du frémissement précordial qu'on observe dans le rétrécissement mitral. La projection forcée du sang à travers l'orifice rétréci et l'énergique contraction de l'oreillette hypertrophiée en donnent la raison. Il faut ajouter que cette explication, avant d'avoir l'appui du médecin anglais, avait trouvé celui de savants cliniciens de notre pays.

Ainsi, à côté de la théorie du dédoublement des bruits du cœur par le claquement successif des valvules homologues des deux cœurs, théorie si ingénieusement motivée par M. Potain, on peut légitimement aussi faire de la contraction auriculaire, l'un des facteurs du dédoublement du premier bruit. Trouvant une confirmation de cette théorie dans la comparaison des bruits *extra-cardiaques de frottement auriculaire* avec les bruits *intra-cardiaques de redoublement du premier bruit et de frémissement présystolique*, M. Johnson n'hésite pas à la généraliser, parce que cliniquement, anatomiquement et physiologiquement, elle serait toujours plus en harmonie avec les faits que la théorie de l'asynchronisme systolique des ventricules.

Cette conclusion générale est peut-être prématurée; c'est à la clinique de juger de la valeur d'une théorie si séduisante par sa simplicité. En tout cas, si elle doit à l'avenir se vérifier, il ne faut pas oublier qu'il est aisé de trouver les traces de ces idées dans les œuvres de nos compatriotes. Le méconnaître serait un déni de justice à l'égard du pays des Bouillaud, des Beau, des Potain et de tant d'autres encore, dont on ne saurait même à l'étranger trop souvent citer les noms et assez équitablement méditer les savants travaux de pathologie cardiaque.

Ch. ELOY.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 mai 1884. — Présidence de M. ROLLAND.

Tout s'est borné à l'annonce de la mort si imprévue de M. Wurtz. La séance a été

---

et si vous vous montrez rebelle à l'admiration, on vous fait sentir votre ignorance par l'argument de la fresque. Les fresques ont perdu leurs couleurs, parce qu'elles sont anciennes et peintes selon des procédés moins parfaits que ceux d'aujourd'hui; elles ont de la naïveté et un air enfantin, parce que c'était la manière des maîtres qui nous les ont transmises et de l'époque où ils vivaient. Ces qualités n'ont plus de raison d'être quand il s'agit d'un tableau moderne, qui n'est même plus une traduction du sentiment religieux, mais exclusivement une œuvre d'imagination. On attend d'ordinaire plus de brillant de l'imagination, et des sujets mythologiques. Ce qui démontre ce qu'il y a d'anormal, en tant que peinture, dans le tableau de M. Puvis de Chavannes, c'est qu'il gagne énormément à être reproduit par la photographie, et ce n'est point là assurément la véritable destination d'un tableau.

P. DUBRAY.

LOOCH FÉBRIFUGE. — Delioux.

Chloroforme	0 gr. 75 à 1 gr. 50.
Looch blanc du Codex	125 grammes.

Mêlez par une agitation prolongée. — A donner en 3 ou 4 fois, dans les fièvres intermittentes, quelques heures avant l'accès. — N. G.

©BIU Santé

levée immédiatement, ou, pour être plus exact, elle n'a pas même commencé. M. Wurtz était l'élève de prédilection de M. Dumas; il a suivi de près son illustre maître. L'année n'est point clémente aux chimistes français.

Quand paraîtront ces lignes, tous les journaux auront publié les notices nécrologiques d'usage, ainsi que les discours officiels prononcés sur la tombe par les représentants des corps savants et politiques auxquels appartenait le défunt. Les incontestables services qu'il a rendus à la science, et particulièrement à la chimie organique, qu'il a douée, je ne dirai pas d'une nomenclature, mais d'une notation courante, auront été appréciés comme il convient; on aura dit les substances nouvelles qu'une méthode sûre lui a permis de découvrir, et les composés nombreux qu'il a eu la gloire de pressentir et de voir se réaliser sous ses yeux, grâce à la puissante synthèse dont il a livré le secret à ses contemporains. M. Wurtz était un chimiste hors ligne, et justice complète aura été rendue à ses impérissables travaux. Nous nous associons sans restriction à tous les éloges que le savant mérite. Mais, en nous plaçant à un point de vue purement humain, nous ne pouvons nous défendre de l'émotion singulière que cause le contraste entre la fragilité de l'existence et l'âpreté des ambitions, contraste de tous les jours, et dont la leçon est constamment perdue. M. Wurtz était le type de ces esprits, nombreux aujourd'hui, qui ne se peuvent contenter des satisfactions, pourtant si hautes, que donnent l'étude et la recherche de la vérité. Les succès obtenus dans le culte de la science, ou par la pratique de l'art, ne servent qu'à éveiller des désirs immodérés de distinctions et de titres chez les hommes dont nous parlons et dont nous pourrions citer bien des noms parmi les illustres de ce siècle. Leur supériorité dans une des branches de l'activité humaine les porte à croire qu'ils ont une compétence universelle et qu'ils possèdent toutes les aptitudes. Ils sollicitent les titres les plus divers et, quand ils les ont obtenus, ils s'imaginent volontiers que cela suffit. Ils sont satisfaits; qui donc pourrait ne pas l'être? A l'égard des fonctions que les titres comportent, ils ne s'en occupent guère; le temps leur manque. Les fonctions! qu'est cela? une besogne inférieure dont le premier venu s'acquittera à leur place. Ils n'en ont cure. Mais le titre est un honneur, et leur est dû. Ils croient que cela les relève et que leur lustre en est augmenté. C'est là qu'est l'erreur déplorable du moment, et il faut bien avoir le courage de le dire à ceux qui survivent.

Qu'a gagné M. Wurtz à être doyen de la Faculté, à être maire du VIIe arrondissement, à être sénateur, à être président de tant de commissions où il n'apportait qu'un esprit distrait ou ennuyé, quand il n'était pas passionné ?

Afin de montrer que ces réflexions n'ont rien de personnel, et que leur caractère général s'applique à bien d'autres qu'à M. Wurtz, nous citerons son maître, M. Dumas, pour qui nous professons une admiration sans égale. Avec des allures différentes, M. Dumas eut aussi la faiblesse des titres administratifs et autres. Il est mort en regrettant de n'être point sénateur. N'est-ce pas incompréhensible? « Quelques-uns, dit Labruyère, pour étendre leur renommée, entassent sur leurs personnes des pairies, des colliers d'ordre, des primaties, la pourpre; et ils auraient besoin d'une tiare; mais quel besoin a Benigne (Bossuet) d'être cardinal? » — M. L.

Sociétés médicales des départements

Les travaux de la section de médecine de la Société académique de Nantes pendant l'année 1883.

Parmi les travaux des Sociétés médicales des départements, il n'en est pas de plus dignes d'être mieux connus que ceux des membres de la section de médecine de la Société académique de Nantes. Ce corps savant est, à coup sûr, la plus active et la plus féconde des branches dont l'agrégation forme l'Académie de la capitale maritime et scientifique de l'ouest de la France. Par la valeur de ses travaux, l'année 1883 n'aura pas été inférieure aux précédentes, comme on peut s'en rendre compte en parcourant les colonnes si bien remplies du *Journal de médecine de l'Ouest*, organe officiel et bulletin trimestriel de cette Société.

De ces communications, il en est qui sont dignes d'une analyse; tandis que d'autres méritent une lecture complète, et, par leur nature, échappent à une revue critique. Au nombre des premières, il faut citer les *deux observations de métastase purulente* dont M. Malherbe a été témoin: dans l'une, le malade était atteint de pneumonie et d'abcès

©BIU Santé

métastatiques des membres ; dans la seconde, d'une arthrite, à la suite de laquelle se produisirent des dépôts fibrineux et purulents dans les méninges.

Une autre observation de *pachyméningite avec syphilomes*, recueillie et annotée par le même clinicien, mérite aussi l'attention, parce que la paralysie de la langue, le ptosis et la paralysie faciale se manifestèrent successivement, en même temps que la perte des fonctions sensorielles correspondantes.

Les lésions consistaient dans des gommes syphilitiques de la dure-mère de l'étage moyen et inférieur.

M. Viaud-Grandmarais, au nom d'un médecin colombien, M. le docteur Posada Arango, professeur à la Faculté de médecine de Médellin, a lu un petit mémoire sur un cas de *myase*, c'est-à-dire de parasitisme larvique chez un enfant de 15 ans. Ce jeune malade avait eu un écoulement sanguinolent de la narine, quarante-huit heures après l'entrée d'une mouche dans le nez. La face gonfla, le malade accusa de la céphalalgie et des fourmillements dans les narines, et M. Posada Arango parvint à en retirer une véritable colonie de larves d'une mouche du genre *Colliphora*, espèce commune dans les contrées de l'Amérique centrale. Ces accidents sont fréquents en Colombie, et leur gravité est telle, que 64 p. 100 des malades succombent. Le mémoire de notre distingué confrère de Colombie méritait à juste titre d'être signalé par l'esprit clinique qui l'a inspiré et la sagesse de ses déductions pratiques.

Un autre membre infatigable de la section de médecine est M. Barthélemy. Pendant l'année qui vient de s'écouler, il a lu deux communications très étudiées : l'une a pour titre le *Traitement préventif de la rage par le hoang-nan;* je ne m'y arrêterai pas, parce que les effets thérapeutiques et surtout préventifs de cette substance sont encore à démontrer ; l'autre est relatif à un cas de *diabète compliqué d'anthrax*.

L'évolution de cet anthrax grave fut suivie de la guérison du diabète sucré. A ce propos, notre estimé confrère a examiné l'efficacité et les indications des diverses médications employées contre la glycosurie, de sorte que son travail, pour être court, n'en présente pas moins un véritable intérêt pratique.

Au moment où la fièvre typhoïde était l'objet de discussions dans les corps savants de la capitale, il n'est pas étonnant que le retentissement de ces débats se soit fait entendre jusqu'à l'embouchure de la Loire. De là, les *observations relatives au traitement de la fièvre typhoïde par l'acide salicylique et par l'acide phénique*. Ces observations, au nombre de dix-sept, ont été prises dans le service de M. Hervouet par son interne, M. Péricheaud. Elles témoignent en faveur de l'administration de l'acide phénique à doses modérées, mais ne confirment pas entièrement les résultats obtenus par M. Vulpian au moyen de l'emploi de l'acide salicylique.

Enfin, M. Kirchberg a rapporté l'intéressante histoire d'un cas de *fièvre typhoïde avec accidents oculaires*. Ces accidents consistaient dans la diminution du champ visuel, la décoloration pupillaire, et à l'examen ophthalmoscopique, dans des signes de névrite optique, phénomènes ayant pour cause probable une oblitération du système des capillaires irriguant le nerf optique.

Parmi les autres travaux qui ont été communiqués dans les séances mensuelles de la Société, je signalerai encore un mémoire de M. le docteur Poisson *Sur l'enseignement théologique et quelques interventions obstétricales;* un rapport de MM. Laënnec et Herbelin *Sur un cas d'empoisonnement par la strychnine;* un procédé de ce dernier *pour l'essai rapide du vernis des poteries communes* à l'occasion d'intoxications saturnines observées à Nantes par la consommation de vins de raisins secs qu'on fabriquait dans des vases de grès plombifères; les notes de M. Vigot *Sur les nœuds du cordon ombilical;* de M. Laënnec *Sur la docimasie optique* et les *puisards;* les observations d'*éclampsie*, *d'adénome du maxillaire inférieur* dues aux internes des hôpitaux de Nantes; enfin, un mémoire justement couronné de l'un deux, M. Brossier *Sur l'hystérectomie*.

On peut, d'après ces travaux, juger de l'intérêt des séances de la section de médecine de la Société académique de Nantes. Nous applaudissons aux savants efforts de nos confrères de la Loire-Inférieure, car ils font de la décentralisation scientifique à la bonne manière.

Ch. Eloy.

Lettres d'Orient

Constantinople, 10 mai.

Je m'empresse de vous transcrire le bulletin de la mortalité de peste à Bédra et Djessan :

©BIU Santé

25 avril, 5 décès sur 14 attaques ; 26 avril, 5 décès sur 12 attaques ; 27 avril, 2 décès sur 9 attaques ; 28 avril, 5 décès sur 16 attaques ; 29 avril, 9 décès sur 22 attaques ; 30 avril, 7 décès sur 7 attaques.

Dans ce bulletin, ne sont pas compris les décès parmi les fuyards campant aux environs de Bédra.

L'apparition du fléau à *Mendeli* est confirmée ; 6 attaques et 1 décès y ont été constatés, plus 2 décès précédemment (télégramme, 1er mai) jusqu'à la date du 4 mai.

A *Zorbadia*, 1 décès.

Jusqu'à la date du 6 mai, d'après les nouvelles officielles, le fléau restait localisé dans les endroits suivants : à *Bédra* et dans différents détachements de la tribu Beni-Lam, campant aux alentours de cette vilie ; à *Zorbadia* et *Djessan*, où la maladie a été importée par des fuyards, et à *Mendeli*, au nord de la province de Bagdad.

De petits lazarets ont été formés aux environs des localités pestiférées, qui d'ailleurs ont été partout mises sous cordons. Le débordement du Tigre a produit des inondations sur de grandes étendues et des marais infranchissables. Cette situation, tout en étant avantageuse pour le moment, fait craindre l'époque du retrait des eaux. La misère avec ses suites et les résidus des eaux en putréfaction rendront plus grande l'extension du fléau. Cependant on présume, ainsi qu'il arrive ordinairement, qu'avec les grandes chaleurs de l'été dans ces régions, l'épidémie pourra disparaître.

Quant à l'origine de cette épidémie, je ne suis pas encore en état de vous donner des informations positives. Je ne serai pas probablement à même de le faire bientôt, et provisoirement il faut admettre l'intervention étiologique des causes locales, telluriques et autres, qui rendent la maladie endémique dans ces parages.

Dr Stékoulis.

L'épidémie de peste de Bédra.

Voici des renseignements complémentaires sur l'épidémie de peste de Bédra. Ils permettront de juger sa marche et son étendue.

Au point de vue topographique, le district de Bédra est distant de dix à quinze heures de Bagdad; mais, actuellement, un grand débordement des eaux du Tigre et de ses affluents isole cette dernière ville, en fait un îlot et rend les communications tellement difficiles, que le trajet entre ces localités demande quatre jours pour l'aller et quatre pour le retour. C'est un inconvénient au point de vue de la transmission des informations; par contre, c'est une condition défavorable au transport de la maladie.

Ce district est situé au pied de montagnes peu connues, sauvages et habitées par des tribus vivant de rapines. Ces montagnes séparent la Perse de l'Irak-Arabi et sont traversées par une route que fréquentent les caravanes et les pèlerins Schites venant de Perse à Bagdad.

La passe de Mendeli et d'autres trouées font communiquer le territoire ottoman avec les provinces persanes de Duzfour et de Chustée. Elles sont donc les lieux principaux de passage pour les voyageurs et de propagation pour la maladie de Perse en Irak-Arabi, et réciproquement.

Bédra est en relations avec Bagdad par cette route qui est la route du Nord, et, de plus, comme on peut le voir sur la carte de Kiepert, par une autre route, celle du Sud. En suivant la première, on traverse Harréguine et Mendeli avant d'arriver à Bédra, et, d'après les informations que l'*Union médicale* publiait dans ses derniers numéros, ces localités sont atteintes. Il serait donc à craindre que la ville de Bagdad soit contaminée par cette voie, ce qui serait un désastre public pour la Mésopotamie et l'Irak-Arabi, en même temps qu'un danger menaçant pour l'Asie Mineure.

L'autre chemin, — celui du Sud, — pour se rendre de Bagdad à Bédra, consiste à descendre le Tigre jusqu'à Kut-el-Amara et à remonter ensuite la Bédraia, affluent de ce fleuve, à travers le district infecté. L'épidémie de 1876 se propagea le long de ce fleuve, voie directe par laquelle la peste peut facilement atteindre Bassorah. Aussi, en prévision de cette extension vers le littoral, le Conseil sanitaire d'Alexandrie impose, depuis quelques jours, une quarantaine de vingt-quatre heures à toutes les provenances de ce port et interdit le débarquement des laines, des effets et des débris animaux.

Depuis la grande épidémie de 1830, la peste est endémique dans l'Irak-Arabi, le Kurdistan persan et la contrée intermédiaire à la mer Caspienne et au golfe Persique. De 1873 à 1877, elle resta confinée dans ce foyer, d'où elle fit irruption vers le Nord en 1879-1880 dans la province d'Astrakan ; et vers le sud-est, en 1881, où elle s'étendit

en Perse jusqu'à la ville sainte de Nedjeff. Enfin, renseignements que confirment ceux du correspondant du journal le *Temps*, la peste est endémique au centre de l'Asie, dans le Khorassan persan, l'Afghanistan, et au sud de l'Himalaya anglo-indien dans les districts de Kamaon et Garwall.

Les Kurdes sauvages connaissent bien l'efficacité des cordons d'isolement, pour arrêter et limiter les épidémies de *Ackoban* (bubon). Actuellement les cordons sanitaires prescrits par l'autorité turque doivent entourer les villages infectés ; mais en 1881, on dut les porter plus loin, jusqu'à Bassorah au sud, Mossoul au nord, les environs d'Alep et de Damas à l'ouest. Puisse l'énergie des premières mesures prises par les docteurs Lubiez (de Bagdad), Saad (de Hanneguine) et Pardalaki (de Bassorah) prévenir ces éventualités

C. L. D

THÉRAPEUTIQUE

Le phosphate de chaux et le déjeuner reconstituant physiologique.

Le phosphate de chaux est un élément important de la constitution du corps humain : il se trouve à l'état solide dans les os. Quoique insoluble dans l'eau, il est à l'état liquide dans le sang et dans tous les autres liquides des corps des animaux, soit combiné avec des matières albumineuses, soit à l'état libre. Les personnes atteintes de phthisie, de rachitisme, de glycosurie, etc., ont dans leur constitution insuffisance de phosphate de chaux, et c'est apporter un soulagement considérable à leur état que d'introduire dans leur économie cet élément nécessaire.

Ces faits ne sont contestés par personne ; mais l'emploi du phosphate de chaux présente de grandes difficultés. En effet, pour être promptement assimilé, le phosphate de chaux doit être à l'état *gélatineux hydraté*, et il excite sous cette forme la plus grande répugnance.

Un ancien pharmacien distingué des hospices et hôpitaux civils et militaires de Périgueux, vient de composer un produit qu'il a appelé le *véritable déjeuner reconstituant physiologique à base de phosphate de chaux hydraté*. Avec ce produit, qui n'est autre chose qu'un bon chocolat, qu'on peut se procurer dans les bonnes pharmacies, chacun peut préparer une excellente tasse de chocolat qui sera le déjeuner le plus agréable et le plus fortifiant que l'on puisse désirer ; l'assimilation du médicament devient d'autant plus facile qu'il est absorbé avec plus de plaisir. Présenté par M. le ministre du commerce à l'Académie de médecine, ce produit a été apprécié par le rapporteur de ce corps savant dans les termes suivants : *Le chocolat phosphaté au phosphate de chaux gélatineux hydraté de Romain Bonnet se recommande par le mode de préparation spéciale dont il est l'objet.* C'est en effet la meilleure manière d'introduire le phosphate de chaux dans la constitution des malades auxquels il fait défaut. Il se recommande particulièrement aux femmes enceintes, aux nourrices, qui ont besoin de se reconstituer par cet élément si nécessaire à elles-mêmes et à leurs nourrissons. Les médecins qui le prescrivent dans les hôpitaux et dans leur clientèle en ont constaté les excellents effets. Les praticiens trouveront dans ce nouveau produit un excellent moyen de faire absorber par leurs malades ce précieux reconstituant.

VARIÉTÉS

Le transport des malades dans Paris.

Un fait récent de contagion diphthéritique observé sur des enfants qu'on avait transportés dans un fiacre, dans lequel un autre enfant, atteint de croup, avait été conduit à l'hôpital, vient de causer une émotion légitime dans la population d'un quartier de Paris et dans la presse politique.

Cependant, il est utile de rappeler que, depuis plusieurs mois, il existe, à la préfecture de police, des voitures, insuffisantes en nombre peut-être, mais, en tout cas, bien aménagées, pour le transport des malades. Pour en obtenir la disposition, on doit s'adresser à un poste de police quelconque. La demande est télégraphiquement transmise au service central, et l'une de ces voitures, qui d'ailleurs sont toujours attelées à

©BIU Santé

l'avance, se rend directement et immédiatement au domicile du demandeur. Dans l'espace de quelques minutes, ce moyen de transport se trouve donc à la disposition du malade, du médecin ou de la famille.

De plus, ces voitures sont chauffées pendant l'hiver, désinfectées avec soin et disposées confortablement pour le transport des malades, comme elles sont mises gratuitement au service du public; elles peuvent rendre de réels services. Il serait donc utile que l'administration prît soin de mieux faire connaître cette organisation, que le public n'est pas seul à ignorer, puisque certains chefs de poste ont pu, paraît-il, éconduire inopportunément des demandeurs. Enfin, il serait profitable au malade, comme à l'hygiène publique, que leur emploi fût aussi plus fréquent pour le transport des malades indigents qui, de leur domicile, se rendent directement dans les hôpitaux.

C. L. D.

COURRIER

Aux travaux de Wurtz, dont nous avons parlé dans notre dernier numéro, il convient d'ajouter les suivants : *De la production de la chaleur dans les êtres organisés* (Thèse d'agrégation de 1847). — *Sur l'insalubrité des résidus provenant des distilleries* (1859). — *Leçons de philosophie chimique* (Paris, 1864). — *Traité élémentaire de chimie médicale* (1864-1865, 2e édit. 1868-1875). — *Leçons élémentaires de chimie moderne* (1re édit. 1866, 4e édit. 1879). — *Histoire des doctrines chimiques depuis Lavoisier jusqu'à nos jours* (1869). Tirage à part de l'*Introduction* de son grand *Dictionnaire de chimie pure et appliquée*, qui, commencé en 1869, a été terminé en 1878 (3 vol. grand in-8°). — *La théorie des atomes dans la conception générale du monde*, discours remarquable prononcé en 1874 au 3e congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Lille, dont M. Wurtz était le président; 2e édition en 1879 sous ce titre : *La théorie atomique*. — *Traité de chimie biologique* (1880). — Enfin *Rapport sur les hautes études pratiques dans les Universités d'Allemagne et d'Autriche-Hongrie*. Ce rapport, publié au moment de la guerre de 1870, fut pris plus tard en sérieuse considération, lorsqu'il s'agit d'organiser les hautes études en France, d'après un nouveau programme. En 1882, M. Wurtz, dans un second rapport sur le même sujet, à la suite d'un nouveau voyage dans les mêmes pays, donna d'intéressants détails sur les progrès accomplis depuis dix ans dans les études scientifiques à Berlin, Buda-Pest, Graz, Leipzig et Munich.

Association générale des médecins de France. — *Bienfaiteurs de l'Association*. — M. Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants :

MM.	Henri Roger	1,500 fr.
	Leroy-Dupré	200
	Emile Vidal	500
	Ricord	500
	Hérard	200
	Rathery	100
	Damaschino	500
	Burdel (de Vierzon)	100
	Baron Larrey	100
	Desgranges (de Lyon)	1,000
	Lasserre (legs)	887
	Péan	200
	Famille du docteur Seux (de Marseille)	500
	Famille du docteur Fabre (de Marseille)	2,000
	Total	8,287 fr.

Ecole supérieure de pharmacie. — M. Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 18 mai, dans la forêt de l'Isle-Adam.

Le départ s'effectuera de la gare du Nord à 10 heures 1/4, pour la station de Mériel-sur-Oise.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. R. Longuet : La maladie de Friedreich. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Thérapeutique. — V. L'épidémie cholérique en 1884. — VI. Courrier.

La maladie de Friedreich.

(ATAXIE HÉRÉDITAIRE.)

I

C'est en 1861 que le professeur Friedreich (d'Heidelberg) communiqua au 32e Congrès des médecins naturalistes allemands, tenu à Spire, son premier travail *Sur l'atrophie dégénérativedes cordons postérieurs de la moelle*, qui marquait une dissidence clinique, sinon anatomique, avec la maladie récemment édifiée par Duchenne et Romberg. Son travail était basé sur 6 cas se répartissant entre 2 familles. Deux ans après, il publiait dans les *Archives* de Virchow un mémoire complétant et confirmant ses recherches premières (1); plus explicite, il commençait à affirmer une entité nouvelle. En 1876, il revenait sur cette question avec 3 nouveaux faits rapprochés de 2 observations de Quincke (de Berne).

Ses idées ne paraissent avoir été accueillies tout d'abord, en Allemagne même, qu'avec une indifférence voisine de l'hostilité; dans les quinze années qui suivirent sa première publication, il n'avait reçu le renfort ni d'un nom ni d'un fait. Mais sa ténacité finit par avoir raison de l'opinion. Quelques observations avaient d'abord été citées en Angleterre. Erb, Mœbius adoptèrent et répandirent les vues de Friedreich; mais les premiers faits de Kahler et Pick, de Seeligmüller, sont aujourd'hui récusés à bon droit, et de tous les diagnostics rétrospectifs qu'on essaya d'établir, le fait français de Carre est le plus solidement assis.

En France, à la suite de l'école de la Salpêtrière, on vit surtout dans les observations de Friedreich des exemples de sclérose en plaques, avec prédominance de la lésion dans les cordons postérieurs. Bourneville en fit

(1) Marius Carre. *De l'ataxie locomotrice progressive*. Th. de Paris, 1862.
Friedreich. *Uber degenerative Atrophie der spinalen Hinterstränge, Virschow's Arch. f. path. Anatom. und. Phys.*, etc., 1863, t XXVI, p. 391, et t. XXVII, p. 1.
Friedreich. *Uber Ataxie mit besonder Berücksichtigung der hered. Form*. Id. 1876, t. LXVIII, p. 145, et t. LXX, p. 140.
A. Carpenter. *Medical Society of London*, 1870.
Kellog. *Arch. of Electrolog. and Neurolog.*, 1875, t. II, p. 182, et *Ziemssen's Handbuch*, v. XI, p. 601.
Erb. *Ziemssen's Handbuch*, 1878, 2e éd., v. XI, p. 533.
Eulenburg. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 1878, v. II, p. 458.
Kahler et Pick. *Arch. f. Psychiatrie*, etc., 1878, v. VIII, p. 251.
Mœbius. *Uber die heredit. Nervenkrankh.*, 1879. *Volkmann's Sammlung*, n° 171.
Leyden. *Traité cliniq. des maladies de la moelle*, 1879. Trad. française, p. 631.
Seeligmüller. *Heredit. Ataxie*, etc., 1880. *Arch. f. Psychiatrie*, etc, 1880, v. X, p. 222.
Schmid. *Uber heredit. Ataxie*, 1880. *Corresp. Bl. f. Schweitzer Aerzt.*, p. 97.
Gowers. *Clinical Society of London*, 8 octobre 1880.
Grasset. *Traité pratique des maladies du système nerveux*, 2e édit., 1881, p. 321.
A. Brousse. *De l'ataxie héréditaire*. Th. de Montpellier, 1882.
Hammond. *Société de neurologie américaine*, 21 juin 1882, et *Archives de neurologie*, 1883, p. 117.
Ch. Ferré. *L'Ataxie héréditaire*, 1882; le *Progrès médical*, n° 45, p. 891.
Leubuscher. *Ein fall v. Tab. dors.*, etc., 1882; *Berl. klin. W.*, n° 39, p. 591.
Jaccoud. *Patholog. int.*, 1883, 7e édit., p. 657.
Rütimeyer. *Uber heredit. Ataxie*, 1883; *Wirchow's Arch.*, v. XCI, p. 107.

©BIU Santé

une combinaison de cette maladie, qu'il avait si bien décrite avec Guérard, et de l'ataxie locomotrice.

Il convient cependant de signaler les termes d'une judicieuse sagacité dans lesquels s'exprimait Topinard, mentionnant dans sa thèse les observations de Friedreich au chapitre de l'hérédité :

« Y a-t-il lieu de séparer ces faits comme répondant à une forme particulière? Nous le croyons; mais nous nous déclarons aujourd'hui incapables d'en fixer les caractères. »

En 1881, le professeur Grasset, dans la deuxième édition de son *Traité des maladies nerveuses*, décrivait brièvement, d'après l'article de Erb, la maladie de Friedreich, en appendice à l'ataxie locomotrice; il pensait en observer à ce moment un exemple encore peu net, et différant à quelques égards du type de Friedreich. Cette observation, dont la signification s'était précisée dans son esprit, servait, l'année suivante, de base à la thèse d'un de ses élèves, qui la publiait dans les détails, ainsi que les résultats de l'autopsie.

Le mémoire de Brousse est un de ces travaux d'assises qui marquent une date dans l'histoire d'une maladie; il contribuera puissamment à conquérir en France, à la maladie de Friedreich, le droit de cité qui lui a été trop longtemps différé. Brousse rapproche, dans un tableau d'ensemble, 32 observations d'une valeur inégale. Des 7 faits de Carre, un seul a été authentiquement observé, et il y a des réserves à faire sur les cas de Kellog, aussi bien que de Kahler-Pick et Seeligmüller (Rütimeyer).

Postérieurement, Hammond signalait à la Société de Neurologie américaine une série de 12 cas, et, acceptant complètement l'entité de Friedreich, présentait à ses collègues le tableau d'ensemble de 22 cas de cette affection. Son collègue Seguin disait avoir aussi rencontré de ces malades, mais il persistait à les ranger dans la sclérose en plaques. Cependant, l'école de la Salpêtrière tend aujourd'hui à faire la distinction à laquelle elle s'était montrée réfractaire. Dans un bon article de revue publié récemment par un de ses organes, M. Ch. Ferré conclut en ces termes :

« La maladie de Friedreich constitue une sorte d'intermédiaire entre ces deux maladies (ataxie locomotrice et sclérose en plaques), mais conservant assez de différences avec chacune d'elles pour pouvoir en être distinguée. »

Cette naturalisation, en France, de l'ataxie héréditaire sera encore hâtée par la haute autorité du professeur Jaccoud, qui l'accepte aujourd'hui dans les termes mêmes posés par Erb.

Rütimeyer (de Bâle) vient de publier 9 observations très complètes se répartissant entre 2 familles; 2 autres observations se rapportent aux malades de Quincke, revus à sept ans d'intervalle.

Enfin, en mentionnant encore 2 cas très probants (le frère et la sœur) présentés tout récemment à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans une de ses remarquables cliniques de suppléance, par le professeur agrégé J. Teissier, nous arrivons à un total de 50 observations environ, qui forment à ce jour tout le bilan de la maladie que nous nous sommes imposé la tâche de présenter au lecteur (1).

II

L'influence de l'hérédité a paru assez bien démontrée dans la majorité des cas pour mériter son nom à la maladie. Toutefois il ne s'agit point de l'hérédité directe, *homonyme*, et cela se comprend : la maladie débute dans l'enfance; les infirmités si apparentes des sujets leur interdisent tout établissement, et l'impuissance est d'ailleurs la règle; ainsi, la maladie de

(1) Depuis la rédaction de ce travail, l'observation du petit malade de J. Teissier a été publiée dans le *Lyon médical* du 11 mai 1884. B. Teissier, à la Société des sciences médicales de Lyon, a émis quelques réserves au sujet de la possibilité d'une lésion cérébelleuse, ou d'un état purement névrosique.

Friedreich est un produit de l'hérédité transformée, l'aboutissant d'une tare nerveuse de famille, non systématisée jusque-là, dont on peut retrouver les traces chez des collatéraux même éloignés.

Le mot *héréditaire* adopté par Friedreich rend donc assez mal, dans notre langue du moins, les conditions de cette transmission; d'autant plus que certains auteurs, comme M. Charcot, sont portés à faire également une part à l'hérédité, dans l'étiologie de l'ataxie locomotrice vraie. Le qualificatif de *familial*, comme l'a proposé Ferré, ou de *congénital*, serait à préférer.

18 membres de la famille de la malade de Carre, le premier fait en date, paraissent avoir présenté les mêmes symptômes. De ses 12 frères et sœurs, 6 étaient atteints comme elle septième. Ailleurs, on a compté 5 enfants frappés sur 9 (Gowers). Dans la famille Kern, observée par Rütimeyer, 2 frères et 1 sœur sont malades sur 6 enfants; dans les familles Blattner-Wehrli et Blattner-Blattner, 3 enfants sont malades sur 10.

La recherche de l'hérédité collatérale dans ces familles Blattner qui habitent le même village suisse de Küttigen près Aarau, a conduit Rütimeyer à une singulière découverte. Au plus loin qu'on remonte à l'origine du nom, on tombe sur un Battner, marié en 1710, surnommé *le boiteux* (Stülzi). Pour que son infirmité aît frappé ses concitoyens au point de lui valoir un sobriquet qui est resté à ses descendants et figure même à l'état civil, il fallait, dit Rütimeyer, que sa boiterie fût d'un caractère tout particulier, et il n'est pas éloigné de faire de Blattner Stülzi le premier cas de maladie de Friedreich. L'induction est hasardée.

Quoi qu'il en soit, on retrouve en 1800 des frères Blattner, ses descendants directs, arrière-grands-pères des 8 malades actuels nés entre 1848-1868, se répartissant ainsi : les Blattner-Blattner, 10 enfants, 3 malades; les Blattner-Kyburz, 7 enfants, 1 malade; les Blattner-Basler, 7 enfants, 1 malade; les Blattner-Wehrli, 10 enfants, 3 malades. On peut aussi faire la remarque qu'il s'agit de nombreuses familles : les premiers Blattner ont perdu 3 autres enfants, 13 au total; les Basler, 2, 10 en tout, etc.

D'après ces faits, une influence héréditaire se manifestant sur des collatéraux pouvait être recherchée assez loin au delà des générations restées saines. Ce qu'on retrouvera le plus souvent chez les ascendants, c'est une tare névropathique ou psychique, l'alcoolisme, la consanguinité; la tuberculose et la syphilis, qu'on a aussi invoquées, sont plus problématiques.

Friedreich, et après lui Erb et Mœbius avaient accepté la prédominance de la maladie dans le sexe féminin. Brousse concluait, de ses relevés, à une égale prédisposition des deux sexes ; il comptait 17 garçons et 15 filles. Les 11 nouveaux cas, à notre connaissance, se répartissent entre 7 garçons et 4 filles; on serait donc plutôt autorisé, à la rigueur, à renverser la proposition de Friedreich.

Celui-ci avait également admis que c'était surtout une maladie de la puberté; mais des faits plus nombreux amènent à rectifier cette vue. Sur 33 observations, notant l'âge du début, on constate 18 invasions de 4 à 12 ans, 13 de 13 à 21 ans, 2 de 20 à 24 ans. Chez les 9 sujets de Rütimeyer, la maladie avait débuté avant 7 ans; à 4 ans chez 3. Hammond est seul à citer des faits d'invasion plus rapprochée encore de la naissance, 2 et 3 ans.

Les petits malades ont présenté communément, jusqu'à l'apparition des premiers symptômes, une santé même florissante. Cependant on a aussi noté la chorée, le spasme de la glotte, la scrofule, le rhumatisme, la migraine; et, comme cause occasionnelle, la scarlatine, la coqueluche, le typhus abdominal, maladies à l'issue desquelles les premiers symptômes se sont dénoncés. Un des petits malades de Quincke et Rütimeyer fit un rhumatisme articulaire au cours de sa maladie nerveuse, qui se trouva notablement aggravée. Un de ces enfants voués à l'ataxie, ne marcha que très tard. Ses parents remarquèrent qu'au début il tournait sans cesse en

©BIU Santé

cercles, au point qu'ils désespéraient de le voir jamais marcher en ligne droite.

La maladie débute par la faiblesse des membres inférieurs et l'incertitude de la marche. L'enfant se fatigue vite ; il fait des chutes fréquentes et reste difficilement debout, surtout dans l'obscurité ou les yeux fermés ; ce dernier symptôme, inconstant à la vérité, a été nié à tort par Friedreich, peut-être égaré dans ses efforts pour différencier l'entité qu'il faisait connaître de l'ataxie locomotrice progressive.

L'un des membres peut être plus atteint que l'autre. La démarche est tout d'abord celle d'un paraplégique à un léger degré : les pieds traînant sur le sol, les jambes écartées, les articulations raidies ; puis elle devient irrégulière, titubante, comme celle d'un homme ivre (Hammond), et plus ou moins franchement ataxique.

Le même désordre se manifeste aux membres supérieurs ; simultanément, d'une façon exceptionnelle ; le plus souvent, au bout de plusieurs années. Les mains sont malhabiles, les gestes gauches, raides, désordonnés ; le malade éprouve de la difficulté à porter la cuiller à sa bouche, à s'habiller, s'épingler, se boutonner, écrire. Les ouvrages délicats, comme la couture, deviennent impossibles.

Le tronc et la tête perdent bientôt eux-mêmes la souplesse de leurs mouvements, qui deviennent saccadés et tremblés. Dans la marche, tout le corps est agité par une succession d'oscillations irrégulières de peu d'étendue ; et, au repos même, le malade hoche la tête, comme une personne qui s'endort sans appui sur une chaise (Friedreich). Chez une petite malade, le tremblement violent et continuel de la tête empêchait qu'on la peignât. Les troubles de la parole sont contemporains. Celle-ci est hésitante, lente, scandée pesamment, quelquefois nasonnée, toujours laborieuse, avec des explosions correspondant à certaines articulations plus particulièrement difficiles, bredouillée pour d'autres consonnances. C'est, en somme, un type de bradyphasie s'exagérant dans les phases ultimes jusqu'au bredouillement inintelligible de l'aphasie ataxique. La langue a cependant toute sa motilité, bien qu'elle puisse être agitée d'un certain tremblottement. Les accès de glossoplégie passagère, chez un des malades de Friedreich, sont un incident tout à fait isolé.

Bien qu'on ait observé des faits contradictoires, mais précisément dans les cas sujets eux-mêmes à discussion, l'abolition des réflexes tendineux peut être considérée comme la règle. Chez ses premiers malades, Friedreich n'avait pas recherché ce symptôme, sur lequel l'attention n'a été attirée que dans ces dernières années. Plus tard, il était porté à ne lui attribuer qu'une importance secondaire. Pour Rütimeyer, c'est au contraire un signe des plus constants, et les deux observations de Seeligmüller, dans lesquelles le réflexe rotulien, loin d'être aboli, était plutôt exagéré, ne peuvent appartenir à l'ataxie héréditaire.

Un autre symptôme de grande valeur et de même constance, c'est le nystagmus, mais celui-ci plus tardif et n'apparaissant qu'entre la huitième et la dixième année de la maladie, ce qui explique son absence dans les cas à évolution rapide, comme celui de Grasset, ou d'invasion relativement récente comme chez les deux jeunes gens de J. Teissier. Les yeux se meuvent alternativement de dehors en dedans et de dedans en dehors, dans le plan horizontal ; les mouvements s'exagèrent dans la vision des objets rapprochés ou situés latéralement, ou encore par les influences morales, émotions, colère, etc. ; ils s'atténueraient dans la vision éloignée ; quelques secousses se suivent à brefs intervalles, puis l'œil reste au repos pendant un instant. Ce nystagmus ataxique diffère du nystagmus commun, suivant la remarque de Friedreich, en ce qu'il ne se manifeste qu'à l'occasion des mouvements volontaires des yeux ou de la fixité intentionnelle du regard.

La force musculaire est conservée au début, comme dans l'ataxie loco-

motrice, et le sens musculaire ne paraît pas avoir subi d'atteinte. Le malade apprécie exactement, en les soupesant, le poids des objets ; il connaît la place occupée par ses jambes ; il exécute, les yeux fermés, des mouvements précis. La paralysie, et avec elle l'atrophie musculaire ne se manifestent qu'à une période avancée, de même que les contractures des membres, plus précoces cependant dans quelques cas de Rülimeyer (pied-bot varus equin). Cet auteur rapporte aux suites de contractures la déviation si fréquemment observée de la colonne vertébrale, scoliose à convexité droite le plus souvent, compliquée quelquefois de cyphose, et pour lui, manifestation précoce de l'ataxie héréditaire. Cette difformité dans les cas extrêmes peut être poussée au point que les malades ne peuvent se tenir qu'assis et recroquevillés sur eux-mêmes.

Mais un phénomène de contraction moins discutable et très caractéristique, c'est une flexion forcée des gros orteils se produisant dans la marche aussitôt que les pieds ont quitté le sol. Dans la famille Kern, l'apparition de ce symptôme était guettée avec anxiété par les malheureux parents, à qui la rétraction des gros doigts de pied « par le nerf » donnait le signal de toutes les inquiétudes. Les autres orteils participent plus ou moins à cette contracture, qui peut s'étendre à tout le pied et au genou.

L'électrisation localisée donne des résultats en rapport avec l'état de la nutrition de la fibre musculaire aux différents stades. On n'observe pas de réaction de dégénérescence. Friedreich n'avait rencontré que trois fois, à un degré avancé de la maladie, des troubles de la sensibilité cutanée. Il est constant aujourd'hui que les troubles se rencontrent assez souvent, mais très légers, même au début : diminution de la sensibilité au contact, non à la douleur, erreurs de localisation, retard dans la transmission. La sensibilité cutanée réflexe n'est pas atteinte ; le réflexe crémastérien est noté ; les réflexes plantaires se manifestent dans leur intégrité.

Les douleurs fulgurantes et les douleurs en ceinture de l'ataxie locomotrice, les fourmillements ne se rencontrent jamais dans les formes pures. Des crampes douloureuses dans les membres paralysés, des douleurs vagues erratiques sont même rarement observées. Les sens ne sont pas atteints ; le fond de l'œil n'a jamais présenté les altérations rétiniennes si fréquentes et souvent précoces de l'ataxie locomotrice progressive. En dehors du nystagmus ataxique, on n'a mentionné qu'incidemment une diplopie passagère, l'inégalité des pupilles, une légère amblyopie. L'ouïe, l'odorat fonctionnent normalement jusqu'au dernier jour.

Friedreich avait observé des vertiges 4 fois chez 6 malades ; ces accidents ne se sont pas représentés avec la même fréquence dans les observations qui ont suivi. On a observé aussi des accès épileptoïdes. Quant aux attaques apoplectiformes qui se sont reproduites 3 fois chez la malade de Grasset, et dont la dernière amena la mort, c'est un incident absolument inédit, et dans la pathogénie duquel une part doit sans doute être reportée à la maladie accessoire : la phthisie pulmonaire.

L'intelligence demeure intacte ; les enfants apprennent aussi vite que les autres sujets de leur âge ; le petit malade que nous voyons présente même une instruction et une maturité d'esprit peu communes ; leur caractère ne se signale en général par aucune inégalité.

L'atrophie musculaire est un phénomène tardif, ultime, conséquence de l'immobilité prolongée à laquelle les malades sont condamnés à la dernière période de leur existence. Les troubles trophiques proprement dits, d'origine centrale, sont en effet extrêmement rares ; ce n'est pas un des traits les moins caractéristiques de cette maladie que l'absence des lésions de décubitus, d'eschares au sacrum, même après des années (jusqu'à 21 ans) de séjour au lit ou dans un fauteuil, alors qu'on les rencontre si souvent, et même précoces, chez tant d'autres médullaires. La nutrition des tissus n'est donc pas entravée ; les fonctions végétatives s'accomplissent norma-

©BIU Santé

lement. On ne rencontre pas de paralysie de la vessie et du rectum; les fonctions génitales seules sont abolies; l'établissement de la menstruation est retardé, sans autre anomalie.

Les troubles vaso-sécrétoires ne sont pas très rares. Une des malades de Friedreich fut atteinte, à la suite de l'ingestion d'une grande quantité de boisson, de diabète insipide qui disparut et fut remplacé par de la sialorrhée, puis par des sueurs généralisées, alternant avec de la diarrhée et des vomissements aqueux. Puis ces accidents disparurent, et il resta des palpitations, de l'accélération du pouls, des accès de dyspnée. Le sujet de la deuxième observation de Rütimeyer a eu pendant plusieurs années des sueurs profuses et une salivation excessivement abondante.

On a observé, à titre exceptionnel, des éruptions furonculeuses et érythémateuses, le refroidissement, l'œdème et la cyanose des membres inférieurs.

La durée de la maladie est très longue; les malades ont prolongé pendant dix, vingt et même trente-trois ans une existence des plus misérables, mais que l'absence presque absolue de douleur, la conservation de la vue et de l'ouïe rendent infiniment plus tolérable que celle de l'ataxique vrai. La marche est donc fatalement progressive; mais la mort a eu lieu jusqu'ici moins par le fait de l'évolution naturelle de la maladie que d'une affection intercurrente. Un de ces malades paraît avoir succombé à la néphrite et à l'urémie; 4 décès sont dus à la fièvre typhoïde, un autre à la rougeole. Un malade est mort dans une attaque épileptoïde; une autre, enfin, phthisique, au milieu d'accidents apoplectiformes. D'après Hammond, 2 malades observés par Coleman seraient morts à 3 ans.

« L'espérance ne luit pour aucun de ces malades, » a dit Romberg des tabétiques.

L'inefficacité de tout traitement, jusqu'ici, ne rend que trop applicable à nos malades la sombre parole de Romberg. Cependant, et ce sont sans doute les déboires de la thérapeutique dans la maladie de Duchenne qui ont découragé d'avance les initiatives, nous ne voyons pas que les efforts aient été poursuivis avec suffisamment de constance et d'énergie. Brousse a posé les bases d'une intervention rationnelle qu'on peut accepter : nitrate d'argent, chlorure d'or et de sodium, strychnine à l'intérieur. Courants continus ascendants; cautérisation ponctuée sur le rachis; hydrothérapie et cures thermales; eaux salines et toniques du type Lamalou et Balaruc.

III

La caractéristique anatomique de l'affection, d'après les autopsies de Friedreich et celle de Brousse surtout, paraît être une sclérose fasciculée des cordons postérieurs avec participation des racines correspondantes, et diffuse des cordons antéro-latéraux. La substance grise, cornes postérieures et antérieures, colonne de Clarke et zone périépendymaire, a présenté aussi des altérations, considérées comme secondaires et contingentes. Il s'agit, en somme, d'une *myélite mixte*, d'une de ces espèces intermédiaires qui réclament de jour en jour une place plus grande à mesure qu'on avance dans la connaissance des myélopathies.

La dégénérescence est le plus avancée à la région lombaire; en haut, elle tend à se limiter aux cordons de Goll et leurs prolongements bulbaires, les pyramides présentent des lésions du même ordre affectant le plancher du quatrième ventricule, jusqu'à la hauteur du noyau d'origine du grand hypoglosse.

La lésion a donc une marche ascendante : l'évolution symptomatique de la maladie autorisait déjà à l'admettre, et l'opinion de Hammond qui lui assigne un point de départ bulbaire n'est pas plus justifiée anatomiquement que cliniquement.

A ce processus s'associe une leptoméningite chronique, affectant plus

spécialement la face postérieure de la moelle, et que Friedreich était d'abord porté à considérer comme la lésion primitive; dans cette vue, c'est par l'intermédiaire de la pie-mère enflammée que la lésion se propageait aux différents cordons. On sait que Vulpian n'est pas éloigné de faire jouer semblable rôle de cause productrice à la méningite chronique, dans les lésions médullaires du tabes (1). Cependant il est plus probable qu'ici la dégénérescence de la moelle débute par la névroglie médullaire; il n'y a pas, comme dans l'ataxie locomotrice, de ces phénomènes irritatifs (douleurs fulgurantes, etc.) qui peuvent autoriser à admettre une lésion primitive des racines.

Schültze, Kahler et Pick, admettent une faiblesse originelle du système nerveux se traduisant par un arrêt de développement du système des fibres médullaires.

Friedreich a encore noté un certain degré de névrite des nerfs périphériques, nerf sciatique, nerf crural, nerfs brachiaux.

L'existence de l'incoordination motrice comme symptôme cardinal d'une maladie qui ne manifeste d'autre part ni troubles profonds d'aucun des modes de la sensibilité, ni paralysies, juge les théories qui attribuent ce symptôme, dans la maladie de Duchenne, soit à l'abolition des sensibilités cutanée et musculaire (Leyden et Vulpian), soit à des paralysies partielles (Pierret). Les réflexes tendineux étant seuls abolis, elle ne prête guère plus d'appui à celle qui invoque la perte de la sensibilité réflexe. Il ne reste donc plus en présence que l'hypothèse des contractures partielles (Onimus) et celle de l'inégalité de la tonicité dans les différents muscles, démontrée expérimentalement par Boudet et Debove, à l'aide du myophone.

Le nystagmus est attribué spécialement par Friedreich à l'altération des fibres commissurales se rendant des centres de coordination aux noyaux originels des nerfs oculaires moteurs, dans l'épaisseur du plancher du quatrième ventricule. Le tremblement pourrait reconnaître pour cause, ainsi que Charcot l'admet pour le tremblement de la sclérose en plaques, la persistance des cylindres axes sans myéline au sein d'un tissu sclérosé. La transmission des impulsions volontaires est irrégulière, irradie et se fait avec perte, ainsi que passe un courant à travers un fil mal isolé.

Le nystagmus, la bradyphasie, comme l'accélération du pouls notée dans quelques faits, signalent l'envahissement du bulbe.

Les troubles vaso-moteurs sont absolument comparables à ceux que des travaux récents ont signalés dans l'ataxie locomotrice et qui ont été attribués par Pierret aux lésions du tractus intermédio-latéral de Lockhart Clarke (2).

Nous possédons maintenant des éléments suffisants d'appréciation pour nous faire une idée de la nature et de l'individualité clinique et anatomique de la maladie de Friedreich. Leyden incline à en faire une ataxie sans lésion de la sensibilité (3), qu'on pourrait opposer, avec Grasset, au type fruste inverse dont Charcot, Bouchard, Debove ont fourni des exemples et qui se caractérise par des troubles de la sensibilité sans incoordination. Mais cette conception trop étroite ne saurait être acceptée. On serait tout aussi fondé à admettre une sclérose en plaques disséminées sans tremblement rhythmique des membres ni hyperexcitabilité réflexe. Une telle manière d'envisager les espèces de la neuropathologie pourrait être étendue; elle serait on ne peut plus préjudiciable aux progrès de cette branche qui a surtout besoin de divisions nettes et de classements tranchés. En réalité, la maladie de Friedreich n'est pas plus une forme de l'ataxie locomotrice progressive qu'une variété de la sclérose en plaques. L'anatomie pathologique

(1) *Archives de physiologie*, 1868, p. 140.
(2) Thèse de C. Putnam, Paris, 1882.
(3) *Maladies de la moelle*, trad. française, 1879, p. 630.

©BIU Santé

vient de nous fournir son argument; l'histoire clinique est autrement décisive encore : l'invasion dès l'enfance, un germe héréditaire frappant les enfants d'une même famille et les collatéraux, l'atteinte égale des deux sexes (1), la syphilis hors de cause, la rareté des douleurs lancinantes et l'effacement des troubles sensitifs toujours tardifs, la précocité de l'ataxie qui envahit rapidement les membres supérieurs, les troubles du langage et le nystagmus, l'intégrité des sens, de l'intelligence, l'absence de troubles recto-vésicaux, de lésions trophiques, la longue durée de la maladie, voilà tout autant de traits qui donnent à la maladie de Friedreich une physionomie qui ne permet pas de la confondre avec aucune autre espèce du cadre névronosologique, où une place distincte ne saurait lui être plus longtemps refusée.

R. Longuet.

(1) Sur 149 ataxiques, Eulenburg trouve 128 hommes et 21 femmes. — Sur 34 cas de sclérose en plaques, Charcot rencontre 25 femmes et 9 hommes.

BIBLIOTHÈQUE

Des accidents vertigineux et apoplectiformes dans le cours des maladies de la moelle épinière, par le docteur Giraudeau. — Paris, 1884. Delahaye et Lecrosnier.

Ce mémoire inaugural est un essai séméiotique sur les manifestations bulbaires et cérébrales, habituellement décrites sous le nom de vertiges, étourdissements, pertes de connaissance, attaques dites congestives, etc., etc. Ces accidents, qui se divisent en accidents vertigineux et en accidents apoplectiformes, se rencontrent parfois dans la sclérose en plaques, l'ataxie locomotrice, les myélites chroniques diffuses, et peut-être aussi dans l'atrophie musculaire progressive.

Les *accidents vertigineux* ont la forme d'accès et, d'après M. Charcot, celle de vertige giratoire, entraînant des troubles de l'équilibre, de l'audition, et pouvant laisser après eux de l'impotence fonctionnelle et de l'état vertigineux plus ou moins persistant.

Les *attaques apoplectiformes* ont été étudiées par MM. Charcot et Vulpian, surtout dans le cours de la sclérose en plaques, où elles sont fréquentes, et M. Giraudeau résume les résultats de ces études. On ne pouvait mieux faire, à coup sûr.

Dans la deuxième partie, l'auteur cherche à déterminer la valeur séméiologique des accidents vertigineux et apoplectiformes de quelques affections spinales au moyen d'observations dont un certain nombre sont signalées et empruntées au service de M. le docteur Hallopeau, dans lequel M. Giraudeau était interne en médecine. De cette recherche résultent quelques conclusions d'intérêt pratique. C'est ainsi que ces accidents sont d'autant plus fréquents que les altérations médullaires sont plus voisines du bulbe; qu'ils font défaut dans les cas d'altérations de la région dorso-lombaire et que, quelles que soient les maladies où on les observe, ils possèdent toujours les mêmes caractères généraux, différant seulement par des particularités d'ordre secondaire. De plus, ils peuvent précéder les troubles locomoteurs, annoncer une aggravation de l'état morbide ou dénoncer des complications : hémorrhagies, ramollissement, ou bien seulement coïncider avec elles. Enfin, chaque fois que des individus succombent dans le cours de ces attaques apoplectiformes consécutives à la prolongation des accidents congestifs, on a trouvé des altérations du mésocéphale ou des hémisphères cérébraux.

La thèse de M. Giraudeau est un travail clinique qui fait honneur à son auteur et aux maîtres qui en sont les inspirateurs. La question est d'autant plus intéressante qu'elle est plus neuve, et aussi ce ne sera pas un des moindres mérites de l'auteur de l'avoir abordée dans cet excellent mémoire. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Extraits de la Revue de médecine. (Janvier, février 1884.)

Contribution à l'histoire de l'artérite aiguë consécutive à la fièvre typhoïde, par E. Barié. — Il peut se produire, consécutivement à la fièvre typhoïde, une inflammation aiguë

des artères; celle-ci occupe les gros troncs de même que les ramuscules secondaires des muscles de la vie de relation, du cœur et des principaux viscères : reins, rate, etc.

L'artérite aiguë des gros troncs se localise surtout aux membres inférieurs; le plus souvent, elle est unilatérale et occupe surtout le membre droit; les artères le plus souvent intéressées sont, par ordre de fréquence, la tibiale postérieure et la fémorale, puis la pédieuse, enfin la poplitée et la tibiale antérieure. Le processus débute habituellement par le tronc pour s'étendre aux artères collatérales; quelquefois la phlegmasie suit une marche inverse, des petits vaisseaux vers les troncs.

L'artérite apparaît au moment de la convalescence, quand les malades commencent marcher, fait qui explique la fréquence de l'affection aux membres inférieurs. Elle a été rencontrée aussi souvent après les formes bénignes qu'après les cas graves.

On peut distinguer deux modalités de cette maladie : l'artérite aiguë *oblitérante* et l'artérite aiguë *pariétale*.

I. — L'artérite oblitérante est caractérisée par les lésions anatomiques suivantes : une infiltration embryonnaire se fait dans les trois tuniques, l'endartère devient inégale et végétante; une thrombose secondaire s'établit progressivement sous forme d'un caillot cruorique plus ou moins volumineux, devenant plus tard une masse dense, grisâtre, adhérente aux parois artérielles. Le plus souvent, il existe un certain degré de périartérite. — Si la coagulation oblitère complètement la lumière du vaisseau, et qu'une circulation supplémentaire ne s'établisse pas rapidement par la voie des anastomoses, le membre se mortifie et prend les caractères extérieurs de la gangrène sèche. Dans quelques circonstances exceptionnelles, par suite de thrombose veineuse ou de phlébite de voisinage, la gangrène humide peut suivre la gangrène momifiante ou se substituer à elle.

Les symptômes de l'artérite oblitérante sont : *a*. Une douleur plus ou moins vive et subite, siégeant sur le trajet des vaisseaux artériels, tantôt localisée à une région comme le mollet, le creux poplité, le triangle de Scarpa, tantôt étendue à toute la longueur du membre; douleur qu'exaspèrent la pression, la station, les mouvements, la marche. — *b*. Diminution de l'amplitude, et parfois même suppression totale des battements de l'artère intéressée. — *c*. Gonflement du membre, sans œdème ni rougeur; plus tard, apparition de marbrures violacées, plus rarement de taches de purpura. — *d*. Abaissement de la température locale avec ou sans troubles de la sensibilité (fourmillements, anesthésie partielle). — *e*. Apparition sur le trajet de l'artère d'un cordon dur et douloureux au toucher par thrombose consécutive.

La gangrène sèche est la terminaison habituelle de cette forme.

II. — L'artérite typhoïde pariétale est caractérisée par une douleur moins aiguë, moins vive que dans la forme oblitérante; — un gonflement sans œdème ni rougeur, sans marbrures violacées; — un abaissement de la température locale, sauf dans quelques faits où la température du côté malade a été supérieure de plusieurs dixièmes de degré à celle du côté sain; absence de cordon dur sur le trajet du vaisseau malade. — La guérison est la terminaison habituelle.

Pouvant être confondue avec les douleurs musculaires par myosite ou les névralgies, lorsque le cordon obturateur n'existe point, l'artérite typhoïde peut être prise, après l'apparition de celui-ci, pour une *phlegmatia alba dolens* ou une lymphangite. — L'oblitération artérielle une fois avérée, on admettra qu'elle est le résultat d'une artérite primitive, en raison du caractère normal du timbre et du rhythme cardiaques, de la douleur moins vive et moins soudaine, mais parfaitement localisée, de l'apparition plus tardive du sphacèle ultime, — tandis que la présence d'un bruit de souffle orificiel, la faiblesse, l'irrégularité, le timbre voilé des bruits du cœur, l'acuité de la douleur, son apparition brusque, ainsi que celle des phénomènes d'oblitération, enfin la répartition des troubles vasculaires en des régions multiples et éloignées l'une de l'autre, éveilleront l'idée d'une artérite développée secondairement autour d'un caillot embolique détaché du cœur.

L'artérite typhoïde procède de deux facteurs principaux : irritation locale et permanente par les germes parasitaires infectieux, et troubles profonds de l'innervation vasomotrice.

De la myélite aiguë centrale survenant chez les syphilitiques à une époque rapprochée du début de l'affection, par Déjerine. — Deux observations très complètes, avec examen anatomique à l'appui, sont deux exemples de myélites aiguës centrales et diffuses, l'une à marche aiguë, l'autre à marche subaiguë. La syphilis est jusqu'ici la seule maladie infectieuse dans laquelle on ait rencontré la myélite aiguë centrale. Il ne suffit pas évidemment d'avoir eu la syphilis pour être atteint de myélite aiguë; il faut en outre, pour

©BIU Santé

cela, une prédisposition particulière à l'adultération du névraxe. « En fait de syphilis, comme en fait de bien d'autres maladies infectieuses, chaque individu fait sa maladie à sa façon, au prorata de ses tendances organiques, héréditaires ou acquises, lesquelles sont autant de points d'appel à une détermination locale de la maladie générale. »

THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutique des dyspepsies. — Résultats cliniques.

L'emploi de la médication chlorhydro-pepsique dans les dyspepsies est aujourd'hui trop connu pour qu'il soit utile de rappeler l'action rapide et énergique de ce traitement dans ces états pathologiques.

Les nombreux faits cliniques signalés dans ces dernières années par MM. Archambault, Bouchut, Dujardin-Beaumetz, Ch. Fremy, Gubler, Huchard, Lucas-Championnière, Troisier, etc., etc., sont venus mettre hors de doute l'efficacité si remarquable de cette médication qui, suivant l'expression de l'un des expérimentateurs, est venue combler une lacune de la thérapeutique.

Etant admis que la dyspepsie avait pour cause essentielle l'insuffisance des ferments digestifs, la composition spéciale de l'Élixir chlorhydro-pepsique devait *à priori* engager les praticiens à administrer cette préparation pour combattre les différentes formes de dyspepsie. La Pepsine-chlorhydrique, qui en constitue la base, supplée à l'insuffisance du suc gastrique, tandis que les amers stimulent la vitalité de tout l'appareil digestif. C'est en s'appuyant sur les découvertes physiologiques et cliniques que M. Grez a institué cette médication qui a donné des résultats si remarquables, même dans des dyspepsies rebelles extrêmement graves, ainsi que dans les troubles gastro-intestinaux des enfants. En raison de l'action énergique de cette préparation, qui contient 50 centigr. de Pepsine par cuillerée, il est bon de tâter la susceptibilité des malades et de commencer par une cuillerée à bouche à chaque repas chez l'adulte et une cuillerée à dessert pour les enfants, doses que l'on peut augmenter suivant les indications.

D'ailleurs comme les faits cliniques seuls prouvent la valeur thérapeutique d'un traitement, nous allons résumer quelques observations qui indiquent bien nettement l'action eupeptique si remarquable de cette médication.

J'ai expérimenté, dit M. le docteur de Lichtemberg, l'Élixir chlorhydro-pepsique Grez chez une malade dyspeptique depuis longtemps; après cinq jours de traitement, j'ai pu noter une amélioration marquée, les vomissements avaient cessé, l'appétit était revenu, et, au bout de quinze jours, ma malade était guérie. Un autre malade également dyspeptique, qui était en but à une anorexie rebelle avec renvois, gonflement douloureux de la région épigastrique après les repas, fut grandement amélioré après quelques jours de ce même traitement.

L'Élixir chlorhydro-pepsique que j'ai expérimenté sur moi-même, dit M. le docteur Robert de Meyrueis, m'a donné un résultat inespéré. Mes digestions étaient presque impossibles et me causaient des douleurs atroces de l'estomac; l'usage de cette préparation m'a rapidement guéri.

L'observation suivante est due à M. le docteur P. Stephanopolis, de Sidi-Merouan. — Le nommé F..., âgé de 35 ans, tempérament nervoso-bilieux, souffre depuis trois ans d'une dyspepsie flatulente. Il a toujours eu des digestions difficiles, avec tympanisme stomacal et douleur aiguë après les repas. Les divers traitements auxquels il a été soumis ne lui ont procuré que de bien faibles soulagements. J'ai eu recours à l'Élixir chlorhydro-pepsique et, après huit jours de traitement, les accidents dyspeptiques ont cessé, les fonctions digestives ont repris leur cours régulier. Aujourd'hui, mon malade mange avec appétit, digère bien, et il ne me reste qu'à m'applaudir d'avoir employé cette excellente préparation.

Une de mes malades, écrit M. le Dr Gayraud, de Sigogne, était affectée d'une dyspepsie flatulente très rebelle contre laquelle ont été employés sans succès un nombre infini de moyens. Pendant plus de quatre mois, ma malade n'avait pu prendre que du jus de viande et du bouillon; quelques aliments très légers ont été essayés à diverses reprises, mais j'ai dû y renoncer à chaque fois. C'est alors que j'ai eu recours à l'Élixir chlorhydro-pepsique Grez. Au bout de huit jours, une amélioration sensible me permet d'affirmer que le mieux le plus considérable apporté à l'état de ma malade est dû à l'emploi de cette médication. Aujourd'hui, grâce à cette préparation, la malade fait deux repas par jour sans trop de fatigue, et j'ose compter sur une guérison complète.

L'Élixir chlorhydro-pepsique, dit M. le docteur Jouanneau, est une excellente préparation qui m'a personnellement admirablement réussi. Depuis que j'en fais usage, l'appétit est revenu, la dénutrition a cessé et l'embonpoint fait des progrès. Ces résultats sont d'autant plus remarquables que les nombreux traitements que j'avais essayés ne m'avaient donné aucun soulagement.

Je ne connais pas, dit M. le docteur Courtois, de médication plus efficace pour combattre l'anorexie, si fréquente chez les anémiques, que l'Élixir chlorhydro-pepsique Grez; quelques jours de traitement suffisent pour réveiller l'appétit et régulariser les digestions.

Ces quelques observations suffisent largement pour montrer la valeur thérapeutique de cette préparation et justifient l'opinion de l'un des savants observateurs, M. le docteur Morat, qui termine une série d'observations très intéressantes en disant qu'il n'y a pas, dans l'état actuel de la science, de traitement plus efficace et plus rationnel pour combattre les dyspepsies.

Dr P.-G. Robert.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE EN 1884.

Les établissements sanitaires de l'île de Camaran. — Le lazaret d'Abou-Saad. — Le règlement du pèlerinage de la Mecque en 1884.

L'intensité de l'épidémie cholérique régnante sur le littoral du golfe du Bengale donne un grand intérêt à l'exécution des mesures de prophylaxie internationale au moment actuel où vont commencer les pèlerinages aux lieux saints d'Arabie.

En 1866, la Conférence sanitaire internationale de Constantinople avait demandé la création d'un établissement quarantainaire permanent dans les parages de la mer Rouge. Ce lazaret était alors de haute utilité; il est aujourd'hui d'urgente nécessité.

Serait-il à la veille d'être exécuté? Il faut l'espérer, car le Conseil sanitaire supérieur de Constantinople vient d'adopter, le 27 avril dernier, le rapport et les projets d'une commission d'études composée de MM. les docteurs Fewsi, Dickson, Bartolletti et de notre sympathique confrère le docteur Stékoulis. La commission avait à choisir entre deux localités : Cheyk-Saïd près du cap de Bab-el-Mandeb, et l'île de Camaran à 150 milles nord-nord-ouest du détroit, à proximité de la ville de Lohega qui lui fait face et à 500 milles marins de Djeddah.

L'île de Camaran est réputée pour sa grande salubrité, son excellent mouillage, la facilité des approvisionnements par les villes de Lohega et Hodeïda dans le Yémen, et enfin par la possibilité de s'y procurer des eaux potables de qualité supérieure à toutes celles des autres points de la côte arabique.

D'ailleurs, cette île sert déjà, depuis trois ans, de lieu de quarantaine. En 1881, elle a reçu 1,131 pèlerins transportés par 178 navires dont 89 voiliers. En 1882, 103 navires, dont 81 voiliers, y débarquèrent 9,067 quarantainaires; enfin, pendant la période contumaciale de 1883 (28 juin au 23 octobre), 39 bateaux à vapeur amenèrent 20,016 pèlerins. Le Conseil de santé de Constantinople a demandé la transformation de la station quarantainaire en lazaret permanent, transformation aisée et peu coûteuse d'après les plans dressés par le vali du Yémen sur l'ordre du pacha-président.

Cet établissement définitif, dont la construction demande peu de temps, consistera, d'après les plans que nous avons sous les yeux, en campements d'arichs. En usage parmi les populations orientales et d'ailleurs fort bien approprié aux conditions climatologiques de cette contrée, une des plus chaudes du globe, l'arich consiste dans une charpente entrelacée de roseaux, tapissée en dehors et en dedans de nattes, et dont le toit en pignon, dans le projet actuel, lui donnerait la forme d'une hutte recouverte de branches de palmier.

Mesurant, dans le projet de la commission, 10 mètres de façade et 5 à 6 mètres de profil, la construction aurait des dimensions telles que chaque individu disposerait d'une surface de 3 mètres carrés, et qu'un passage libre de 2 mètres assurerait la circulation et l'aération dans toute la longueur.

Groupés en deux campements, l'un au sud, l'autre au nord de la ville et du port de Camaran, ils seraient disposés en lignes parallèles, dont la réunion formera des subdivisions séparées par des espaces libres de 500 mètres. Le campement nord comprendra quatre subdivisions et le campement sud une seule subdivision. Un personnel médical, des hôpitaux, des gardiens, des postes militaires et des chambres de désinfection sont affectés à chacune d'elles, de façon à pourvoir à tous les besoins sanitaires de chaque subdivision et à isoler les uns des autres les groupes de quarantainaires.

©BIU Santé

Le personnel médical se compose d'un inspecteur, le docteur Duca, de six médecins auxiliaires et d'un pharmacien. Cinq agents comptables, dont deux kiatibs, cinq gardiens-chefs, vingt-cinq gardes de santé, enfin une force militaire de deux cents soldats, commandés par un officier supérieur, assurent l'administration, la surveillance et le bon ordre au lazaret. Enfin, la durée du service actif de cet établissement s'étendrait du commencement du mois de redjeb jusqu'à la fin du mois de zilhidjé, c'est-à-dire pendant toute la saison du retour des pèlerins.

Le poste quarantainaire d'Abou-Saad et Wasta complétera cette organisation. Il sera désormais permanent, possédera un médecin en résidence fixe dont les honoraires mensuels seront de 4,000 piastres, et quatre gardiens envoyés de Constantinople et recevant une indemnité de 500 piastres par mois. Ce lieu de quarantaine est destiné aux navires venant de la mer des Indes, et traversant la mer Rouge pour transiter dans le canal de Suez et la Méditerranée. Cet établissement permanent est donc une succursale du lazaret de l'île de Camaran.

Le Conseil sanitaire de Constantinople vient aussi d'adopter le règlement spécial du pèlerinage du Hedjaz en 1884. Il prescrit à tout navire à pèlerins venant d'au delà du détroit de Bab-el-Mandeb ou de Bassora, de se rendre directement à Camaran sans faire escale sur le littoral de la mer Rouge.

Toutefois, une exception a été faite en faveur des navires qui transitent dans la mer Rouge sans être affectés au transport spécial des pèlerins. S'ils sont à destination du littoral de la mer Rouge, ils ne sont pas considérés comme tels, bien qu'ayant à bord un pèlerin pour chaque 100 tonneaux de registre. Il en est de même des navires à destination de la Méditerranée, dont le nombre des pèlerins embarqués n'excède pas 5 par chaque 100 tonneaux de registre. Les uns et les autres se rendent à Abou-Saad pour y débarquer leurs pèlerins en quarantaine et les marchandises à destination du Hedjaz et de l'Yémen.

Tous les navires dont les conditions sanitaires sont bonnes et les patentes nettes, doivent subir une observation de cinq jours et être désinfectés. La période contumaciale est de dix jours pour ceux dont la patente est brute, et qui sont exempts d'accidents suspects; elle est de quinze jours pour les navires contaminés, et cette période date du jour où on a observé le dernier cas de maladie. Ce règlement a été adopté le premier avril dernier, de sorte qu'à l'heure actuelle, il doit fonctionner. En terminant, il faut remarquer que ces dispositions prophylactiques sont insuffisantes pour protéger l'Europe, si la vigilance ou l'autorité du service sanitaire d'Egypte est en défaut.

A ce point de vue, il faut signaler une récente démarche des consuls généraux des diverses puissances auprès du gouvernement khédivial pour restituer au Conseil d'Alexandrie son indépendance si compromise par l'entrée officielle de M. Miéville, délégué et consul anglais, dans cette administration sanitaire. — C. L. D.

COURRIER

Concours. — Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé samedi soir, 10 mai 1884, par la nomination de MM. les docteurs Nélaton et Prengrueber.

M. le docteur Jalaguier, classé troisième, a eu le même nombre de points que M. Prengrueber, mais ce dernier a dû à une admissibilité de plus dans les concours précédents, d'être classé au premier rang.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 3 mai, M. le docteur Daudé, membre du conseil général de la Lozère, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Les Médecins qui voudraient expérimenter les **Tubes-Levasseur** dans les accès d'Asthme et de Suffocation peuvent se les procurer *gratis* et *franco*, à la pharmacie Robiquet, 23, rue de la Monnaie, Paris, ou chez l'inventeur, 7, rue du Pont-Neuf.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos, par le docteur Richelot, ancien président de la Société de médecine de Paris, chez G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120. — Prix : 2,50

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Alfred Fournier : Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Bulletin des décès de la Ville de Paris. — VI. Courrier.

Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux (1).

Leçons professées, à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Alfred Fournier.

II. — Un symptôme qui, bien plus fréquemment encore que l'épilepsie, sert d'exorde à la syphilis cérébrale héréditaire, c'est la *céphalalgie*.

Il est absolument rare que la céphalalgie fasse défaut parmi les symptômes initiaux de la maladie. Seulement, elle y figure avec des degrés très variables d'intensité et de durée. Quelquefois elle est assez légère et assez éphémère pour passer inaperçue. Souvent, bien plus souvent, elle revêt une forme intense et continue qui la signale forcément à l'attention de l'observateur.

De même que l'épilepsie, elle prend place au seuil de l'affection comme phénomène soit isolé, exclusif, soit associé originairement à d'autres phénomènes cérébraux. Des exemples de ces deux ordres de cas seront faciles à produire, tant ils sont communs. C'est ainsi que je trouve dans mes observations l'histoire d'un enfant de 6 ans qui débuta dans la syphilis cérébrale par de simples maux de tête, non accompagnés du moindre symptôme encéphalique. Pendant plusieurs semaines il eut des maux de tête, et rien autre. On ne s'en préoccupa que médiocrement, sans en comprendre la signification, et l'on se borna à administrer quelques purgatifs. Puis éclata une crise d'épilepsie, suivie à bref délai d'autres crises semblables et de divers symptômes alarmants. — Tout au contraire, chez un autre enfant de 7 ans, les maux de tête ouvrirent la scène en compagnie de vertiges, d'éblouissements, de bourdonnements, et d'une inaptitude singulière à tout travail intellectuel.

Bien qu'il soit malaisé d'apprécier sur des enfants ou de jeunes sujets le caractère exact d'une douleur quelconque, cependant il m'a semblé que le plus souvent, dans les cas qui nous occupent, la céphalalgie se présente sous forme d'une souffrance 1° plutôt *générale* que partielle, et 2° plutôt *gravative* que lancinante ou névralgique. Généralement, en effet, les enfants disent qu'ils «ont mal à la tête», mais sans fixer un point plutôt qu'un autre, comme s'ils souffraient de *toute* la tête; et leur attitude témoigne moins d'une douleur à élancements, à sensations pénibles intermittentes, séparées par des intervalles d'accalmie, que d'une souffrance continue, avec pesanteur, alourdissement, abasourdissement.

Quelquefois cependant (cela est beaucoup plus rare et presque exceptionnel), la douleur semble localisée en un point fixe et circonscrit, comme dans l'une de mes observations où les souffrances étaient constamment accusées par le petit malade au niveau de la région temporale, d'un seul côté.

Cette céphalée prodromique est plus ou moins vive suivant les cas. Elle paraît vraiment intense sur certains malades. Toutefois, je ne l'ai jamais vue atteindre le degré excessif auquel elle s'élève assez souvent chez l'adulte. Je n'ai jamais rencontré chez l'enfant cette céphalée atroce, à angoisses déchirantes, que j'ai observée tant de fois chez des malades d'un autre âge, dans des conditions identiques.

Au total, la douleur de tête qui signale l'invasion de la syphilis cérébrale chez les jeunes sujets n'est guère remarquable que par les deux caractères suivants :

1° Ses *exacerbations nocturnes*, signalées dans maintes observations, où

(1) Suite. — Voir le numéro des 29 avril, 1er, 6 et 13 mai 1884.

©BIU Santé

il est spécifié que les enfants « se réveillaient la nuit en se plaignant de la tête, pleuraient, s'agitaient, jetaient des cris, etc. »;

2° Sa *persistance*. C'est ce dernier caractère surtout qui doit éveiller l'attention, je dirai même exciter le soupçon de spécificité.

Et, en effet, la céphalée syphilitique se différencie en l'espèce par sa seule *durée* de la plupart des autres céphalalgies. Elle persiste non pas seulement plusieurs jours, mais plusieurs semaines, avec ou sans intermissions. C'est par excellence un mal de tête *durable*, spécialement durable.

Le seul fait de cette ténacité, de cette persistance, constitue donc un signe d'une valeur considérable. Méfiez-vous bien, Messieurs, de ces céphalées rebelles de l'enfance et du jeune âge. Je n'ai pas à vous dire que ce sont là presque toujours de fâcheux présages, en tant que symptômes prémonitoires de quelque imminence morbide habituellement grave. Mais je dois vous prévenir qu'assez souvent ce sont là des symptômes précurseurs d'une invasion de la vérole dans le cerveau. « Tenez pour suspect un mal de tête *qui dure*, a dit M. Ricord; cela sent la vérole. » Eh bien, si vrai pour l'adulte, ce mot de l'illustre maître n'est pas moins applicable à l'enfant.

Soumise au traitement spécifique, cette céphalée prémonitoire s'amende et se dissipe en général à brève échéance. Il est même peu de symptômes aussi sensibles que celui-ci à l'action du mercure ou, plus spécialement encore, de l'iodure de potassium. On voit des céphalées de ce genre être modifiées d'un jour à l'autre par une forte dose d'iodure. En tout cas, il est usuel qu'elles soient soulagées, atténuées d'une façon rapide, pour disparaître ensuite graduellement.

Je mets en fait que nombre de céphalées survenues chez des enfants ou des adolescents et rapidement dissipées par la médication spécifique pourraient très légitimement recevoir l'étiquette de « syphilis cérébrales enrayées et guéries ». Je suis certain que nombreux sont les cas où, en guérissant une céphalée dans des circonstances de cet ordre, nous faisons plus que dissiper un mal de tête, c'est-à-dire nous conjurons l'invasion d'accidents cérébraux ultérieurs, en un mot nous guérissons sans le savoir — ou plutôt, sans oser le dire — une encéphalopathie spécifique *naissante*.

Et la preuve, c'est que, d'autre part, abandonnée à elle-même, non traitée par la seule médication qui lui convienne, cette céphalée ne tarde guère le plus souvent à se compliquer de divers symptômes, tels que troubles intellectuels, crises épileptiformes, accidents congestifs, parésies partielles, paralysies, etc., pour aboutir finalement à un état cérébral complexe et grave. Des exemples ici seraient superflus à citer, tant ce fait est d'observation usuelle.

Disons même à ce propos que l'adjonction de ces divers symptômes à la céphalée est habituellement *hâtive* chez l'enfant, plus hâtive que chez l'adulte. Chez l'adulte, il n'est pas rare de voir des maux de tête préluder isolément pendant un temps assez long à d'autres manifestations de syphilis cérébrale. Chez l'enfant, ces manifestations ultérieures tardent moins à se produire; leur invasion en général ne se fait guère attendre au delà de quelques semaines.

Ainsi donc: céphalée, comme symptôme de début; — puis, à brève échéance, apparition de divers phénomènes d'ordre cérébral; voilà ce qu'on observe dans la grande généralité des cas, voilà ce qu'on peut appeler la règle.

Mais, à côté de la règle se place ici une exception, et cette exception est assez curieuse pour mériter, bien que fort rare, une mention particulière.

Il n'est pas impossible que cette forme céphalalgique *se confirme et s'immobilise en son type* sans dégénérescence ultérieure, au moins pour un

certain temps. On a affaire de la sorte à des malades affectés d'une céphalalgie pure et simple, indemne de toute complication, mais rebelle et persistante. C'est ainsi que, dans une observation de mon collègue et ami le Dr Lannelongue, nous voyons un enfant hérédo-syphilitique commencer à souffrir de la tête *vers l'âge de trois ans* et continuer à en souffrir avec intermittences *jusqu'à douze ans*, époque où il en fut incidemment traité à propos d'autres manifestations spécifiques. A douze ans, en effet, il fut admis à l'hôpital pour diverses lésions osseuses déjà anciennes et une gomme récente de la jambe. Tout naturellement, on le soumit à l'usage de l'iodure de potassium. Or, ce remède eut pour effet non pas seulement de guérir la gomme et d'amender les accidents osseux, mais encore de dissiper cette céphalée chronique.

Le docteur Augagneur, dans son excellent travail sur la syphilis héréditaire tardive, a relaté le fait plus curieux encore d'un jeune homme également hérédo-syphilitique qui fut pris, à 26 ans, d'une «céphalalgie presque constante, à exacerbations nocturnes», en même temps que se développaient des périostoses sur ses tibias. Pendant cinq ans, il fut considéré comme affecté de rhumatismes et soumis sans succès à divers traitements (salicylate de soude, alcalins, calmants, cures thermales, etc.). Ses maux de tête notamment n'avaient fait que s'accroître et étaient devenus permanents. A cette époque enfin, il eut l'heureuse chance de rencontrer deux médecins (MM. Augagneur et Horand) qui suspectèrent la nature véritable de ces accidents et prescrivirent l'iodure de potassium. La céphalée tout aussitôt disparut «comme par enchantement», en même temps que les lésions osseuses s'amendèrent avec une rapidité non moins significative.

J'ai vu de même deux cas analogues où des douleurs de tête persistèrent *plusieurs années* avec des alternatives de rémissions et d'exacerbations, pour aboutir finalement à d'autres accidents cérébraux.

Il résulte donc de ces divers faits qu'une céphalée véritablement *chronique* peut servir d'exorde à la syphilis cérébrale héréditaire. Mais ce n'est là, à coup sûr, qu'une forme rare, exceptionnelle, par rapport surtout à la forme précédente, laquelle au contraire, je le répète, est d'observation des plus communes.

Au point de vue pratique, le symptôme dont nous venons de parler comporte un intérêt de premier ordre. Car il constitue, chez l'enfant et l'adolescent, le prodrome le plus fréquent, le plus usuel, de la syphilis cérébrale héréditaire; c'en est même, on peut le dire, le phénomène *prémonitoire* par excellence.

De là ce double précepte, que je recommande à votre attention et à vos souvenirs :

1° Quand on rencontre sur un jeune sujet une céphalée de ce genre, notamment une céphalée persistante et à exacerbations nocturnes, il faut toujours songer à la syphilis comme une des causes susceptibles de lui servir d'origine, et étudier à ce point de vue les antécédents morbides tant sur le malade que sur sa famille;

2° S'il ressort de cet examen des antécédents que la syphilis doive ou même puisse être mise en cause, cela seul constitue une indication formelle pour le traitement spécifique.

En pareille occasion, Messieurs, n'hésitez pas un seul instant à prescrire le traitement de la vérole, ne serait-ce même qu'à titre empirique. Car vous avez là l'occasion et le moyen de couper court à une imminence morbide qui peut être des plus graves et de conjurer l'invasion de symptômes que plus tard vous seriez impuissants à réprimer.

J'ai parfois entendu, en de telles situations, certains de nos confrères raisonner de la façon suivante : « Mais enfin, rien ne nous dit que cette céphalée soit d'origine syphilitique. Cette céphalée, après tout, n'a rien de

©BIU Santé

spécial: elle ne s'accompagne encore d'aucun symptôme qui indique une syphilis cérébrale naissante. Nous ne nous croyons pas autorisés à prescrire dès à présent un traitement antisyphilitique .Donc, *attendons.* » Détestable pratique, à mon sens, Messieurs, et cela pour diverses raisons : parce que, d'abord, la céphalée syphilitique n'a jamais rien d'absolument spécial, rien qui la signale notoirement à l'attention du médecin ; — parce que, d'autre part, elle constitue souvent l'expression unique qui traduit pour un temps les encéphalopathies de la vérole ; — parce qu'enfin elle est surtout curable à l'époque où précisément elle existe encore *seule*. Attendre, pour la reconnaître et la combattre au titre d'un symptôme syphilitique, qu'elle ait son cortège d'autres manifestations cérébrales, c'est courir le risque d'attendre *trop tard* et de ne plus arriver assez tôt pour sauver le malade.

Arriver assez tôt, je ne crains pas de vous le répéter encore, tout est là en l'espèce. Le succès est à ce prix. Si donc vous êtes conduits, dans un cas donné, à établir une relation possible entre une céphalée de ce genre et des antécédents de syphilis héréditaire, n'attendez pas pour agir que vos soupçons soient confirmés par une démonstration plus complète, qui pourrait coûter cher à votre malade. Intervenez sans hésitation comme sans délai, et intervenez par le seul traitement qui soit rationnellement indiqué en pareille situation. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDE GÉNÉRALE SUR LES EAUX POTABLES DE SOLOGNE, par M. le docteur Edouard BURDEL (de Vierzon). — Romorantin 1882. Brochure grand in-8° de 38 pages.

Le ciel m'est témoin que je n'ai jamais dit de mal de la Sologne. Je n'en ai même jamais pensé, et je le regrette presque, car il me semble que j'aurais eu plaisir à me laisser convaincre d'erreur par le plaidoyer si chaleureux de M. Burdel. Notre sympathique confrère s'est ému de l'accusation lancée, paraît-il, par des personnes peu sérieuses contre la pureté des eaux potables en Sologne, et, l'hydrotimètre en mains, il leur prouve qu'elles ne savent ce qu'elles disent. Je suis, à cet égard, dans la situation d'un converti qu'on prêche. Moins que cela. N'ayant eu aucune opinion préconçue sur ce point, je n'ai pas eu à me convertir, et la simple affirmation de M. le docteur Edouard Burdel eût suffi pour que je tinsse toutes les eaux de la Sologne pour excellentes. Mais, à part la saveur de la discussion qui est perdue pour moi, puisque je n'avais point pris parti, je trouve un réel intérêt dans le savant et consciencieux rapport présenté par l'auteur au Comité central agricole de la Sologne. C'est une étude complète des qualités qu'on doit exiger des eaux, tant au point de vue de l'hygiène que de l'alimentation, et cette étude sera consultée avec grand profit, non seulement par les médecins, mais par tout le monde.

Cette étude, si complète sous le rapport théorique et scientifique est, de plus, très minutieuse eu égard aux besoins journaliers et pratiques ; c'est un des caractères, d'ailleurs, de toutes les publications de notre savant confrère que de ne jamais perdre de vue l'utilité qui doit résulter de ses recherches. Il aime, à coup sûr, la science autant que personne ; mais il l'aime surtout pour le bien qu'elle doit procurer aux hommes, pour les améliorations qu'en peut retirer l'humanité. C'est un savant et c'est aussi un philanthrope dans la plus haute acception, et la plus désintéressée, de ce mot.

A ce titre, il accueillera avec bienveillance, j'imagine, une très humble question que je me permets de lui adresser. Il dit, dans la note qui termine la page 19 : « Un des moyens les plus simples de procurer un filtre dans les maisons des ouvriers qui ne peuvent faire la dépense d'une fontaine à filtre en pierre poreuse... consiste à prendre un petit tonneau placé debout, ou mieux encore une grande jarre en terre cuite et d'y étaler dans le fond deux ou quatre couches successives et alternatives de sable bien lavé et de charbon grossièrement pulvérisé ; chaque couche ayant deux centimètres d'épaisseur environ. A la partie inférieure de la jarre ou du tonneau est un trou dans lequel on place un robinet dont le bout intérieur est enveloppé d'une toile métallique très fine, ou tout au moins d'une gaze ou mousseline. Ce genre de filtre, si simple dans sa construction, est le meilleur, le charbon ayant la propriété d'absorber les gaz résultant de la putréfaction des corps organiques. »

© Santé

C'est très bien; mais combien de temps un pareil filtre peut-il fonctionner efficacement? Cela dépend, évidemment, de la quantité d'eau qu'on clarifie, et de l'état d'impureté primitive, plus ou moins grande, de cette même eau. Sans doute; mais à quoi reconnaît-on, en d'autres termes, que le filtre ne fonctionne plus et qu'il faut le renouveler? — M. L.

DE L'ANGINE DE POITRINE RHUMATISMALE (*hyperémie du plexus cardiaque*), par le docteur Antony MARTINET. — Paris, 1884, Delahaye et Lecrosnier.

Dans ce mémoire inaugural M. Martinet reprend la question de l'angine de poitrine rhumatismale, dont M. Viguier avait, en 1873, fait l'objet de sa thèse. D'ailleurs cette brochure n'est pas inopportune quelques mois après la publication du mémoire de M. H. Huchard sur les angines de poitrine, la leçon de M. Landouzy sur le même sujet et la communication de M. Hérard à l'Académie de médecine.

Elève de M. Peter, l'auteur s'est inspiré des travaux du savant professeur de pathologie interne de la Faculté de Paris. C'est assez dire que cette thèse est une argumentation en faveur de la théorie nerviste de l'angine de poitrine. En effet, cette angine de poitrine rhumatismale devrait occuper un rang intermédiaire entre l'angine de poitrine névritique et l'angine de poitrine névralgique, représentant, pour ainsi parler, une sorte de ton ou de demi-ton dans la gamme des angines de poitrine.

Voilà certainement une classification séduisante; mais pour être justifiée, il faut qu'elle soit vérifiée par les caractères cliniques et, si possible, par l'anatomo-pathologie. Quelles sont les preuves cliniques de l'autonomie de cette forme? M. Martinet déclare que cette angine de poitrine «revêt le plus souvent le type ébauché», se termine favorablement et correspond «aux formes légères de la névralgie cardiaque». Ces allures sont celles des pseudo-angines de poitrine, de celles qui ne tuent pas, selon l'expression et les conclusions de M. H. Huchard. Quant aux lésions anatomo-pathologiques, elles manquent ou sont tellement fugaces qu'à l'autopsie on ne les retrouve pas. C'est là sans doute, en dehors des commémoratifs, le motif pour lequel cette *angor pectoris* reçoit le qualificatif de rhumatismale.

Le rhumatisme se localiserait donc sur les nerfs cardiaques en dehors de toute manifestation simultanée sur l'endocarde, le myocarde ou le péricarde. Ceci étant admis, il n'y a qu'un pas à franchir pour conclure que le rhumatisme produit l'*angor pectoris* soit directement par localisation sur les nerfs, soit secondairement par phlogose du péricarde, aortite ou athéromasie de cette artère avec névrite cardiaque par propagation.

Soit, mais la doctrine explicative de l'ischémie cardiaque dans la pathogénie des angines de poitrine, la distinction entre les pseudo-angines et les angines vraies n'en subsistent pas moins. On est donc charmé en retrouvant les idées d'un maître éloquent et le reflet de son brillant enseignement; et cependant il s'en faut qu'on soit définitivement convaincu. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux italiens.

Sclérodermie généralisée. Mémoire lu à la Société des sciences médicales de Conegliano (séance du 7 mars), par M. le docteur ALPAGO-NOVELLO. (In *Gaz. med. ital. provincie Venete*, n° 12.) — La rareté de cette maladie chez l'adulte, qui ne compte encore dans la science que 70 observations, a engagé notre confrère à publier un travail sur cet intéressant sujet.

Une femme de 43 ans, n'ayant jamais rien présenté d'anormal dans la santé jusqu'à l'âge de 35 ans, est prise à cette époque d'une certaine dureté de la peau au niveau du cou, peu à peu, sans qu'il survienne aucun changement dans la coloration, la même altération s'étend graduellement à tout le cou, à la tête, au thorax et aux bras, jusqu'aux extrémités des doigts. Les muscles de la face, du larynx et du pharynx ne peuvent bientôt plus fonctionner qu'imparfaitement et contribuent à augmenter la gêne générale.

C'est à ce moment que l'infirme est admise (1878) dans le service de clinique de M. le professeur Concato (de Padoue). Cette femme présentait une tumeur abbominale ayant toutes les apparences d'un utérus gravide de cinq ou six mois; le professeur crut devoir pratiquer le cathétérisme utérin pour se rendre compte des dimensions de l'organe et savoir si la tumeur n'était pas un des symptômes de la maladie; il en résulta malheureuse-

©BIU Santé

ment un avortement, qui n'eut du reste aucune suite fâcheuse pour la patiente, mais qu'un peu de prudence eût pu éviter.

En 1881, quand M. le docteur Alpago-Novello vit la malade, elle était dans un état pitoyable. La peau de la face et du cou a la dureté, le froid et l'aspect du marbre, de petits mouvements extrêmement limités dans le sens latéral sont seuls possibles; l'expression du visage ne reflète plus aucune pensée. Le globe de l'œil seul peut encore se mouvoir; les pupilles sont normales dans leur aspect et dans leurs fonctions; le pavillon de l'oreille et l'audition sont restés intacts. Les deux bras sont sclérosés sans présenter cependant d'ankylose aux articulations de l'épaule, de l'avant-bras et des doigts, quoique les mouvements soient à peine sensibles.

Le thorax ressemble à s'y méprendre à un bloc de marbre blanchâtre; les côtes et les espaces intercostaux sont confondus; le sein droit fait seul une légère saillie. Les hanches, les cuisses, les jambes sont également indurées mais un peu moins; cette femme semble être une statue lorsqu'elle est placée verticalement. C'est avec la plus grande peine qu'elle peut retirer quelques-uns de ses vêtements; il lui serait impossible de s'habiller sans être aidée.

La malade ne peut prendre que des aliments liquides, et encore une partie est-elle régurgitée par le nez; prend-elle quelque chose de solide, aussitôt elle éprouve de violents accès de suffocation.

Depuis trois mois elle ne peut plus faire aucun travail; elle a considérablement maigri et ne pèse plus que 47 kilogr.; les grandes fonctions s'accomplissent bien.

La température est à 36°5, le pouls à 100.

Cette malheureuse a fini par succomber le 30 mai 1882, malgré tous les soins qui lui furent prodigués et qui n'eurent du reste aucun résultat.

L'actinomycose. (In *Gaz. degli ospitali*, n° 22. Mars 1884.) — M. le professeur Bizzozero a exposé pour la première fois, en Italie, ce qu'il fallait entendre par cette nouvelle maladie causée par des parasites végétaux. On retrouvera, dans les nos 18, 19 et 20 de l'année 1882 (*Gazetta degli ospitali*), les études particulières de ce savant et les 16 cas qu'il a pu recueillir. Depuis lors, 12 autres observations ont été publiées en Allemagne, en Italie et en Angleterre. De l'analyse qui en est faite dans le premier-Milan du 16 mars, on voit que cette singulière affection est fort difficile à diagnostiquer. La chronicité est le seul caractère qui soit commun à tous les cas connus jusqu'à présent, ce qui permet de la classer parmi les maladies infectieuses chroniques. On lui distingue deux formes, l'une bénigne, l'autre grave. On remarque dans la première, au début, une tuméfaction qui siège à l'angle du maxillaire inférieur et s'étend graduellement aux parties voisines, envahit la région cervicale et pénètre jusqu'aux fosses sus et sous-claviculaires; la peau finit par s'ulcérer, il en sort un liquide louche, purulent ou sanguinolent qui contient des grumeaux jaunes d'actinomyces; enfin il se forme des trajets fistuleux. Malgré ces délabrements, l'état général reste bon et la fièvre ne s'allume pas.

La forme grave peut commencer de la même façon, mais il ne tarde pas à se manifester des signes d'inflammation des organes thoraciques suivis d'abcès qui s'ouvrent au dehors par des trajets fistuleux irréguliers. On observe même quelquefois des caries costales ou vertébrales, des abcès du psoas, etc., etc.

Le plus grand nombre des sujets atteints de cette bizarre affection a succombé. Le diagnostic est toujours des plus difficiles, si tant est que primitivement on puisse le faire exact.

On n'est pas encore d'accord sur la nature du fongus qui est la cause de la maladie et qui est visible à l'œil nu. Ponfick incline à croire que c'est un stade de développement d'un fongus d'un ordre peu élevé. D'autres en font un organisme complet, ce qui semble être prouvé d'après les résultats obtenus par la culture par le docteur Oscar Israël. (*Virchow's Archiv.*, janvier 1884.)

La thérapeutique jusqu'à ce jour n'a pas eu d'effet sur cette maladie encore enveloppée de tant de mystères.

— Nous avons fait connaître dans une de nos revues précédentes les opérations de divulsion des orifices de l'estomac par le procédé de M. le professeur Loreta. Nous suivons avec attention chacune des tentatives qui sont faites par l'habile chirurgien de Bologne, afin que nos lecteurs puissent se faire une opinion juste sur la valeur de ce nouveau procédé.

Le 15 mars, M. le professeur Loreta a pratiqué la divulsion, pour la neuvième fois, sur une jeune fille de 20 ans, native de Russi (Romagne), atteinte de sténose du cardia avec toute la série des pénibles symptômes de cette affection.

Cette fois l'incision tégumentaire a porté sur la ligne blanche près de l'estomac, qui fut

©BIU Santé

ouvert largement. Le rétrécissement était tel qu'une sonde d'un très petit calibre put à peine être introduite pour servir de conductrice au divulseur. L'opération brillamment exécutée dura à peine une demi-heure. La malade guérit sans présenter la plus petite complication. (*Raccoglitore medico.*)

La néphrorrhaphie comme cure du rein mobile. Etude clinique et considérations, par M. le professeur Andrea Ceccherelli, directeur de l'Institut chirurgical de l'Université royale de Parme. — Lorsque la mobilité du rein est cause d'accidents graves soit du côté des fonctions digestives, soit du côté du système nerveux, ou bien qu'une lésion sérieuse est constatée dans l'organe déplacé, il y a lieu, dans ces conditions seulement, d'intervenir chirurgicalement. C'est le thème choisi et développé longuement par M. le professeur Ceccherelli. Quelle est alors la meilleure opération à pratiquer? Pour l'auteur, c'est la néphrorrhaphie qu'il convient de choisir et d'employer.

Une jeune femme de 28 ans, atteinte de rein mobile douloureux à gauche, est soumise par ce chirurgien à cette grave opération le 11 février 1884. Des troubles nerveux, des désordres multiples que le déplacement de l'organe urinaire avait entraînés, expliquent cette grave intervention. La malade, une fois endormie, fut placée sur le flanc droit; la peau fut incisée dans la région lombaire gauche dans une longueur d'environ 15 centim. à environ 8 centim. de l'apophyse épineuse des vertèbres lombaires, d'une part, et au niveau de la onzième et douzième côte, et de la crête iliaque, d'autre part. Les plans musculaires furent sectionnés couche par couche et les vaisseaux liés aussitôt qu'ils étaient divisés et même d'avance lorsque cela était possible. Parvenu à la capsule adipeuse du rein, il fut facile de reconnaître la mobilité de l'organe. Alors, avec des fils de catgut n° 3, le chirurgien s'efforça de le fixer ainsi que sa capsule aux parties voisines, spécialement aux bords de la plaie, par quelques points de suture. L'organe remis ainsi en sa place ordinaire, on fit la suture superficielle de la plaie et avec un soin méticuleux le pansement antiseptique.

Quarante-cinq heures après, la malade mourait de collapsus.

L'autopsie ne révéla aucune lésion organique récente, mais l'athéromasie des vaisseaux, surtout ceux du cœur; le resserrement de l'aorte rend probable qu'un état de collapsus ait pu, de ce fait, devenir rapidement mortel.

Le docteur E. Hahn, directeur de l'hôpital Friedrichsham (de Berlin), a proposé jadis la néphrorrhaphie au lieu de l'extirpation du rein et a publié son premier article, en date du 23 juillet 1881, dans le *Centralblatt für chirurgie*.

Il existe actuellement 9 observations de cette opération, y compris celle de M. le professeur Ceccherelli; on trouve 8 succès complets, ce qui pourrait bien encourager de nouveaux essais.

M. le docteur Edouard Bassini (*Annali universali di medicina*, 1882, p. 281) a été le premier, en Italie, à pratiquer la néphrorrhaphie, et a eu le bonheur de réussir. (*Rivista clinica*, n° 4. Avril 1884.)

Millot-Carpentier.

De quelques accidents spinaux déterminés par la présence dans la moelle d'un ancien foyer de myélite infantile, par G. Ballet et A. Dutil. — Il résulte de l'examen d'un nombre assez important d'observations, que l'existence dans la moelle d'un foyer de téphiomyélite infantile constitue une sorte de menace pour l'avenir et qu'un individu chez lequel les cornes antérieures de la moelle ont été lésées durant les premières années de la vie est plus exposé qu'un autre aux altérations spinales. Ces altérations, qui se manifestent pendant l'adolescence ou l'âge adulte, surviennent quelquefois sans cause occasionnelle immédiate appréciable; souvent elles ont paru consécutives à l'influence de la fatigue, du froid, de l'humidité ou de quelques maladies générales développées accidentellement. Ces causes immédiates sont puissamment secondées par la prédisposition qui résulte du foyer de myélite infantile. Comparables aux *cérébraux*, dont a parlé Lasègue, qu'un ancien choc cérébral a prédisposés aux troubles psychiques, ces individus sont des manières de *médullaires*. Le processus des accidents spinaux nouveaux observés chez ces anciens médullaires est quelquefois purement congestif, mais va souvent jusqu'à l'inflammation aiguë, subaiguë ou chronique. Les lésions se localisent avec une remarquable prédilection dans le système des cornes antérieures, et ne s'accompagnent que très exceptionnellement de troubles sensitifs. Tantôt elles se traduisent par l'appareil symptomatique de la paralysie spinale antérieure aiguë ou subaiguë, tantôt par une atrophie musculaire progressive, offrant de nombreuses analogies avec l'atrophie du type Aran-Duchenne.

Contribution à l'étude anatomo-pathologique des cirrhoses graisseuses, par Ch. Sabourin.

©BIU Santé

— Il est une variété de cirrhose hypertrophique caractérisée par les éléments anatomo-pathologiques suivants :

1° Elle a pour point de départ systématique le réseau veineux sus-hépatique, elle se montre sur les coupes soit à l'état de simples plaques étoilées à bords diffus, soit sous forme d'anneaux complets résultant de la fusion régulière des rayons fibreux émanés des plaques précédentes ; — cirrhose annulaire, monolobulaire, plus rarement multilobulaire ou mixte par combinaison de ces deux formes : — essentiellement constituée par une phlébite souvent oblitérante des veines sus-hépathiques et des capillaires radiés qui se transforment en cordons pleins, dont le réseau englobe les trabécules hépatiques ; — systématique par ses foyers d'évolution et par la manière dont elle réunit entre eux ces foyers pour en faire des anneaux, mais essentiellement diffuse quant à sa nature même, car jamais les bords de ses anneaux ne sont nettement tranchés comme dans la cirrhose annulaire vulgaire atrophique.

2° Des dégénérescences multiples des trabécules hépatiques dont la plus remarquable est la transformation vésiculo-graisseuse des cellules constituantes, plus ou moins répandue et mélangée avec la dégénération granulo-graisseuse simple.

3° Il s'y ajoute souvent un degré variable de cirrhose autour du système porto-bilaire, surtout lorsque le foie présente des oblitérations nombreuses des veinules portes.

Reconnaissant comme la cirrhose atrophique vulgaire l'alcoolisme pour cause, cette forme est bonne à signaler pour montrer que dans le groupe très vaste et jusqu'à nouvel ordre indivis des cirrhoses hypertrophiques graisseuses, on peut rencontrer des cirrhoses parfaitement annulaires.

La paralysie générale spinale curable de l'adulte, par M. Bernhardt. — Fait semblable à celui qu'ont publié en France Landouzy et Déjerine, sous le nom de *Paralysie générale spinale à marche rapide et curable* (*Revue de médecine*, 1882). Il n'y a pas là, dans la pensée de l'auteur, une maladie nouvelle, mais seulement une forme de la paralysie spinale atrophique, à distinguer encore de certaines formes abortives de la maladie de Landry.

Il s'agit d'un homme de 30 ans, d'une bonne santé antérieure, et qui se plaignit, au début, de difficultés dans la montée des escaliers. Un certain degré de raideur des muscles du mollet, sans douleur particulière, était à noter; mais les fonctions de la vessie, de l'intestin, des nerfs crâniens étaient intactes. Le malade avouait des excès vénériens. Le phénomène du genou manquait; la marche était devenue traînante. Il y avait une diminution notable de l'excitabilité électrique directe ou indirecte; et, à cet égard, les bras, qui ne donnaient lieu à aucun sujet de plainte, ne réagissaient pas mieux. La faiblesse des jambes augmenta et leur amaigrissement faisait des progrès. Cependant, l'amélioration se dénonçait trois mois après le début des accidents. La marche devenait facile; l'amaigrissement faisait place à une meilleure nutrition ; l'électrisation ne donnait pas encore des résultats normaux, mais la réaction de dégénérescence avait disparu. Cinq mois après, retour à peu près complet à l'état normal; mais le phénomène du genou manquait toujours. (*Virchow's Arch.*, 1883, n° 3, p. 369.) — R. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mai 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Sur une variété rare de corps étranger du genou. — Sur trois cas de hernie inguinale congénitale. — Observations de fracture de l'extrémité inférieure du radius, vicieusement consolidées et ayant nécessité l'intervention chirurgicale. — Présentation de malade : désarticulation du genou.

Sous le titre de *Variété rare de corps étranger du genou*, M. Lepneveu fait une communication relative à une pièce pathologique qui lui a été envoyée par M. le docteur Joannidès et que ce chirurgien considère comme un lipome arborescent de la synoviale.

M. Trélat est frappé de l'analogie qui existe entre le corps décrit par M. Lepneveu et les corps hordéiformes des kystes synoviaux du poignet dont il a eu l'occasion d'examiner la structure au microscope. Il a constaté que ces corps étaient essentiellement composés de couches amorphes concentriques constituées par des produits de sécrétion de la synoviale et leur roulement dans la cavité de cette membrane. En un mot, l'étude histologique des corps hordéiformes des kystes du poignet montre qu'ils sont constitués

©BIU Santé

par une substance amorphe disposée en couches concentriques, sans aucune trace de cartilage ni de fibres tendineuses ou conjonctives.

— M. Kirmisson, chirurgien des hôpitaux, lit une *Note sur trois cas de hernie inguinale congénitale*. Ce travail est renvoyé à l'examen de la commission déjà nommée pour les précédentes communications de M. Kirmisson, et dont M. Berger est rapporteur.

— M. Bouilly fait une communication relative à des observations de fractures de l'extrémité inférieure du radius vicieusement consolidées et ayant nécessité une intervention chirurgicale.

Dans une première observation, il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, entré à l'Hôtel-Dieu en août 1880 pour une fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche datant de trois jours. Le fragment supérieur a glissé en partie à la face palmaire au devant du fragment inférieur, et a pénétré celui-ci dans sa partie postérieure. En tirant fortement sur le pouce pendant que l'avant-bras est maintenu, et en abaissant la main, on corrige en partie la difformité. L'avant-bras est immobilisé dans une demi-gouttière plâtrée, étendue du coude jusqu'à la racine des doigts et, au bout de quelques jours, le jeune homme est envoyé à Vincennes avec son appareil.

Il rentre à l'hôpital au bout d'un mois. Après l'enlèvement de l'appareil, on constate que la déformation s'est reproduite et existe comme au premier jour de l'accident. Au niveau de la fracture, on constate une dépression très marquée à la région dorsale, tandis qu'il y a une saillie considérable à la partie palmaire, saillie sur laquelle vient faire relief le paquet des tendons fléchisseurs des doigts. A la palpation, on sent, à ce niveau, à la partie antérieure, une espèce de crête tranchante, dure, osseuse, qui paraît être l'extrémité antérieure du fragment supérieur. La fracture est solide et on ne détermine aucun mouvement entre les fragments. La main est située sur un plan supérieur à celui de l'avant-bras (dos de fourchette) et légèrement déjetée vers le bord radial. En outre, le malade accuse des douleurs spontanées partant du siège de la fracture et s'étendant vers les doigts. Ces douleurs presque continues reviennent par élancements et sont très notablement exaspérées quand on exerce une pression au niveau de la saillie des fragments. La pression est particulièrement douloureuse en un point qui répond à la région du nerf médian. Il est facile de sentir ce nerf soulevé et comme tendu au devant de la saillie osseuse; il paraît augmenté de volume. La peau de la face palmaire de la main et des trois premiers doigts est sèche, écailleuse et fendillée; la sensibilité est retardée, mais non abolie dans les parties innervées par le médian.

Le 22 septembre, une tentative de redressement manuel du cal fut faite sans succès après chloroformisation.

Malgré les bains de main et les applications émollientes, l'état du malade ne s'améliorait pas; la sensibilité devenait plus obtuse, la peau de plus en plus sèche et fendillée; au bout de l'index et du médius se faisaient de petits amas épidermiques comme ceux qui précèdent le mal perforant; enfin, l'éminence thénar était très atrophiée et les mouvements du pouce ne se faisaient qu'à grand'peine.

Il n'était pas douteux que la compression du nerf médian s'accompagnait de troubles trophiques du côté de la peau de la face palmaire de la main et des trois premiers doigts, d'une diminution croissante de la sensibilité et d'une atrophie des muscles de l'éminence thénar.

Le 26 octobre, après anesthésie et application de la bande d'Esmarch, M. Bouilly fit une incision verticale le long du bord interne du tendon du grand palmaire, ouvrit l'aponévrose antibrachiale et mit à nu le paquet des tendons fléchisseurs. La main étant fléchie, ceux-ci furent fortement retirés en dedans à l'aide de larges rétracteurs, et sans dégâts notables de la grande synoviale médiane, et on arrive sur le siège de la compression. Avec le marteau et la gouge, M. Bouilly enleva successivement de petites parcelles osseuses jusqu'à ce que le doigt ne sentit plus aucun relief. Les tendons furent alors abandonnés et reprirent leur place avec diminution très notable de la saillie qu'ils faisaient auparavant.

Lavage antiseptique; drain allant jusqu'au radius; suture superficielle; pansement de Lister.

En vingt jours, tout était cicatrisé sans accident. Mais, à ce moment, le résultat obtenu paraissait nul; la peau avait le même aspect, les mouvements du pouce étaient aussi gênés, la sensibilité aussi obtuse.

Le malade, sorti de l'hôpital dans les derniers jours de novembre 1880, fut revu le 8 juillet 1881 par M. Bouilly. Depuis quatre mois, il avait repris ses occupations de mécanicien. La déformation de la fracture avait persisté, mais les fonctions étaient redevenues normales. Il n'y avait plus aucune douleur, même quand on pressait au niveau

©BIU Santé

de la fracture. La peau avait le même aspect que du côté opposé; seulement les muscles de l'éminence thénar n'avaient pas encore repris tout leur développement. En résumé, le résultat de l'intervention chirurgicale avait été très favorable, sans doute en supprimant la compression et l'irritation du nerf médian.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui s'était fait, dans les premiers jours de mai 1883, une fracture de l'extrémité inférieure du radius droit. Cette fracture, méthodiquement soignée par un médecin de la ville, s'était consolidée en bonne position au bout de quatre semaines, quand le malade, à la suite d'une nouvelle chute sur la paume de la main, vit se reproduire en s'exagérant tous les signes de la fracture.

Quand M. Bouilly vit le malade quinze jours après le nouvel accident, la déformation était considérable. En outre, les mouvements de pronation et de supination étaient impossibles et tous les mouvements de l'avant-bras très gênés.

Le 19 juillet, une tentative de réduction avec les mains après chloroformisation échoue complètement.

M. Verneuil, appelé en consultation, conseille l'ostéoclasie avec l'appareil Collin pour le redresssement du *genu valgum*. L'opération est pratiquée le 31 juillet avec l'assistance de M. Verneuil. Bien que la pression eût été poussée jusqu'à 120 kilogrammes, la rupture du cal ne put être obtenue définitivement qu'au moyen d'une secousse brusque. La correction immédiate fut très bonne; on put remettre tout de suite le membre dans une bonne attitude et l'enfermer dans un appareil plâtré circulaire très peu serré.

Dès le premier jour se déclarèrent des douleurs intolérables qui durèrent une semaine et ne purent être calmées que par des injections de morphine et le chloral à hautes doses.

L'appareil plâtré, enlevé dès le lendemain, fut remplacé par une atelle palmaire et un pansement émollient pour combattre les menaces de phlegmon sur tout l'avant-bras et la main.

Il se déclara une synovite de toutes les gaines de la région, et la sensibilité fut abolie aux doigts dans toute la zone innervée par le médian.

Au bout de treize jours, une gouttière plâtrée put être appliquée; elle fut retirée le 31 du même mois. Depuis cette époque, M. Bouilly a revu bien des fois le malade: il trouve le résultat de l'intervention fort peu satisfaisant. Si la déformation est corrigée au niveau de la fracture, il persiste, par contre, une gêne extrême des mouvements; l'articulation du poignet et celles du carpe sont enraidies; les mouvements de flexion des doigts sont très limités; la sensibilité de la zone innervée par le médian a été longtemps obtuse et, malgré l'emploi prolongé des bains, du massage et de l'électricité, les fonctions du membre sont très incomplètes. Par bonheur, il s'agit d'un jeune sujet chez lequel on peut encore beaucoup gagner avec le temps et l'exercice.

Ce résultat avait laissé dans l'esprit de M. Bouilly une fâcheuse impression au sujet de l'ostéoclasie appliquée à ce genre de lésions; aussi, quelques jours après, le hasard lui ayant amené une nouvelle déformation de même origine, il employa une autre méthode de traitement;

Il s'agissait, cette fois, d'une petite fille de 9 ans qui lui fut amenée le 14 septembre 1883 pour une déformation de l'extrémité inférieure de l'avant-bras gauche. Un mois auparavant, l'enfant était tombée sur l'avant-bras en descendant un escalier; il en était résulté un gonflement douloureux considérable de cette partie. Aucun médecin ne fut appelé et tout le traitement consista dans l'application de compresses d'arnica.

Au moment où M. Bouilly vit la petite malade, l'avant-bras présentait une déformation très évidente. Dans le quart inférieur du radius existait un gonflement en dos d'âne dont le siège était manifestement l'os lui-même; il en résultait une convexité exagérée de la face dorsale de l'avant-bras à ce niveau, avec concavité correspondante à la face palmaire. La main était légèrement déjetée vers le bord radial et paraissait située sur un plan supérieur à celui de l'avant-bras. Les mouvements des doigts et du poignet s'exécutaient, très librement; seuls les mouvements de pronation et de supination étaient très bornés et gênés.

Mais ce qui frappait surtout, c'était la déformation de cette extrémité inférieure de l'avant-bras très choquante et située trop bas pour être facilement masquée par les vêtements.

M. Bouilly pense qu'il s'agissait là d'une fracture du quart inférieur du radius abandonnée à elle-même et qui s'était consolidée vicieusement. En effet, la consolidation était complète; il n'existait aucune mobilité ni même aucune mollesse au siège de la déformation, et même il n'y avait presque plus de sensibilité en cette région. Le siège de la fracture était un peu plus haut que dans la fracture de l'extrémité inférieure

du radius proprement dite ; elle portait sur la diaphyse dans son quart inférieur ; le cubitus n'était pas intéressé et conservait sa rectitude normale.

Sur le désir des parents, pour corriger cette difformité choquante à l'œil et remédier à la gêne des mouvements produits par la déformation, M. Bouilly pratiqua l'ostéotomie du radius, le cal étant déjà trop ancien et trop solide pour qu'il fût possible d'obtenir sans danger et sans dégâts le redressement par toute autre méthode.

Après anesthésie et lavage soigné de la région avec la solution forte, le membre reposant sur un sac de sable, une incision d'un centimètre est faite jusqu'à l'os suivant l'axe du radius sur le point le plus saillant de la convexité de l'os. L'ostéotome n° 1 (modèle de Mac-Even construit par M. Aubry) est introduit sur le bistouri laissé en place, puis retourné perpendiculairement à cette première direction. En quelques coups de maillet, l'os est sectionné ; immédiatement le redressement est obtenu et sans aucun effort le membre peut être mis dans une rectitude absolue.

Un peu d'eau phéniquée forte est projetée dans la petite plaie qui est simplement recouverte d'un petit tampon de coton hydrophile imbibé de la même solution, sans réunion. Le membre est tout de suite entouré d'un appareil plâtré qui s'étend depuis le coude qu'il immobilise jusqu'à la racine des doigts laissés libres.

L'enfant quitte l'hôpital deux heures après l'opération quand le plâtre est tout à fait sec.

Depuis ce moment, elle n'a jamais eu l'ombre de fièvre ni d'aucun malaise ; elle continue à jouer, à se promener, à vivre exactement comme à son habitude avec son bras en écharpe. Ramenée à plusieurs reprises à la visite, elle n'accuse jamais ni gêne, ni douleur ; un léger œdème du dos de la main fut combattu par l'application d'une petite couche d'ouate et d'une bande roulée.

L'appareil plâtré est enlevé le 8 octobre, 21 jours après l'opération. La consolidation est faite ; le redressement s'est maintenu et le membre est dans une excellente position. La plaie de l'ostéotomie est recouverte d'une petite croûte noirâtre sans aucune trace de suppuration ; le résultat est tout à fait satisfaisant.

M. Bouilly met sous les yeux de ses collègues les deux moules en plâtre pris avant et après l'opération. M. Bouilly pense que, d'une manière générale dans des cas de ce genre, c'est à l'ostéotomie linéaire qu'il faudra s'adresser. Au point de vue du rétablissement des formes, elle lui paraît la méthode de choix, et c'est à elle qu'il a dû un succès complet.

L'ostéoclasie ne saurait guère trouver d'application dans cette région ; la brièveté du bras de levier représenté par le fragment inférieur, le danger de comprimer les tendons et le nerf médian rendus encore plus superficiels par la saillie des fragments et du cal sous-jacents, doivent faire rejeter ce moyen dans la majorité des cas.

Quel que soit, d'ailleurs, le procédé choisi pour la libération du nerf médian comprimé, M. Bouilly conseille d'intervenir de bonne heure, avant l'invasion de la dégénérescence du nerf, en se rappelant que, dans ces cas, le retour de la fonction nerveuse ne se fait que lentement et à la longue, comme l'a parfaitement indiqué M. le professeur Trélat pour des faits de même ordre.

M. Verneuil assistait à l'opération d'ostéoclasie pratiquée par M. Bouilly sur un des malades dont il est question dans la communication de son collègue; comme ce dernier, il pense que l'ostéoclasie est une opération qui peut être dangereuse, du moins quand on l'applique aux déformations produites par des consolidations vicieuses des fractures de l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

L'ostéotomie paraît à M. Verneuil devoir être en pareil cas la méthode de choix. Il a été dernièrement appelé en consultation avec M. Gosselin, à la demande de M. Duplay, auprès d'une jeune fille du monde atteinte d'une déformation des plus choquantes de la partie inférieure de l'avant-bras. L'ostéotomie ayant été décidée d'un commun accord, l'opération a été pratiquée par M. Duplay et a donné les meilleurs résultats. En dix jours, la cicatrisation était complète, et, au bout d'un mois, l'avant-bras et la main présentaient un aspect absolument normal.

Toutefois, dans certains cas de consolidation vicieuse de la fracture de l'extrémité inférieure du radius, l'ostéoclasie manuelle peut donner de bons résultats. M. Verneuil l'a pratiquée récemment sur une petite fille pour un cal vicieux, et les suites ont été excellentes.

M. Trélat a pratiqué au moins trois fois l'ostéotomie pour des fractures vicieusement consolidées; chaque fois l'opération s'est montrée d'une extrême bénignité et d'une efficacité non douteuse.

Toutes les fois qu'il s'agit de libérer un nerf comprimé par le cal vicieux, il importe

©BIU Santé

d'intervenir le plus tôt possible lorsque la compression a été reconnue, avant que la dégénérescence se soit établie. Il faut, d'ailleurs, ne pas oublier, ainsi que l'a dit M. Bouilly, que le retour des fonctions nerveuses se fait avec une extrême lenteur.

M. Gillette a eu l'occasion de pratiquer, dans deux cas, l'ostéotomie combinée avec l'ostéoclasie, en ayant soin de faire, après l'opération, l'occlusion immédiate et l'immobilisation longtemps prolongée; il n'a vu survenir aucun accident, bien qu'il n'eût pas cru devoir employer le pansement de Lister dans toute sa rigueur et qu'il se fût contenté d'un simple lavage avec la solution phéniquée au centième.

— M. Delorme, médecin-major, présente un malade auquel il a pratiqué avec succès la désarticulation du genou. La réunion a eu lieu par première intention. — A. T.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 9 au 16 Mai 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1209. — Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 3. — Rougeole, 48. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 43. Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 66. — Phthisie pulmonaire, 213. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 75. — Bronchites aiguës, 28. — Pneumonie, 100. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 37; au sein et mixte, 24; — inconnues, 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 110; circulatoire, 79; respiratoire, 89; digestif, 61; génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 8; des os, articulat. et muscles, 7. — Morts violentes, 41. — Causes non classées, 10.

Résumé de la 20e semaine. — Le service de la Statistique municipale a compté pendant la semaine actuelle 1,209 décès au lieu de 1,228 qui lui avaient été signalés la semaine précédente.

La comparaison des chiffres des dernières semaines fait surtout remarquer la décroissance de l'épidémie de diphthérie (43 décès pendant cette semaine, au lieu de 51 pendant la précédente). La fréquence de cette maladie diminuait déjà depuis quelques semaines.

Les autres maladies épidémiques restent à l'état stationnaire : la Fièvre typhoïde (39 décès au lieu de 43) conserve la fréquence considérable qu'elle a acquise, à Paris, depuis quatre années. La Variole (3 décès au lieu de 2), la Scarlatine (3 décès dans chacune des deux dernières semaines), continuent à être extrêmement rares. La Coqueluche n'a fait que 6 victimes pendant cette semaine (12 pendant la semaine précédente).

La Rougeole reste toujours aussi fréquente (48 décès au lieu de 50), et elle est répandue toujours dans les mêmes quartiers, c'est-à-dire dans l'arrondissement des Gobelins (Salpêtrière 2 décès: Gare 2 décès; Maison-Blanche 3 décès); dans l'arrondissement de l'Observatoire (Plaisance-St-Lambert, chacun 3 décès), dans celui des Batignolles, à la Villette et au Père-Lachaise. Quoique aucun décès dû à la Rougeole ne soit constaté dans le Xe arrondissement, on nous signale une épidémie de Rougeole qui vient d'éclater dans la prison Saint-Lazare; mais qui n'a causé encore aucun décès.

Le service de statistique a reçu notification de 488 mariages et 1,378 naissances d'enfants vivants (716 garçons et 662 filles) dont 1,018 légitimes et 360 illégitimes; parmi ces derniers 67 ont été reconnus immédiatement par l'un des parents, ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris

---

COURRIER

Concours. — Le jury du concours qui doit s'ouvrir le mercredi 21 mai 1884, pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris, se composera, sauf modifications ultérieures, de MM. les docteurs Legroux, Labadie-Lagrave, Dreyfus, Debove, Constantin Paul, Audhoui, Guibout, Hayem et Tarnier.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Communication de M. Pasteur sur la rage. — II. Kyste ovarique multiloculaire énorme. — Ovariotomie. — Guérison. — III. Bibliothèque. — IV. Revue des Journaux. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arey.

Communication de M. Pasteur sur la rage.

Le grand fait de la virulence variable de certains virus et de la préservation d'une virulence par une autre de moindre intensité est aujourd'hui non seulement acquis à la science, mais encore entré dans le domaine de la pratique. Dans une telle direction d'études, on comprend tout l'intérêt qu'offre la recherche de méthodes d'atténuation appropriées à de nouveaux virus.

J'ai l'honneur d'apporter aujourd'hui, à l'Académie, un progrès dans ce sens, relatif à la rage.

I. Si l'on passe du chien au singe, et ultérieurement de singe à singe, la virulence du virus rabique s'affaiblit à chaque passage. Lorsque la virulence a été diminuée par ces passages de singe à singe, si le virus est ensuite reporté sur le chien, sur le lapin, sur le cobaye, il reste encore atténué. En d'autres termes, la virulence ne revient pas de prime-saut à la virulence du chien à *rage des rues*. L'atténuation, dans ces conditions, peut être amenée facilement par un petit nombre de passages de singe à singe, jusqu'au point de ne jamais donner la rage au chien par des inoculations hypodermiques. L'inoculation par la trépanation, méthode si infaillible pour la communication de la rage, peut même ne produire aucun résultat, en créant néanmoins, pour l'animal, un état réfractaire à la rage.

II. La virulence du virus rabique s'exalte quand on passe de lapin à lapin, de cobaye à cobaye. Lorsque la virulence est exaltée et fixée au maximum sur le lapin, elle passe exaltée sur le chien, et elle s'y montre beaucoup plus intense que la virulence du virus rabique du chien à *rage des rues*. Cette virulence est telle, dans ces conditions, que le virus qui la pos-

FEUILLETON

Le médecin maure du Frais-Vallon.

Alger, mars 1884.

Descend-il de Rhazès ou d'Albucasis, d'Avicenne ou d'Avenzoar, connaît-il le *Tesrif* (1), a-t-il lu le *Teissir* (2), ou n'est-il qu'un vulgaire charlatan, s'inspirant plus ou moins des préceptes du Coran ? Est-il vrai qu'il fut garçon limonadier avant d'être médecin ? Je l'ignore. Ce que je sais, c'est qu'il lui manque un diplôme de docteur, et qu'à la suite d'un fameux procès, intenté contre lui par les médecins d'Alger, Abderrhamann dut quitter la ville et s'exiler au Frais-Vallon. C'est là que depuis douze ans, retiré dans la montagne, il exerce, dans un endroit presque inaccessible, la médecine de Mahomet. Il est très célèbre parmi ses compatriotes, qui croient ses remèdes tellement efficaces qu'un Arabe, y rencontrant un jour un de mes amis, lui disait le lendemain avec un grand sérieux : « Tu vois, aujourd'hui tu vas déjà mieux ! »

La beauté des sites que l'on traverse pour arriver jusqu'à lui, l'originalité du cabinet de consultation, le nombre et la diversité des clients contribuent à rendre fort intéressante une visite à ce médecin consultant d'un nouveau genre, qui n'est pas dérangé la nuit, n'a jamais à monter cinq ou six étages et « travaille » depuis six heures du soir, ne prenant qu'une heure de repos vers deux heures de l'après-midi. Son sort est presque enviable. C'est un artiste, qui fait de la médecine en philosophe !

(1) Ensemble des œuvres d'Albucasis.
(2) Ouvrage d'Avenzoar.

©BIU Santé

sède, inoculé dans le système sanguin du chien, lui donne constamment une rage mortelle.

III. Quoique la virulence rabique s'exalte dans son passage de lapin à lapin ou de cobaye à cobaye, il faut plusieurs passages par le corps de ces animaux pour qu'elle récupère son état de virulence maximum, quand elle a été diminuée d'abord chez le singe. De même la virulence du chien à *rage des rues* qui, comme je viens de le dire, n'est pas de virulence maximum à beaucoup près, exige, quand elle est portée sur le lapin, plusieurs passages par des individus de cette espèce, avant d'atteindre son maximum.

Une application raisonnée des résultats que je viens de faire connaître permet aisément de rendre les chiens réfractaires à la rage. On comprend, en effet, que l'expérimentateur puisse avoir à sa disposition des virus rabiques atténués de diverses forces : les uns, non mortels, préservent l'économie des effets de virus plus actifs et ceux-ci de virus mortels.

Prenons un exemple. On extrait le virus rabique d'un lapin mort par trépanation à la suite d'une durée d'incubation qui dépasse de plusieurs jours l'incubation la plus courte chez le lapin. Celle-ci est invariablement comprise entre sept et huit jours à la suite de l'inoculation, par trépanation, du virus le plus virulent. Le virus du lapin, à plus longue incubation, est inoculé, toujours par trépanation, à un second lapin ; le virus de celui-ci à un troisième. A chaque fois, ces virus, qui deviennent de plus en plus forts, sont inoculés à un chien. Ce dernier se trouve être ensuite capable de supporter un virus mortel. Il devient entièrement réfractaire à la rage, soit par inoculation intra-veineuse, soit par trépanation, du virus de chien à *rage des rues*.

Par des inoculations de sang d'animaux, je suis arrivé à simplifier beaucoup les opérations de la vaccination et à procurer au chien l'état réfractaire le plus décidé. Je ferai connaître bientôt à l'Académie l'ensemble des expériences sur ce point.

Il y aurait un intérêt considérable, présentement et jusqu'à l'époque éloignée de l'extinction de la rage par la vaccination, à pouvoir supprimer le développement de cette affection à la suite de morsures par des chiens enragés. Sur ce point, les premières tentatives que j'ai entreprises me donnent les plus grandes espérances de succès. Grâce à la durée d'incubation

---

Nous montâmes, mon ami R. L. et moi, dans le corricolo du Frais-Vallon à huit heures et demie du matin, et par une bizarre coïncidence ce fut Orfila — tel était le nom de notre automédon, propriétaire de la voiture — qui nous conduisit chez Abderrhamann. Puissent les mânes de ce grand maître ne pas être troublées par la profession de cet humble homonyme, ni par les propos qui se débitent sur les médecins dans l'intérieur du véhicule où se trouvent toujours quelques clients du médecin maure ! Partis de la place du Gouvernement, nous sortîmes d'Alger par la porte Babelbued et, tournant à gauche, nous laissâmes à notre droite l'hôpital du dey et la vallée des Consuls pour suivre cette étroite gorge, dont on peut admirer l'aspect riant et pittoresque du haut de la côte d'El-Biar. Très abritée par les montagnes qui l'enserrent, elle est très froide sans le soleil, et très agréable par un temps de siroco. Nous admirions le paysage tout en prêtant une oreille distraite aux propos d'une de nos compagnes, une femme d'une quarantaine d'années, qui vantait les mérites d'Abderrhamann. « Les médecins, disait-elle à sa voisine, m'avaient abandonnée depuis quatorze ans, et ils ne sont que des ânes ! » Nous pensâmes à Orfila, et nous nous consolâmes en regardant la nature. La vallée, longue d'environ 5 kilomètres, se termine par une sorte de cul de sac, dans lequel sont groupées une dizaine de maisons, dont la moitié sont des cafés ou des guinguettes d'ordre inférieur. C'est là le Frais-Vallon qu'arrose un ruisseau dont l'eau claire et rapide descend en serpentant jusqu'à la mer. Nous n'avions encore fait que la partie la plus facile de notre excursion, et ce n'est qu'après vingt à vingt-cinq minutes d'une pénible ascension à pied, par un sentier rocailleux et escarpé, que nous parvînmes au terme de notre voyage.

Le lieu est sauvage et le site grandiose : des montagnes arides, deux ou trois maisons maures cachées dans la verdure, un ravin profond avec ses épaisses broussailles, et dans

de la rage à la suite de morsures, j'ai tout lieu de croire que l'on peut sûrement déterminer l'état réfractaire des sujets avant que la maladie mortelle éclate à la suite de la morsure.

Les premières expériences sont très favorables à cette manière de voir, mais il faut en multiplier les preuves à l'infini sur des espèces animales diverses avant que la thérapeutique humaine ait la hardiesse de tenter sur l'homme cette prophylaxie.

L'Académie comprendra que, malgré la confiance que m'inspirent mes nombreuses expériences poursuivies depuis quatre années, ce n'est pas sans quelque appréhension que je publie aujourd'hui des faits qui ne tendent à rien moins qu'à une prophylaxie possible de la rage.

Si j'avais eu à ma disposition des moyens matériels suffisants, j'aurais été heureux de ne faire cette communication qu'après avoir sollicité de l'obligeance de quelques-uns de mes confrères de cette Académie et de l'Académie de médecine le contrôle des conclusions que je viens de faire connaître.

C'est pour obéir à ces scrupules et à ces mobiles que j'ai pris la liberté d'écrire, ces jours derniers, à M. Fallières, ministre de l'instruction publique, en le priant de vouloir bien nommer une commission à laquelle je soumettrais mes chiens réfractaires à la rage. L'expérience maîtresse que je tenterais, en premier lieu, consisterait à extraire de mes chenils vingt chiens réfractaires à la rage, qu'on placerait en comparaison avec vingt chiens devant servir de témoins. On ferait mordre par des chiens enragés successivement ces quarante chiens. Si les faits que j'ai annoncés sont exacts, les vingt chiens considérés par moi comme réfractaires résisteront tous, pendant que les vingt témoins prendront la rage. Une seconde expérience non moins décisive aurait pour objet quarante chiens, dont vingt vaccinés devant la commission et vingt non vaccinés. Les quarante chiens seront ensuite trépanés par le virus du chien à *rage des rues*. Les vingt chiens vaccinés résisteront; les vingt autres mourront tous de la rage, soit paralytique, soit furieuse.

---

le grand silence de cette solitude le braiment d'un âne répété par l'écho annonce parfois l'arrivée de quelque fiévreux, dont le burnous se profile au loin dans l'étroit sentier que nous venions de suivre. Au lieu des tentures luxueuses et des objets d'art des salons ordinaires, c'est la majestueuse simplicité de la nature, et c'est au milieu de la montagne, sous une tente en toile grise, que le médecin maure donne ses consultations. On voit bien, à une petite distance, sa maison d'assez belle apparence; mais le profane n'y est pas admis. C'est là qu'Abderrhamann, étendu sans doute sur de moelleux tapis, cache son existence, sa famille, et peut-être son bonheur, se conformant ainsi à la tradition arabe que Royer-Collard semble avoir résumée dans cette maxime: « La vie privée doit être murée! » Les clients qui, comme nous, ne connaissent que l'humble tente de toile, admirent cet excès de simplicité, et n'osent pas se plaindre du peu de confortable des salles d'attente qui se composent d'une vieille écurie en ruines, et de deux cabanes en bambous, quand il pleut, et de la montagne, quand il fait beau: le rocher, les troncs des arbres voisins, et deux bancs de bois servent de sièges.

Il y avait, quand nous arrivâmes, réunis dans ce salon primitif, une quinzaine de personnes, des Français, des Espagnols et des Arabes, et nous pûmes nous convaincre de leur grande supériorité sur beaucoup de nos compatriotes. Ils attendaient patiemment leur tour, et n'essayaient ni de passer les premiers, ni de forcer la porte (il est vrai qu'il n'y en a pas!). Et là, pas de privilèges, pas de carte à faire remettre, pas de corruption possible: la véritable égalité, chacun passe à son rang, et personne ne se trompe. Quand nous entrâmes sous la tente mystérieuse, nous vîmes, assis au fond, sur un banc recouvert d'une peau de chèvre, un homme assez gros, de taille moyenne, paraissant âgé d'une soixantaine d'années, et présentant bien le type des Maures d'Alger.

©BIU Santé

Hôpital Bichat. — Service de M. le Dr F. Terrier.

Kyste ovarique multiloculaire énorme. — Ovariotomie. — Guérison.

(Observation recueillie par M. H. Hartmann, interne du service.)

Mercier, Maria, 42 ans, cuisinière, née à Falaise, entre le 9 octobre 1883, salle Chassaignac n° 3, pour une tumeur du ventre. Elle est adressée par le docteur Turgis (de Falaise).

Histoire de la maladie. — Il y a environ un an, cette malade a commencé à éprouver des douleurs dans le bas-ventre, d'abord du côté gauche, puis, au bout de huit jours, à droite; quelque temps après, les douleurs s'irradiaient dans tout le ventre. Depuis cette époque, elle a remarqué que celui-ci était plus dur, sans qu'il lui parût augmenté de volume.

Les choses restèrent en cet état jusqu'en janvier 1883; le ventre grossit alors, dit-elle, tout d'un coup; de janvier à mars, l'accroissement a été très rapide, puis la marche a été plus lente, et actuellement il lui semble que le volume de l'abdomen ne change pas beaucoup.

En même temps que la tumeur se développait, survenait en janvier une dyspnée légère qui a été en augmentant, tant et si bien, qu'actuellement Mme M... ne peut plus travailler, ne peut rester longtemps ni debout, ni assise, ni couchée sur le dos, et qu'elle ne peut dormir que dans le décubitus latéral. Les douleurs du début, qui survenaient par crises durant deux ou trois heures, et s'accompagnaient d'une très grande sensibilité du ventre à la moindre pression, ont disparu depuis le mois de juillet. Constipation habituelle depuis le mois de janvier; la malade reste quelquefois cinq à six jours sans aller à selle. De même, les mictions sont rares; il lui est arrivé à diverses reprises, dans ces derniers temps, de rester deux, trois jours sans uriner. Cependant l'appétit est partiellement conservé, et les digestions se font bien. Depuis le mois de juin, les règles ont cessé de paraître. Œdème des membres inférieurs depuis quatre à cinq mois.

Antécédents. — Père mort phthisique à 28 ans. La mère, deux frères et une sœur sont actuellement vivants et en bonne santé. Réglée à 13 ans sans accident; toujours bien depuis cette époque jusqu'en juin dernier. Ni enfant ni fausse couche. Variole à 17 ans.

Etat actuel. — Ventre très développé, asymétrique avec une grosse bosselure au niveau de la région épigastrique. L'ombilic est déplissé, mais ne fait pas saillie. La paroi abdominale est œdématiée; la peau lisse, très tendue, est parcourue par de nombreuses veines dilatées bleuâtres; elle est soulevée au niveau de la région hypogastrique, surtout par de nombreuses varices lymphatiques. Au palper, on sent que tout le ventre est rem-

---

Son costume propre et même élégant, sa grande barbe blanche très soignée, ses mains fines et potelées lui donnaient l'air d'un grand seigneur égaré dans cette rustique demeure. A ses pieds était une boîte renfermant des pots et des bouteilles remplis d'onguents et de préparations pharmaceutiques; à côté de lui se trouvait un paquet d'herbes, au milieu desquelles nous reconnûmes de la sauge et de la pariétaire. D'un geste il nous invita à nous asseoir, et nous considéra longuement sans parler. Puis, quand mon ami lui eût exposé très sérieusement le motif de sa visite et les symptômes de sa maladie (toux, fatigue, oppression, etc.), il lui dit, en très bon français: « Ecoute bien ce que je vais te dire. Il ne faut pas te fatiguer, ni travailler, ni te contrarier. Prends de l'arséniate de soude, des bains de gélatine, des toniques. Et puis, si tu vas voir des médecins, choisis plutôt les vieux. Ils valent toujours mieux que les jeunes! » Comme mon ami se récriait sur l'inutilité d'une telle existence, toute végétative, il ajouta: « A quoi sert de rire pendant cinq minutes, si l'on doit en pleurer pendant un an? » Cette pensée bien arabe est d'une grande philosophie, et serait digne d'être écrite en tête de tous les traités d'hygiène.

Mohamed, un bel Arabe d'une vingtaine d'années, se tient aux environs de la tente, veille, en fumant des cigarettes, aux cautères qu'il maintient rougis à blanc dans un réchaud, et accourt au moindre appel du maître, dont il semble être l'infirmier. Abderrhamann ne paraît avoir recours que très rarement aux fers rouges; ses remèdes favoris sont les purgatifs, qu'il donne séance tenante (ce qui n'est pas sans inconvénient pour le retour!), le jus de cresson, le vin de quinquina, le bouillon de poulet, etc. Il n'est pas insensible aux éloges, et c'est avec un sourire peut-être ironique que nous l'avons vu accueillir les adulations d'une Espagnole convaincue, dont la reconnaisssance se tradui-

pli par une masse bosselée, surtout saillante vers le flanc gauche et à l'épigastre, où il semble qu'il y ait une grande poche kystique. Par la percussion, on sent le flot se transmettre facilement de la partie supérieure de la région ombilicale vers l'épigastre, et de la partie latérale gauche de l'hypochondre à la partie latérale droite. Le flot ne se sent pas nettement lorsqu'on percute les autres régions. Il y aurait donc une grande poche située en arrière et revenant sous la paroi antérieure à l'épigastre, en bas et en avant serait un gâteau de petits kystes.

La circonférence ombilicale mesure 115 centimètres; de l'ombilic à l'appendice xyphoïde, il y a 39 centimètres; de l'ombilic au pubis, 27 centimètres.

Le col utérin est en place, l'utérus petit, indolent et peu mobile.

Le facies est amaigri, les yeux excavés. On est obligé de faire l'interrogatoire en plusieurs fois, à cause de la dyspnée et de la fatigue qui surviennent lorsque la malade parle pendant quelque temps.

Temp., 37°5 le matin; 38°1 le soir.

Le 11 octobre, afin de soulager un peu la malade, on fait au niveau de la grande poche épigastrique une ponction avec l'aspirateur Potain. Une lipothymie survient au huitième litre de liquide écoulé. On suspend un moment l'écoulement. Finalement, on extrait 10 litres de liquide. A la fin de la ponction, les veines de la paroi se sont affaissées, surtout celles du côté droit, où la saillie bleuâtre est actuellement remplacée par une ligne déprimée rougeâtre. En même temps, il y a paralysie vaso-motrice de toute la paroi abdominale qui offre une teinte d'un rose assez vif. Les capillaires, habitués à être soutenus par la compression qu'exerçait sur eux la tumeur abdominale, accommodés, si l'on peut dire, faiblement, n'ont pu résister à la pression sanguine lorsque leur point d'appui leur a fait défaut.

Le 8 et le 9 octobre, la malade n'avait pas uriné; du 10 au 11 octobre, elle a uriné 250 grammes, ne contenant ni sucre ni albumine. Le soir, la malade se sent très soulagée; elle respire mieux et peut rester couchée sur le dos. Temp., 38°8.

12 octobre. Temp., 37°2. Le liquide, retiré hier par la ponction, ne contient pas de coagulum. Il offre l'aspect et la consistance d'une solution de gomme arabique; au fond du verre est un dépôt plus blanc, presque floconneux. Ce liquide est nettement visqueux (on ne peut le faire couler goute à goutte). Il mousse par l'agitation, donne un précipité floconneux par le nitrate d'argent, par le réactif de Tanret et par la chaleur, un précipité blanc qui disparaît lorsqu'on y ajoute de l'acide acétique en assez grande quantité. Au microscope, on y trouve de nombreux amas globuleux.

Le soir, temp., 38°5. En vingt-quatre heures, 2,800 gr. d'urine.

13 octobre. Temp., le matin, 38°6; le soir, 39°4; 2,800 gr. d'urine.

14 octobre. Temp., le matin, 38°5; le soir, 37°7; 2,600 gr. d'urine. La malade se trouve très améliorée depuis la ponction.

---

sait par les flatteries que connaissent tous les vieux praticiens. Il me semblait entendre certaines Françaises, d'honnêtes bourgeoises plus ou moins névropathes: «Quelle reconnaissance éternelle, mon bon docteur! — Rien qu'en vous voyant, je me sens déjà mieux; votre vue seule me soulage, etc.» Et voilà ce que disait aussi cette Espagnole, en serrant les mains d'Abderrhamann, qui écoutait patiemment, et ajoutait en souriant: « Faites bien ce que je vous ai dit, et revenez me voir dans quelque temps! »

Si ces conseils ne sont pas marqués au coin de la science, on ne peut nier qu'ils soient souvent pleins de bon sens; s'il n'examine pas ses malades, il juge parfois assez bien leur état et nous pourrions citer telle femme aussi nerveuse qu'aimable à qui il donna des avis judicieux. On m'a raconté l'anecdote suivante, qui prouve toute son intelligence, surtout si le procédé lui appartient : un diabétique vint un jour le consulter; Abderrhamann lui demanda un échantillon de son urine, et constata la présence du sucre. Ce malade, qui était Français et appartenait aux plus hautes classes de la société, faisait contrôler les assertions du médecin maure par son pharmacien, et le jour où ce dernier lui annonça qu'il n'y avait plus de sucre, Abderrhamann le lui confirma. Le malade, fort étonné d'une telle coïncidence, et sachant qu'il n'avait pas recours à l'analyse chimique, lui demanda quel procédé il employait. — La chose est bien simple, répondit-il, je jette ton urine sur le sol, près d'un nid de fourmis ; la terre absorbe le liquide, et les fourmis viennent en masse attirées par le sucre qui tend à rester à la surface. Aujourd'hui, elles ne viennent pas, d'où je conclus que tu n'as plus de sucre! — C'est un procédé à ajouter aux anciennes méthodes du papier, de la cuillère, sans parler de la gustation directe. On peut l'essayer à la campagne si l'on se trouve à court de liqueur de Fehling ou de pastilles de potasse.

©BIU Santé

A partir de ce moment, la température reste à peu près à 37°2 le matin, 38°2 le soir. La quantité des urines tombe graduellement à un litre et au-dessous. La poche ponctionnée paraît se remplir de nouveau.

Le 21 octobre, on fait une deuxième ponction, plus bas que la première fois. On retire un litre d'un liquide ressemblant comme aspect extérieur à de l'écume de pot-au-feu.

Les jours suivant, la quantité d'urine remonte à 2 litres 100 et 2 litres.

30 octobre 1883. — *Ovariotomie* faite par M. F. Terrier, aidé de MM. Berger et Périer. MM. les docteurs G. Richelot, Faucher et Doyen, de Reims, assistent à l'opération.

Incision médiane de l'ombilic à 6 centim. du pubis; quelques pinces hémostatiques doivent être placées.

Le péritoine est rapidement ouvert, d'abord avec le bistouri, puis avec des ciseaux mousses. Il faut encore placer quelques pinces sur des vaisseaux sous-péritonéaux.

Les adhérences étendues du kyste avec la paroi sont déchirées avec les doigts, et on rompt une petite loge kystique de peu d'importance.

Ponction du kyste avec le trocart aspirateur moyen, qui vide une loge contenant au plus un quart de litre; cette ponction est faite en plein gâteau polykystique.

Le trocart est enfoncé plus profondément, et on peut alors retirer 7 litres 1/2 de liquide d'abord louche et visqueux, puis mélangé de grumeaux fibrineux jaunâtres et de sang. On vide ainsi toute la partie supérieure droite de la tumeur, si bien même que la paroi du ventre est fortement déprimée à ce niveau. La masse la plus volumineuse de la tumeur est donc polykystique, et paraît entourer le kyste vidé comme d'une couronne.

La main droite, introduite entre cette masse polykystique et la paroi, déchire de nombreuses adhérences vasculaires soit directement en avant, soit du côté gauche. Il s'écoule aussi pas mal de sang.

L'incision abdominale est alors agrandie d'environ 10 centim., en passant directement par l'ombilic. Puis les bords de la plaie bien abrités et une grosse éponge étant placée dans le cul-de-sac vésico-utérin, la masse polykystique est incisée dans une étendue de 15 centimètres environ.

La main gauche est plongée dans la masse kystique, rupturant méthodiquement les loges qui offrent un certain volume, et le liquide visqueux qui s'échappe de ces loges s'écoule en bavant entre les jambes de la malade sans pénétrer dans l'abdomen. Pour faciliter cette manœuvre de la main gauche, la main droite est promenée sur la paroi abdominale, de façon à bien déterminer le lieu des bosselures kystiques et de diriger la main gauche dans ses recherches.

La masse kystique ainsi réduite ne peut encore sortir vu son volume; aussi est-on encore obligé d'inciser la paroi sur la ligne médiane en remontant vers l'appendice xyphoïde. Enfin, la masse sort d'abord à gauche, où elle était libre d'adhérences, celles-ci

---

Nous redescendîmes plus vite que nous n'étions montés, l'appétit se joignant à la rapidité de la pente pour nous donner des jambes, et nous partageâmes un frugal déjeuner dans un mauvais « casse-croûte » dont l'enseigne originale nous avait séduits :

CHALET AUX ROSES. — AU RETOUR DU MÉDECIN MAURE
Casse-croûte à la fourchette. — Consommations assorties.

Mais il vaut mieux emporter son déjeuner ou le commander d'avance, surtout quand on est nombreux et qu'on ne veut pas se contenter des *tarde venientibus ossa!* Nous causâmes avec notre amphitryon de la renommée du médecin maure, qui fait la fortune de tout ce petit pays. — Sans lui il n'y aurait pas de voiture publique pour desservir le Frais-Vallon, et sans lui, probablement aussi, les restaurateurs comme le nôtre ne feraient guère leurs frais!

Nous revînmes à Alger dans l'après-midi, très contents d'avoir vu cet homme à l'aspect patriarcal, qui paraissait joindre à une prudente réserve une grande dose de philosophie. Il se défie des Français, et, quand il soupçonne qu'il a devant lui un médecin, il se renferme dans un mutisme absolu qui est une façon polie de le mettre à la porte. On dit même qu'il a un flair spécial pour les reconnaître, et fait le diagnostic à distance. Obligé de les fuir, sa retraite et sa pauvreté apparente lui servent de réclame, et, suivant l'usage, c'est le charlatan qui est plaint, et mis sur un piédestal d'autant plus élevé que ses erreurs ont été plus graves et son incapacité plus grande! Quoique charlatan, Abderrhamann est un empirique original et intelligent qui profite de la bêtise humaine, et prouve, en l'exploitant, qu'elle est la même chez tous les peuples et sous tous les climats. C'est là son excuse et notre consolation!

Maurice Notta.

ayant été détruites avec la main. Des adhérences médianes et droites, avec l'épiploon, sont dissociées avec précaution et prises dans une pince courbe. La tumeur sort alors par en haut puis à droite où l'on détruit encore quelques adhérences avec la paroi du ventre. Toute cette énorme masse polykystique est fixée par un pédicule assez large mais facile à saisir avec deux pinces courbes ; on le sectionne au ras du kyste et on peut enlever la tumeur.

Aussitôt de grosses éponges sont placées dans l'abdomen, de façon à abriter les intestins, largement mis à découvert. L'épiploon est lié avec deux fils de catgut entrecroisés, puis abandonné dans l'abdomen ; toilette des deux hypochondres, dans lesquels on enlève beaucoup de caillots dus au suintement des adhérences pariétales. Toilette des intestins refoulés à gauche. Le pédicule est lié avec trois fils de soie phéniquée, disposés en chaîne. On achève de nettoyer le péritoine par la toilette des culs-de-sac recto et vésico-utérins et des parois. L'ovaire gauche est sain.

Suture de la paroi abdominale avec 12 fils d'argent, passant profondément (sutures profondes) et un seul superficiel. Méthode de Lister complète. L'opération a duré 50 minutes.

Pendant l'opération, on a retiré par la ponction 8 litres de liquide ; la masse polykystique enlevée ensuite pesait 8 kilogr. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire de l'ovaire type.

30 octobre. — Soir, 39°5 ; 120 puls. ; 28 resp. ; 1/4 piqûre de morphine ; rhum ; glace. La malade se trouve bien, n'a eu ni nausées ni vomissements.

31 octobre. Matin, 39°5 ; 120 puls. ; 28 resp. ; le soir, 38°4 ; 114 puls. ; 28 resp. Un litre d'urine ; 1/2 piqûre de morphine ; rhum ; glace ; Emission gazeuse par une sonde introduite dans le rectum. Quelques coliques, quelques éructations, soif légère.

1er novembre. Matin, 38°1, 110 puls ; 22 resp. ; le soir, 38°4 ; 102 puls. ; 26 resp. ; 1/2 piqûre de morphine ; champagne, glace. La malade a très bien dormi ; quelques rares coliques ; les yeux sont plus cernés que de coutume. Plusieurs émissions gazeuses par l'anus.

2 novembre. Matin, 38°3 ; 104 puls. ; 22 resp. ; soir, 38°4 ; 102 puls. ; 26 resp. ; 1/2 piqûre de morphine. Un demi-litre de lait ; deux potages ; champagne.

3 novembre. Matin, 37°5 ; 92 puls. ; 21 resp. ; soir, 38°4. On a refait le pansement le matin et enlevé 6 fils profonds et le fil superficiel. La malade urine seule. Dans la journée elle prend des potages, du poulet et du lait.

4 novembre. Matin, 38°3 ; 114 puls. ; 26 resp. ; le soir, 38°7 ; 112 puls. ; 22 resp. Un peu de malaise cette nuit, probablement légère indigestion, aujourd'hui bouillon et rhum seulement.

5 novembre. Matin, 38°2 ; 102 puls. ; 21 resp. ; soir, 37°4. Potages, vin de Bagnols, eau de seltz.

6 novembre. 37° ; deuxième pansement ; on enlève les 6 derniers fils profonds.

A partir de ce moment jusqu'à guérison complète la température n'a pas cessé d'osciller entre 37° et 37°5. La malade est allé de mieux en mieux, et, le 26 novembre, elle a quitté l'hôpital pour retourner à Falaise.

Au commencement d'avril 1884, mon ami et confrère, M. le docteur Turgis (de Falaise), a bien voulu m'adresser quelques renseignements sur l'état général et local de Mme M... La santé est très bonne, les règles sont revenues en janvier, février et mars fort régulièrement à trois semaines environ d'intervalle, elles durent 8 jours.

La cicatrice, longue de 19 centimètres, est linéaire et médiane ; les trois derniers centimètres sont un peu déviés en haut et à gauche ; il n'y a pas la moindre trace d'éventration.

Plusieurs points méritent d'attirer l'attention dans cette observation. Tout d'abord, malgré l'énorme volume de la tumeur, qui devait peser 16 kilogrammes, cette masse ne déterminait guère que des phénomènes de dyspnée; toutefois, il faut signaler l'anurie dont nous avons été témoin, car, en quatre jours, la malade n'élimina que 250 grammes d'urine. Il y avait probablement compression des uretères. Aussitôt après la ponction, qui permit d'évacuer 10 litres de liquide, survint de la polyurie, et, pendant trois jours, les urines, éliminées, furent de 2,800 à 2,600 grammes.

A mesure que la poche du kyste se remplit de nouveau, la quantité d'urine retombe à un litre et au-dessous d'un litre. On fait une deuxième ponction, et bien qu'on n'ait pu retirer qu'un litre de liquide, les urines rendues en vingt-quatre heures remontent à plus de 2 litres.

©BIU Santé

Ces phénomènes d'anurie et de polyurie offrent un intérêt capital, quoiqu'ils ne soient pas très rares d'après ce que nous avons pu observer.

Un second point intéressant à rappeler est le *modus faciendi* utilisé pour enlever le kyste, soit : l'incision de la masse, de façon à évacuer la plus grande partie des poches qui la composaient, à diminuer son volume et par conséquent à faciliter son extraction. Cette méthode, vantée par Spencer Wells, nous a rendu souvent de grands services et mérite d'être bien connue des chirurgiens.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DES EAUX MINÉRALES DE LA FRANCE ET DE L'ÉTRANGER, ET DE LEUR EMPLOI DANS LES MALADIES CHRONIQUES, par le docteur M. DURAND-FARDEL. — Troisième édition. — Paris, librairie Germer Baillière.

Nous voici arrivés à la saison des bains, et le souvenir nous vient naturellement des publications consacrées à cet intéressant sujet.

Parmi les meilleures, nous trouvons le livre de notre savant confrère, M. le docteur Durand-Fardel. Ce livre est à sa troisième édition; il y a là un éloge sans réplique, et tout commentaire serait bien au-dessous de ce fait. Toutefois, quelques réflexions trouvent ici leur place. Notre confrère n'est pas homme à réimprimer purement et simplement une œuvre de lui ; aussi nous dit-il :

« La première édition de cet ouvrage date de vingt-cinq ans; cette troisième édition a dû être complètement remaniée. Un grand nombre de sources minérales ont été analysées à nouveau, et quelques sources nouvelles ont été introduites dans la matière médicale; la clinique des stations thermales a été l'objet d'études nombreuses et intéressantes que j'ai eu à mettre à profit. Enfin, la science et la pratique médicales ont fait d'importantes acquisitions que la thérapeutique thermale a dû s'approprier. »

Saisissons cette occasion pour rappeler aux praticiens les matières sur lesquelles ils trouveront les renseignements dont ils peuvent avoir besoin, dans cet excellent ouvrage, que nous n'avons point à apprécier, puisqu'il est connu.

D'abord, des généralités utiles sur les eaux minérales: définition, origine, température, constitution chimique, matières organiques, modes d'administration; usage interne, bains, douches, inhalations, etc. Cette première partie, après quelques considérations sur les *conditions hygiéniques*, nous donne la distribution géographique des eaux minérales, leur classification, et se termine par l'exposé très pratique des stations thermales.

La deuxième partie est consacrée à la thérapeutique, à la *médication thermale*, et présente des considérations sur les indications, le mode d'action du médicament sur l'organisme, les contre-indications, l'opportunité, etc. Nous recommandons surtout le chapitre de la *spécialisation des eaux minérales*. Puis enfin, ce que l'auteur appelle la *clinique thermale*, c'est-à-dire une revue des maladies susceptibles d'être traitées par les eaux, et l'exposé raisonné de leur traitement hydriatique.

En résumé, le traité de M. le docteur Durand-Fardel est bien certainement un des guides les plus sûrs que puissent consulter nos confrères pour les conseils à donner à leurs malades atteints de maladies chroniques justiciables des eaux minérales. — G. R.

REVUE DES JOURNAUX

Cas singulier de raideur cadavérique par F. OGSTON. — Un homme d'une quarantaine d'années montait à une échelle dans la cour d'une ferme. A peine avait-il dépassé le deuxième ou troisième échelon qu'il s'arrêtait subitement en poussant un gémissement ; un autre domestique, s'approchant pour lui prêter main forte, ne trouvait plus qu'un cadavre. L'incident avait eu deux autres témoins. Les pieds de ce malheureux reposaient sur les barreaux, et il se tenait avec les mains à la hauteur de sa tête ou un peu au-dessus en situation d'équilibre. Il fallut lui ouvrir les mains pour l'enlever de l'échelle; tout le cadavre était d'ailleurs souple. L'autopsie n'a pas été faite; l'auteur

©BIU Santé

pense à une apoplexie pulmonaire; mais il fait ressortir surtout l'intérêt de ce fait au point de vue médico-légal. (*Edimb, med. J.*, 1883, II, p. 808.) — R. L.

De l'œdème cutané circonscrit aigu, par Allan Jamieson. — C'est Quincke qui a récemment signalé les premiers faits de cette nature. Chez les personnes rhumatisantes ou arthritiques, sous l'influence du froid ou d'un exercice immodéré, quelquefois spontanément et le plus souvent chez les femmes, on voit se développer subitement des œdèmes localisés aux paupières, aux lèvres, plus rarement aux membres et au voisinage des articulations. Il n'existe pas de démangaison ni de douleur proprement dite, mais un sentiment de tension; la rougeur de la peau n'est pas constante. Ces œdèmes, qui durent de quelques heures à quelques jours, sont à répétition. Les phénomènes généraux qui les accompagnent sont généralement très peu marqués. La thérapeutique est assez désarmée; l'arsenic a pourtant donné dans un cas, à Allan Jamieson, de bons résultats. Des processus analogues se donneraient carrière à la surface des muqueuses, développant des symptômes gastro-abdominaux particuliers, et l'auteur leur rattache encore certains cas d'œdème pulmonaire, ainsi qu'il en rapporte un exemple. (*Edimb. med. J., id.*, p. 1090.) — R. L.

Un amer nouveau, le Carmedik, par Matthew Lay. — C'est une plante très commune au Cap, qui appartient à la famille des composées et qu'on rapproche botaniquement du *Carthamus tinctorius*. Les indigènes l'emploient dans leur médecine rudimentaire, et il semble qu'on pourrait l'utiliser avec grand profit en thérapeutique, son infusion, légèrement aromatique, dépassant en amertume et probablement en propriétés toniques tous les amers utilisés : la camomille, le colombo, le quassia, la gentiane. Sa grande teneur en tannin en empêcherait, comme pour ceux-ci, l'association aux sels de fer. Sa valeur vénale est pour ainsi dire nulle jusqu'ici. (*Edimb. med. J., id.*, p. 1078.) — R. L.

Lymphangiectasie et lymphorrhagie, par Paul de Nieden. — La lymphangiectasie est le plus souvent associée à l'éléphantiasis; cependant on en trouve des cas indépendants, comme celui-ci en est un exemple: c'est une femme de 26 ans, d'antécédents héréditaires tuberculeux, elle-même éprouvant des symptômes suspects, sujette, dès son enfance, à des écoulements vulvaires qui en ont longtemps imposé pour une simple vaginite ou de la leucorrhée. Mais l'abondance de cet écoulement (jusqu'à un demi-litre en vingt-quatre heures) force à rectifier le diagnostic. Le point de départ est dans les petites lèvres, à peine augmentées de volume, très souples, mais dont la surface est tapissée de petites vésicules dont la pression extrait un liquide lactescent. L'ablation d'un fragment donna lieu à l'écoulement de ce même liquide pendant plusieurs jours: alcalin, se coagulant par la chaleur, ou se prenant par le repos en un caillot mou, rougeâtre; au microscope, globules blancs et globules rouges; granulations graisseuses, très fines. L'analyse chimique démontre les réactions du chyle. L'état d'anémie dans lequel les pertes jetaient la malade réclamait une intervention. On pratiqua, au thermo-cautère, l'ablation des tissus modifiés. (*Virchow's Arch.*, 1882, n° 2.) — R. L.

De la chorée, par Hénoch. — Il existe trois formes de chorée : la chorée symptomatique la chorée hystérique et la chorée infantile. Quant à la chorée électrique, l'auteur déclare qu'elle n'est autre que le tic non douloureux de Trousseau.

La chorée symptomatique a pour cause des lésions nerveuses centrales, telles que la tuberculisation des méninges ou du cerveau. De ce nombre est encore la chorée post-hémiplégique. La chorée hystérique est particulière aux jeunes filles et aux femmes, et la chorée infantile (*chorea minor*) est caractérisée par sa marche chronique ainsi que ses alternatives de diminution et d'augmentation dans les symptômes.

La cause des troubles choréiques seraient des lésions du centre coordinateur qu'on a placé dans les cellules des cornes postérieures de la moelle. Mais Hénoch fait remarquer que dans ces phénomènes les centres nerveux supérieurs interviennent aussi, à preuve les troubles psychiques de la chorée, la fréquence de l'hémichorée, les troubles de l'innervation faciale et l'origine mentale de quelques-uns de ces troubles morbides. Il faut donc, d'après M. Hénoch, admettre l'irritation d'un centre coordinateur cérébral, centre d'ailleurs inconnu dans son siège. De là des chorées de causes anatomiques (néoplasmes), dynamiques (influences psychiques ou réflexes) ou dyscrasiques (anémie, maladies infectieuses et rhumatisme). On sait que deux théories ont pour objet d'expliquer les rapports de la chorée et du rhumatisme ; dans l'une, la chorée est une forme du rhumatisme et dans l'autre une névropathie consécutive à l'endocardite ou à la péricardite rhumatismale. Pour l'auteur, la théorie de l'embolie n'est pas justifiée, parce qu'elle est en désaccord avec les cas de guérison nombreux et les observations où l'état du cœur est normal. Par conséquent, la chorée rhumatismale a pour origine le

©BIU Santé

rhumatisme lui-même (chorée rhumatismale essentielle), qu'il s'agisse d'un état dyscrasique du sang ou d'altérations nerveuses spéciales. (*Berlin klin. Wochensch.*, 1883, n° 52 et *the L. med. Record*, 15 avril 1884.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mai 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Martineau pour la section d'accouchements.

2° Des lettres de remerciements de M. Linon, médecin-major (Algérie); de M. le docteur Mignot (de Chantelle), et de M. le docteur Commenge (de Paris), lauréats de l'Académie.

3° De M. le docteur Darin (de Paris) un pli cacheté. (Accepté.)

4° De M. Chénier, vétérinaire au 10e cuirassiers, un travail manuscrit sur la question d'identité de nature du farcin et de la morve chez l'homme.

M. Béchamp, membre correspondant, adresse un travail au sujet de la discussion soulevée par la communication de M. Dujardin-Beaumetz sur l'alcool.

Dans ce travail, M. Béchamp cherche à établir que l'alcool peut être « formé normalement, physiologiquement, dans l'organisme animal, voire humain. »

M. Armand Gautier déclare qu'il partage, à un certain point de vue, l'opinion émise par M. Béchamp, mais il pense que le travail de son collègue n'a aucun rapport avec la question soulevée par M. Dujardin-Beaumetz.

M. Bouley présente : 1° au nom de MM. Arloing, Cornevin et Thomas, pour le concours du prix Barbier, un *Mémoire sur le charbon bactérien et l'inoculation préventive de cette maladie;* — 2° au nom de M. Peuch, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, une *Note sur la clavelisation par injection hypodermique du virus claveleux atténué.*

M. Lagneau présente : 1° au nom de M. Arthur Chervin, un *Essai de géographie médicale de la France*; — 2° un travail *Sur la géographie médicale de la Seine-Inférieure.*

M. Verneuil présente : 1° de la part de M. Horteloup, secrétaire général do la Société de chirurgie, l'*Eloge de Broca*, prononcé à la séance annuelle de cette Société; — 2° de la part de M. le docteur H. Petit, sous-bibliothécaire de la Faculté de médecine, une brochure intitulée : *De l'anus contre nature iléo-vaginal et des fistules intestino-utérines*; — 3° de la part de M. le docteur Ramonat, sa thèse inaugurale intitulée : *La syphilis chez les scrofuleux;* — 4° de la part de M. le docteur Ozenne, sa thèse inaugurale *Sur le cancer chez les syphilitiques.*

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. Bloch (de Genève), un nouveau modèle de thermomètre à maxima, présentant une disposition particulière qui permet de voir parfaitement le sommet de la colonne mercurielle.

M. A. Gautier, sur l'invitation de M. le Président, donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de M. Wurtz. Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

M. Marc Sée fait une communication sur le liquide céphalo-rachidien à propos de la discussion pendante sur les mouvements du cerveau. En voici les conclusions :

Il résulte de ce qui précède :

1° Que les grands espaces que l'on trouve quelquefois sur le cadavre, entre le cerveau et le crâne, après avoir ouvert la boîte osseuse, n'existaient pas alors que la tête était intacte, et encore moins pendant la vie;

2° Qu'à l'état physiologique, l'encéphale remplit la cavité crânienne, à part les petits espaces circonscrits occupés par le liquide céphalo-rachidien;

3° Que, dans les cas d'atrophie du cerveau, la quantité de ce liquide que renferme l'encéphale peut augmenter, mais nullement dans les proportions indiquées par MM. Sappey et Luys, d'après l'écoulement qui a lieu quand on ouvre le crâne. Une

grande partie du liquide écoulé provient des ventricules dilatés dans ces cas, comme l'a très bien dit M. Constantin Paul ;

4° Qu'en toute circonstance, l'encéphale est maintenu immobile dans la cavité crânienne, qu'il ne peut subir aucun changement de position sous l'influence de la pesanteur, et qu'il n'est soumis qu'au faible déplacement nécessité par la circulation encéphalique ;

5° Que le feuillet viscéral de l'arachnoïde est toujours en contact parfait avec la dure-mère revêtue du feuillet pariétal, à moins qu'il ne se soit produit un épanchement dans la cavité de la séreuse par suite de maladie.

6° Que la théorie hydrostatique, si elle est applicable à l'encéphale, n'a pas l'importance qu'on lui a attribuée.

7° Enfin que le liquide céphalo-rachidien concourt à la protection de l'encéphale en distendant les cavités closes limitées par la séreuse encéphalique, de manière à former sur toute la surface de l'encéphale un système de coussinet à liquides analogues aux coussins et matelas d'eau fabriqués dans l'industrie.

M. Mathias Duval demande la parole pour un fait personnel. Il déclare qu'il était présent à la réunion du musée anthropologique dont a parlé M. Sappey dans son discours et que M. Marc Sée vient de rappeler en contestant l'exactitude de la relation donnée par M. Sappey.

M. Duval croit de son devoir d'affirmer de la manière la plus formelle que les détails donnés par M. Sappey sont d'une exactitude absolue depuis le premier jusqu'au dernier.

M. Sappey regrette que M. Sée ait transformé une question scientifique en question purement personnelle. Il avait l'intention de répondre aux arguments de M. Sée, mais comme l'Académie attend une communication importante de l'un de ses membres les plus éminents, M. Pasteur, M. Sappey croit devoir, par déférence, s'effacer devant M. Pasteur et renvoyer à mardi prochain sa réponse à M. Sée.

M. Pasteur, en son nom et au nom de ses collaborateurs MM. Chamberland et Roux, donne lecture de son travail sur la rage. (Voir plus haut.)

M. De Vry, membre correspondant étranger, lit un travail *Sur le sulfate de quinine*.

Il y a environ 9 mois, l'attention de M. De Vry fut fixée accidentellement sur le produit d'une fabrique que l'on accusait de contenir 15 p. 100 de sulfate de cinchonine. Il fit des recherches qui le conduisirent au résultat suivant : il serait à désirer, afin d'être toujours sûr de l'identité d'un médicament aussi précieux, d'employer, au lieu du sulfate basique usité actuellement, le sulfate neutre de quinine du nouveau *Codex*.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Pommade contre la gale. — E. Vidal.

Onguent styrax	20 grammes.
Huile d'olives	10 —

Mêlez. — Onction matin et soir, pendant 4 ou 5 jours. — Dès la première application, cette pommade calme les démangeaisons, et elle guérit rapidement les éruptions pustuleuses et croûteuses provoquées par les acares. Elle est bien supportée par les enfants, qui ont dépassé l'âge de 3 ans, et pour eux une seule friction par jour suffit, pendant 4 ou 5 jours. — N. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boites en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

©BIU Santé

Société philanthropique des gardes-malades. — La Société philanthropique des gardes-malades ambulancières a l'honneur d'informer MM. les docteurs, qu'elle vient d'organiser un dispensaire au siège social, 95, rue du Rocher, pour panser gratuitement les malheureux blessés. Elle envoie faire les pansements à domicile quand les blessés ne peuvent se rendre au dispensaire.

Assistance publique. — Le 18 juin 1884, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à une place d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le 19 mai 1884 jusqu'au 4 juin inclusivement.

Seront admis à prendre part à ce concours : les élèves externes des hôpitaux de Paris et les élèves en médecine de troisième année, au moins, qui auront fait six mois de stage régulier dans un des services de médecine ou de chirurgie des hôpitaux de Paris.

— Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le jeudi 19 juin 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats a été ouvert le lundi 19 mai 1884, et sera clos définitivement le mercredi 4 juin, à trois heures.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Gazagnaire qui vient de succomber, à Cannes, à l'âge de soixante-seize ans.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour trois places de médecins du bureau central.* — Ce concours s'est terminé samedi soir par la nomination de MM. de Beurmann, Oulmont et Muzelier.

Ecole supérieure de pharmacie. — *Avis.* — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 25 mai, dans la forêt de Saint-Germain.

Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare à onze heures et demie, pour la station du Pecq.

Nota. — Retour de Saint-Germain à quatre heures cinquante minutes.

Société de médecine légale. — La Société de médecine légale vient de déclarer la vacance de dix places de membres correspondants nationaux.

Les candidats (appartenant aux sciences médicales ou juridiques) sont invités à adresser leurs demandes, dans le plus bref délai, au secrétaire général, 7, rue Monsigny, à Paris.

La question posée par le syndicat médical du Havre, à propos des certificats demandés par les Compagnies d'assurances sur la vie, après le décès des clients, reste à l'ordre du jour de la Société.

Société de médecine de Paris. — Séance du 24 mai 1884. — *Ordre du jour* : I. M. Charpentier : Rapport sur la candidature de M. le docteur Deligny au titre de membre titulaire. — II. M. Bouloumié : Du traitement des déformations goutteuses. — III. M. Bergeron : Du traitement de la diphthérie par les inhalations d'acide fluorhydrique. — IV. Communications diverses.

On pourrait administrer l'albuminate de fer, sous différentes formes, nous préférons la forme de *liqueur*, telle que celle que lui a donnée M. *Laprade*, parce qu'elle est plus absorbable et surtout parfaitement supportée par l'estomac. Cette préparation est aujourd'hui prescrite comme le meilleur spécifique contre les irrégularités de la menstruation.

En vente au bureau du journal et dans les principales librairies du quartier des Ecoles, le volume de **CAUSERIES** de notre collaborateur Paul Dubray (1882-83). — Prix : 2 fr. 50.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Ch. Eloy : Les courbatures fébriles et leur traitement. — II. Bibliothèque. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causeries.

Les courbatures fébriles et leur traitement.

La courbature et sa définition. — Courbatures simples générales ou partielles. — Courbatures fébriles. — Leurs éléments cliniques : troubles de l'innervation ; état fébrile ; perturbations gastriques. — Marche et phénomènes critiques. — Conditions étiologiques : *febris a fatigatione, a frigore et a calore, ab emotione.* — Diagnostic. — Rapports avec la fièvre typhoïde et le typhus levissimus. — Différence avec les courbatures du début des fièvres. — Les douleurs de courbature des épidémies historiques : de *dando*, de *toc* et de *horion*. — Indications. — Thérapeutique.

Il en est de quelques états morbides comme des visages vulgaires : chemin faisant, on les rencontre sans s'y arrêter et on les voit sans les regarder. Ce sont des physionomies de chaque jour, que tout le monde connaît, qui sont familières, et dont cependant on n'essaye guère d'analyser ou de fixer les traits.

De ce nombre est la courbature. Qui donc n'en a pas observé et tant soit peu éprouvé les effets? Tous les cliniciens en parlent dans leurs leçons ; il n'est pas de livre de pathologie générale ou spéciale qui, de çà et de là, ne lui donne quelques lignes. Et cependant, malgré une telle vulgarité, cet état morbide attend encore sa monographie.

Qu'est-ce que la courbature? On sait, les grammairiens l'enseignent, qu'une définition satisfaisante doit n'être ni trop compréhensive ni trop concise. Ici, ce précepte n'a pas été observé de tous les auteurs. Les uns, et avec eux Chomel, désignent sous le nom de courbature « une indispo-« sition dont les principaux phénomènes sont des lassitudes douloureuses « dans tous les membres, un malaise général et un dérangement peu « marqué, mais sensible, dans la plupart des fonctions. » C'est assurément là une définition trop extensive, puisqu'on trouve moyen de faire entrer dans ses limites indécises, des fatigues partielles d'organes ou de muscles et des troubles morbides très-divers : myalgies, rachialgies, et même douleurs de névrite et de rhumatisme.

FEUILLETON

CAUSERIES

Les médecins élus au Conseil municipal. — Le « tout à l'égout ». — Comparaisons risquées. — Comparaison n'est pas raison. — Nécessité de la présence d'un chirurgien aux cérémonies ennuyeuses. — L'alliance de la médecine et de toutes les sciences.

C'en est fait, le peuple a parlé, et par un nombre considérable de voix a envoyé une dizaine de nos confrères, depuis les plus humbles jusqu'aux plus élevés, siéger sur les bancs du Conseil municipal. J'aime à croire qu'ils y feront bonne figure, et s'il m'était permis de leur donner mon humble avis, je leur dirais, tout bas, à l'oreille, de s'occuper un peu plus des affaires de notre bonne ville, et un peu moins de la politique, que leurs prédécesseurs. Car ce ne sont pas les affaires importantes qui manqueront à l'ordre de jour, et la compétence particulière de nos confrères ne sera pas déplacée au sein du corps administratif auquel ils ont l'honneur d'appartenir : voyez l'Assistance publique, l'hygiène de la ville !

Ce sont certainement ces deux questions qui vont tout d'abord être mises en délibération. L'Assistance publique..... j'attends pour en parler que nos édiles aient ouvert le feu. Quant à l'hygiène, le feu a déjà été ouvert, et je suis sûr que le « *tout à l'égout* » trouvera des adversaires acharnés parmi nos confrères.

Dans une des dernières séances tenues par l'ex-conseil, un des orateurs les plus

©BIU Santé

Par contre, d'autres observateurs sont tout disposés à confondre dans un même chapitre la courbature avec la fièvre éphémère. Qui dirait alors « courbature » n'exprimerait pas seulement des sensations douloureuses de fatigue, mais bien aussi un état fébrile ; la *febricula* des Anglais et des Allemands, la *febricola* des Italiens.

Pas plus que la précédente, cette définition n'établit le rapport réel des faits entre eux et avec leurs causes. A preuve, la distinction clinique très naturelle dont elle ne tient pas compte entre les courbatures sans fièvre et les courbatures avec phénomènes réactionnels, ou manifestations critiques.

Conséquemment, il n'est pas besoin de faire acte d'inventeur pour établir que, sous le nom générique de courbature, on a désigné des épisodes morbides assez variés. En outre, il ne faut pas non plus un grand effort d'imagination pour les ordonner en deux groupes : celui des *courbatures simples* ou *apyrétiques*, et celui des *courbatures fébriles*.

Le nom n'étant pas plus nouveau que la chose, les *courbatures simples* ne m'arrêteront guère. Générales, elles ont pour caractères cliniques habituels la lassitude avec malaise et endolorissement ; pour conséquences fréquentes, une sorte de paresse musculaire et de nonchalance intellectuelle, et pour effets exceptionnels l'insomnie, la surexcitation nerveuse ou des troubles des fonctions digestives allant rarement au delà de l'inappétence. Partielles, ce sont des sensations contusives dans un muscle, un groupe de muscles associés, un membre ou une région : sensations morbides conséquentes à l'usage excessif de ces organes de motilité, à leur contraction trop persistante, ou bien à la conservation trop prolongée d'une même attitude.

Voilà des incidents pathologiques divers. Leur modalité dépend de facteurs variés : état général de l'individu, tempérament, diathèse, et susceptibilité organique en rapport avec la région, la race, l'âge, le sexe et la profession. Il faut en tenir compte, surtout pour les différencier soit des sensations désagréables ou pénibles qu'éprouvent les rhumatisants, les goutteux et les neuro-arthritiques, soit des fatigues musculaires des hystériques et des convalescents. En effet, ce sont, là-bas, des sensations douloureuses de fatigue par la mise en jeu avec excès de la contractilité musculaire ; ici, des myalgies par faiblesse nerveuse irritable, c'est-à-dire par *nervous-weakness*.

éminents qui se soient occupés de la question, a, pour fixer probablement davantage l'attention, employé une comparaison médicale, je devrais dire anatomique, qui m'a paru un peu forcée. « De chaque appartement, a dit à peu près l'orateur, partira une conduite qui s'abouchera dans la rue à un canal plus important, lequel ira rejoindre à son tour une autre voie plus large qui mènera son contenu à un réservoir où il sera centralisé, désinfecté, utilisé pour des engrais, etc. Ces ramifications multiples représenteront en quelque sorte le système sanguin, qui va puiser son contenu dans les extrémités du corps, et qui, par une série de canaux de plus en plus larges, le ramène au cœur. »

A première vue, ce n'est pas mal, surtout grâce à la manière succincte et élégante dont j'ai résumé ce discours ; mais il y a bien des objections à faire, qui n'ont pas été même pensées, j'en jurerais, et que, n'ayant pas l'honneur (ni l'ennui) d'être du Conseil municipal, je vais me permettre de suggérer, au cas où la question reviendrait en discussion, à ceux de nos confrères qui ont cet honneur (et cet ennui).

Une des premières qualités de l'appareil circulatoire (je parle du nôtre, et non de celui de la ville) est d'être absolument étanche et en outre fermé de toutes parts. A l'état normal, rien ne sort du système sanguin, ni par ses origines ni à travers ses parois. En sera-t-il de même de l'appareil circulatoire fécal parisien ? Actuellement l'analogie ne saute pas précisément aux yeux. Les égouts sont en communication avec l'air extérieur par mille ouvertures donnant sur la rue, dans les cuisines, dans les cabinets d'aisances. On me dira que toutes ces ouvertures seront fermées par des soupapes spéciales et perfectionnées ; mais, si perfectionnées qu'elles soient, il arrivera toujours un moment où, comme toute pièce de mécanique, elles fonctionneront plus ou moins

© Santé

J'ajouterai que ce diagnostic est d'intérêt pratique ; les uns et les autres de ces phénomènes morbides coexistant souvent sur le même individu. A preuve, chez les femmes enceintes les sensations douloureuses de la chlorose par gravidité, qui peuvent s'accompagner de courbature dorso-lombaire par fatigue des muscles dont les contractions prolongées équilibrent activement le poids de l'utérus. Il existe donc dans cet exemple, comme dans maints autres cas, des différences dont j'ai incidemment exposé les raisons pathogéniques et la valeur thérapeutique, à propos des neurasthénies et de leur traitement, dans l'*Union médicale* de 1883.

Plus grande est l'importance clinique des *courbatures fébriles*, qu'on est quotidiennement exposé à confondre avec les affections usuelles. Jusqu'à présent leur description avait été un peu négligée ou trop abrégée, quand un savant mémoire de M. Lubanski a récemment appelé l'attention sur elles (1). Avec un grand sens clinique et une plume toujours élégante, notre distingué confrère de l'armée les a surtout envisagées en tant que maladie du soldat. Peu importe ; car, dans le milieu militaire, comme au point de vue plus général où je me place, la courbature fébrile est toujours caractérisée par trois ordres de symptômes : des modifications de l'innervation sensitive et motrice, un état fébrile et des perturbations digestives.

Quels sont ces troubles de l'innervation ? Dans le domaine de la motilité, c'est de l'adynamie avec sentiment de fatigue, brisement de la région dorso-lombaire, ou sensation contusive pendant les mouvements. Dans celui de la sensibilité, ils consistent en pesanteurs de tête, en céphalalgie plus ou moins vive, mais toujours durable, et en douleurs dans les reins, les cuisses ou les mollets. Voilà des phénomènes conséquents sans doute à l'épuisement nerveux, à la fatigue, mais qui malgré leur nombre et même leur intensité ne suffiraient pas, à défaut d'autres, pour mériter à cette courbature le nom de courbature fébrile.

C'est l'état de fièvre qui en détermine le signalement clinique. Or cette fièvre a des allures sinon spéciales, tout au moins dignes d'attention. Continue et rémittente avec exacerbations vespérales ou nocturnes, elle possède d'ailleurs une intensité moyenne ; car l'élévation thermique est tout au plus,

(1) Lubanski. La courbature fébrile dans l'armée. (*Archives de méd. militaires*, 1883.)

---

mal, et où elles laisseront échapper des gaz fétides et pestilentiels. Les parois pourront être imperméables au début, mais rien n'est éternel ici-bas, et surtout à Paris où les oscillations du sol sous l'influence du passage des voitures pesamment chargées amènent des détériorations si rapides et si profondes dans les égouts, les conduites d'eau et de gaz, etc. Voyez par exemple combien les infiltrations du gaz d'éclairage dans le sol sont considérables, et songez à ce que pourront être celles des matières fécales.

Et qui fera circuler ces matières? Dans notre système sanguin, l'appel du fluide par la dilatation du thorax et du cœur, sa progression par l'élasticité des veines, par les contractions des muscles voisins, par le *vis a tergo*, font marcher le sang des capillaires vers le cœur. Dans le système des égouts, toutes ces forces seront remplacées par l'écoulement d'une certaine quantité d'eau et la pente donnée aux conduits; pente très variable d'un endroit à l'autre, et qui donnera naissance à une foule de circulations locales, à peu près planes, horizontales, et par là fort susceptibles de s'obstruer, par exemple dans la Cité, l'île Saint-Louis, sur les deux rives de la Seine, etc.

La face interne du système sanguin est extrêmement lisse, et à l'état normal, tous les éléments du sang glissent sur cette face sans s'y arrêter ; si unie que soit la paroi interne des conduites de matières fécales, elle ne tardera pas à s'encrasser, une couche de sels très complexes s'y formera, deviendra de plus en plus épaisse, arrêtera les corps solides en suspension dans les liquides, et une thrombose finira par obstruer complètement le calibre du canal égoutier.

Et voyez comme ici encore l'analogie entre les deux systèmes sanguin et égoutier est loin d'exister. Dans la thrombose sanguine, les vaisseaux du voisinage livrent passage au sang, se dilatent, et permettent, par des voies de dérivation, des canaux de sûreté, à

©BIU Santé

en général, de un ou deux degrés au-dessus de la normale. Parfois cependant, au début, l'ascension exceptionnelle de la colonne thermométrique jusqu'à 39 et même 40 degrés a pu faire craindre pour un instant l'invasion d'une phlegmasie aiguë ou d'une grave pyrexie. Il n'en était rien, et tout se réduisait à beaucoup de bruit pour rien. Cet état fébrile emprunte d'ailleurs ses caractères diagnostiques non pas tant à l'intensité des phénomènes qu'au défaut de défervescence nette, à sa marche lente et à sa forme en quelque sorte traînante, selon l'expression de M. Lubanski.

Des troubles digestifs peuvent accompagner cet état fébrile, mais ils sont loin d'être constants, et, quand ils existent, ils vont rarement au delà de l'inappétence. La langue conserve son humidité et sa couleur, se recouvre très rarement d'enduits blanchâtres ou jaunâtres et plus rarement encore de véritables saburres. Souple, exempt de toute éruption, le ventre est indolore; la rate conserve son volume, et la constipation est habituelle. Quand parfois on observe de la diarrhée, celle-ci n'a jamais la fétidité et l'aspect séreux ou floconneux des selles dothinentériques. De plus, phénomène plutôt critique qu'inaugural ou fondamental de la maladie, le flux intestinal se montre dans le décours et non pas dès le début.

L'évolution de la courbature fébrile est de courte durée; instaurés rapidement, les phénomènes durent quelques heures, ou tout au plus trois ou quatre jours, après lesquels s'ouvre la période de convalescence. Néanmoins tout n'est pas fini; l'adynamie, l'inappétence et même la céphalalgie persistent encore pendant la durée de cette période. Enfin cette défervescence s'accompagne d'émission d'urines sédimenteuses et uratiques, de transpirations plus ou moins abondantes, parfois même de diarrhée bilieuse, ou bien encore d'éruption herpétique, toutes manifestations qu'on a considérées comme des phénomènes critiques.

Tel est, en abrégé, le tableau symptomatique de la courbature fébrile, que les uns élèvent au rang d'une affection subaiguë avec état fébrile rémittent, adynamie, troubles sensitivo-moteurs et perturbations digestives, et que d'autres observateurs confondent avec la fièvre éphémère ou, à tort vraisemblablement, avec les fièvres continues.

Quelle est l'étiologie de ces phénomènes morbides? Ils se manifestent à la suite de grandes fatigues ou d'efforts musculaires exagérés et trop prolongés. D'après la statistique militaire, les cas en sont plus nombreux au

---

la circulation de se rétablir. Le caillot lui-même peut redevenir perméable. Rien de semblable dans le système égoutier. Une fois la thrombose installée dans un point, elle ne fera que s'étendre de proche en proche, semblable à ces *phlegmasia* plus ou moins *alba* et plus ou moins *dolens* qui, parties d'un membre inférieur, finissent par gagner l'autre, après avoir atteint la veine cave.

Le système égoutier aura certainement sur le système sanguin l'avantage d'être exempt de varices, puisqu'il est incapable de se dilater; mais cette immunité sera largement compensée par les anévrysmes diffus nés des ruptures canalaires.

L'anévrysme chez l'homme n'est pas généralement au-dessus des ressources de l'art, quelque important que soit le vaisseau altéré; mais voyez un peu les conséquences de la rupture d'un conduit fécal dans le système du tout à l'égout. Je ne veux même pas insister sur ce point, persuadé que chacun de mes lecteurs sentira par lui-même, à vue de nez, tous les inconvénients immédiats et consécutifs d'un pareil accident. Ici, pas de compression, pas de ligature possible, l'électricité elle-même serait impuissante à remédier au mal; il faut de toute nécessité ouvrir le sac par la méthode ancienne, débarrasser le sol des matières qui le souillent, désinfecter le foyer, et rétablir la circulation! Jugez du peu!

Je ne veux pas m'étendre davantage sur les différences qui existent entre les deux systèmes, car j'aurais encore à démontrer, entre autres, que la purification du sang qui s'accomplit dans le poumon laissera toujours bien loin derrière elle tous les modes d'emploi des matières fécales; que jamais aucun système de purification de ces matières n'arrivera à être aussi inodore que celui du sang, etc.

Voilà ce que j'aurais voulu dire au conseil municipal s'il m'avait demandé mon avis

©BIU Santé

moment de l'arrivée des recrues dans les corps de troupe, et chaque année, aux époques de la plus grande activité de l'instruction du soldat. Dans ces deux circonstances, d'après M. Lubanski, on observe la courbature fébrile sur des individus un peu forcés ou surmenés. C'est donc une sorte d'indisposition critique, conséquence du surmenage. Telle est la courbature fébrile des soldats, celle des lutteurs, des gymnasiarques, des manouvriers après des travaux de force et des coureurs après des marches exagérées. Tel était le cas de cet enfant de 14 ans dont Chomel rapporte l'observation (1). Après quelques heures d'une course violente, il eut un mouvement fébrile ; sa courbature s'accompagnait d'une élévation du pouls dont les battements étaient de 138 à la minute. Le lendemain tout rentrait dans l'ordre et le malade était guéri.

C'est bien là une courbature fébrile de fatigue (*febris a fatigatione*) dépendant de perturbations trophiques par rupture d'équilibre entre la nutrition et la dénutrition des tissus. Il est vrai que, dans les observations de ce genre, il existe des troubles circulatoires qu'on pourrait attribuer à une autre cause, par exemple à des phénomènes réflexes par l'excitation de fatigue, comme on l'a dit. Ce serait à tort, car ils sont consécutifs à la réaction fébrile de la courbature ; on en trouve la preuve dans leur apparition toujours plus ou moins tardive et non pas immédiate. Pour ainsi parler, ils sont, au milieu des effets généraux de la courbature fébrile, les indices particuliers de la courbature du cœur.

A défaut d'autres caractères, le moment de leur manifestation les sépare donc de ces autres troubles dynamiques de cet organe qui se produisent pendant le cours des fatigues et des efforts exagérés, et non pas après leur cessation. Ceux-ci sont contemporains de la cause occasionnelle dont ils relèvent: le myocarde et son innervation sont épuisés par la violence de cette cause; le cœur s'arrête, il n'y a ni temps ni place pour les phénomènes réactionnels, et la syncope est l'aboutissant de cet épuisement de la fibre cardiaque et de ses nerfs. C'est ainsi qu'on a voulu expliquer les morts subites et les troubles cardiaques signalés souvent par les médecins d'armée sur les soldats dans les colonnes de marche, accidents assurément tout

(1) Chomel. *Journal de méd. et de chir. prat.*, 1850.

---

sur le système des vidanges par le « *tout à l'égout* » ; comme je suis à peu près certain qu'il ne me fera pas cet honneur, je donne ma manière de voir à l'*Union médicale*, espérant que les honorables confrères qui siégeront au sein de ce conseil liront ces lignes, et voudront bien faire valoir mes raisons, que je trouve excellentes, soyez-en bien convaincus.

*
* *

Voici maintenant une petite anecdote qui m'a été envoyée par un de nos lecteurs, lequel l'a cueillie dans un journal quelconque; je la rapporte ici pour prouver que les médecins ne sont nullement déplacés ni au Conseil municipal ni à la mairie, et que si dans la circonstance présente le maire ou un adjoint eût été médecin, il aurait pu secourir immédiatement une jeune mariée.

Une bonne histoire de mariage, dit le journal en question, nous arrive d'un département voisin de la Marne. Avant-hier, on allait unir un jeune couple; la mariée, que la cérémonie n'amusait sans doute que médiocrement, fut prise d'un bâillement si fort, qu'elle se luxa la mâchoire inférieure. Au moment de prononcer le oui solennel, impossible de finir le mot. Sa bouche, aussi largement ouverte que celle de Blanche D..., ne laisssait passer que des cris inarticulés.

Tumulte, émotion, tableau.

Le futur ne perd pas la tête, il entraîne la victime chez un chirurgien voisin de la mairie, la noce le suit.

L'homme de l'art voit tout à coup son salon envahi par une noce touffue, précédée

BIU Santé

différents de ceux de la courbature fébrile qu'on observe plus tard, après l'arrivée au gîte d'étape.

Cette cause de courbature fébrile n'est pas unique : on la voit encore succéder à l'action de l'excitant thermique, froid ou chaleur en excès. Après l'impression brusque ou prolongée du froid, on éprouve parfois aussi les symptômes de la courbature, et ces accidents peuvent s'accompagner de fièvre. C'est alors une courbature fébrile de froid, *febris a frigore*, résultant de perturbations de l'innervation trophique. Par contre, l'exposition à une chaleur élevée est, par le même mécanisme, l'origine des mêmes accidents, et cette *febris a calore* a des analogies avec la fièvre ardente des pays chauds qu'on observe chez les jeunes recrues après des fatigues militaires et l'exposition aux rayons du soleil tropical.

Des émotions vives, un violent choc moral sont encore l'occasion de phénomènes semblables. Une jeune fille dont parle M. Pidoux (1), est volée de ses épargnes, et, vivement émue, éprouve quelques heures plus tard des troubles de l'innervation sensitivo-motrice, de l'état fébrile, avec accompagnement tardif de perturbations digestives et de dyspepsie. Elle guérit et Pidoux n'hésita pas à désigner cette affection sous le nom de fièvre nerveuse. C'était plutôt une courbature fébrile par émotion (*febris ab emotione*), différente d'ailleurs de certains accidents nerveux à forme fébrile, dont M. Bertholle a publié quatre observations en 1868, et que M. H. Huchard n'hésite pas à rattacher à l'hystérie dans son *Traité des névroses*.

La courbature fébrile est donc provoquée par des troubles de l'innervation trophique, et on en trouve encore la preuve dans sa fréquence : aux périodes extrêmes de la vie, la jeunesse et la vieillesse. Chez les jeunes gens, la nutrition et la dénutrition sont intenses; de là des manifestations morbides plus vives par une déséquilibration de ce double mouvement. Par contre, chez les vieillards, la nutrition étant peu active, une trop grande désassimilation aura pour conséquence des troubles morbides par insuffisance de nutrition ; de là des fatigues plus promptes à se manifester et la prédisposition aux courbatures.

D'après ces allures symptomatiques et cette pathogénie, il est aisé de comprendre, — sans toutefois la partager — l'erreur de ceux qui plaçaient

(1) Pidoux. *Journal de méd. et de chir. prat.*, 1851.

---

d'un monsieur sans chapeau, portant le costume solennel de l'hyménée, et traînant après lui une jeune fille couronnée d'oranger.

Tout le monde parlait à la fois, sauf la mariée qui continuait, faute de mieux, à pousser des cris désespérés.

Enfin le chirurgien comprit ce qu'on attendait de lui, et la mâchoire accusée de s'être *décrochée* fut remise en place.

La jeune fille put achever le oui si inopinément interrompu, et la noce se poursuivit joyeusement.

Aujourd'hui la mariée, quoique un peu pâle, est tout à fait remise de son émotion. Chose étrange, elle semble avoir totalement oublié l'incident, et quand on lui parle de sa luxation, elle répond naïvement :

Laquelle ?

Je ne vois pas trop où est le sel que le chroniqueur a voulu mettre dans : « la bouche de Blanche D... » et dans « l'autre luxation » ; mais je ne suis pas tenu de tout comprendre, dans ma simplicité. Ce que je voulais inférer de ce fait, c'est que si un médecin eût été présent à la noce, comme magistrat municipal seulement, il aurait pu réduire séance tenante la luxation de la mariée (c'est-à-dire celle de sa mâchoire, puisqu'il faut préciser) et terminer la cérémonie sans être obligé de recourir au chirurgien voisin.

* * *

L'association des médecins aux autres savants, et *vice versa*, dans les Sociétés dites

© BIU Santé

la courbature fébrile dans le groupe des fièvres continues. En effet, sa physionomie clinique n'est pas toujours sans analogie avec certains épisodes du cours de la fièvre typhoïde ou les formes atténuées de cette maladie. A ce point de vue, on n'a certainement pas oublié le savant mémoire de M. Peter sur l'autotyphysation par excès de fatigue. Ce point mérite discussion (1).

Au début de la dothinentérie et avant l'établissement des manifestations thyphoïdiques, il existe de l'endolorissement contusif des lombes, de la fatigue, des douleurs erratiques des membres et du brisement des genoux, ressemblant aux douleurs de la courbature fébrile. Dans le *typhus levissimus*, forme morbide dont les symptômes sont peu marqués, l'hésitation est encore possible. Néanmoins, quelque peu accentués qu'ils soient, leur atténuation ne va pas jusqu'à l'effacement; et on trouve habituellement dans ces formes ébauchées de la dothinentérie les quatre phases classiques de cette affection. Alors même que l'évolution en est rapide, comme dans les cas où Griesinger la vit en cinq jours traverser toutes ses périodes, ses allures ne sont pas celles de la courbature fébrile; et le processus n'en reste pas moins, pour ainsi parler, un tableau réel, quoique réduit, de la fièvre dothinentérique.

La courbature fébrile diffère donc cliniquement de la fièvre typhoïde; elle n'est pas identique avec elle, et c'est à tort qu'on l'a considérée comme une fébricule typhoïde. On en trouve une autre preuve dans les conditions de son développement. Sans être endémique, ni épidémique, elle peut coexister dans les milieux où règne la fièvre typhoïde et se juxtaposer à cette dernière dans les salles de fiévreux, comme on l'a vu à Londres dans les hôpitaux de fiévreux, dans les casernes, selon la remarque de M. Lubanski, ou dans les milieux scolaires, ainsi que j'en ai été témoin. Elles n'en conservent pas moins l'une et l'autre leur autonomie, de sorte que la courbature fébrile est une individualité morbide et a une personnalité clinique.

Elle diffère encore de l'embarras gastrique fébrile, ou catarrhe stomacal des Allemands, plus heureusement désigné par les Anglais sous le nom d'attaque bilieuse. L'abattement et l'état fébrile de cet état morbide ne sont pas sans analogie avec les phénomènes de l'invasion de la courbature fébrile, d'autant plus que la thermoscopie ne fournit guère dans l'espèce de renseigne-

(1) *Archives de médecine*, janvier 1874.

---

savantes, m'a toujours paru une excellente chose. Je prendrai comme exemple la dernière discussion à l'Académie de médecine sur les mouvements du cerveau. De la question principale, je n'ai pas à m'occuper ici : *non de maximis curat Simplissime*, c'est un adage qu'il faut respecter. Mais j'attirerai l'attention sur une petite question subsidiaire. Un honorable membre a prétendu, pour prouver qu'il existait un vide entre le cerveau et la paroi crânienne, qu'il avait vu, en trépanant un animal, une vapeur sortir du trou créé par l'opération. « Je le crois bien, ajouta à mi-voix un honorable contradicteur appartenant à la section de physique, l'animal ainsi trépané avait certainement le cerveau en ébullition, c'est pourquoi il sortait de la vapeur par le trou. » Dites encore qu'on n'est pas sérieux à l'Académie !

Le même savant prétendit que, pour que deux surfaces séreuses pussent glisser l'une sur l'autre, la présence de cette vapeur était nécessaire. Ici l'honorable M. Gariel, ingénieur comme vous le savez, a dû intervenir pour rappeler, en invoquant ce qui se passe dans une foule de machines industrielles, que pour que le glissement ait lieu, il suffit de l'interposition d'une simple couche liquide, et que la présence d'une vapeur n'est pas nécessaire. Cette fois c'est la mécanique qui est venue au secours de la médecine.

Que c'est beau de savoir tant de choses !

SIMPLISSIME.

©BIU Santé

ments diagnostiques certains. Par contre, l'état saburral du vestibule des voies digestives et l'intensité des troubles gastriques suffisent pour établir la différenciation au lit du malade.

Enfin, chez quelques alcooliques, comme le notait Wunderlich, l'état général, l'abattement, l'impotence fonctionnelle, accompagnant les perturbations digestives, peuvent aussi en imposer et faire croire à la courbature fébrile, quand il ne s'agit que du catarrhe gastrique des alcooliques.

Il est inutile d'insister, comme on l'a fait, sur la différenciation de l'adynamie et de l'amaigrissement de la courbature fébrile avec les phénomènes dystrophiques de la tuberculose commençante. L'examen du malade, la durée des accidents, les signes physiques et les commémoratifs sont des éléments suffisants pour faire disparaître les hésitations du diagnostic.

A côté de cette courbature fébrile, qui possède la physionomie d'une affection définie et à marche subaigüe, il existe aussi d'autres accidents qui ont avec elle des analogies de forme, et même, dans la nomenclature usuelle, une identité de nom. Telles sont les douleurs avec adynamie du début des phlegmasies ou de la période prodromique des pyrexies, le coup de barre de la fièvre jaune, les douleurs de reins de la variole, ou le brisement des membres si intense dans certaines épidémies de grippe du XVe siècle, qui en reçurent, comme je l'ai montré ailleurs (1), les noms populaires et très redoutés de *dando* en 1427, et de *toc* ou *horion* en 1414. Ces phénomènes morbides témoignent des atteintes subies par l'innervation, mais comme ils se confondent avec les symptômes de la maladie dont ils sont l'épisode, leur valeur et leur interprétation diagnostiques sont toutes différentes.

Quelles sont les indications thérapeutiques des courbatures en général et de la courbature fébrile en particulier?

Conséquence d'une atteinte aux activités trophiques, ces états morbides sont justiciables des moyens thérapeutiques capables de rétablir l'équilibre entre la nutrition et la dénutrition des tissus, c'est-à-dire du traitement de la fatigue et du surmenage dont elles ne sont que des degrés ou des conséquences. A ce point de vue et pour donner à la médication la base solide des indications étiologiques, il importe peu d'adopter l'une ou l'autre des hypothèses pathogéniques: hypothèse dynamique des douleurs par l'épuisement des forces en tension intra-musculaire se transformant en forces vives au moment des contractions, ou bien hypothèse chimique de l'accumulation dans les tissus de créatine, de créatinine ou d'acide lactique par l'élimination incomplète ou trop lente des produits de l'assimilation. Le repos et les préparations toniques répondent donc aux indications causales dans le traitement des courbatures simples, parce qu'ils restituent aux tissus musculaires ses propriétés et ses activités physiologiques.

Ces moyens ne suffisent pas toujours dans celui de la courbature fébrile. Il faut alors combattre la fièvre et restaurer l'innervation. Le sulfate de quinine à doses faibles et répétées répond à cette double indication. Le bromure de sodium rend aussi des services à titre de modificateur indirect de la nutrition par l'intermédiaire des changements qu'il provoque dans la vaso-motilité du système nerveux. Contre l'adynamie et aussi contre l'insuffisance de la nutrition, on retire des avantages des préparations de coca, de la cocaïne (2), comme l'a montré dernièrement M. Aschenbrandt, du maté, substance si usitée dans l'Amérique du Sud, de l'alcool sous forme de grogs, de vins d'Espagne, ou des solutions de jus de limon et d'orange additionnées de liqueurs spiritueuses.

(1) Voir mon mémoire : *Sur quelques épidémies du* XVe *siècle* (*1403-1445*), *le toc, la dando, la bosse, la variole,* dans la *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.* de 1881.

(2) Aschenbrandt. (*Deutsche med. Wochensch.,* 12 décembre 1883.)

©BIU Santé

Enfin, dès le début des accidents, l'utilité des purgations, et surtout d'un purgatif salin, est nettement établie pour prévenir les troubles gastriques. Leur répétition est encore opportune après la défervescence, quand l'inappétence persiste et que les troubles digestifs sont rebelles. A cette période, on préférera les cathartiques ou les cholagogues, dont l'emploi sera complété par l'usage des amers, et surtout des préparations de noix vomique.

Ainsi donc, syndrome révélateur d'une atteinte à la nutrition, la courbature est une affection assurément fort vulgaire et le plus habituellement très légère, mais aussi toujours digne de l'observation suivie du clinicien à la ville ou à l'hôpital, ainsi que de la prévoyance attentive de l'hygiéniste dans les milieux scolaires, militaires ou industriels. Quant au pronostic de cet état morbide, il est bénin et parfois tout entier dans ce banal proverbe qui servira de dernier mot à cet abrégé de l'histoire de la courbature : « Petites causes et grands effets. »

Ch. ELOY.

BIBLIOTHÈQUE

1° LA DILATATION DE L'ESTOMAC CHEZ LES ENFANTS ET SON TRAITEMENT (*Da dilatação do estomago nos creancas et seu tratamento*), par le docteur MONCORVO. — Rio-de-Janeiro, 1882, Leuzinger.

2° DE LA NATURE DE LA COQUELUCHE ET DE SON TRAITEMENT PAR LA RÉSORCINE, par M. le docteur MONCORVO. — 1883; Paris, Berthier; Rio-de-Janeiro, Leuzinger.

Il est des auteurs qui possèdent l'heureux privilège d'écrire souvent et d'être beaucoup lu. Tel est le cas de M. le docteur Moncorvo, dont l'enseignement professoral à la polyclinique générale de Rio-de-Janeiro est, à juste titre, en grande faveur dans le corps médical du Brésil. Les deux récents ouvrages dont il est ici question, témoignent une fois de plus de son ardeur pour le progrès de la science et de son dévouement à ses élèves.

Le premier, écrit en portugais, mériterait la traduction en langue française. Il expose les résultats cliniques de ses recherches sur une affection mal connue chez les enfants : la dilatation stomacale. En effet, cette maladie passe pour être un des privilèges de l'âge adulte, et la plupart de ses monographes de l'ancien continent ne l'étudient pas pendant les premières années de la vie. C'est à peine si on en rencontre quelques observations dans leurs écrits. D'après le mémoire actuel de M. Moncorvo, la dilatation stomacale infantile serait plus fréquente qu'on ne le pense, et pour sa part, il en publie neuf cas dont il a été témoin. Le plus jeune de ses malades avait 15 mois et le plus âgé 13 ans; cinq étaient du sexe masculin, quatre du sexe féminin, et tous, circonstances qui méritent d'être prises en considération, avaient des antécédents héréditaires et des manifestations de syphilis, d'impaludisme et de tuberculose, en un mot, d'états morbides généraux avec dystrophie. Les symptômes étaient ceux qu'on observe chez les adultes, et ces accidents cédèrent à la médication par le lavage stomacal combinée avec l'emploi des agents thérapeutiques habituels. Ce premier mémoire mérite donc d'être consulté par tous ceux qui s'intéressent à la pathologie infantile.

La seconde brochure a pour objet, comme l'indique son titre, de donner les résultats du traitement antiparasitaire de la coqueluche. M. Moncorvo admet que cette maladie est produite par la prolifération de micrococci sur la muqueuse laryngée de la région sus-glottique dont ils infiltrent les cellules épithéliales. Ce point de pathogénie étant admis, il fallait chercher parmi les médicaments parasiticides, les moyens de détruire ces agents pathogènes. Trente fois, M. Moncorvo a fait usage, dans ce but, de la résorcine, et les dix-huit observations qui accompagnent le mémoire actuel appartiennent à cette série de malades.

Ils ont tous été soumis à des badigeonnages sur l'orifice glottique au moyen d'une solution à 1 p. 100 de résorcine qu'on appliquait toutes les deux heures. Sous cette influence, M. Moncorvo a vu l'intensité et le nombre des quintes de toux diminuer rapidement, et la guérison survenir dans un très court délai. Ces faits sont dignes de l'attention des praticiens parce qu'ils ont été observés par un clinicien de haut talent. Ils mériteraient aussi plus complète discussion.

©BIU Santé

En tout cas ce mémoire, comme le premier, montre l'excellent esprit qui préside à l'enseignement de la médecine pratique à Rio-de-Janeiro. Nos confrères de l'ancien continent ont donc tout avantage à connaître de tels travaux, aussi honorables pour leur auteur estimé que pour le corps médical brésilien auquel il appartient. — Ch. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 mai 1884. — Présidence de M. Rolland.

L'événement de la séance, — événement annoncé d'ailleurs et qui avait attiré un nombreux public, — a été la communication de M. Pasteur relative à la rage. Elle a été publiée *in extenso* dans notre numéro de jeudi dernier.

M. Pasteur a prié M. Fallières, ministre de l'instruction publique, de nommer une commission composée de membres de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, et qui assistera aux expériences que M. Pasteur se propose de faire et dont i rendra compte ultérieurement à l'Académie.

Nous attendrons le rapport de cette commission. Nous ne pouvons, quant à présent, dire qu'une seule chose, c'est que la science est pleine d'observations de rage spontanée chez le chien. Or, de deux choses l'une : ou toutes ces observations sont des erreurs, ou l'éclosion de la maladie engendrerait spontanément des organismes capables d'être cultivés et transmis par inoculation, ce qui serait absolument contraire à la doctrine de M. Pasteur. Reste donc à démontrer que la rage n'est jamais spontanée chez le chien.

Sont nommés membres de la commission chargée de contrôler les expériences sur la prophylaxie de la rage :

MM. Béclard, Paul Bert, Bouley, Villemin, Vulpian et Tisserand, conseiller d'Etat, directeur au ministère de l'agriculture.

La commune d'Aquapendente, pieusement désireuse de rendre hommage à la mémoire du grand anatomiste Fabrice, provoque des souscriptions afin de lui élever un monument.

Un correspondant a trouvé un moyen très simple de détruire le phylloxera. Il avait une vigne absolument perdue; il lui a suffi de frapper violemment le sol, de manière à faire sentir la secousse à quelque profondeur, pour que la vigne fût remise en bon état. Quatre frappements (un de plus qu'au théâtre) ont amené ce résultat surprenant.

M. Chapel adresse une note relative à l'influence des astéroïdes sur les tremblements de terre (?) — Nous comprenons plus aisément l'influence, dont parle le même savant, des astéroïdes sur ce qu'on appelle les saints de glace : saint Mamers, saint Gervais, etc.; à l'époque où ces froids se font sentir, la terre traverse, paraît-il, une zone considérable d'astéroïdes, et l'interposition de cet amas de substances entre le soleil et la planète explique le refroidissement momentané de celle-ci.

La commune d'Arcueil, qui possède déjà un buste de Laplace, voudrait avoir aussi celui de Berthelot. L'Académie, à qui elle s'adresse dans ce but, possède un buste du chimiste savoyard, par Guérard, et paraît disposée à en laisser prendre copie.

M. Marey met sous les yeux de l'Académie des épures géométriques faites d'après des photographies instantanées prises pendant la marche, et montrant la série des mouvements des membres inférieurs.

M. le colonel Périer offre à l'Académie les 23 premières feuilles de la nouvelle carte de l'Algérie au 2,000,000e, dressée par les soins du ministère de la guerre. Cette carte sera complète dans trois ans.

M. Faye dépose sur le bureau des pierres ponces recueillies sur les côtes de l'île Bourbon le 21 mars dernier, et provenant de l'éruption du Krakatoa. Elles se sont infiltrées en route de toute une végétation d'algues microscopiques.

M. Jamin présente, de la part de M. Lipman, un nouveau galvanomètre sans aiguille

©BIU Santé

et sans fil, basé sur la dénivellation du mercure dans les deux branches d'un tube en U, sous l'influence du passage du courant. Nous y reviendrons dans un prochain *Bulletin*.

M. Larrey dépose sur le bureau un travail de M. le docteur Chervin concernant la statistique de la Seine-Inférieure. (Renvoyé aux prix Montyon.)

M. Bouley présente, au nom de M. Chauveau, de Lyon, un mémoire *Sur l'atténuation des cultures virulentes par l'oxygène comprimé;* — et de la part de M. le docteur Brémond un volume intitulé : *Entretiens sur l'hygiène et la santé.* Il en demande le renvoi à la commission des prix Montyon. — M. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 mai 1884. — Présidence de M. Polaillon.

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

La correspondance imprimée comprend les journaux de la quinzaine : le *Compte rendu général des Académies et Sociétés médicales*, le *Journal d'hygiène*, le *Concours médical*, le *Journal des sages-femmes*, la *Revue d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes*, le *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, le *Progrès médical*, la *Gazette médicale de Picardie*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*.

M. le docteur Laissus, membre correspondant, fait hommage à la Société d'un exemplaire d'une brochure intitulée: *Les eaux de mer thermales de Salins-Moutiers.*

La correspondance manuscrite comprend: une lettre de M. le préfet de la Seine communiquant la notice qui intéresse la Société de médecine de Paris dans la nomenclature des établissements reconnus d'utilité publique; deux lettres par lesquelles MM. les docteurs Mazaé Azéma (de Saint-Denis, de la Réunion) et Marius Odin (de Saint-Honoré) posent leur candidature au titre de membre correspondant.

Ces demandes sont renvoyées à deux commissions composées de MM. Gillebert d'Hercourt père, Dubuc et Perrin, rapporteur, pour la candidature de M. Azéma; de MM. Leblond, Duroziez et Lutaud, rapporteur, pour celle de M. Odin.

Une lettre de M. le chirurgien général de l'armée des Etats-Unis, demandant l'envoi des mémoires de la Société, et offrant, en échange, les publications de son département.

M. de Beauvais: J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. le docteur Moncorvo, un mémoire en langue portugaise, ayant pour titre: *De la dilatation de l'estomac chez les enfants et son traitement.*

Je rappellerai à nos collègues que M. Moncorvo est un de nos membres correspondants les plus laborieux qui s'occupe, avec succès, de la médecine infantile. Je citerai les mémoires suivants qui nous ont été communiqués :

De la lientérie infantile traitée par l'acide chlorhydrique; Etude sur le rhumatisme noueux dans l'enfance et son traitement; Notice sur l'action physiologique et thérapeutique de la carica papaya; Contribution à l'étude de la lèpre anesthésique; Note clinique sur un cas de croup; De l'emploi du chlorate de potasse dans la diarrhée des enfants en bas âge; De la valeur des injections sous-cutanées d'eau; De la nature parasitaire de la coqueluche et de son traitement par la résorcine.

Le mémoire de M. Moncorvo est renvoyé à l'examen de M. Perrin.

Sur la proposition de M. Duroziez, et après les observations de MM. Forget, Richelot, de Beauvais et Perrin, la Société charge son conseil d'administration d'étudier à nouveau la question de l'envoi des *Bulletins* aux membres correspondants et du recouvrement de leur abonnement.

M. Polaillon présente les pièces anatomiques provenant du jeune garçon qui a succombé à la suite d'une plaie de la région cardiaque par balle de revolver, et dont il a donné l'observation dans la dernière séance.

M. Duroziez demande quel était le type du bruit de moulin mentionné dans l'observation.

M. Polaillon : C'était un clapotement comme celui produit par les roues d'un moulin ou l'agitation d'une palette dans l'eau. On entendait, en outre, les bruits du cœur régu-

©BIU Santé

liers, sans souffle; le pouls était très petit. Le septième jour, après un accès de dyspnée, l'orifice d'entrée, qui avait été soigneusement pansé au Lister, donna issue à une grande quantité de sérosité trouble d'abord, puis purulente, venant évidemment du péricarde. De crainte d'accident, je m'abstins de toute exploration directe avec le stylet. Du côté de la plèvre, on ne constata qu'un épanchement trop faible pour qu'une ponction fût indiquée.

M. Forget relate un cas analogue de plaie pénétrante de poitrine. (Sera publié.)

M. Leblond lit un mémoire *Sur l'emploi de la résorcine dans le traitement de la diphthérie pharyngienne.* (Sera publié.)

M. Dubrisay : Les urines deviennent-elles noires, même après de simples badigeonnages avec la résorcine?

M. Leblond : Oui. Pour répondre au désir de quelques-uns de mes collègues, j'indiquerai en peu de mots le *modus faciendi* du procédé Delthil. On allume un mélange de deux cuillerées de goudron de gaz et d'une cuillerée de térébenthine. La chambre se remplit d'une fumée noire très intense, qui persiste d'une heure à une heure un quart; on recommence environ toutes les deux heures, en se guidant sur la gêne de la respiration; dès qu'elle s'établit, on renouvelle les fumigations.

M. Perrin demande quelle résorcine emploie M. Leblond? M. Moncorvo a signalé des différences sensibles dans l'action de la résorcine suivant sa provenance.

M. Leblond : Je m'en suis rapporté au pharmacien; à Saint-Lazare, j'ai employé une résorcine très nettement cristallisée.

M. de Ranse : Il semble résulter des observations de M. Leblond que la résorcine agit surtout contre les manifestations locales de la diphthérie.

M. Leblond : Le traitement m'a paru avoir aussi une action générale; les ganglions ont disparu très rapidement, en même temps que le pouls tombait. Je dois ajouter que j'ai employé concurremment, et comme adjuvant, le chlorate de potasse.

M. Jules Besnier fait remarquer que le traitement suivi a été complexe, fumigations et résorcine, et qu'on peut se demander auquel des deux médicaments il faut attribuer les succès.

M. Bergeron demande de présenter, dans la prochaine séance, une nouvelle série d'observations relatives au traitement de la diphthérie par l'acide fluorhydrique.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr A. Marchal.

COURRIER

Rectification. — Nous avons fait, jeudi dernier, une petite erreur de classification en annonçant la nomination de nos nouveaux collègues, médecins du Bureau central. Cette nomination a eu lieu dans l'ordre suivant : MM. Paul Oulmont, de Beurmann, Muselier.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le docteur Aug. Voisin recommencera ses conférences sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 25 mai 1884, à 9 heures 1/2 du matin et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Ces conférences comprendront toute la pathologie nervoso-mentale. Présentation de malades.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour trois places de médecins du bureau central.* — Ce concours a commencé le mercredi 21 mai. Le jury est définitivement composé de MM. Gueneau de Mussy, Guibout, C. Paul, Duguet, Legroux, Debove, Labadie-Lagrave, Dreyfus-Brisac et Le Fort.

Dyspepsie-Anorexie.— Ces états pathologiques si fréquents sont rapidement modifiés par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez. — Exp. cliniques de MM. Archambault, Gubler, etc.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Santé

Sommaire

I. Alfred Fournier : Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux. — II. Bibliothèque. — III. Intérêts professionnels. — IV. Correspondance. — V. Académies et Sociétés savantes : Société médico-pratique. — VI. Courrier.

Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux (1).

Leçons professées, à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Alfred Fournier.

III. — Une troisième forme de début pour la syphilis cérébrale héréditaire consiste en ce que j'appellerai la *forme mentale*.

Dans la plupart des cas, elle coexiste avec d'autres phénomènes cérébraux de genres divers. Parfois cependant elle occupe seule la scène un certain temps, ou l'occupe tout au moins d'une façon prédominante.

Elle est constituée par deux ordres de troubles qui, du reste, marchent presque toujours de compagnie, à savoir : des troubles de l'intellect proprement dit, et des troubles moraux.

Les premiers sont caractérisés par une dépression notable, une véritable asthénie des facultés psychiques. Et disons tout d'abord que (réserve faite pour les tout jeunes sujets, dont nous n'avons pas d'ailleurs à nous occuper ici) les troubles de ce genre ne sont ni moins sensibles ni moins appréciables chez l'enfant et l'adolescent que chez l'adulte.

Ce qu'on observe est ceci :

A un moment donné, l'intelligence semble subir un arrêt dans son développement. Elle devient moins vive, moins éveillée, comme alourdie, engourdie, paresseuse. Si l'enfant a commencé son éducation, ses maîtres et ses parents s'aperçoivent « qu'il apprend moins facilement, qu'il est plus lent à comprendre ce qu'on lui explique, qu'il manque de mémoire, qu'il sait moins bien ses leçons et qu'il ne les retient pas; que ses devoirs sont mauvais, semés de fautes qu'il n'avait pas l'habitude de commettre et parfois même d'étranges balourdises; qu'il est distrait; que sa faculté d'attention semble diminuée; qu'un travail quelconque, même peu prolongé, le fatigue et l'énerve, etc., etc. » Non seulement, ajoutera-t-on quelquefois, « il n'a plus fait de progrès depuis un certain temps, mais il a *désappris* positivement; il a perdu ce qu'il savait, et se trouve en retard actuellement sur ce qu'il était il y a quelques mois. »

C'est là, vous le voyez, de l'*asthénie intellectuelle*, au premier chef.

Presque constamment cette défaillance de l'intellect a pour symptômes connexes des troubles qu'on appellerait *moraux* chez l'adulte et qui consistent en des modifications de caractère, d'humeur, d'habitudes. Ces troubles nous échappent sur nos malades d'hôpital, parce que nous manquons de points de repère pour les apprécier; mais, en ville, ils nous sont longuement exposés par les familles et constituent une des expressions les plus remarquées de la maladie.

« L'enfant, vous dira-t-on, a perdu depuis quelque temps son entrain, sa vivacité, sa gaîté, sa pétulance habituelle. Il est devenu lourd, apathique, indifférent, désœuvré. Il ne s'amuse plus de rien. Il joue moins ou même il ne joue plus que par saccades, sans prendre cœur à ce qu'il fait. Il est impatient, irritable, grognon, maussade. Il est de plus mobile d'impressions, torpide ou excité tour à tour, passant du rire aux pleurs et réciproquement. Il a des colères sans motifs. Parfois il est pris, sans cause plus plausible, de véritables accès de larmes qui n'en finissent plus, et l'on a alors toutes les peines du monde à le consoler. Tantôt il ne mange pas, et tantôt il mange avec une sorte de gourmandise inusitée, etc., etc.» Bref, c'est un enfant «*troublé* »,

(1) Suite. — Voir le numéro des 29 avril, 1er, 6, 13 et 20 mai 1884.

page 929 sur 1156

©BIU Santé

modifié comme ensemble moral, et dont le *caractère* surtout s'est absolument transformé. Si bien que, comme conclusion à ce tableau, les parents ajoutent eux-mêmes cette appréciation significative : « *Ce n'est plus le même enfant*, tant il a changé d'humeur et d'habitudes depuis quelque temps. »

Remarquez bien, Messieurs, ces dernières particularités. Car, d'une part, elles sont essentiellement intéressantes en tant que symptômes des encéphalopathies spécifiques; et, d'autre part, elles offrent un rapprochement curieux avec ce qu'on observe dans une autre maladie qu'à l'avance vous avez nommée, à savoir la *méningite tuberculeuse*. Ce sont bien là ces modifications singulières d'habitus moral, si je puis ainsi parler, qu'on a signalées de vieille date dans la « fièvre cérébrale » et dont Trousseau, entre autres, a tracé avec son éloquence habituelle un tableau si saisissant.

Une observation que j'ai longtemps suivie en ville — et qui malheureusement a reçu sa consécration anatomique — va nous fournir un exemple aussi complet que possible de cette forme de syphilis cérébrale à début caractérisé par des troubles psychiques et moraux.

Il s'agit d'une petite fille qui, après avoir été affectée et guérie de divers accidents de syphilis héréditaire dans la première enfance, fut prise, vers 9 ans, d'une encéphalopathie spécifique à laquelle elle succomba dans l'espace de quinze mois. Les premiers symptômes qui accusèrent chez elle l'invasion morbide consistèrent exclusivement en des troubles intellectuels associés à des modifications du caractère, et longtemps ils se continuèrent sous cette forme en se combinant, il est vrai, un peu plus tard avec des accès d'épilepsie. J'ai pu en avoir une description des plus exactes et des plus minutieuses grâce à une sorte de mémorandum, véritable observation médicale prise jour par jour, qui me fut envoyé par la grand'mère de l'enfant. Ce sont là, copiés sur nature par un témoin tendrement attentif, tous détails précis et topiques. Aussi ne saurais-je mieux faire que de vous en citer quelques fragments :

« ..... Ce fut, en l'espace de deux ou trois mois, une véritable transformation. L'enfant, qui était studieuse, appliquée, intelligente, très avancée pour son âge, devint inoccupée, paresseuse, inattentive, oublieuse. Elle ne fit plus aucun progrès. Loin de là, elle semblait de jour en jour oublier ce qu'elle avait appris..... Elle commettait oubli sur oubli; elle ne se rappelait pas ce qu'on lui avait dit la veille ou le jour même. Ses compositions de catéchisme, pour lesquelles elle avait toujours la première place, étaient mal faites et souvent inachevées. Ses dictées étaient pleines de fautes d'orthographe et de fautes étranges, extraordinaires, des pluriels pour des singuliers, des masculins pour des féminins, etc. Plusieurs fois on dut la punir pour ce qu'on croyait être de la paresse, de la négligence, de la dissipation. Mais, à la longue, force fut bien de s'apercevoir de la triste vérité que je voulais me dissimuler à moi-même, à savoir que ma pauvre petite-fille avait l'esprit troublé. Elle l'avait, hélas! à ce point qu'elle ne se souvenait plus du tout de la géographie sur laquelle elle était très forte autrefois, et qu'elle plaçait Madrid en France et Londres en Autriche. De même pour son piano. Elle ne jouait plus en mesure; elle confondait un morceau avec un autre. Et ainsi de cent autres bévues que je ne saurais vous dire. Bref, elle avait tout à fait perdu l'intelligence, etc., etc. » — Et, en effet, lorsque je vis l'enfant pour la première fois sept ou huit mois plus tard, je la trouvai dans un état de dépression intellectuelle très avancée, voire d'hébétude presque absolue.

Quant aux troubles d'ordre moral et affectif, ils s'étaient joints de bonne heure aux désordres de l'intellect, comme en témoigne le même récit : « ..... Le caractère de l'enfant avait complètement changé. Elle qui était de nature douce, affectueuse et câline, qui jadis me prodiguait ses tendresses et venait m'embrasser à chaque instant, elle ne faisait plus attention à moi,

© BIU Santé

ni à ses amies, ni à personne. Par degrés, elle devint indifférente, sèche, acariâtre, revêche, boudeuse, irritable au dernier point. Ainsi, pour vous en donner une idée, elle ne voulait plus que ses petites compagnes touchassent à ses joujoux, qu'elle leur prêtait jadis volontiers et qu'elle leur donnait même quelquefois. Si son petit frère prenait un de ses jouets, elle s'emportait, le regardait avec des yeux méchants et, sans mon intervention, l'aurait battu. Plusieurs fois elle brisa un de ses jouets parce qu'on y avait touché..... De gaie et vive qu'elle était, elle devint sombre, concentrée, morose, triste. Elle se tenait dans les coins sans rien dire, et griffait en se débattant quand on venait lui parler..... Elle passait sans motifs d'une gaîté sans cause à une extrême tristesse. Parfois, il lui arrivait de pleurer des heures entières sans qu'on pût la consoler... On fit tout au monde pour la corriger de ce qu'on croyait être des défauts de caractère ; mais ni douceur, ni menaces, ni punitions n'aboutirent au moindre résultat. On ne parvenait à la faire obéir qu'en la prenant par la nourriture; ce qui me surprenait, car elle n'avait jamais été gourmande, et maintenant elle est gourmande jusqu'à la gloutonnerie.... Enfin, elle a presque constamment un regard fixe et étrange, qui me terrifie, etc. »

Voilà bien, Messieurs, ces singuliers troubles de l'esprit et du caractère que je vous signalais comme constituant la forme spéciale de début qui nous occupe actuellement.

Ainsi commence la scène. Voyons ce qu'elle devient au delà.

La règle est que les troubles particuliers dont je viens de vous entretenir ne tardent pas à se compliquer d'autres symptômes, parmi lesquels les plus communs sont les trois suivants :

1° Les maux de tête;

2° Les troubles congestifs (bourdonnements, vertiges, amblyopie, etc.);

3° Les accès épileptiques.

L'invasion de ces divers symptômes ne se fait guère attendre en général au delà de quelques semaines. Elle peut être plus tardive cependant et ne se produire qu'après deux, trois et quatre mois.

En tout cas, après un temps variable, les accidents initiaux dont je viens de parler et qui, je le répète, n'intéressent que l'intellect et le moral, aboutissent à un ensemble cérébral beaucoup plus complexe et éminemment grave. Telle est la progression normale, telle est la marche de la maladie. A l'avance même, je puis dire que particulièrement grave entre toutes se montre la forme d'encéphalopathie qui d'emblée s'en prend de la sorte aux facultés psychiques et morales. C'est là une *mauvaise* forme par excellence, qui dégénère rapidement, qui résiste plus que toute autre au traitement spécifique, et qui, à moins d'être reconnue d'emblée et combattue d'emblée par une médication des plus énergiques, comporte un pronostic presque invariablement fatal.

Ici toutefois se place une exception digne de remarque, exception qui, chose curieuse, a ses analogues dans les deux formes précédentes. Je m'explique.

Je vous ai montré que la céphalalgie et l'épilepsie, au lieu de constituer simplement des phénomènes initiaux d'encéphalopathies destinées à devenir plus complexes, se confirment quelquefois en l'espèce, c'est-à-dire persistent à l'état de symptômes habituels et chroniques, sans adjonction d'accidents cérébraux d'un ordre différent. Nous avons vu de la sorte des malades rester sujets pendant de longues années soit à des céphalées permanentes ou intermittentes, soit à des crises d'épilepsie, et cela sans complications, sans incidents d'autre genre, sans dégénérescence en un mot. Eh bien, c'est un fait analogue que je dois vous signaler, à propos de la forme morbide qui nous occupe actuellement.

©BIU Santé

Il n'est pas impossible que la forme mentale — qui presque toujours, qui normalement, dirai-je, est un simple prélude à d'autres manifestations plus complexes et plus graves — se continue à l'état de *forme mentale permanente*, sans que rien autre s'y ajoute, au moins pour un temps plus ou moins long.

J'ai observé un cas de ce genre dans ma clientèle, sur un enfant né de parents syphilitiques et frère de plusieurs enfants également syphilitiques, tous morts en bas âge d'accidents de syphilis héréditaire. Lui aussi avait bien failli succomber dès ses premiers mois à des manifestations de même ordre ; mais on était parvenu à le sauver, et somme toute, on le donnait comme guéri quand je fus appelé à le voir vers l'âge de 12 ans.

C'était à cette époque le type de ce qu'on appelle l'enfant *arriéré*. Comme développement physique, on l'eût cru âgé de 7 ou 8 ans tout au plus, tant il était petit, exigu de toutes proportions, maigrelet, étriqué, rabougri. Comme développement intellectuel, il n'était pas moins au-dessous du niveau de son âge. On le représentait comme un mauvais écolier, travaillant peu, ne profitant guère des leçons qu'on lui prodiguait, enfantin dans ses raisonnements, dans ses goûts et dans ses jeux. Mais, au total, ce n'était pas un incapable, un imbécile, un idiot, tandis qu'il devint tel, très positivement, en l'espace de quelques mois, comme vous allez le voir.

Quand je fus mandé près de lui on me raconta que, depuis quelques mois, son intelligence s'était considérablement affaiblie. On avait été forcé de le retirer de pension parce qu'il ne « voulait plus rien faire », parce qu'il ne travaillait plus, ne comprenait plus rien de ce qu'on lui enseignait, et que ses camarades eux-mêmes le tournaient en dérision. Je le trouvai, en effet, dans un état de complète *hébétude*, incapable de raisonnement et d'attention, parlant peu et parlant mal, ne faisant que des bêtises, passant son temps à des amusements ineptes, reconnaissant à peine sa mère, inaffectueux, indocile, sujet à de violentes colères, voire méchant, etc., mais, du reste, indemne de tout trouble cérébral d'autre nature, et, comme santé générale, bien portant. En dépit de tout ce que je pus faire, en dépit des conseils de plusieurs de mes collègues que j'avais appelés à mon aide, la déchéance intellectuelle alla toujours en s'accentuant davantage ; bref, en six ou huit mois environ, l'enfant devint, au sens strict du mot, un *imbécile*, un *idiot*, en même temps aussi qu'un *gâteux*. Et tel il resta, cela va sans dire. Mais ce qui est particulièrement digne d'attention et ce qui nous intéresse pour l'instant, c'est que les troubles intellectuels se produisirent et se confirmèrent dans ce cas d'une façon *isolée*, indépendamment de tout autre phénomène cérébral. Pendant deux à trois ans, je continuai à voir cet enfant de temps à autre, et j'affirme que rien autre ne s'ajouta aux symptômes d'ordre mental que je viens de décrire (1).

Voilà donc un exemple d'encéphalopathie hérédo-syphilitique débutant par la forme mentale et persistant dans cette forme *d'une façon exclusive*, au moins pendant plusieurs années.

Sous le titre de « *démence par syphilis congénitale* », H. Jackson a raconté un fait analogue, relatif à un jeune homme issu de parents syphilitiques, qui perdit toute intelligence vers l'âge de 15 ans, sans autres désordres cérébraux.

C'était au préalable un enfant assez bien doué, studieux, docile, affectueux et de bonne nature. Par degrés il devint inattentif, indifférent, alourdi, torpide, inepte. Il perdit la mémoire, oublia l'écriture. Au moral, il subit

(1) Depuis cinq ou six ans je n'ai plus été mandé dans cette famille, mais j'ai rencontré l'enfant plusieurs fois dans les rues de mon quartier où on le promène dans une petite voiture. Sa physionomie suffit à attester une extinction absolue de l'intelligence. Il paraît en outre que, depuis deux ou trois ans (comme je l'ai appris de source indirecte), il a perdu l'usage de ses jambes et qu'il peut à peine se tenir debout.

© BIU Santé

une modification parallèle et se transforma en un sujet hargneux, méchant, emporté, violent. Il était singulièrement mobile d'impressions; ainsi, tantôt il avait pour ses sœurs des tendresses passionnées, et tantôt il se refusait à les embrasser. Il dérobait tout ce qu'il trouvait à sa portée. Quelquefois il se déshabillait complètement et persistait à vouloir rester tout nu, etc. Bref, c'était un véritable *aliéné*. Du reste, il ne présentait ni paralysie, ni troubles de motilité, ni accidents épileptiques. — Il resta dans cet état sans modifications ultérieures, et fut emporté quelques années plus tard par une maladie intercurrente.

Ici donc encore, comme dans le cas précédent, forme mentale persistante, forme mentale constituant toute l'affection, sans troubles cérébraux de modalité différente.

Mais, je le répète, les cas de ce genre, qui dérogent à la règle commune, ne sont que des exceptions rares, autant du moins qu'il nous est permis d'en juger quant à présent. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DES FIÈVRES PALUSTRES, AVEC LA DESCRIPTION DES MICROBES DU PALUDISME, par A. LAVERAN, médecin-major, agrégé du Val-de-Grâce, etc. — Paris, O. Doin, 1884.

L'ouvrage de M. Laveran remplit un double but: simplifier l'histoire clinique des fièvres palustres, et établir leur nature parasitaire par la démonstration des microbes du paludisme, dont l'existence a été annoncée avec retentissement il y a quelques années, lors des premières découvertes de l'auteur. Toutes ces données résultent de recherches poursuivies dans plusieurs localités palustres de l'Algérie, et ont pour base un nombre considérable d'observations.

La classification des fièvres palustres a été trop longtemps surchargée de formes imaginaires, que les auteurs anciens semblaient avoir multipliées à plaisir, et que leurs successeurs admettaient de confiance. Le tableau clinique du paludisme s'est éclairci de plus en plus, à mesure que les faits ont été mieux connus et mieux appréciés, et M. Laveran confirme ce progrès en limitant les types réels aux fièvres quotidiennes, tierce et quarte, et en éliminant de la nomenclature des manifestations paludiques les fièvres rémittentes et les fièvres pernicieuses, qui en étaient jadis les principaux sujets de confusion. Il n'y a pour lui, en dehors des fièvres intermittentes franches et de la cachexie, que des fièvres *continues* palustres, et des *accidents* pernicieux, compliquant les types fébriles ordinaires. Il décrit les unes et les autres, avec des exemples pour chaque forme, et il exclut aussi de son cadre, ou peu s'en faut, les fièvres larvées, si rares et si douteuses, que leur conception ancienne semble avoir été une simple vue de l'esprit. Les fièvres dites *climatiques* ne sont pas moins suspectes, la chaleur n'ayant d'autre effet que d'exagérer les symptômes des états fébriles, sans pouvoir créer de toutes pièces des fièvres susceptibles d'être confondues avec les affections palustres.

C'est ensuite à l'anatomie pathologique que M. Laveran consacre les chapitres les plus importants de son livre. La mélanémie, signalée de longue date comme un épisode insignifiant des lésions palustres, doit au contraire être mise au premier rang; elle est l'altération caractéristique du paludisme aigu, et affecte des rapports intimes avec les microbes spéciaux des fièvres intermittentes. Ceux-ci servent, en effet, de véhicules aux éléments pigmentés, et partagent ce rôle avec les leucocytes mélanifères.

Quant aux microbes eux-mêmes, leur individualité est démontrée par les formes distinctives que M. Laveran leur a reconnues au nombre de trois (corps n° 1, kystiques ou en croissant, corps n° 2, sphériques, corps n° 3, état cadavérique des précédents), et surtout par l'existence, autour des corps sphériques n° 2, de filaments allongés et doués de mouvements.

La nécessité de recourir à de forts grossissements, le petit nombre de microbes circulant avec le sang à la périphérie, leur apparition à certaines heures seulement, en rapport avec le moment des accès, enfin la ténuité et la transparence des filaments mobiles, sont autant de causes qui expliquent pourquoi ces microbes n'ont été vus jusqu'ici que par un petit nombre d'observateurs. Leur recherche est des plus délicates, et Frerichs seul paraît avoir reconnu les véritables microbes du paludisme, au milieu des espèces parasitaires très diverses qui ont été décrites comme la cause des fièvres intermittentes.

©BIU Santé

Ajoutons que le sulfate de quinine a une action destructive très marquée sur ces microbes, non seulement chez les malades, mais aussi sous l'objectif du microscope.

La découverte de M. Laveran a été néanmoins vérifiée par plusieurs histologistes compétents, qui partagent sa foi absolue dans cette nouvelle conquête et cette nouvelle confirmation des doctrines microbiennes.

Mais s'il est affirmatif quant à l'existence et au rôle des microbes dans les affections palustres, il faut lui savoir gré de la réserve où il se tient au sujet de la culture de ces microbes et de leur inoculation aux animaux, réserve peu habituelle dans ce genre de recherches.

L'aspect des microbes paludéens, la façon dont ils se comportent sous l'action des réactifs, la nature des mouvements de leurs filaments mobiles, semblent les éloigner de la classe des schizophytes et les assimiler plutôt aux probistes ou protozoaires.

On doit s'attendre à voir l'ouvrage de M. Laveran diriger l'attention des observateurs vers les microbes du paludisme, dont l'admission définitive dans le cadre de nos connaissances ne saurait tarder. Aussi peut-on dire que l'ouvrage qui vient de nous occuper est un événement scientifique, et que sa place est marquée, comme contibution aux progrès réalisés à notre époque, dans la pathologie palustre, à côté des travaux de M. Maillot, de M. Léon Colin, de MM. Kelsch et Kiener, parmi les titres les plus honorables des médecins militaires français.

LUBANSKI.

DE LA SUGGESTION DANS L'ÉTAT HYPNOTIQUE ET DANS L'ÉTAT DE VEILLE, par M. BERNHEIM, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. — Paris, 1884; O. Doin.

L'heure actuelle est celle des livres de pathologie mentale et de psychologie physiologique. Après les *Maladies de l'esprit*, de Mundslay, et les *Maladies de la volonté*, de M. Ribot, l'ouvrage de M. Bernheim vient donner la note médicale dans ce concert de recherches parfois plus philosophiques que réellement scientifiques.

En effet, la question de la suggestion embarrasse les psychologues et intéresse aujourd'hui tous les médecins depuis les travaux de l'Ecole de la Salpêtrière. C'est par des exemples que M. Bernheim donne l'explication de ce mot suggestion. Le médecin, dit-il, provoque le sommeil hypnotique en suggérant au malade l'idée et le désir du sommeil; la fixité du regard et de l'attention, ainsi que l'occlusion volontaire des paupières, ont pour conséquence de l'isoler en quelque sorte du milieu environnant. Ici, chez des sujets hypnotisables, l'attitude du repos a produit le sommeil.

D'autres phénomènes qui accompagnent ce sommeil sont aussi des suggestions, à preuve la corrélation entre certains mouvements et les actes intellectuels qu'ils produisent. C'est que « l'hypnotisme met le cerveau dans un état tel que l'idée suggérée à « ce cerveau s'impose avec une force plus ou moins grande et détermine l'acte corres- « pondant par une sorte d'automatisme cérébral. »

Certes ces faits ne sont pas nouveaux; Braid en a donné la description scientifique et de plus une interprétation magistrale dont pendant longtemps, et à tort, on a méconnu la valeur. Il serait même désirable qu'à l'exemple de M. Bernheim justice soit plus équitablement et plus souvent rendue à l'ingénieux médecin de Manchester, dont l'ouvrage a été récemment traduit en français par un de nos estimés compatriotes, le docteur Simon, qui exerce en Californie.

Le livre de M. Bernheim est de ceux qu'on lit, qui échappent à l'analyse par la nature du sujet et le nombre des questions qu'il soulève, tout en réservant, avec un scepticisme de prudence et non de parti pris, un jugement prématuré sur l'interprétation de ces phénomènes. Je citerai, comme des chapitres de haut intérêt, ceux qui traitent des applications morales, physiologiques et médico-légales de la suggestion; de la thérapeutique suggestive; de l'automatisme dans la vie habituelle; de la circulation et de la respiration des hypnotisés, enfin ces pages si intéressantes sur l'historique depuis les jongleries mesmériennes jusqu'aux expériences de nos contemporains. Certes, voilà des éléments suffisants pour fixer la curiosité et attirer l'attention du lecteur. — C. L. D.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'EXERCICE DE LA CLIENTÈLE CIVILE PAR LES MÉDECINS MILITAIRES.

Le médecin militaire doit-il être autorisé à faire de la clientèle civile? Cette question est ancienne; néanmoins elle a fait l'objet d'une récente discussion entre deux estimables journaux spéciaux : le *Progrès militaire* et l'*Avenir militaire*.

© BIU Santé

Quels sont les arguments que le rédacteur du *Progrès militaire* invoque en faveur de cette interdiction? L'exercice de la médecine civile par les médecins militaires est une « concurrence peu loyale vis-à-vis de leurs confrères étrangers à l'armée qui n'exercent leur art qu'en payant à l'Etat une patente. » — D'autre part, est-il plus légitime pour un médecin militaire d'exercer des fonctions professionnelles en dehors de l'armée que de voir les « officiers utiliser leurs connaissances littéraires et scientifiques au détriment « des professeurs ou des chefs d'institution de la localité? » Ici, on a fait intervenir la question d'humanité, ou l'utilité du concours que le médecin militaire prête à l'occasion à ses confrères civils. Ces considérations ne légitiment pas la permission pour le médecin militaire d'avoir consultation ouverte et payante. Ses services humanitaires devraient être gratuits. De plus, pour le rédacteur du même journal, cette interdiction de la clientèle civile serait d'autant plus nécessaire que « beaucoup de ceux qui la pratiquent « démissionnent dès qu'ils ont accompli le temps de service qui leur est imposé par la « loi. On voit ces jeunes gens s'éterniser dans telle ou telle garnison, à l'aide de mu- « tations longuement sollicitées et se désintéresser peu à peu du métier qu'ils ambi- « tionnent d'abandonner. »

Considérations médicales, professionnelles, humanitaires, et considérations militaires, tels sont les arguments du journal que nous venons de citer. Que répond l'*Avenir militaire?* « Le médecin militaire, comme tout médecin, est fait pour guérir, ou du moins « pour soigner des malades. » Or, la valeur scientifique et professionnelle du médecin dépend de son habileté clinique.

Comment la perfectionner? — « Le moyen le plus sûr et le plus rapide d'obtenir ce « perfectionnement est de prendre la responsabilité du plus grand nombre possible de « malades variés, et c'est à ce point de vue que la clientèle rend des services. » Néanmoins, la pratique de cette clientèle présente d'incontestables inconvénients; aussi le rédacteur de ce journal arrive à cette conclusion : « Que ce n'est pas la clientèle qu'il « faut proscrire, mais ses abus; que ce n'est pas la clientèle de relations, mais la clien- « tèle d'argent ; mais qu'on doit aussi sauver, si possible, le principe du perfectionne- « ment professionnel. »

L'argumentation des deux adversaires a surtout pour motifs des raisons militaires. C'est justice sous la plume d'écrivains spéciaux. Il me semble cependant que dans cette discussion, et en dehors des intérêts militaires supérieurs à tous les autres, la question intéresse quelque peu les médecins civils. Ils sont dignes aussi de donner leur avis.

Interdire dictatorialement au médecin militaire l'exercice de droits attachés à son diplôme et indépendants des avantages et des inconvénients inhérents à sa position d'officier, me semble une mesure sévère, je dirai même cruelle. D'autre part, user d'une trop large tolérance envers ceux qui abusent de leur situation privilégiée par l'exemption de la patente et de charges sociales, constitue un réel dommage envers leurs confrères civils, surtout dans les petites garnisons où la clientèle est restreinte. Maintenant que la loi d'autonomie du service de santé militaire est en pratique et son exécution assurée par la présence d'une direction militaire confiée à des médecins au ministère de la guerre et au chef-lieu de chaque corps d'armée, m'est avis que la répression de ces abus est facile par la stricte exécution des instructions ministérielles. Les directions constituent une autorité, dont malheureusement les médecins civils ne possèdent pas l'équivalent dans des Chambres disciplinaires, si souvent demandées et si difficiles à obtenir. C'est donc aux directeurs de santé des corps d'armée de prévenir ces abus et d'user paternellement de leur influence toute-puissante sur leurs subordonnés. Cette intervention active serait plus efficace que la signature d'un arrêté prohibitif plus ou moins scrupuleusement observé. — C. L. D.

CORRESPONDANCE

Lille, le 16 mai 1884.

Monsieur le rédacteur en chef,

L'*Union médicale* du 15 mai publie un article de M. Stapfer intitulé : *Revue tri-mensuelle des journaux d'obstétrique*. Votre collaborateur veut bien faire mention d'une *Revue générale d'obstétrique* que j'ai publiée il y a trois mois dans les *Archives de tocologie*, ce dont je lui suis fort reconnaissant; il n'a fait qu'imiter en cela ce qu'ont déjà fait plus de 20 journaux de médecine. Mais les commentaires dont M. Stapfer fait suivre la *Revue* de ma *Revue* lui sont entièrement personnels, et c'est contre ces commentaires que je viens protester hautement.

©BIU Santé

Tout aussi bien que lui, je crois connaître les travaux de l'école obstétricale française de Paris et de province, et je suis le premier à y rendre justice en toute occasion. A plusieurs reprises déjà, et dans mes publications antérieures, j'ai relevé les erreurs qui se commettent trop fréquemment chez nous et qui font attribuer à des étrangers ce qui est la part incontestable de nos compatriotes. Et j'aurais commis aujourd'hui la faute contraire? Non, jamais!

M. Stapfer n'a oublié qu'une chose, c'est de comprendre et de dire que la *Revue* qu'il cite, commente et accuse, est une *Revue des travaux allemands*, et qu'il est bien difficile, en rendant compte des travaux allemands, de ne pas parler d'eux pour ne parler exclusivement que des travaux français. Or, les travaux français, que je pouvais négliger dans une revue de travaux allemands, sont mentionnés à tout instant dans ce que j'ai écrit, et je me suis attaché à montrer que les Allemands n'étaient pas les seuls à avoir traité les questions dont ils parlent, et que souvent, presque toujours, ils avaient été devancés par des Français. Ainsi en a-t-on jugé aux *Archives de tocologie*, où mon article a paru en premier lieu; ainsi en a-t-on jugé dans les autres journaux qui l'ont reproduit.

Seul, M. Stapfer y a vu le contraire. J'espère que, s'il veut bien relire sans parti pris ma *Revue d'obstétrique*, il conviendra qu'il s'est trompé, et qu'il n'a pas plus de raison de suspecter mon patriotisme scientifique, que je n'aurais de raison de l'accuser d'être un thuriféraire mal avisé.

Veuillez agréer, etc.

Dr G. Eustache.

Nous sommes heureux de voir M. Eustache protester de ses sentiments patriotiques. Nous n'avons pas plus de raison de suspecter son patriotisme qu'il n'en a de nous croire thuriféraire mal avisé. En effet, M. Eustache, comparant des travaux allemands à des travaux français, avait trouvé les premiers supérieurs. Nous nous sommes permis de refaire la même comparaison à l'avantage des derniers; cela en toute justice et sincérité, voire même orgueil, avec preuves à l'appui. Avons-nous été *bien* ou *mal avisé?* Au lecteur de juger. La réclamation de M. Eustache n'efface pas les phrases que nous avons reproduites textuellement, en particulier celle-ci: « L'obstétrique, qui a été si longtemps une science presque exclusivement française, a perdu de son importance dans les travaux de nos compatriotes, tandis qu'à l'étranger elle se développe de plus en plus; c'est chez eux, et non plus chez nous, qu'il faut aller chercher les progrès véritables »; et n'ôte rien de sa valeur à la revendication éloquente qu'a fait entendre M. Tarnier dans sa leçon d'ouverture.

H. Stapfer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 24 octobre 1883. — Présidence de M. Finot.

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

M. Huchard fait part à la Société de l'état de M. Labarraque, à qui il donne ses soins conjointement avec le docteur Roeser.

A propos du procès-verbal, M. Dehenne parle de l'examen ophthalmoscopique qui, selon lui, eût tranché la question de diagnostic entre la syphilis et la paralysie générale simple.

La correspondance comprend les *Bulletins* et *Mémoires* de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, pour l'année 1882 ; le *Compte rendu de l'Association française pour l'avancement des sciences* (11e session tenue à La Rochelle en 1882); quatre numéros de la *Revue médicale française et étrangère;* deux numéros de l'*Art dentaire* et un numéro du *Journal médical quotidien*.

M. Thorens fait hommage à la Société du *Bulletin de la Société de médecine de Paris* pour l'année 1882, d'une brochure intitulée : *La mortalité par les maladies épidémiques dans le VIIIe arrondissement* et d'un travail intitulé : *De la luxation des phalangines des doigts en avant*.

©BIU Santé

La parole est à M. LUTAUD pour la communication d'une observation d'aphasie :

Note sur un cas d'aphasie passagère

Par le docteur LUTAUD.

J'ai été appelé, il y a quelques mois, près d'un malade qui a présenté un symptôme curieux, non seulement pas son invasion subite, mais plus encore par sa disparition rapide, alors que le pronostic semblait devoir être excessivement grave.

M. X..., âgé de 35 ans, né au Canada, souffre depuis plusieurs années d'une affection pulmonaire pour laquelle les médecins américains lui ont conseillé le séjour dans les climats chauds et l'abandon complet des affaires commerciales qui l'avaient complètement absorbé pendant quelques années.

Cédant à ces conseils, M. X..., avait complètement abandonné les affaires et s'était décidé à venir passer tous les hivers, soit dans le voisinage de Nice, soit en Algérie ou en Italie. Sous l'influence du climat et du traitement dirigé par le docteur Bennet, de Menton, l'état général et local s'améliora. Au mois d'avril dernier, époque à laquelle j'ai vu M. X..., il n'existait aucune lésion pulmonaire de nature à compromettre sérieusement l'existence.

M. X.... arrivait de Menton, où il avait été vu par M. Bennet, qui l'avait parfaitement rassuré sur l'état de sa poitrine et il était depuis vingt-quatre heures à Paris, lorsqu'il fut pris soudaidement, après son déjeuner, d'une aphasie complète. Il était en train de causer avec sa sœur, qui l'accompagnait, lorsqu'il fit une grimace et ne put continuer son discours que par des gestes qui annonçaient sa surprise et son mécontentement.

Appelé en toute hâte, j'étais près du malade une demi-heure après l'accident. L'aphasie était complète et aucun son ne pouvait être articulé. L'œil vif et animé, la physionomie exprimant l'intelligence la plus parfaite, il s'agitait vivement dans la pièce et essayait de me faire comprendre par gestes la nature de son mal. Il cherchait avec anxiété un objet dans l'appartement et enfin, après beaucoup de tâtonnements, sa sœur comprit qu'il voulait me montrer la dernière ordonnance du docteur Bennet, pensant que j'y trouverais quelque indication utile. Ce fait suffit à lui seul pour prouver que M. X... avait conservé toute son intelligence.

Je priai le malade d'écrire, mais l'essai fut infructueux. M. X..., qui avait conservé les mouvements du bras à peu près intacts dans leur ensemble, ne pouvait exécuter avec les doigts les mouvements nécessaires à l'écriture. Il saisissait tant bien que mal la plume et le crayon, mais ne pouvait arriver à fixer sur le papier autre chose qu'un gribouillage incompréhensible. On sait que l'aphasie est souvent accompagnée d'une paralysie partielle ou totale du bras droit. Mais je ne crois pas que ce symptôme brachial puisse être considéré comme une véritable paralysie, car le malade se servait de son bras pour d'autres usages et pouvait notamment boire avec facilité. Les pupilles étaient normales et égales, et il n'existait aucun trouble de la sensibilité. Les muscles de la face étaient dans une intégrité parfaite; la bouche et la langue ne présentaient aucune déviation. En somme, il fallait adresser la parole à M. X... pour s'apercevoir de son état morbide.

Je m'enquis avec soin des antécédents morbides qui me furent relatés avec beaucoup d'intelligence par la sœur du malade, qui voyageait avec lui depuis plusieurs années. Nous avons parlé de l'état des poumons. On m'affirma que M. X... n'avait eu pendant ces derniers temps aucune émotion et qu'il ne s'était passé dans son existence aucun acte de nature à y apporter un trouble quelconque. J'aurais vivement désiré savoir si le malade était syphilitique, mais on comprend facilement que je ne pus poursuivre mon enquête sur ce terrain, puisque le patient ne pouvait ni parler ni écrire et que sa jeune sœur ne pouvait, bien entendu, me fournir aucun renseignement sur ce point.

En présence de la gravité des symptômes, je demandai immédiatement une consultation, et je priai M. le professeur Ball de voir le malade. Notre examen eut lieu le même jour, dans l'après-midi. L'éminent professeur, après avoir constaté les symptômes que je viens de décrire, s'efforça de faire prononcer quelques mots au malade. Il essaya de le faire parler dans une langue autre que la sienne et me rappela, à ce sujet, une malade qu'il avait récemment observée et qui avait oublié sa propre langue et pouvait prononcer quelques mots d'une langue étrangère. Ces efforts furent vains, et nous dûmes nous contenter d'entendre quelques monosyllabes et des renseignements que j'ai exposés plus haut.

M. Ball diagnostiqua une aphasie d'origine syphilitique avec lésion occupant probablement l'hémisphère antérieur gauche. Cette manière de voir, douteuse en ce qui con-

©BIU Santé

cerne l'origine spécifique, coïncidait parfaitement avec les symptômes et le siège habituel de la lésion des aphasiques, indiqué par Broca.

Un traitement spécifique fut institué, et il fut convenu que le malade prendrait chaque jour 3 grammes d'iodure de potassium. La dose serait augmentée plus tard, si l'estomac supportait bien le médicament et si les symptômes s'aggravaient.

Je revis le malade dans la soirée. Son état n'avait pas changé, mais il était tranquille, avait pris quelques aliments et était resté levé toute l'après-midi. Le pouls et la température étaient normaux, et, à part un peu d'excitation et de colère qui survenaient lorsque le malade essayait de nous rendre sa pensée, l'état général était excellent.

Le lendemain, je fus très surpris de trouver une amélioration très appréciable de la parole. Le malade pouvait articuler quelques syllables et a pu très distinctement demander du café. Le mot *café* est le seul qu'il ait pu nettement prononcer. Il a pu tracer sur une ardoise la première lettre de son nom, ce qu'il n'avait pu faire la veille; mais c'est tout ce qu'il peut faire. Il ne paraît pas avoir d'amnésie et semble se souvenir de ce qui s'est passé la veille. Comme il avait conservé une mauvaise impression du goût de la solution d'iodure, il refuse obstinément de prendre la cuillerée de la solution qu'il devait prendre le matin.

Je le revois le soir et constate une amélioration encore plus grande. Il peut prononcer le nom de son médecin de Menton, demander des aliments pour son dîner, et, tout en articulant très difficilement, il peut se faire comprendre; sa sœur, qui s'est habituée à son bredouillement, le comprend assez bien. Le malade peut écrire, quoique presque illisiblement. Sa sœur me dit qu'il a été impossible de lui faire prendre sa cuillerée de la solution d'iodure dans la journée; mes efforts tentés dans le même but sont également inutiles. Je prescris une potion contenant de l'eau de laurier-cerise et de l'éther qu'il prend volontiers.

Le surlendemain (troisième jour depuis l'attaque), le malade me demande à peu près distinctement de mes nouvelles. Il a parfaitement dormi et se rend compte de tout ce qui s'est passé. A part une assez vive douleur qu'il accuse au-dessus de la tempe gauche, il est à peu près bien.

Je puis alors lui demander des renseignements sur ses antécédents morbides. Il m'affirme n'avoir jamais eu aucune maladie vénérienne et continue à refuser l'iodure de potassium. Sa parole est un peu hésitée, mais très compréhensible. Il écrit vite et lisiblement.

Je prescris 6 sangsues sur le point douloureux de la tête. La douleur a néanmoins persisté, quoique moins forte le jour suivant. Je conseille alors le sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes par jour. Ce traitement fut continué pendant cinq jours. La douleur était alors très supportable, et le malade n'en parlait que comme une gêne. Je dois néanmoins constater que cette douleur a persisté pendant le mois qui a suivi, alors que M. X... était parfaitement bien et n'avait plus conservé aucune trace de l'aphasie et avait repris toutes ses facultés.

J'ai conseillé le repos le plus complet pendant le temps que le malade avait à séjourner à Paris, et j'ai eu la satisfaction de le voir partir pour Montréal en parfait état, à part, toutefois, une légère douleur occupant la région temporale gauche.

Je livre cette observation comme un simple fait. Elle est certainement curieuse, en ce sens que je crois qu'il est rare de voir l'aphasie complète disparaître en quatre jours. Il me paraît impossible d'attribuer dans ce cas la guérison à l'iodure de potassium, puisque le malade n'en a pris qu'un gramme.

M. Finot demande si le malade a pu chanter?

Non, répond M. Lutaud, quoique M. Ball dit avoir essayé de le faire chanter.

M. Prat demande si l'on a fait vocaliser le malade, qui ne pouvait articuler.

M. Lutaud répond qu'on n'a rien obtenu.

La parole est à M. Duroy, pour la lecture de deux lettres qu'il a adressées, l'une au président de la Société, l'autre à un journaliste. Ces lettres traitent de la question soulevée dernièrement par MM. Ollivier et Dujardin-Beaumetz, à propos de la rage et des soins donnés par les pharmaciens.

M. Prat critique le fer rouge, qu'il faut attendre, et qui ne vaut pas le nitrate d'argent, le beurre d'antimoine et la teinture d'iode.

M. le Président propose de mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance la question de M. Duroy au sujet des cautérisations à faire dans le cas de rage, et au rôle du pharmacien dans ces cas.

© BIU Santé

M. Dehenne donne lecture d'un travail *Sur la rétinite syphilitique péri-maculaire.* (Voir *Union médicale*, 6 novembre 1883.)

M. Prat, à propos de la communication de M. Dehenne, dit que l'on doit pousser le traitement jusqu'à la salivation.

M. Dehenne répond que la salivation est évitée par une très grande propreté de la bouche.

M. Donadieu parle des idiosyncrasies thérapeutiques. Il demande si la pilocarpine agit réellement bien.

M. Dehenne répond oui; il signale l'action de la pilocarpine dans les lésions exsudatives et œdémateuses de l'œil.

M. Groussin demande si tous les malades étaient syphilitiques.

M. Dehenne répond affirmativement.

M. Tripet parle de la pratique de M. Lailler à l'hôpital Saint-Louis, à propos de la salivation mercurielle.

M. Gellé fait une communication sur la pharyngite chronique rhumatismale dans ses rapports avec l'otologie.

De la pharyngite chronique rhumatismale.

Les affections de l'oreille moyenne reconnaissent si fréquemment pour origine une maladie des muqueuses du nez et de la gorge, que l'examen de ces cavités est une partie indispensable de l'exploration, et que le diagnostic étiologique ne peut être sûrement posé que d'après lui.

Parmi les lésions pharyngiennes que le clinicien auriste observe le plus souvent, les tumeurs adénoïdes, les granulations, les affections simplement catarrhales, qui causent et entretiennent à l'état chronique une grande partie des affections de la caisse, ne sont pas l'objet de la communication actuelle.

Je désire attirer l'attention sur une forme de lésion pharyngée chronique bien tranchée, bien typique; et qui, à mon sens, caractérise très nettement la nature arthritique et surtout l'allure fluxionnaire et congestive de la maladie de la caisse observée.

J'ai pu constater la grande fréquence de ces états anatomo-pathologiques du pharynx à l'état chronique, dans les tintonies chroniques, dans la surdité chez les goutteux et les rhumatisants, soit à titre de lésions secondaires, souvent aussi comme détermination primaire de la diathèse, dont l'évolution prend une marche lente, chronique et à périodes très espacées.

Je les ai définies surtout dans les cas nombreux de vertige de Ménière que j'ai étudiés récemment dans les *Archives de neurologie* (1883). Je vais donner d'abord la description de l'aspect du pharynx dans la forme que j'analyse devant vous, je la ferai suivre de l'exposé de quelques troubles fonctionnels concomitants.

Voici cet aspect du pharynx buccal : muqueuse lisse, brillante, rutilante, plissée, tuméfiée; *faux piliers* verticaux, derrière les piliers postérieurs; cavité pharyngée rétrécie, annulée (pharynx virtuel). C'est un des tableaux que le médecin rencontrera le plus fréquemment.

Il a été confondu avec celui que donne l'état catarrhal chronique; mais, dans ce dernier cas, la lésion est plus superficielle, l'affection plus sécrétante, la coloration de la muqueuse n'est jamais aussi rutilante, ni celle-ci aussi lisse et carminée; le plus souvent cette forme est due à des irritations locales (tabac, alcool, etc.), est liée à la scrofule (glandes du cou, tumeurs adénoïdes, etc.).

Dans ce nouveau type pharyngé, la muqueuse et le tissu sous-muqueux sont à la fois pris. De là des déformations caractéristiques. C'est un exanthème doublé d'un œdème sous-muqueux très congestif, très vasculaire; il coïncide souvent avec une face vultueuse, pleine, animée, colorée. C'est, à l'état chronique, et indolent presque toujours, l'aspect de l'angine aiguë rhumatismale sans fièvre, sans réaction générale, avec récidive des poussées et une durée remarquablement longue (des années).

Par suite de l'épaississement du tissu muqueux et sous-muqueux, de l'engorgement vasculaire, de la muqueuse gonflée et tendue, la cavité de la gorge disparaît; le vide n'existe plus derrière l'isthme, tout est comblé; le fond et les côtés, prodigieusement gonflés et plissés en bourrelets verticaux, remplissent le pharynx. A la vue, il n'y

©BIU Santé

a plus derrière la langue qu'un plan inégal, plissé, rouge vif, où tout est confondu (pharynx virtuel).

Dans le cas où l'engorgement est moindre sur le fond, au pharynx on distingue nettement deux replis muqueux épais, colorés, verticaux, qui forment, à droite et à gauche, un troisième pilier plus volumineux, et dont les bords intérieurs, comme deux rideaux, couvrent le fond, visible seulement dans le sillon étroit vertical qui sépare ces deux replis pathologiques (faux piliers).

On peut trouver la lésion unilatérale; je l'ai vue ainsi limitée à un côté dans plusieurs cas de vertige de Ménière, avec lésion otique unilatérale. Cette déformation pharyngée et le vertige *ab aure læsâ* ont été souvent les manifestations premières d'une attaque de goutte irrégulière. Dans cette forme hyperplasique, on rencontre peu de véritables granulations. On trouve, au contraire, chez les catarrheux, les emphysémateux, de véritables tapis de grosses granulations couvrant la muqueuse hypertrophiée et plissée à gros plis.

La résolution de cet engorgement chronique du pharynx est possible, avec retour complet de la muqueuse et de la cavité à leurs proportions normales, mais les récidives sont faciles et sournoises. J'ai pu constater la coïncidence du retour du faux-pilier et de l'accès de vertige de Ménière; à la suite, la muqueuse reste érythémateuse et parsemée d'étoiles fines de vaisseaux capillaires devenus variqueux; sa surface est pâle et comme œdémateuse.

J'insiste sur la fréquence extrême de ces aspects du pharynx, chez les sujets arthritiques ayant ou ayant eu des attaques de rhumatisme ou de goutte.

Cette angine hyperplasique et congestive a souvent précédé de plusieurs mois l'apparition de l'attaque de rhumatisme articulaire.

Sous l'influence de ces volumineux engorgements, les troubles auriculaires sont souvent observés : la surdité bilatérale, le vertige de Ménière, les bourdonnements dus à l'oblitération des trompes, ou à l'otite chronique rhumatismale. Le vertige de Ménière surtout s'accompagne de ces lésions du côté de la gorge. Dans quelques cas, la lésion auriculaire est tellement faible, la surdité si légère à la fois, le vertige s'améliore si bien en même temps que l'état de la gorge se modifie, qu'il y a lieu de croire que le vertige est alors d'origine pharyngienne. La nausée permanente, de même que les vomiturations du matin, sont fréquemment symptomatiques de ces angines, avec gonflement œdémateux et rétrécissement apparent de la cavité du pharynx (pharyngite nauséeuse; pharyngite à vertige). Phénomène curieux, cette forme d'angine chronique évolue totalement ignorée du sujet; elle est indolore, à peine gênante, fournit peu d'expectoration, et est compatible avec les apparences d'une santé absolument bonne. Aussi, les patients de se récrier quand on leur trouve un mal de gorge, en disant qu'ils n'éprouvent aucun mal au gosier. Ils souffrent à la nuque, dans le cou, à la tête, et peu de la gorge. On peut confondre cet aspect du pharynx avec celui qui se rencontre chez les buveurs de bière; ici, cependant, l'état catarrhal est surtout dominant (sécrétions abondantes; pituite le matin; gargouillement pharyngien à l'otoscope).

Le diagnostic étiologique de cette forme typique d'angine pharyngée chronique et son traitement feront l'objet d'une seconde communication.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr TRIPET.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Jeudi dernier, nous avons enregistré avec regret le décès d'un de nos plus éminents confrères de province, le docteur P.-J.-S. Gazagnaire, de Cannes. Les rares survivants de sa génération se rappellent avec quel dévouement et quel insouciant stoïcisme il avait installé, de sa propre initiative, des ambulances dans divers quartiers de Paris, lors de l'épidémie de choléra de 1832. Après un court séjour à Sainte-Pélagie, où l'avaient conduit ses ardentes convictions démocratiques et son opposition à la monarchie de Juillet, il alla se fixer à Grasse, puis à Cannes où il continua de répandre le bien autour de lui. Cet homme de cœur vient de mourir à l'âge de 76 ans; il était docteur depuis 1832. Nous saluons en lui un praticien des plus distingués et l'un de ceux qui font le plus d'honneur à notre profession.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Coignard : De l'albuminurie physiologique. — II. Revue des Journaux. — III. Thérapeutique. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

De l'albuminurie physiologique.

Mémoire présenté à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 23 février 1884,

Par le docteur Coignard, médecin consultant à Vichy,

Inspecteur des eaux de Cusset.

Messieurs,

La présence de l'albumine dans l'urine est extrêmement fréquente.

On la rencontre chez des personnes qui viennent demander des conseils médicaux, parce qu'ils se sentent malades; mais on la trouve aussi chez des gens absolument sains, au moins en apparence, et qui ne se plaignent d'aucun malaise.

J'ai recueilli chez 480 personnes l'analyse de l'urine des vingt-quatre heures.

Il y a eu 743 analyses pratiquées à différentes époques.

Souvent, chez la même personne, l'analyse était faite chaque semaine; quelquefois, il s'écoulait une année et plus entre deux analyses.

Les personnes qui font le sujet de ces observations appartiennent à toutes les classes de la société: il y a des femmes, des enfants depuis l'âge de cinq ans, et aussi des vieillards.

Sur ces 480 personnes, il s'est trouvé 235 albuminuriques; 87 fois l'albumine a pu être dosée: 141 fois elle était indosable (moins de 0,10); 98 fois il y eut du sucre, en même temps que de l'albumine.

Je viens soumettre à l'appréciation de la Société les réflexions que m'a suggérées l'étude de ces analyses, à propos de l'albuminurie.

Je dois dire que la recherche de l'albumine a été faite au moyen de la chaleur et de l'acide azotique, avec addition de cristaux de sulfate de soude.

Je considère comme vraiment trop sensible le réactif préconisé par M. Tanret (iodure double de mercure et de potassium, acidulé par l'acide acétique), réactif que, dans la séance du 18 novembre 1883 de la Société berlinoise, M. Hoffman a présenté comme mis en usage pour la première fois, dans le but de reconnaître la présence de l'albumine dans l'urine, par un pharmacien de Berlin. (V. la *Semaine médicale*, p. 351, jeudi, 6 décembre 1883.)

Je dis que je redoute la sensibilité de ce réactif, parce que plusieurs fois j'ai trouvé, par son emploi, de l'albumine, en quantité minime, il est vrai (indosable chez des gens fort bien portants, chez lesquels, le lendemain, et dans les mêmes conditions expérimentales (il s'agissait de bains froids en piscine 16°), mais avec un flacon de réactif nouvellement préparé, je n'en trouvai plus).

J'ai donc cru prudent, tout en essayant toujours, et tout d'abord les urines par le réactif (iodure double), ne devoir affirmer la présence de l'albumine que pour les urines, sur lesquelles la chaleur et AzO^5 confirmaient le résultat. Il est très probable que le réactif de Tanret décèle, outre les peptones et les alcaloïdes, des substances albuminoïdes non encore bien étudiées.

Pour que l'albumine transsude dans l'urine, il faut:

1° Ou bien que le filtre rénal soit altéré;
2° Que la circulation soit troublée;
3° Ou que la liqueur filtrée ait subi quelque modification.

Théorie:

1° Anatomique;
2° Mécanique;
3° Hématogène.

Tels sont les termes dont s'est servi M. le professeur Charcot dans ses cours à la Faculté, pour résumer les diverses opinions sur ce sujet.

Il est à mon sens de toute impossibilité, dans l'état actuel de nos connaissances, d'accepter exclusivement l'une ou l'autre théorie.

Depuis que l'on examine l'urine d'une façon méthodique, on y trouve si souvent de l'albumine, qu'il faudrait croire, si l'on était partisan de la théorie anatomique, que le

©BIU Santé

tiers au moins des individus est affecté à un degré quelconque de néphrite. De même, si l'on acceptait, également sans réserves, la théorie mécanique, il faudrait admettre que le tiers de la population de l'Europe, sans distinction de sexe ni d'âge, est atteint d'altérations vasculaires à un degré déjà avancé, car d'après les expériences physiologiques, il faut, pour produire la stase sanguine, cause de l'albuminurie, un trouble assez prolongé dans la circulation. (Expériences d'Overbeck : ampoule dans la jugulaire, ligature de l'artère rénale.) (V. les leçons du professeur Charcot.)

La théorie hématogène est bien plus séduisante : elle rendrait compte de tous les faits. Le fâcheux est que, si l'on admet une altération totale du sang ou de l'albumine seulement, on ne sait encore au juste en quoi elle consiste, car, jusqu'à présent, on n'a trouvé ni physiologiquement, ni cliniquement, une différence suffisamment nette entre l'albumine de l'urine et celle du sérum.

Le professeur Semmola (de Naples) dit (*Archives de physiologie*, 1882, t. I) : « Je suis arrivé à démontrer que les albuminoïdes du sang dans l'albuminurie brightique, diffusent plus ou moins complètement, selon le degré de gravité de la maladie, tandis que dans l'état normal et dans le sang des autres albuminuriques (qui ne sont pas des brightiques), ils ne diffusent pas du tout, ou diffusent quelquefois dans une proportion minime, qui n'a aucun rapport avec la quantité d'albumine émise par les urines. »

De plus, le professeur Semmola a trouvé de l'albumine dans les sécrétions des brightiques (sécrétions provoquées par les bains de vapeur, ou la pilocarpine), dans la bile, la sueur et la salive, et n'en a pas trouvé dans les sécrétions des albuminuriques non brightiques.

M. le professeur Lépine a trouvé que chez les brightiques, l'albumine de la digestion diffuse mieux que celle du jeûne, et que, soumise à la digestion artificielle, elle se transforme plus vite en peptones.

Pavy a fait les mêmes remarques au point de vue de la diffusibilité.

Brunton et Power ont démontré que le point de coagulation de l'albumine par la chaleur était très différent chez le même individu à des heures différentes, et aussi sur des individus différents ; ils ont conclu que, toutes les albumines, ne coagulant pas au même degré thermométrique, ne sont pas des albumines de même espèce.

Il y a là assurément quelque chose, mais ce quelque chose n'est point encore démontré matériellement, de façon à entraîner la conviction ; seulement, il est bien établi, et ceci est capital, que la sécrétion de l'albumine commence toujours entre le glomérule et la capsule. — Expérience d'Overbeck.

Il lie l'artère rénale, et après 10 minutes, il arrache un rein et le plonge dans l'eau bouillante ; on voit alors l'albumine coagulée dans la capsule de Bowmann ; il n'en existe pas dans les tubes.

M. le professeur Cornil est arrivé au même résultat, dans ses expériences avec la cantharidine en injections sous-cutanées sur des cobayes. Les animaux mouraient après 40 minutes, et l'on pouvait voir des boules d'albumine dans les capsules tandis que les tubes étaient encore libres.

Ce n'est donc pas toujours la maladie du parenchyme rénal qui produit l'albuminurie, puisque dans ces cas l'albumine apparaît apportée par le sang, justement à l'entrée du filtre : il est probable qu'il existe une altération humorale.

Quoi qu'il en soit, il est difficile d'admettre qu'il n'y ait pas un trouble quelconque lorsque l'albumine passe dans l'urine, altération légère, puisque le plus souvent elle est transitoire et soumise à des causes prévues : alimentation défectueuse, fatigue musculaire ou cérébrale, excitations cutanées, etc., et que, même persistante, on l'a vue durer de longues années (30 ans) sans que la santé soit réellement compromise. Mais, il ne me paraît pas douteux, que chez un individu absolument sain, les causes citées plus haut n'auront aucune influence. « Quelle importance peut-on donner à de simples statistiques d'albuminurie, disait le docteur Moxon (thèse de Rendall) auquel on présentait une liste de 288 cas d'albuminurie, puisqu'on rencontre ce phénomène chez des jeunes gens grandissant presque aussi souvent que la spermatorrhée? »

Le plus sage, pour à présent, est de dire avec Gubler (*Dict. encyclopédique*) : « Il n'est pas absolument impossible, tant sont indécises les limites de la santé et de la maladie, de trouver *momentanément* de l'albumine dans l'urine de gens réputés bien portants ; » et avec le professeur Lépine : « Il est difficile dans ces cas de tracer une démarcation nette entre l'état de santé et de maladie. »

Il serait à désirer qu'un grand nombre de médecins voulussent bien donner la résultante d'observations longtemps continuées, chez les mêmes malades atteints d'albuminurie ; alors, il se pourrait qu'on arrivât à une solution.

En étudiant les analyses d'urine rapportées dans les auteurs anglais surtout, on

© BIU Santé

remarque que, toujours la présence de l'albumine est signalée conjointement avec l'exagération de l'acide urique et de l'acide oxalique. C'est aussi la remarque que j'ai faite moi-même. J'ajouterai que souvent chez des malades examinés plusieurs fois pendant un an ou deux, chez lesquels je trouvai de l'acide urique en excès, j'ai vu survenir de l'albumine, et aussi du sucre.

Alors, il m'a paru intéressant de savoir si chez les animaux herbivores qui *ne font pas d'acide urique*, on trouverait dans l'urine de l'albumine aussi souvent que chez les carnivores.

Voici les conclusions qui n'ont été gracieusement envoyées par MM. les professeurs Nocard (d'Alfort) et Arloing (de Lyon).

1° Le professeur Nocard :

« L'albuminurie existe chez les herbivores ; elle se montre surtout comme complication des affections du cœur : elle survient cependant dans les lésions primitives du rein (néphrite parenchymateuse, néphrite interstitielle, néphrites infectieuses), mais je puis dire, que sur dix cas d'albuminurie chez le cheval ou chez le bœuf, il y en a huit qu'il faut attribuer à une maladie du cœur et deux seulement à une lésion du rein.

« A un autre point de vue, et en comparant l'herbibore au carnivore, mon expérience personnelle me permet de dire que le carnivore est bien plus fréquemment atteint que l'herbivore. Enfin, en thèse générale, les animaux de toutes espèces sont bien rarement atteints d'albuminurie. »

2° Le professeur Arloing.

« Il résulte : 1° que l'albuminurie n'est pas une maladie bien fréquente chez les animaux ; — 2° que jusqu'à présent, les seuls cas bien authentiques ont été observés sur les carnivores ; — 3° l'affection coïncidait avec des lésions des reins analogues à celles que l'on trouve dans la maladie de Bright. »

Voici donc, d'après ces notes, que les animaux sont rarement albuminuriques ; et ceux qui le deviennent sont surtout les carnivores (fabriquant de l'acide urique), puis on trouve toujours une altération, ou de la circulation, ou du filtre : théorie mécanique dans le premier cas, théorie anatomique dans le deuxième. Les animaux sont des brightiques et non des albuminuriques.

Ces faits ne pourraient-ils pas venir à l'appui de la théorie hématogène ? Altération de la crase sanguine, puisque l'albuminurie paraît être en relation avec le mode d'alimentation.

Il est bien entendu que l'acide urique, ou l'acide oxalique en quantité exagérée, ne produisent pas plus l'albuminurie qu'ils ne produisent la goutte (à moins qu'ils n'agissent comme corps étranger irritant le rein), mais peut-être pourrait-on considérer leur présence comme un phénomène prémonitoire.

J'aurais à poursuivre dans cet ordre d'idées l'étude de l'urine chez les végétariens. Jusqu'à présent, mes démarches sont restées infructueuses. Il a été soutenu en France, l'année dernière, quatre thèses sur l'albuminurie :

1° *L'albuminurie consécutive aux excitations cutanées* (docteur Kemadjian) ;
2° *Les albuminuries transitoires* (docteur Capitan) ;
3° *Etude sur l'albuminurie alimentaire* (docteur Rendall) ;
4° *L'albuminurie physiologique* (Docteur Celle de Chateaubourg).

Dans ces quatre thèses, pleines de faits bien étudiés dans le laboratoire de M. le professeur Bouchard, la question est serrée de près, et si le lecteur n'est pas absolument convaincu, il garde au moins une idée bien consolante, c'est qu'il ne faut plus considérer la présence de l'albumine dans l'urine comme un signe certain de la maladie de Bright.

Ces thèses sont connues de vous tous, je n'en parlerai donc pas ; il est pourtant un fait, à mon sens le plus important de la thèse de M. de Chateaubourg, sur lequel je me permets d'attirer votre attention. Voici : 53 soldats d'infanterie prennent un bain froid à 18° le 13 juillet 1883 ; ils y restent cinq minutes en s'agitant dans l'eau le plus possible, suivant le conseil qu'on leur avait donné. Tous au sortir du bain avaient de l'albumine dans leur urine (page 49 de la thèse).

Sur ces 53 hommes, 44 présentent, après le bain, une augmentation plus ou moins considérable de l'albumine qu'ils avaient antérieurement dans leur urine ou la voient apparaître.

6 n'en ont pas eu plus après qu'avant ; 3 en ont eu moins.

M. le docteur de Chateaubourg conclut que la production de l'albuminurie, sous l'influence du bain froid, n'est dans la plupart des cas que l'exagération d'un état normal,

©BIU Santé

mais il ajoute, moins logiquement peut-être, d'autant que de sa part ce n'est qu'une induction, puisqu'il n'a pas fait d'expérience dans ce sens : « Ce que nous venons de dire des bains froids peut vraisemblablement s'appliquer aux douches froides. »

En m'appuyant sur les faits qu'il m'a été donné d'étudier, je dirai que c'est tout le contraire qu'il faut croire.

La douche froide, méthodiquement employée, fait disparaître chez le plus grand nombre, cette sorte d'albuminurie qu'on nomme à tort physiologique; elle n'est pas plus physiologique que ne le sont les varices, les hémorrhoïdes, les migraines. Je sais bien que *chez un albuminurique*, l'urine émise immédiatement, ou bien une demi-heure après la douche, contient *un peu plus* d'albumine qu'elle n'en contenait avant la douche; mais cette augmentation est toute passagère, elle dure à peine douze heures. Voici ce que j'ai vu : après un mois, ou plus, de douches froides régulièrement prises deux fois par jour, l'albumine disparaît souvent. Faut-il attribuer ce résultat à la douche? Cette proposition est admissible. La douche améliore l'état général du malade, et l'albumine de nature hématogène disparaît.

Chez les brightiques, ni la douche, ni les bains de vapeur ne font disparaître l'albumine. Quelquefois la douche est nuisible, pas toujours cependant, j'ai publié deux cas (Journal de Gubler) dans lesquels elle fut réellement utile.

Quant aux bains de vapeur, j'ai examiné à ce point de vue dans l'établissement de M. Chevandier, qui a bien voulu me rendre l'expérience facile : 12 malades, 10 n'avaient de l'albumine ni avant, ni après le bain; 2 en avaient avant le bain, ils en eurent encore après, peut-être un peu moins. J'ai répété ces expériences cinq ou six fois, avec le même résultat. Les bains de vapeur diminuaient l'œdème, et paraissaient influencer favorablement l'état général des malades. Ceci est connu et admis.

L'observation de M. de Chateaubourg sur les soldats soumis au bain à 18°, est l'application à la médecine d'une expérience de laboratoire.

Voici : M. le professeur Bouchard a mis à nu, chez un chien, l'uretère, puis il a plongé l'animal dans l'eau froide à 12° ou 15° pendant quinze à trente minutes : Alors, il a vu sourdre par l'uretère des globules sanguins; il est vrai que dès l'année 1867, le professeur Bouchard rend *albuminuriques*, mais non *hémasturiques*, les animaux, en les plongeant dans un bain chaud (communication orale). L'urine de l'animal était fortement albumineuse.

Ceci est le type de l'expérience du bain froid, quoique les conditions, le déterminisme, soient fort différents. Par quel mécanisme se produit cette albuminurie? A mon sens, le froid fait contracter les vaisseaux périphériques, et congestionne les vaisseaux centraux, d'où stase sanguine, c'est-à-dire anoxémie; c'est la théorie mécanique de l'albuminurie.

Le bain froid et la douche, s'ils peuvent produire un pareil effet, le produiront assurément d'une façon très atténuée. Jusqu'à présent l'expérience est toujours restée absolument négative, lorsqu'elle a été faite sur un homme sain.

En résumé :

1° Il n'y a pas d'albuminuries physiologiques, mais bien des albuminuries transitoires, comme les glycosuries transitoires;

2° L'albuminurie est très rare chez les animaux, plus rare chez les herbivores que chez les carnivores;

3° La douche, les bains, et toutes les pratiques de l'hydrothérapie raisonnée ne produisent pas l'albuminurie.

REVUE DES JOURNAUX

De l'injection de morphine contre le mal de mer, par Vincent Philippe. — Ce médecin attaché au service de la compagnie de navigation Cumard, vante l'emploi des injections hypodermiques de morphine contre le mal de mer. Elles ont presque toujours réussi à soulager les malades. Tantôt il n'y a eu qu'un amendement de plusieurs heures de durée, tantôt une guérison définitive.

Lorsqu'il a recouru à l'injection de morphine dès le début des vomissements, les voyageurs atteints ont joui d'un calme parfait tout le temps de la traversée, quelque orageuse que celle-ci ait pu être.

Quelquéfois les malades ont pu supporter le thé sans sucre, le café noir à haute dose et le biscuit sec trempé dans l'un ou dans l'autre alors que l'estomac refusait toute autre nourriture.

Ni le bromure de potassium, ni le nitrite d'amyle ne lui ont paru efficaces. (*Treatment*

© Santé

of the seasickness by hypodermic injection of morphia. — The British. med. Journ., aug. 1883.) — L. Dn.

Un cas de ptosis et de diplopie consécutifs à l'administration du gelsémium, par PARKINSON. — Le docteur Watt Parkinson, de Wimborne (Angleterre), ayant administré pour une névralgie de la face, en même temps qu'une potion quinique, une dose de 3 gouttes d'extrait fluide de gelsémium à renouveler toutes les quatre heures, vit arriver son malade le lendemain guéri de sa névralgie, mais présentant de la diplopie et de l'obscurcissement de la vue. Il y avait de plus une paralysie complète de la paupière supérieure gauche et incomplète de la paupière droite. Le malade avait pris 18 gouttes d'extrait fluide de gelsémium dans les vingt-quatre heures. Le lendemain la paralysie était amendée mais non complètement guérie. (*A Case of ptosis and diplopie from gelsemium. — The British med. journ.* 18 aug. 1883.) — L. Dn.

THÉRAPEUTIQUE

Médication martiale d'après les travaux scientifiques les plus récents.

Le fer, dit le professeur Hayem (1), est un des principes les plus importants de l'organisme et le seul métal dont la présence soit indispensable au maintien de la vie. Il existe dans toutes les parties de l'économie, mais nulle part il n'acquiert autant d'importance que dans le sang. »

Le sang d'un individu bien portant contient approximativement 3 grammes de fer, et lorsqu'il vient à diminuer, il y a dépérissement, l'appétit disparaît, les forces s'affaiblissent, le sang perd sa belle couleur naturelle et toutes ses qualités.

Dans un grand nombre de maladies, telles que l'anémie, la chlorose, les hémorragies, la débilité, etc., il arrive parfois que le sang a perdu la moitié de son fer et pour guérir ces maladies, il faut absolument restituer au sang le fer qui lui manque.

Le problème à résoudre était de trouver une préparation présentant le fer sous la forme qu'il doit revêtir pour pénétrer dans l'organisme sans fatiguer les voies digestives et sans rien enlever des qualités essentielles du suc gastrique (2).

Le docteur Rabuteau (3) a résolu le problème en préparant des dragées, contenant le fer à l'état où il doit être amené par l'estomac avant de passer dans le système circulatoire.

Ces dragées contiennent chacune, très exactement, vingt-cinq milligrammes de sel ferreux; elles doivent être prises à la dose de 2 à 3, matin et soir aux repas.

Les ingénieux appareils imaginés par les professeurs Potain, Hayem et Malassez, pour l'examen microscopique du sang (4) ont permis aux médecins d'étudier comparativement la valeur des divers ferrugineux.

Il résulte de ces études comparatives que le Véritable Fer Rabuteau est le plus physiologique de tous les ferrugineux, puisqu'il présente le fer sous la forme la plus normale pour pénétrer dans le sang et y être complètement assimilé.

En outre, n'étant ni styptique, ni caustique, et ne possédant aucune action coagulante et constrictive sur la muqueuse gastro-intestinale, ce ferrugineux ne provoque ni la constipation, ni la diarrhée; comme il ne demande pour être absorbé aucun travail digestif, il ne détermine jamais la pesanteur d'estomac, ni les accidents gastralgiques et dyspeptiques inhérents aux autres préparations.

Les effets thérapeutiques sont rapides et énergiques, chez des femmes dont les règles avaient cessé depuis un grand nombre de mois, l'aménorrhée disparut; chez d'autres, atteintes d'un état chloro-anémique persistant depuis longtemps, et d'autant plus grave que les ferrugineux ordinaires n'étaient pas supportés, les Dragées de Fer Rabuteau, prises à la dose de 4 par jour, ramenèrent en peu de temps les fonctions digestives à leur état normal. Il devait en être ainsi, puisque ce fer n'a pas besoin de l'intervention du suc gastrique, pour être rendu assimilable. Dans les chloro-anémies graves où le suc gastrique est très pauvre en acide chlorhydrique, les effets sont remarquables.

En résumé, les études comparatives et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris, ont démontré que la médication martiale par le Fer Rabuteau est la plus rationnelle de la thérapeutique.

(1) G. Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris, *Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang*, Paris, 1878. *Leçons de thérapeutique*, Paris, 1880.
(2) Ch. Richet. *Du suc gastrique chez l'homme et les animaux*. Paris, 1878.
(3) A. Rabuteau. *Traité de thérapeutique et pharmacologie*. Paris, 1884.
(4) Robert Moriez. *La chlorose* (thèse d'agrégation), Paris, 1880.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mai 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : De l'intervention chirurgicale dans la consolidation vicieuse des fractures de l'extrémité inférieure du radius. — Rapport sur une observation de fistule sterco-purulente ; discussion. — Présentation de malades : tumeur anévrysmale du cou ; genu valgum ; restauration autoplastique de l'aile du nez.

M. Desprès déclare, à propos du procès-verbal, que, si les fractures de l'extrémité inférieure du radius étaient traitées comme elles devraient l'être, il n'y aurait pas lieu d'intervenir chirurgicalement pour remédier aux déformations consécutives à ces fractures. C'est l'usage de l'appareil plâtré qui est la cause de ces déformations. Jamais, avec l'appareil de Nélaton, il n'a observe de formation de cal vicieux.

M. Trélat, contrairement à l'opinion de M. Desprès, affirme : 1° que l'attelle plâtrée convenablement mise et maintenue, après réduction complète de la fracture, ne présente aucun danger et qu'elle donne de très bons résultats ; 2° que ce sont les jeunes gens et non les vieillards chez lesquels on observe le plus ordinairement les déformations.

M. Terrier dit que le point principal dans le traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius, c'est la réduction qui n'est pas toujours facile. Quant à la contention, elle est facilement obtenue au moyen de l'appareil plâtré, à la condition d'employer une attelle palmaire qui permette aux malades de fléchir les doigts et de les mouvoir, de manière à prévenir les raideurs souvent très graves, consécutives à l'emploi de l'appareil avec attelle dorsale.

M. Verneuil est d'avis qu'il faut toujours réduire la fracture, à moins de non déplacement, auquel cas tous les appareils sont bons, à la condition toutefois de ne pas appliquer d'attelle dorsale, source de tous les accidents, eschares, gangrènes, etc., qui ont conduit tant de médecins et chirurgiens devant les tribunaux.

Quant à l'appareil plâtré, M. Verneuil déclare qu'il donne les meilleurs résultats, quand il est bien appliqué.

La réduction doit souvent être faite en plusieurs temps, progressivement, en deux, trois ou quatre jours, après quoi on peut sans inconvénient appliquer l'attelle silicatée et la laisser jusqu'à la fin du traitement.

M. Tillaux est partisan de l'attelle plâtrée palmaire. Il l'emploie depuis des années, en ayant soin de donner à la main une légère flexion. Il réduit quand l'attelle est appliquée et il maintient la main dans cette position pendant que l'attelle sèche. Dans ces conditions, la main ne peut pas se déplacer. M. Tillaux croit que cette pratique est de beaucoup la meilleure.

— M. Nepveu lit un rapport sur une observation de fistule sterco-purulente adressée par M. le docteur Fontan, médecin en chef de l'hôpital Nou, en Nouvelle-Calédonie.

Ce genre de fistules, décrit pour la première fois par M. Verneuil en 1874, diffère essentiellement des fistules stercorales proprement dites par l'existence d'une cavité plus ou moins spacieuse intermédiaire aux deux orifices, intestinal et cutané. La permanence de ces fistules est due à une double cause : 1° la rétention des matières dans la cavité intermédiaire, rétention produite par l'étroitesse de l'orifice ou des orifices fistuleux cutanés; 2° l'épidermisation de l'orifice du trajet intestino-cavitaire par l'épithélium intestinal.

Contre une semblable lésion, M. Verneuil a proposé et suivi systématiquement depuis 1874 la ligne de conduite suivante : ouvrir largement la cavité purulente et détruire sur le pourtour de l'orifice la couche épidermique nouvelle, afin d'en obtenir la réunion primitive ou secondaire.

Cette condition s'est trouvée réalisée spontanément par les seuls efforts de la nature, dans le cas dont M. le docteur Fontan a donné la relation.

Il s'agit d'un homme de 42 ans: phlegmon abdominal et fistule à la suite d'un violent coup de pied dans l'abdomen.

M. Fontan pratiqua une incision qui réunit en une seule ouverture les divers pertuis de la fistule. Il constata que tous aboutissaient à un trajet commun dirigé obliquement

© BIU Santé

en dedans, dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Le conduit principal est soumis à la dilatation par la racine de gentiane; à travers cette ouverture, la pulpe du doigt arrive, à une profondeur de 4 à 5 centimètres, à un passage étroit traversant le reste de la paroi abdominale; on y pénètre avec peine et on trouve au delà une cavité spacieuse dans laquelle s'ouvre l'orifice intestinal entouré d'un bourrelet formé par la muqueuse intestinale même.

Une sonde d'argent introduite par cet orifice peut être dirigée en deux sens opposés, en bas et en dedans, en haut et en dehors. Une injection poussée dans cette dernière direction provoque presque aussitôt une selle. On avait donc affaire à une fistule située sur le gros intestin; la sonde métallique passait facilement d'un bout de l'intestin dans l'autre, sans rencontrer la moindre cloison; il n'était pas possible d'admettre ici l'existence d'un éperon.

Dans cette conviction, M. Fontan, par une première opération, débride l'infundibulum en cinq endroits différents; il peut alors attirer avec les doigts l'intestin en le détachant un peu des adhérences péritonéales à l'aide de ciseaux courbes; puis il avive la lèvre circulaire de la fistule intestinale, qu'il ferme en affrontant la séreuse par renversement. Faisant alors la suture en piqué de Gély, il applique cinq points de suture, plus un point séparé.

Il avive ensuite avec des ciseaux courbes toute la paroi de l'infundibulum. Pour réunir, il fait autour de la fistule deux grandes incisions libératrices courbes, longues de 12 centimètres, qui divisent la paroi abdominale jusqu'à la couche musculaire; trois fils cirés doubles fixés sur des bâtonnets forment la suture profonde; quatre fils d'argent forment la suture superficielle.

Malheureusement, sous l'influence d'efforts de vomissements, pendant la nuit qui suit l'opération, les points de suture cèdent, le pansement est imprégné de matières fécaloïdes; M. Fontan est obligé de détruire toutes les sutures, les matières reparaissent par l'orifice anormal. Quinze jours après, M. Fontan renouvelle sa tentative chirurgicale sur le même plan.

Pendant qu'il décolle peu à peu l'intestin de ses adhérences autour de l'anus accidentel, il sent tout à coup l'obstacle céder, et une déchirure admettant la pulpe de l'index donne accès dans le péritoine. Le chirurgien maintient, malgré tout, la coaptation des lèvres de cette déchirure en les comprimant entre le pouce et l'index; il essaye alors de les suturer, mais en vain; il remplace alors la pression de ses doigts par une pince en fil de fer construite extemporanément sur le modèle des pinces à pression continue de Marcellin Duval; e lendemain, cette pince tombe. Il introduit alors dans l'infundibulum, jusqu'au contact de la fistule intestinale, une racine de gentiane plus grosse que le pouce et complète le tamponnement par de la charpie soutenue par des compresses graduées et un bandage de corps en diachylon.

Aucun accident du côté du péritoine; l'ouverture intestinale diminue de moitié, l'état général s'améliore; cette compression est renouvelée à plusieurs reprises, les selles se rétablissent par l'anus.

Le 1er mars 1879, la cavité purulente et l'anus accidentel sont convertis en une simple fistule stercorale; le chirurgien avive alors la muqueuse qui tapisse le conduit pariétal et réapplique un pansement compressif.

Le 1er avril, la fistule était complètement fermée. Le malade, revu un an après, se portait parfaitement bien.

M. le rapporteur attribue la guérison, dans ce cas intéressant, à l'utilisation inconsciente des préceptes posés par M. Verneuil : ouverture large de la cavité purulente et avivement de l'orifice profond.

Au fait de M. Fontan, M. Nepveu joint trois autres observations qu'il a recueillies dans le service de M. Verneuil.

Dans l'une, la guérison a été complète à la suite de l'opération suivante : M. Verneuil fait d'abord, au thermo-cautère, une large ouverture de la fistule et pénètre ainsi dans la cavité de l'abcès au fond duquel il reconnaît l'orifice intestinal. Il cautérise très vivement les parois de la cavité purulente de façon à la régulariser et à la transformer en un véritable entonnoir au sommet duquel se trouve l'orifice intestinal. Sur le pourtour de cet orifice qui pouvait à peine admettre le petit doigt, M. Verneuil porte aussi le thermo-cautère pour y détruire l'épithélium intestinal et favoriser ainsi l'adhésion des bords.

Le malade finit par guérir complètement après des péripéties diverses dues à son mauvais état de santé, qui obligea M. Verneuil à envoyer son opéré à Vincennes.

Dans un second cas, chez une femme, l'opération a complètement échoué, malgré toutes les tentatives faites par M. Verneuil pour amener l'oblitération de la fistule.

©BIU Santé

Enfin, dans le troisième cas, après une guérison rapidement obtenue, il se serait produit, au bout de quatre mois, à Belfort, où le malade était allé, une récidive pour laquelle il revint se faire traiter à Paris, sans succès cette fois, car il sortit de l'hôpital où on lui avait fait une incision et placé un drain, et retourna à Belfort où il mourut, paraît-il, dans d'atroces souffrances et avec des vomissements fécaloïdes dont la cause n'a pu être exactement indiquée.

En résumé, dit M. le rapporteur en terminant, voilà quatre observations avec deux succès complets, une amélioration notable et une récidive.

Les anciennes méthodes de traitement, la suture, l'autoplastie auraient été certainement impuissantes; les procédés d'entérorrhaphie de M. Malgaigne, de M. Gosselin ne sont pas faciles à appliquer et peuvent avoir leurs dangers, comme le montre l'observation de M. Fontan. Une méthode plus nouvelle, la laparotomie avec entérorrhaphie, comme l'a faite avec succès M. Julliard (de Genève), ne doit être regardée que comme une méthode tout à fait exceptionnelle.

Plus exceptionnelle encore serait la résection de l'intestin, comme l'ont fait Max Schede et Esmarch, et cependant on comprend parfaitement qu'elle soit indiquée lorsque la perte de substance de l'intestin est assez large pour faire craindre un rétrécissement cicatriciel par le procédé de M. Verneuil.

En résumé, la méthode de choix, celle qui doit être essayée avant toutes ces dernières, semble être celle à laquelle M. Verneuil a attaché son nom et qui réunit les trois qualités nécessaires: facilité, bénignité, efficacité.

M. Desprès a donné des soins au dernier malade dont il est question dans le rapport de M. Nepveu. Cet homme, en revenant de Belfort, était entré à la Charité, dans le service de M. Desprès. La santé générale était très précaire; il s'était produit un nouvel abcès, pour lequel M. Desprès pratiqua une incision et plaça un drain. La fistule était extrêmement profonde et pouvait recevoir une sonde cannelée tout entière. Il resta quatre ou cinq mois à l'hôpital, d'où il finit par sortir pour retourner mourir à Belfort, probablement de cachexie.

M. Berger pense qu'il y a lieu de faire une distinction entre les fistules sterco-purulentes et les fistules stercorales proprement dites. Celles-ci sont probablement les seules où l'intervention chirurgicale active puisse avoir des chances de succès. M. Berger a soigné dans le service de M. Trélat, qu'il remplaçait, un malade atteint de fistule sterco-purulente. Malgré la dilatation du trajet extérieur suivie d'une large incision, il ne put parvenir à se faire une idée exacte des orifices fistuleux de l'intestin et de leurs rapports ; il dut se borner à un traitement palliatif, et le malade mourut.

A l'autopsie, il trouva la fosse iliaque droite transformée en une vaste cavité anfractueuse, au fond de laquelle l'intestin était fixé par des adhérences si épaisses et si étendues, qu'il eût été impossible de l'attirer au dehors, et que toute tentative opératoire eût été nécessairement impuissante.

Les mêmes conditions se sont rencontrées chez une jeune fille, qui a succombé également à une fistule stercorale inopérable.

M. Berger conclut de ces faits qu'il n'y a pas lieu, le plus ordinairement, d'intervenir d'une manière active dans le traitement des fistules sterco-purulentes. Il faut se borner à débrider l'orifice externe de la cavité purulente, afin de faciliter l'écoulement des liquides, et à pratiquer des cautérisations sur l'orifice de l'intestin, souvent très profondément situé, pour tâcher d'en amener l'oblitération.

M. Verneuil croit être le premier qui ait eu l'idée, il y a dix ans, d'établir une distinction, soit au point de vue anatomo-pathologique, soit au point de vue étiologique, entre les fistules stercorales et les fistules sterco-purulentes; dans les premières, l'intestin arrive jusqu'à la peau, comme dans l'ouverture de l'anus contre nature; dans les dernières, il est séparé du tégument externe par une cavité purulente plus ou moins étendue. Celles-ci, d'ailleurs, ne se distinguent des premières par aucun caractère extérieur. C'est après avoir débridé l'orifice cutané que l'on a sous les yeux une cavité purulente, au fond de laquelle on voit l'orifice intestinal tapissé par la muqueuse, qui fait tout autour de lui un bourrelet plus ou moins prononcé.

Dans ces cas, M. Verneuil a obtenu un succès complet en ouvrant largement la cavité purulente, de manière à la transformer en un vaste entonnoir dont le sommet était occupé par l'orifice intestinal; toute la surface de cet entonnoir a été métamorphosée ainsi en une surface granuleuse qui s'est couverte de bourgeons charnus, et a fini par se cicatriser complètement après oblitération de l'orifice fistuleux.

Il faut reconnaître cependant qu'il est des cas dans lesquels la cicatrisation ne peut être obtenue, le plus ordinairement par suite du mauvais état général des malades qui

© BIU Santé

s'oppose à la formation d'un cylindre granuleux vivace, nécessaire à l'obturation de la cavité purulente et du trajet fistuleux. Tel a été le cas du second malade dont M. Nepveu a relaté l'observation. En résumé, le traitement que M. Nepveu a proposé et appliqué avec succès à la fistule sterco-purulente consiste à imiter la nature dans ses procédés de guérison de l'anus anormal, ce traitement convient particulièrement aux cas simples.

M. Desprès déclare que le procédé de M. Verneuil ne s'applique qu'à des cas exceptionnels. Dans la plupart des autres cas tels que ceux dont a parlé M. Berger, aucun procédé, y compris celui de M. Verneuil, n'eût pu réussir. On a beau cautériser la cavité purulente, comme on ne peut pas voir le plus souvent ce que l'on fait, on n'arrive pas à oblitérer l'orifice intestinal.

M. Gillette partage l'avis de M. Desprès ; il pense qu'on peut réussir dans les cas simples par le procédé de M. Verneuil, mais ce procédé n'en reste pas moins très souvent inapplicable parce que l'on ne sait pas s'il n'y a pas des ouvertures stercorales multiples.

M. Verneuil rappelle qu'il a dit déjà qu'il y avait des cas absolument incurables, quoi qu'on fasse. Comme on ne peut pas le savoir d'avance, il faut commencer par ouvrir la porte pour regarder ce qu'il y a dedans. Si l'on constate de trop vastes décollements, on s'abstient et le malade meurt comme il serait mort si l'on avait pas fait d'ouverture. Mais, dans le cas contraire, on peut et l'on doit intervenir, car on sauve ainsi des malades fatalement voués à la mort si l'on s'abstient.

Supposons un orifice intestinal placé très loin de la peau ; vous débridez largement, vous cautérisez une, deux et trois fois s'il est nécessaire l'entonnoir au fond duquel s'ouvre l'orifice intestinal ; si le malade est doué d'une bonne constitution, on voit la surface de l'entonnoir se couvrir de bourgeons charnus, la plaie se cicatriser et le malade revenir à la santé. Lors même que les décollements sont vastes, si l'on fend largement la cavité purulente, les parties peuvent revenir sur elles-mêmes et la nature fait le reste.

— M. Martel (de Saint-Malo), membre correspondant, consulte la Société sur la conduite à tenir dans un cas de tumeur du cou qu'il suppose être un anévrysme du tronc brachio-céphalique. La réponse à cette demande de consultation a été renvoyée à la prochaine séance.

— M. le docteur Robin (de Lyon) présente un malade atteint de *genu valgum* qu'il se propose d'opérer par l'ostéoclasie pratiquée à l'aide de son appareil.

— M. Polaillon présente un malade à qui il a pratiqué la restauration autoplastique de l'aile du nez détruite par sphacèle à la suite d'un coup de pied de cheval.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mai 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

Sommaire : *Traitement de l'angine diphthéritique par les vapeurs de goudron et de térébenthine. — Microbes dans l'endocardite ulcéreuse.*

A propos du procès-verbal lu par M. Chauffard, en l'absence de M. Legroux, empêché, M. Cadet de Gassicourt fait part d'*un cas de croup qui paraît avoir été guéri par le traitement de M. Delthil, les vapeurs de goudron et de térébenthine.*

Ce cas lui a été communiqué par un de ses élèves, M. Dusaussay, dont l'opinion doit être prise en sérieuse considération, car il doit à un séjour d'une année à l'hôpital des Enfants une compétence suffisante.

Il s'agissait d'un enfant atteint de croup; lorsque M. Dusaussay fut appelé, le croup était à une période peu avancée, mais l'état empira rapidement et la trachéotomie semblait nécessaire, lorsque la proposition fut faite et acceptée d'essayer le traitement de M. Delthil. Au bout d'une heure et demie environ, la respiration semblait plus facile; on constatait un bien-être relatif avec une tendance au sommeil. Puis les membranes parurent perdre de leur consistance et se dissocier, quelques-unes furent expulsées à l'état pultacé. Après une journée pendant laquelle le traitement fut mis en usage à plusieurs reprises, on eut la satisfaction de constater que l'opération pouvait être évitée, et le malade guérit.

Il semble que, dans ce cas, le traitement de M. Delthil ait eu quelque part à la guérison. On sait que l'inventeur attribue à sa méthode une double utilité : il aurait une

©BIU Santé

action générale s'attaquant à l'élément infectieux et une action locale sur l'élément pseudo-membraneux. Il ne semble pas que la première action soit réelle, mais la seconde paraît plus probable.

En tout cas, il faut se défier des faits heureux isolés. On n'a pas oublié le grand bruit qui s'est mené il y a peu d'années autour du nitrate de pilocarpine. M. Lereboullet se rappelle sans doute la très intéressante communication qu'il fit à ce sujet. M. Cadet de Gassicourt a institué, lui aussi, des expériences sur la pilocarpine, et, parallèlement à Archambault, est arrivé à cette conclusion que son action était nulle sur l'élément infectieux. Mais il avait continué à essayer si la pilocarpine n'aiderait pas à la dissociation des fausses membranes et n'en rendrait pas l'élimination plus facile. Il arriva vite à reconnaître que les fausses membranes n'étaient guère modifiées, et cependant un fait semblait net, c'était l'éloignement, la diminution des accès de suffocation. Dans un assez grand nombre de cas, des enfants qui avaient paru devoir être opérés à bref délai échappaient à la trachéotomie et guérissaient. Comme on est toujours tenté de chercher une théorie pour expliquer les faits que l'on constate, M. Cadet de Gassicourt se demandait si la pilocarpine n'avait pas sur le bulbe une action capable d'enrayer les accès de suffocation, de modérer le tirage. En tout cas, la série fut heureuse et, comparée à la statistique de l'année précédente, celle où la pilocarpine fut employée parut infiniment meilleure.

Encouragé par cette apparence de succès, M. Cadet de Gassicourt institua une nouvelle série d'expériences; mais, cette fois, il eut le chagrin de ne plus obtenir les mêmes résultats. La pilocarpine n'apporta aucun soulagement aux malades, et M. Cadet de Gassicourt dut admettre qu'il avait été la première fois la victime, — ou, pour mieux dire, le témoin heureux, — d'une série favorable.

Cela prouve qu'il faut se tenir en garde contre les séries heureuses. M. d'Heilly n'a fait ses expériences avec le procédé de M. Delthil que sur 5 malades et trop rapidement pour avoir pu en tirer de conclusions définitives. Lorsque M. Cadet de Gassicourt sera de nouveau chargé du pavillon de la diphthérie, il reprendra ces expériences. Il choisira des séries de cas différents afin de vérifier : 1° si les vapeurs de goudron et de térébenthine ont une action favorable sur la diphthérie elle-même, sur l'agent infectieux; 2° si elles n'ont qu'un rôle plus modeste, celui d'entraver la formation des fausses membranes et d'en faciliter l'expulsion. La Société sera informée des résultats obtenus.

M. Féréol est très heureux de la déclaration de M. Cadet de Gassicourt. Il est désirable que cette question soit résolue définitivement. Ces jours derniers, M. Féréol a reçu une lettre dans laquelle un médecin de la Côte-Saint-André (Isère) rapporte un cas de guérison par le procédé Delthil. Malheureusement les détails sont un peu insuffisants. C'était un cas de croup, le malade devait être opéré et ne l'a pas été, il a rendu peu après l'emploi du nouveau traitement les fausses membranes qui l'asphyxiaient. L'application des vapeurs semble même avoir été un peu brutale au début. L'enfant avait été mis au-dessus de la fumée et suffoquait, mais tout alla bien lorsque le médecin eut modifié sa manière d'agir et se fut contenté de faire brûler le goudron et la térébenthine à distance.

L'action toxique des carbures d'hydrogène, que M. d'Heilly a signalée comme possible dans sa dernière communication, paraît peu probable. De la lourdeur de tête et de la somnolence dont se plaignent au début les malades à l'intoxication, il y a loin. Dans le cas observé par M. Féréol personnellement, le traitement fut mis en usage toutes es deux heures jour et nuit pendant une semaine, et la malade le réclamait elle-même. La vapeur peut tout au plus gêner peut-être mécaniquement en donnant une consistance particulière aux fausses membranes qui se transforment en une sorte de vernis capable d'obstruer la canule après la trachéotomie.

M. Descroizilles pense, comme M. Cadet de Gassicourt, qu'il y aurait un grand intérêt multiplier les expériences relatives à ce traitement. Elles sont jusqu'ici trop peu nombreuses pour qu'il soit possible d'en tirer des conclusions. Lui-même, dès qu'il sera chargé du service des diphthériques, au mois de janvier prochain, essaiera le traitement de M. Delthil et fera part à la Société des résultats qu'il aura obtenus.

M. d'Heilly déclare que, si les expériences n'ont pas été plus prolongées, c'est par suite de la retraite de M. Delthil lui-même; il n'eût tenu qu'à celui-ci de les continuer, mais lui-même a quitté la place en déclarant que les cas étaient décidément trop graves dans les hôpitaux. Quant à la dissolution d'une fausse membrane, soumise pendant vingt-quatre heures à l'action des vapeurs hydrocarburées, elle ne s'est pas produite, comme M. Delthil l'avait annoncé.

© Santé

M. Féréol se souvient qu'un vétérinaire, M. Bouley peut-être, fit employer le procédé Delthil dans un poulailler où sévissait la maladie pseudo-diphthéritique des poules, qui en général tue en quelques heures toutes les volailles d'un poulailler. Les poules qui n'étaient pas encore atteintes à ce moment ne succombèrent pas. Sans doute la diphthérie des poules ne peut être comparée que de très loin à celle de l'homme. Ce fait n'est pourtant pas sans intérêt.

M. Cadet de Gassicourt veut défendre l'hôpital Trousseau, qu'on semble avoir accusé de peu de persévérance dans l'étude du procédé thérapeutique nouveau. Mais M. Delthil, venu avec la recommandation de M. Verneuil, avait dirigé seul l'application de son traitement, dont M. d'Heilly s'était constitué seulement spectateur. L'inventeur lui-même ayant spontanément déclaré qu'il renonçait à pousser plus loin l'expérience, il était difficile à M. d'Heilly d'insister. Ce traitement avait rencontré d'ailleurs une grande opposition dans l'esprit de M. le directeur, qui trouvait ces expériences sales. Il est certain que les vapeurs de goudron ne tardent pas à transformer les patients et les médecins en nègres.

M. Féréol : En charbonniers, tout au moins.

M. Cadet : Le directeur, étant venu dans le pavillon, s'est trouvé sali comme tout le monde et promptement refroidi à l'égard du nouveau traitement. Si donc les expériences ont été insuffisantes à Trousseau, la faute n'en est pas aux médecins de cet hôpital.

M. Grancher va entretenir la Société d'un fait qu'il a étudié au mois d'octobre dernier, et qu'il n'aurait pas présenté aujourd'hui, si le président ne l'avait sollicité de prendre la parole ; car certaines lacunes existent qui enlèvent à ce fait une partie de sa valeur. Il s'agit d'un cas d'*endocardite ulcéreuse*.

Depuis les premières observations publiées par M. Lancereaux, qui a eu le mérite de montrer qu'on trouvait sur l'endocarde et les valvules des sujets morts d'endocardite ulcéreuse, de fines granulations résistant à l'action de la potasse, n'étant par conséquent pas de nature fibrineuse, mais paraissant au contraire appartenir à la classe des micro-organismes végétaux, on s'est préoccupé de divers côtés de démontrer la nature zymotique de l'endocardite ulcéreuse. Dans ce sens ont été dirigés les travaux de Virchow, de Klebs, et un mémoire inédit de M. Netter, ancien interne de M. Grancher, mémoire où se trouvent quelques faits nouveaux et intéressants.

On sait que l'endocardite ulcéreuse n'est pas un type défini et correct. On rencontre cette maladie dans des circonstances diverses, et elle affecte plusieurs formes cliniques. Dans le cas observé par M. Grancher, il ne s'agissait ni d'une femme en couches, ni d'un sujet ayant fourni une longue suppuration. Ce malade était un ancien cardiaque atteint d'une rechute de sa cardiopathie ; il s'agit d'une endocardite ulcéreuse primitive sans complications. Quand le malade entra, on notait chez lui une pâleur extrême, un essoufflement des plus accusés, le pouls inégal, les jambes enflées : il était en asystolie. Mais en outre, ce qui dominait, c'était l'apparence d'un état infectieux. La fièvre oscillait entre 38° et 39°. L'auscultation dénotait une grosse lésion cardiaque avec souffles nombreux et intenses, d'une localisation délicate.

Sachant qu'il y a beaucoup à faire encore pour déterminer la nature de l'endocardite ulcéreuse, M. Grancher entreprit de chercher à nouveau et avec soin les microbes chez ce malade.

Les granulations signalées par M. Lancereaux avaient été vues par divers observateurs sur les végétations endocardiaques et dans le sang ; mais, jusqu'à M. Netter, on n'avait pas fait de cultures. Celui-ci réussit à en faire, mais il n'obtint pas des résultats identiques dans tous les cas. On a cherché à caractériser également les granulations trouvées chez les malades atteints d'endocardite ulcéreuse en les soumettant à l'action des matières colorantes, et on a constaté qu'elles réagissaient vis-à-vis de celles-ci comme les micro-organismes infectieux.

Voilà où en était la question, lorsque M. Grancher prit du sang de son malade et ensemença, chaque jour, deux ballons avec une goutte de sang chacun. Les précautions d'usage furent observées avec soin, le doigt lavé avec une solution de sublimé à 2 p. 1,000, la piqûre faite avec une pipette stérilisée, et la goutte de sang transportée dans un flacon contenant 20 grammes de bouillon Pasteur.

Dans chacune des cultures ainsi préparées, M. Grancher a trouvé le même résultat. Au bout de vingt-quatre heures, la coloration rosée de la goutte de sang avait disparu, et on voyait se développer de petits grains qui, agglomérés, constituaient comme des grains de semoule et se ramassaient au fond du vase.

En même temps, dans le sang du malade encore vivant, l'examen microscopique

©BIU Santé

laissait voir des micrococcus isolés, très petits et très nombreux. Ces mêmes organismes furent trouvés, à l'autopsie, dans le sang recueilli, avec les précautions d'usage, dans les oreillettes et les ventricules; on les trouva encore sur les végétations qui couvraient l'endocarde et les valvules, coiffant ces végétations comme d'un capuchon de parasites.

Ce même organisme trouvé dans le sang pendant la vie et sur les végétations endocardiaques était identique à ceux qui constituaient par leur agglomération ou zoogloea les grains développés dans les ballons de culture; car chacun de ces grains écrasés se résolvait en une foule de micrococcus semblables à ceux du sang.

Un fait donc est incontestable, c'est la présence, dans le sang et dans les végétations valvulaires des malades atteints d'endocardite ulcéreuse, de micrococcus toujours identiques, qu'on peut cultiver et qui se reproduisent dans les cultures à l'état de zooglées.

Malheureusement, à l'époque où M. Grancher faisait cette recherche, la technique était encore peu précise; elle n'est pas encore parfaite aujourd'hui d'ailleurs. Une faute fut commise, celle de trop tarder à faire l'ensemencement de cultures ultérieures et successives qui eussent permis d'inoculer des animaux, afin de prouver que ces micrococcus étaient bien pathogènes. Quand M. Grancher voulut poursuivre les cultures, les micro-organismes étaient morts et, mis dans de nouveaux ballons, demeurèrent stériles.

Telle est la lacune qui enlève à cette observation une part de son intérêt et la rend incomplètement probante.

C'est là une *observation d'attente*, qui donne la preuve de l'existence d'un micrococcus constant et cultivable dans l'endocardite ulcéreuse. Il faut remarquer que sa présence avérée dans le sang indique que ce microbe est aérobie; or, les microbes aérobies sont très rares dans les maladies infectieuses.

En terminant, M. Grancher prie ses collègues de vouloir bien lui signaler les cas d'endocardite ulcéreuse qui se présenteront à eux, afin qu'il puisse, avec leur assentiment, continuer ses recherches.

M. Du Castel demande quel était l'état général du malade, et si on a trouvé de nombreux infarctus dans les viscères.

M. Grancher : L'asystolie avec œdème peu considérable des membres inférieurs, mais une pâleur extrême, de l'essoufflement, et un aspect infectieux très frappant. L'œdème des deux poumons était considérable, et le malade a succombé aux progrès d'une asphyxie lente et pâle.

Aucun infarctus n'existait. La lésion cardiaque était constituée par de grosses végétations champignonneuses sur l'endocarde.

Ce n'était pas la forme typhoïde, mais une forme suffocante, pâle. — P. L. G.

FORMULAIRE

Pilules contre l'hydropisie. — Fonssagrives.

Extrait aqueux de caïnca	1 gramme.
Gomme-gutte pulv	1 —

Réglisse pulv. q. s. pour 10 pilules. — Une pilule toutes les quatre heures, jusqu'à ce qu'on en ait ingéré 5 ou 6, pour provoquer un effet à la fois diurétique et purgatif, dans diverses formes d'hydropisie. — N. G.

COURRIER

Vient de paraître : *Schéma du développement du produit de la conception et calendrier de la grossesse*, par le docteur A. Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté de Lyon. — Imprimé sur papier carte, des deux côtés, en couleurs variées, format de poche pour portefeuille, avec coins arrondis dorés, renfermé dans une enveloppe imprimée donnant la désignation ci-dessus énoncée.

Indispensable à tous les médecins accoucheurs, sages-femmes, médecins légistes, etc. — Prix : 50 centimes. — A la librairie médicale Jacques Lechevalier, 23, rue Racine, à Paris.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

SIU Santé

Sommaire

I. Maurice Notta : Le doigt à ressort. — II. Bibliothèque. — III. Sociétés médicales des départements. — IV. Correspondance. — V. L'Épidémie cholérique en 1884. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Bulletin des décès de la Ville de Paris. — VIII. Formulaire. — IX. Courrier. — X. Analyse du Lait d'Arcy.

Le doigt à ressort.

Dans un récent travail sur ce sujet, M. G. Marcano vient de publier trois nouvelles observations, et de présenter un tableau d'ensemble très complet de cette bizarre affection, décrite pour la première fois en 1850 par M. Notta (de Lisieux). De mon côté, j'ai entrepris une série de recherches sur cette maladie, qui a pour moi un intérêt tout spécial, — puisque le nom de mon père y est intimement lié, — et j'ai l'intention de les consigner dans un mémoire ultérieur. En attendant, nous essaierons de tracer, dans un résumé succinct, l'état de nos connaissances sur le doigt à ressort, et nous remercions M. G. Marcano de nous avoir rendu la tâche aussi facile par la façon claire et précise dont il a traité la question qu'il vient de remettre à l'ordre du jour.

Le doigt à ressort est une affection relativement rare, ou du moins peu connue; — elle rentre, à notre avis, dans la catégorie des maladies qu'on croit rares parce qu'elles sont méconnues, et peut passer inaperçue en restant latente à cause de l'âge souvent avancé des malades et de l'absence possible de symptômes fonctionnels. — Le phénomène du ressort est le symptôme qui caractérise la maladie : pendant la flexion, ou pendant l'extension, quelquefois dans ces deux mouvements à la fois, le doigt semble arrêté subitement par un obstacle. Ce moment d'arrêt une fois vaincu, la phalange se fléchit ou s'étend brusquement; il y a un véritable ressaut, qui s'accompagne quelquefois d'un claquement perceptible à distance; et Menzel a comparé la terminaison brusque du mouvement de flexion ou d'extension à l'impulsion du ressort qui ferme la lame d'un canif. L'expression de doigt à ressort est donc aussi heureuse que juste, et nous définirons la maladie qu'elle caractérise : « Une affection particulière des gaînes tendineuses de la main caractérisée par le développement d'une nodosité sur le trajet des tendons fléchisseurs des doigts et par la difficulté de leurs mouvements. » Tel était le titre du mémoire de M. Notta (1). Nous croyons cette définition préférable à celle qu'en a donnée Nélaton (2) : « Une affection caractérisée par une difficulté accidentelle des mouvements de flexion et d'extension des doigts de la main. » Cette définition, qui pour Nélaton ne devait être que provisoire, ne nous paraît pas suffisamment précise, beaucoup de maladies autres que le doigt à ressort pouvant entraîner une gêne des mouvements des doigts; en outre, elle limite le doigt à ressort aux doigts de la main, et nous avons eu l'occasion, quoiqu'à titre d'exception, d'en observer aux orteils. Aussi croyons-nous devoir préférer la définition de M. Notta à celle de Nélaton, malgré la concision et la clarté séduisantes de cette dernière, et nous proposons d'ajouter dans notre définition « une affection particulière des gaînes tendineuses de la main *et du pied*, etc. », de manière à la rendre complète.

Le doigt à ressort a été observé à tous les âges de la vie, mais son maximum de fréquence semble être entre 40 et 60 ans. Les hommes sont beaucoup plus rarement atteints que les femmes. On observe cette affection dans toutes les classes de la société. Comme causes prédisposantes, on a signalé : le rhumatisme (un tiers des cas), les traumatismes, une pression continue sur le même point, une entorse (Vogt), des efforts répétés

(1) *Arch. gén. de médecine*, 4e série, t. XXIV, 1850, p. 142.
(2) *Pathologie chirurgicale*, 1re édition, t. V, 1859, p. 953.

©BIU Santé

(Blum), etc. Mais, souvent, il faut le reconnaître, cette affection paraît se développer spontanément, ou du moins sans cause appréciable.

Le mécanisme du ressort, qui a été diversement interprété, ne peut pas être le même dans tous les cas, et doit varier avec le siège de la nodosité, et peut-être aussi avec la nature de la cause déterminante. Les différentes théories émises sur la pathogénie du ressaut reposent sur l'expérimentation et sur l'anatomie normale des gaînes synoviales et des aponévroses de la main; en les passant rapidement en revue, nous ne ferons que parcourir les étapes successives qui correspondent aux différentes phases de l'histoire de cette maladie. Pour Nélaton et Notta, le ressaut est produit par un engorgement du cul-de-sac synovial qui vient accrocher le rebord de l'aponévrose palmaire. C'est cet engorgement qui produit une induration, une nodosité perceptible au toucher et située sur le tendon fléchisseur, et c'est le rebord de l'aponévrose palmaire qui constitue l'obstacle contre lequel elle vient buter. En outre, M. Notta admet, pour expliquer le ressort du pouce, un épaississement inflammatoire du tendon dû « à la production de pseudo-membranes qui se seraient appliquées à la surface du tendon, et auraient ainsi déterminé la nodosité (1) », et pense que l'obstacle est constitué par « les fibres aponévrotiques transversales qui se trouvent au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, et sont pour ainsi dire le rudiment de la gaîne du fléchisseur. »

Pour Busch (2), le ressaut serait causé par la présence de corps mobiles analogues à ceux des articulations. Dumarest (de Lyon) (3) admet qu'une nodosité située dans un point quelconque du fléchisseur ou de sa gaîne peut déterminer le phénomène du ressort. Pour Menzel (4), il faut le concours de deux circonstances: un épaississement du tendon et un changement (augmentation ou diminution) dans la résistance de la gaîne. Oscar Berger (5) accepte les conclusions de Menzel, en ajoutant que la nodosité peut être produite par une inflammation du tendon et de sa gaîne (tendo-vaginite). Karl Freber (6) admet aussi le mécanisme de Menzel. Paul Vogt (7) et son élève Felicki (8) pensent que la nodosité peut être formée par des exsudats inflammatoires, et, dans certains cas de traumatisme violent, par une extravasation sanguine intra-fibrillaire qui coïnciderait avec une déchirure de la gaîne produite par le traumatisme. M. Blum (9), qui assigne pour siège à la nodosité le tendon lui-même, admet que l'obstacle est formé par le rebord de la partie centrale de la gaîne du fléchisseur, qui se termine à deux ou trois centimètres du pli digito-palmaire par un bord tranchant. Enfin, M. Marcano (10), qui a repris les expériences de Menzel, est arrivé aux conclusions suivantes:

La nodosité est produite par un épaississement du tendon, et le ressaut se produit :

« 1° Dans les cas traumatiques, par l'accrochement du tendon épaissi à la cicatrice de la gaîne;

« 2° Dans les cas spontanés, par une nodosité rhumatismale ou par une saillie hyperplastique du tendon, qui accroche les rebords naturels: au

(1) *Loc. citat.*, p. 158. — V. Observ. IV.
(2) *Lehrbuch der Chirurgie.* (Berlin, 1864; t. II, p. 143.)
(3) *Notes sur les différentes variétés des doigts à ressort.* (*Lyon médical*, 1872; n° 25.)
(4) *Schnellender Finger.* (*Centralblatt für Chirurgie*, 29 août 1874; p. 337.)
(5) *Ueber schnellender Finger.* (*Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin*, 20 fév. 1875; n° 8.)
(6) *Ueber den sogenannten schnellenden Finger. Sept. Abdr. Wiener med. Blätter*, p. 14 et 17; 1880. — *Gesellschaft der Aerzte in Wien.* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, n° 7; 1879.)
(7) *Die chirurgischen Krankheiten der oberen Extremitäten.* (Stuttgart, 1881; p. 104.)
(8) *Felicki, Ueber den schnellenden Finger.* (Th. de Greifswald, 1882.)
(9) *Chirurgie de la main.* (Paris, 1882; p. 102.)
(10) *In Prog. médical*, 1884; n°s 16, 17 et 19.

©BIU Santé

pouce, la gouttière formée par les os sésamoïdes; aux autres doigts, les bords libres des gaînes fibreuses. »

Le doigt à ressort siège tantôt d'un seul côté, tantôt des deux; il peut être multiple, et *s'observer aussi au pied* (1). Tous les doigts de la main peuvent être pris, mais le pouce et l'annulaire paraissent le plus communément atteints.

Le début de la maladie est tantôt brusque, tantôt précédé de prodromes consistant en engourdissement, fourmillements, etc. Trois symptômes caractérisent le doigt à ressort : le ressaut, la douleur et la nodosité, et sont plus ou moins prononcés suivant les cas. Les symptômes fonctionnels consistent en raideur du doigt, engourdissement de la main, préhension difficile, etc. C'est en général le matin au réveil que les symptômes sont le plus accusés, et la douleur le plus vive. Quelquefois on perçoit un craquement à distance au moment du ressaut.

Le diagnostic de cette affectionmos spi e de lui-même : le ressaut et la nodosité en sont les signes pathognomoniques, et permettent de reconnaître facilement la maladie, même lorsqu'on la voit pour la première fois. C'est à 15 ou 20 millimètres au-dessus du pli digito-palmaire qu'on doit rechercher à la main la nodosité ; c'est là son siège de prédilection. On l'a aussi rencontrée au niveau de la phalange et de la phalangine.

La durée de cette affection est plutôt longue, et peut varier de quelques mois à plusieurs années. La guérison spontanée peut s'observer. Sans constituer un état grave, le doigt à ressort, malgré sa bénignité, mérite cependant d'être pris en considération à cause même de sa ténacité. Chez certains malades qu'il condamne à l'inaction, et auxquels il supprime leur travail et leur gagne-pain, il devient la cause de graves inquiétudes. C'est à ces malades, qui réclament à tout prix la guérison, qu'on pourra proposer en dernier lieu l'intervention chirurgicale, après avoir constaté l'inefficacité du traitement médical. Ce traitement doit consister dans l'immobilisation du doigt, et dans des applications locales (révulsifs, fumigations, massages, etc.). L'électricité, appliquée pour la première fois par Berger, a rendu aussi de grands services. Enfin quand la nodosité est de nature rhumatismale, il faut s'attaquer à la diathèse qui l'a engendrée On voit par là de quelle importance est le diagnostic de la cause, c'est-à-dire la connaissance exacte du mécanisme et de la nature de la nodosité.

Quant à l'intervention chirurgicale, Vogt et Felicki ont conseillé d'extirper la nodosité sous le spray. Nous croyons avec M. Blum et M. G. Marcano qu'il suffirait de faire une ténotomie sous-cutanée, et de débrider la gaîne fibreuse. Ce procédé avait d'ailleurs été proposé par Nélaton, qui avait l'intention « de faire la section sous-cutanée de l'aponévrose palmaire », et est indiqué dans le Mémoire de M. Notta (2). Il posait ainsi nettement l'indication de s'adresser à l'obstacle plutôt qu'à la nodosité, et peu importe en réalité le procédé opératoire employé, quoique la ponction sous-cutanée nous paraisse préférable à l'incision à ciel ouvert.

Observation (personnelle). — *Doigt à ressort de l'annulaire de la main droite. — Rhumatisme antérieur. — Traitement par les révulsifs. — Guérison.* — Ch.. , âgé de 68 ans, homme d'équipe au chemin de fer, a des rhumatismes depuis un an, et depuis dix mois, il a été obligé de cesser tout travail. Il est en traitement depuis plusieurs semaines à l'hôpital de Lisieux (service de M. Notta), où il est soigné pour une hydarthrose du genou. Un matin à la visite (4 décembre 1882), il se plaint d'éprouver depuis dix jours le phénomène suivant : lorsqu'il étend les doigts de la main droite après les avoir fléchis, le doigt annulaire ne suit pas le mouvement des autres doigts et reste dans la flexion. Il est obligé de le relever avec son autre main ; il éprouve une sorte de *déclanchement*,

(1) Nous sommes, croyons-nous, le premier à signaler ce fait, et nous n'avons encore observé qu'un cas de ce genre.

(2) *Loc. cit.*, p. 160.

©BIU Santé

et le mouvement d'extension s'achève seul. On sent au niveau du pli palmaire inférieur une petite nodosité, située sur le tendon du fléchisseur, et qui est le siège d'une douleur assez vive au moment du ressaut qu'elle produit. Il n'y a pas d'arrêt dans la flexion et pas de douleur. A la pression, cette nodosité est sensible et un peu douloureuse. C'est surtout le matin que se manifeste le phénomène que nous venons de décrire ; dans la journée, le mouvement d'extension est plus facile et le temps d'arrêt se produit plus rarement. Le doigt a son aspect normal et n'est pas gonflé. Nous faisons appliquer sur la paume de la main des compresses trempées dans l'alcool pur.

Le 11 décembre, nous constatons les modifications suivantes : la nodosité qu'on sent encore est toujours un peu sensible à la pression ; le phénomène de l'arrêt dans l'extension du doigt annulaire ne se produit plus depuis deux jours ; mais la flexion est devenue difficile pour l'annulaire et le médius, et le malade ne peut plus serrer son couteau suffisamment pour couper son pain ; les autres doigts sont libres.

Le 30 décembre, on ne sent plus la nodosité, mais la douleur persiste au niveau du point qu'elle occupait, et le malade ne peut plus plier le doigt annulaire (vésicatoire volant, *loco dolenti*).

A la suite de ce vésicatoire, la douleur a disparu, et aujourd'hui (25 janvier 1883) les mouvements des doigts sont parfaitement libres, la flexion et l'extension se font normalement, et il n'y a plus ni nodosité ni douleur.

Cette observation porte à trente-six le nombre total des faits de ce genre connus dans la littérature médicale actuelle. Les points qui nous paraissent dignes d'être mis en relief sont : le sexe (1) du malade, ses rhumatismes antérieurs, la gêne tardive de la flexion après la disparition de la nodosité, enfin l'efficacité du traitement. Nous n'insisterons pas davantage, nous proposant d'y revenir plus tard et plus longuement.

Maurice Notta.

(1) Des 7 observations inédites que nous possédons en ce moment, c'est la seule dont le sujet soit un homme ; les 6 autres ont trait à des femmes, qui toutes ont plus de 40 ans.

BIBLIOTHÈQUE

Traité inédit sur l'anatomie pathologique ou exposition des altérations visibles qu'éprouve le corps humain dans l'état de maladie, par R.-T.-H. Laennec. — Introduction et premier chapitre précédés d'une préface par V. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. — Orné de deux portraits de Laënnec. — Paris, Félix Alcan, éditeur, 1884.

Notre distingué confrère, M. le docteur Laënnec, directeur de l'Ecole de médecine de Nantes et professeur de physiologie à cette Ecole, a cédé à la pensée pieuse de laisser reproduire par la presse un fragment d'un ouvrage inédit dû à la plume de son illustre parent, le créateur de l'auscultation ; et M. le professeur Cornil a tenu à honneur de faire précéder ce fragment d'une préface sympathique, qui renferme des détails intéressants sur Laënnec. Le manuscrit complet du *Traité d'anatomie pathologique* de Laënnec est entre les mains de M. Cornil. Le cousin et l'élève de l'auteur, Mériadec Laënnec, d'ailleurs mort depuis longtemps, avait l'intention de le publier. S'il l'eût fait, dit M. Cornil, aussitôt après la mort de Laënnec, nul doute que ce livre n'eût obtenu un légitime succès. Mais il s'est laissé distancer par Andral, Cruveilhier et bien d'autres. Aujourd'hui, malgré l'originalité, la nouveauté des aperçus à cette époque, l'esprit de découverte que Laënnec apportait à toutes ses recherches, malgré l'exactitude de ses descriptions anatomiques, il n'y aurait aucune utilité à éditer son Traité. « Mais, continue M. Cornil, il m'a semblé qu'il serait intéressant pour un petit nombre de curieux et d'érudits, ou d'admirateurs de Laënnec, de publier tout au moins l'introduction et le premier chapitre de ce Traité. Cette introduction est consacrée à l'idée générale que ce grand homme se faisait de l'anatomie pathologique, de son rang, de sa prééminence ; il en trace l'historique jusqu'à Bichat, et l'histoire des sciences ne vieillit pas. — Enfin, nous avons voulu rendre hommage à l'un des plus grands médecins français, en rappelant à la vie, à la lumière, une de ses œuvres inédites. »

La lecture de l'introduction de Laënnec est réellement d'un grand intérêt ; c'est une

©BIU Santé

belle page d'histoire médicale. Nous y lisons, vers la fin, que Laënnec admettait cinq modes principaux d'altérations organiques, savoir : I. Les altérations de texture. — II. Les altérations de forme. — III. Les altérations de nutrition. — IV. Les altérations de position. — V. Les altérations dues à la présence de corps étrangers.

Le seul chapitre publié est consacré aux *altérations de texture*.

M. le professeur Laënnec, qui nous a révélé l'œuvre inconnue de son oncle, et M. le professeur Cornil, qui a dirigé l'impression de ces pages vénérées, ont fait une œuvre méritoire et ont droit aux remercîments des hommes de science. — G. R.

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DU CŒUR ET DE LA CROSSE DE L'AORTE, par M. Michel PETER, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — J.-B. Baillière, 1883.

L'année 1883-1884 est favorable aux ouvrages sur les cardiopathies. Hier, la deuxième édition du livre de M. G. Sée et presque en même temps celui de M. Constantin Paul ; aujourd'hui l'œuvre magistrale de M. Peter ; demain..... mais je m'arrête ; il serait indiscret de publier le nom d'un maître estimé dont bientôt aussi viendront des leçons où une large place sera faite à ces affections.

Chacun à son tour prend donc la parole dans ce procès toujours pendant de la clinique et de la pathogénie des maladies du cœur. Est-ce à dire pour ce motif que l'œuvre de M. Peter a été inattendue ? Non, assurément. Bien loin d'être un enfant de surprise, ce nouveau-né de la littérature médicale fort bien venu, et depuis sa naissance, c'est-à-dire sa publication, fort bien venant, était depuis longtemps en gestation. En remontant quelque peu dans la collection de l'*Union médicale*, car M. Peter était alors de la maison, j'en trouve la preuve le 4 janvier 1879, dans un article de saine critique où il analysait le livre de M. G. Sée nouvellement publié. Le savant professeur mesurait d'un coup d'œil général, les progrès contemporains de la pathologie cardiaque et d'une plume élégante écrivait ces conclusions : « A chaque époque suffit sa tâche..... Hier « encore (tâche si facile) la pathologie de l'hydraulique du cœur ; aujourd'hui (tâche bien « autrement ardue) la pathologie de sa dynamique. C'est à cette tendance qu'obéit le « livre de M. G. Sée ; après lui, je crois savoir qu'en viendront d'autres dont les maté- « riaux s'accumulent lentement. »

C'était une promesse et tout un programme : M. Peter tient aujourd'hui parole par ce livre qui est la mise en œuvre des matériaux de sa vaste pratique, des ressources d'un grand service hospitalier et des documents d'une érudition toute professorale. De là, conséquemment, ces allures originales, cette physionomie personnelle et le grand caractère de cet ouvrage qui aura place à part au milieu des autres travaux de l'auteur.

Voilà donc aussi pourquoi, dès la préface, M. Peter était en droit de dire comme il l'a fait : — « Ce livre est écrit d'après nature. J'ai dit le malade tel que je l'ai vu. » Après cette déclaration qui marque bien l'esprit et le but de l'ouvrage, l'auteur se déclare l'adversaire des généralisations prématurées et des analogies forcées. Faut-il s'étonner de la netteté et de la brutale franchise de cette profession de foi ? Fdèle à son rôle de clinicien, comme on l'a vu naguère dans les débats académiques sur la fièvre typhoïde, M. Peter a pris position et veut rester du côté de la médecine d'observation.

Est-ce à dire pour cela qu'il prend parti contre la médecine expérimentale ? Non sans doute, puisqu'il affirme aimer également « la physiologie et la médecine ». Ce que M. Peter regrette et avec lui, ce que regrettent aussi nombre de médecins initiés aux difficultés de la science par une longue expérience des malades, ce « qu'il combat, c'est de « chercher dans le plexus solaire de la grenouille saine, les secrets du plexus cardiaque « de l'homme malade. » Critique mordante assurément, un peu sévère peut-être, mais, il faut l'avouer, en partie justifiée par les écarts soi-disant physiologiques de certains ouvrages publiés dans ces dernières années.

C'est en tenant compte de cette manière de voir qu'il faut lire le chapitre préliminaire intitulé : *Idée générale de la pathologie du cœur*. Il est en partie consacré à fixer la position de la question entre les *hydrauliciens* d'hier et les *dynamiciens* d'aujourd'hui. M. Peter y déclare avec raison que la physique du cœur, sain ou malade, à l'étude depuis quarante ans, est maintenant bien connue. Il n'en est pas de même de sa dynamique. De là tous ces efforts des observateurs contemporains pour déterminer le rôle pathogénique et pathologique du cœur, considéré comme centre de perception et de réflexion. On retrouvera donc dans ces pages, — et c'est là un attrait pour le lecteur, — les idées, les arguments, presque les termes de cet article de l'*Union médicale* que je rappelais tout à l'heure, et l'esprit de l'enseignement professoral de M. Peter depuis quinze ans.

Le cœur n'étant plus considéré seulement comme un appareil muni d'orifices et de

©BIU Santé

soupapes, mais comme un muscle animé par une innervation dépendant en partie du pneumogastrique et du sympathique, en partie de ganglions autonomes, il faut savoir l'explorer au double point de vue des lésions physiques et des troubles dynamiques. A cet effet, M. Peter énumère, en les discutant, les procédés d'exploration du cœur sain ou malade. Les règles, et surtout la nomenclature des bruits cardiaques qu'il propose, ne seront pas toutes adoptées sans résistance; à preuve, la division topographique des bruits cardiaques en bruits sous-mamelonnaires et bruits sus-mamelonnaires, qu'il substitue au groupement en bruits de la pointe et bruits de la base, avec le mamelon pour point de repère. Or, cet organe mobile et changeant ne présente pas, chez la femme surtout, la fixité des points de repère costaux ou sternaux. Malgré cet inconvénient, il faut reconnaître les avantages de cette division au point de vue mnémotechnique, et il la facilite, avec un peu d'attention, de prévenir des erreurs.

La première section est consacrée aux *maladies du péricarde*, dont les rapports avec les nerfs du plexus cardiaque sont de majeure importance. Aussi, M. Peter en donne une description, d'autant plus complète et d'autant plus utile, qu'elle n'avait guère été faite à ce point de vue dans les traités classiques d'anatomie. On lira encore avec intérêt les pages qui contiennent l'histoire des *plaques de frottement*, des *péricardites aiguës*, de la *péricardite chronique* et de la *péricardite avec douleurs*, forme morbide dont M. Peter déclare (page 67) avoir étudié les sensations douloureuses périphériques dès l'année 1873, c'est-à-dire antérieurement à Sibson, dont le travail parut en 1877.

Avec les *myocardites aiguës et chroniques*, on entre dans la deuxième section de ce vaste traité des *Maladies du cœur*. Ici, se trouvent des chapitres d'actualité scientifique, de par les recherches des observateurs contemporains, et de par celles de M. Peter ou de ses élèves. Tels sont ceux de l'*invasion graisseuse*, de l'*hypertrophie*, de la *dilatation* et de l'*atrophie* du cœur, des *endocardites aiguës et chroniques*. Tel est encore l'intéressant chapitre consacré à l'*exposition générale des lésions valvulaires*.

Il en est de même de la discussion des théories de l'hypertrophie ventriculaire gauche dans ses rapports avec les lésions rénales. Par l'enchaînement des arguments, l'auteur est conduit à entrer dans un débat de haute actualité sur la nature et l'origine du *bruit de galop*. Réfutant la théorie de Traube, il fait intervenir dans ces phénomènes l'artérite généralisée, et avec M. le professeur Potain, qui a si bien et si complètement étudié cette question, regarde le bruit de galop comme le résultat d'un défaut de synchronisme ventriculaire.

L'*insuffisance aortique* est l'objet d'une étude dans laquelle on trouve toutes les qualités d'exposition et d'érudition du commentateur de la clinique de Trousseau, et de l'auteur des *Leçons de clinique médicale de la Pitié*. Appuyé sur l'observation clinique et l'anatomie pathologique, il divise les insuffisances aortiques en *insuffisances endocarditiques* et *insuffisances endartéritiques*, dans laquelle « c'est, dit-il, l'aortite qui « fait tout le mal. »

Enfin, cette section se termine par l'étude des *accidents gravido-cardiaques* et la discussion du *traitement général des lésions valvulaires*. Ici, M. Peter mentionne, un peu brièvement sans doute les médicaments cardiaques nouveaux, tels que la caféine et le convallaria. Voici d'ailleurs comment il juge ce dernier : « Pour le muguet et ses préparations, « ce que j'en veux dire, c'est qu'il agit simplement comme diurétique et ne me paraît « pas devoir réaliser les promesses qu'on a faites en son nom, à propos des maladies « du cœur. » — Par contre, les médications classiques trouvent faveur auprès de lui, et il énumère judicieusement les indications et les contre-indications de l'emploi raisonné de la digitale.

Combien de pages j'aurais à signaler encore! *Névroses du cœur; angine de poitrine; goitre exophthalmique; palpitations nerveuses;* et enfin toute la troisième section, qui est consacrée aux *aortites aiguës* et *chroniques*, aux *anévrysmes*, a l'*exploration de l'aorte* et aux *rapports pathogéniques* de l'*angine de poitrine avec les inflammations de ce vaisseau*.

Tel est donc cet ouvrage d'une haute valeur clinique et d'une puissante originalité. On peut différer d'opinion avec l'auteur, combattre ses doctrines; mais, en bonne justice, on conviendra de la franchise, de la netteté et de la conviction avec lesquelles il les expose. Si on n'est pas toujours d'accord avec lui, on est cependant séduit par la verve du style, la chaleur parfois entraînante des démonstrations, et enfin par la vaillance des idées. M. Peter possède la virtuosité de la plume, il en a aussi toutes les énergies et toutes les hardiesses.

En résumé, dégagé de tous les *impedimenta* d'une bibliographie souvent trop encombrante, exempt de toute banalité, ce livre servira de guide dans les sentiers encore mal explorés de la pathologie cardiaque. Il marque une étape dans l'enseignement et répond à une tendance des idées médicales de notre époque. Après cela, on peut bien lui

CIU Santé

trouver quelques défauts, mais ces défauts sont ceux de ses qualités. Cet éloge est de ceux qu'on ne peut adresser à tous les livres. — Ch. E.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE 1884.

La pratique civile et hospitalière, l'anatomie pathologique, l'hygiène publique et les recherches de laboratoire donnent chaque année une ample moisson de documents scientifiques dans le département du Nord. C'est assez dire quelle est la vitalité de la Société centrale de médecine de ce département, l'une des plus anciennes et des plus laborieuses de la France et même du continent.

D'ailleurs la création à Lille, par le gouvernement de la République, d'un grand centre d'enseignement supérieur et les ressources de toute nature qu'offre cette importante cité constituent un milieu exceptionnellement favorable à ce mouvement d'expansion scientifique. Tels sont les motifs pour lesquels on lit toujours avec intérêt et profit les travaux des membres de ce corps savant.

Pendant le premier trimestre de l'année courante, M. Hallez a communiqué au nom de son interne M. Coquard et au sien, une observation d'*endocardite rhumatismale chronique limitée à la valvule mitrale avec sténose extrême de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche;* observation à coup sûr fort classique, mais intéressante cependant par la marche du travail inflammatoire. La prolifération endocarditique débute en général par les bords de la valvule mitrale; ici il en était autrement et elle a suivi une marche inverse. L'endocardite a commencé par l'anneau, s'avançant dans les valvules mitrales, les soudant horizontalement entre elles et constituant un plancher calcaire percé d'un trou triangulaire où passait à peine une forte plume d'oie.

Dans la séance du 8 février, M Castiaux a montré les résultats du procédé photographique qu'il emploie pour obtenir des clichés à la lumière du gaz avec l'objectif n° 6 de Nachet. Ce procédé mérite l'attention des histologistes pour les recherches anatomiques et des médecins légistes pour les expertises médico-légales. Je signalerai dans la même séance une note de M. Arnould *sur des cas de diarrhée grave observés chez des militaires de la garnison de Condé et pouvant simuler une épidémie de fièvre typhoïde.* Cette affection était caractérisée par de l'adynamie, un aspect cholériforme, une température de 39 degrés et la diarrhée. Par contre, on ne constatait ni épistaxis ni taches rosées, ni gargouillement, et, à l'autopsie de deux de ces malades, on ne trouva pas d'ulcération des plaques de Payer. Chez l'un d'eux, cependant, elles étaient hypertrophiées.

L'âge des malades, leur récente arrivée au corps, firent d'abord prononcer le mot de fièvre typhoïde; mais ce diagnostic ne satisfait pas complètement M. Arnold. D'autre part, les reins, l'endocarde et les méninges étaient intacts, on ne pouvait donner place à cet état morbide dans le cadre nosologique des endocardites ulcéreuses ou de la méningite cérébro-spinale.

Le 14 mars, M. Hallez présentait à la Société un *chapelet en acier du poid de 20 gr. avalé par un enfant de 6 ans 1/2.* Il n'y aurait là qu'un fait assez vulgaire de déglutition d'un corps étranger, si M. Hallez n'avait donné de l'intérêt à cette observation en exposant le procédé de recherches des corps métalliques au moyen de la *balance de Hughes.* Ce procédé a été rendu célèbre par l'exploration de la blessure du président Gardfield.

Pour rechercher la situation de ce corps métallique dans le tube digestif, M. Hallez promena la bobine a la surface du corps jusqu'au moment où il obtint une déviation de l'aiguille galvanoscopique. Elle était alors en contact avec l'hypochondre gauche et au niveau du côlon; on en put conclure que le corps étranger séjournait en ce point.

Enfin, en terminant la première analyse trimestrielle, il faut encore signaler un rapport de M. Arnould *Sur la médication pharmaceutique et sur la médication marine dans les maladies chroniques de l'enfance*, rapport rédigé au nom d'une commission de la Société sur la demande du préfet du Nord; et une présentation de pièces pathologiquee relatives à *une tumeur volumineuse de la joue avec accidents graves consécutifs à l'application d'un emplâtre caustique,* par M. Vanpeteghem.

Qu'il nous soit permis aussi de formuler un vœu à nos estimés confrères du département du Nord, c'est de voir le *Bulletin médical du Nord,* l'excellent journal officiel de cette Société, publier plus rapidement les comptes rendus dont la lecture intéresse tous les travailleurs. Ils sont en effet, pour eux, une source de renseignements précieux. De tels efforts scientifiques font honneur au corps médical du département du Nord et méritent d'être mieux connus. — Ch. E.

©BIU Santé

CORRESPONDANCE

Paris, 24 mai 1884.

Monsieur le directeur de l'*Union médicale*,

Vous dites, page 922 du numéro du 24 mai de votre recueil :

« Nous ne pouvons, quant à présent, dire qu'une seule chose, c'est que la science est pleine d'observations de rage spontanée chez le chien. Or, etc..... »

Je vous serais personnellement fort obligé de relater un seul de ces faits, entouré, bien entendu, d'un ensemble d'observations sérieuses, comme la science en réclame aujourd'hui.

Quant à moi, je n'en connais aucun. En revanche, sur ce point, les *racontars* abondent.

Je vous serais obligé de publier cette lettre.

Recevez, Monsieur le directeur, l'assurance de ma considération très distinguée.

L. PASTEUR.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE EN 1884.

Le choléra sévit toujours avec intensité sur le littoral du Bengale, de la Birmanie et de l'Indoustan. On en trouve la preuve dans la mortalité hebdomadaire des cholériques, qui pour Calcutta seulement oscille entre 200 et 250 décès.

Cette recrudescence de l'épidémie a récemment déterminé, comme les lecteurs de l'*Union médicale* ont pu le voir, la mise en quarantaine de toutes les provenances de Bombay. Cette mesure du Conseil sanitaire d'Alexandrie est l'objet du mauvais vouloir des autorités britanniques. Elle avait d'ailleurs soulevé l'opposition du délégué anglais et les votes s'étaient divisés de la manière suivante : M. Miéville, délégué d'Angleterre, et cinq fonctionnaires égyptiens, votèrent contre ces mesures, tandis que les délégués de France, d'Allemagne, d'Autriche, d'Italie, de Portugal, de Grèce, de Turquie, de Russie, ainsi qu'un employé égyptien en approuvaient avec raison l'opportunité.

Au reste, l'histoire de l'épidémie actuelle est féconde en épisodes. En arrivant à Portsmouth, un navire contaminé, le *Crocodile*, fut admis en libre pratique au témoignage d'une dépêche de lord Granville à ses agents consulaires d'Egypte. Elle établissait que les règlements sanitaires qui n'avaient pas été appliqués à Port-Saïd ne le furent pas non plus en Angleterre. En était-il ainsi ? On peut en douter. Sur la rade de Portsmouth, le navire a été vraisemblablement désinfecté en même temps que ses passagers étaient l'objet de mesures sanitaires. Ici donc, on aurait fait subir une quarantaine dans un port d'Angleterre à un navire contaminé venant des Indes et pour lequel on aurait exigé la libre pratique dans l'isthme de Suez. Cette supposition, qui est aussi celle du correspondant du journal le *Temps*, confirme une fois de plus que les autorités anglaises persistent dans leur funeste habitude de ne pas appliquer les mesures sanitaires hors des eaux britanniques et préparent ainsi l'introduction du choléra sur le littoral méditerranéen.

En voici une autre preuve : le vapeur *Accomae*, arrivé récemment à Gênes, a dû y subir une quarantaine. Il avait eu à bord 4 cas cholériques, dont 2 décès le surlendemain de son départ du port de Bessein. Ce navire avait fait escale dans les ports anglais de Pointe-de-Galles et d'Aden, dans ceux de Suez et de Port-Saïd. A Gênes seulement les autorités italiennes lui imposèrent une quarantaine.

D'autre part, un navire norwégien *Saint-Olof*, ayant quitté Bessein le 1er avril avec patente nette, a perdu un homme du choléra pendant l'observation de 24 heures qu'il subissait aux sources de Moïse avant d'entrer dans le port de Suez. Il est actuellement en quarantaine de rigueur à Thor.

D'après ces faits, on ne saurait avoir aucune certitude sur l'état sanitaire des provenances des Indes puisque les navires quittent le port de Bessein, et les autres points du littoral ont des patentes où l'état sanitaire est indiqué comme satisfaisant. Il est donc établi que les autorités anglaises des Indes délivrent de telles patentes et déclarent que le choléra n'est pas épidémique à Calcutta et dans la contrée. De plus, la durée de la traversée n'est pas une garantie contre l'importation du fléau, pas plus que l'abaissement du chiffre obituaire dans les statistiques cholériques des Indes. On en trouve la preuve dans cette circonstance que la mortalité cholérique était très faible à Bombay, dans la semaine qui a précédé le départ du *Crocodile* et dans l'épidémie qui éclata cependant à bord de ce navire.

© BIU Santé

Du moment où une conférence se réunit à Londres pour régler les affaires égyptiennes, il serait désirable, opportun et même urgent qu'une réglementation internationale assurât de nouveau les pouvoirs du conseil sanitaire d'Alexandrie et le respect de ses décisions.

A ce prix seulement, on peut espérer la préservation de l'Egypte et du midi de l'Europe contre la maladie qui les menace. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mai 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Goupil des Pallières annonçant la mort de son père qui faisait partie de l'Académie comme membre correspondant depuis 1834, c'est-à-dire depuis cinquante ans.

2° Des lettres de remerciements de M. le docteur Caradec (de Brest) et de M. Cagny, vétérinaire à Senlis, lauréats de l'Académie.

3° Un ouvrage manuscrit de M. le docteur Manerini intitulé : *Traité théorique et pratique de l'alimentation*, dont l'auteur demande l'examen par l'Académie. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Proust et Lagneau.

4° Une lettre de M. le docteur Berne, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, qui adresse pour le prix Godard un ouvrage en deux volumes intitulé : *Traité de pathologie chirurgicale générale.*

5° Une lettre de M. le docteur Topinard, à l'occasion de la discussion sur les mouvements du cerveau. Cette lettre a pour but de rectifier certaines assertions émises par M. Marc Sée dans la dernière séance et de donner quelques explications sur les résultats des recherches et les opinions de Paul Broca au sujet du poids du cerveau. M. Topinard annonce la publication prochaine d'un travail spécial de lui sur cette question.

6° Une note de M. le docteur Sandras sur un nouvel inhalateur gradué.

— M. Alfred Fournier présente de la part de M. le professeur Spilmann, de la Faculté de Nancy, un ouvrage intitulé : *Manuel du diagnostic médical.*

— M. Jules Guérin : J'ai l'extrême douleur d'annoncer à l'Académie la mort de M. le professeur Bouisson (de Montpellier), décédé à la suite d'une affection d'estomac dont il souffrait depuis longtemps.

Laissant à d'autres le soin d'analyser la longue série des importants travaux de M. Bouisson, je dois me borner à rappeler en peu de mots les grandes qualités qui le distinguaient. Son rare talent d'écrivain, son immense érudition, l'étendue de son esprit, et par dessus tout, la noblesse de son caractère et la sûreté de son cœur, toutes qualités qui ont fait dire de lui qu'il valait encore plus de près que de loin.

Si j'ai demandé la parole en cette douloureuse circonstance, c'est que nul n'avait plus que moi le droit de regretter celui qui fut toujours pour moi l'ami le plus dévoué et le plus fidèle : *nulli flebilior quam mihi.*

— M. Sappey donne lecture de sa réponse au discours prononcé dans la dernière séance par M. Marc Sée. N'ayant donné dans notre compte rendu que les conclusions scientifiques du discours de M. Marc Sée, nous devons nous borner à reproduire les conclusions scientifiques de la réponse de M. Sappey.

(M. Sappey n'ayant pas laissé son manuscrit au secrétariat, il ne nous a pas été possible de reproduire ces conclusions qui ne sont d'ailleurs que la confirmation des propositions émises par lui dans son premier discours.)

— Après le discours de M. Sappey, M. Luys est appelé à la tribune pour la continuation de la discussion sur les mouvements du cerveau.

A ce moment, M. Moutard-Martin demande la clôture de la discussion; cette proposition étant appuyée par plusieurs membres, M. le Président met aux voix la clôture, qui est prononcée après une double épreuve. Mais sur la réclamation de M. Luys, appuyée par M. Larrey, l'Académie revient sur sa décision et accorde la parole à M. Luys. Le savant académicien lit un travail dans lequel il s'attache surtout à répondre aux objec-

©BIU Santé

tions qui lui ont été faites par M. Sappey. Il s'est livré à de nouvelles expériences qui sont contradictoires de celles de M. Sappey et confirmatives des premières expériences de M. Luys.

« J'ai commencé, dit-il, par placer le sujet sur lequel j'opérais en position horizontale dans le décubitus dorsal. Puis, après avoir décollé la peau du front et enlevé les parties molles de l'orbite, je mis à nu, à gauche et à droite, le plafond de l'orbite; je fis sauter la lamelle osseuse de ce plafond, et je mis ainsi à jour les régions orbitaires de chacun des lobes cérébraux correspondants.

« Cela fait, je pratiquai un peu au-dessus de l'arcade sourcilière, de chaque côté, un petit trou du volume d'une allumette, et, par chacun de ces trous, j'enfonçai une mince tige de bois, affrontant ainsi la face inférieure de chaque lobe cérébral et lui servant de plancher, puis, sans faire d'autre délabrement, je fis coucher le sujet sur une échelle, et lui mis la tête en bas, les pieds étant fixés à la partie supérieure de cette échelle. Et alors, les yeux fixés sur la surface orbitaire du cerveau mise à jour et placée en contact avec nos points de repère représentés par mes petites tiges de bois, je vis d'une façon très nette, presque immédiatement, que ces surfaces cérébrales abandonnaient leur contact, et que cet écart pouvait approximativement être évalué à presque un centimètre. Des deux côtés, je constatai le même phénomène.

« Le déplacement du cerveau de bas en haut était donc complet, et je puis dire que la contre-épreuve de ma première expérience, que M. Sappey me reprochait de ne pas avoir faite, a été largement fournie. Je puis donc confirmer devant l'Académie le principe que j'avais annoncé et qu'on a si vivement critiqué, du déplacement normal du cerveau de haut en bas.

« L'expérience inverse fut immédiatement répétée, c'est-à-dire que le même sujet fut replacé en situation verticale, et je constatai encore, aussi nettement que possible, le retour de la masse cérébrale venant de nouveau se mettre en contact avec les petites tiges de bois qu'elle avait momentanément abandonnées.

« Ce sont là des résultats, Messieurs, qui me paraissent aussi certains que les précédents, et j'estime que, si les idées nouvelles que j'ai eu l'honneur de vous exposer n'ont pas eu la puissance d'entraîner d'emblée la conviction de tous ceux qui m'écoutaient, néanmoins elles ont trouvé parmi les travailleurs des échos sympathiques. Non seulement elles ont reçu au sein de cette Académie, dans la personne de M. le professeur Colin (d'Alfort), un appui inattendu, mais encore elles ont rayonné au dehors et suscité ailleurs des vérifications concordantes. Notre collègue, M. le docteur Larrey, ne vous a-t-il pas lu, à la dernière séance, le travail d'un de ses anciens élèves, M. le docteur Gavoy, médecin-major à l'hôpital de Versailles, dont les travaux sur le cerveau sont justement estimés, et qui dépose d'une façon positive en faveur de mes propres recherches! — Les résultats obtenus à l'aide d'un dispositif propre à l'auteur, arrivent à préciser mieux les amplitudes des oscillations du cerveau dans les différentes attitudes de la tête. Je n'insiste pas sur ces considérations qui m'éloignent de mon sujet, et j'arrive immédiatement pour finir à vous exposer mes simples conclusions :

« 1° Oui, il y a un espace libre péri-cérébral à l'état normal entre le cerveau et son enveloppe osseuse; et cet espace libre, rempli par le liquide céphalo-rachidien, qui *existe toujours, quoi qu'on dise, sur le cadavre*, est susceptible de se déplacer suivant les différentes attitudes de la tête. — Les pièces remplies de matière coagulable, que j'ai présentées à la dernière séance, en font foi.

« 2° C'est aux dépens de cet espace libre que le cerveau est amené passivement à se déplacer suivant les différentes attitudes de la tête; car, d'une part, il est d'un volume moindre que la cavité crânienne dans laquelle il est enserré; et, d'autre part, la présence de la membrane séreuse, l'arachnoïde, dont on n'apprécie pas suffisamment la destination physiologique, favorise ces mouvements de glissement dans les différents sens. — L'expérience de M. Sappey, modifiée dans son dispositif, loin de déposer contre l'exactitude de mes recherches, vient au contraire démontrer leur bien fondé. »

Après le discours de M. Luys, M. Colin (d'Alfort) demande à dire quelques mots; mais l'Académie, consultée par M. le Président, vote à l'unanimité moins trois voix la clôture de la discussion; la clôture est prononcée.

— M. Verneuil lit un travail intitulé : *Des épanchements pleuraux consécutifs à l'ablation des tumeurs du sein; étiologie et pathogénie.*

Voici comment M. Verneuil comprend l'enchaînement des faits et la pathogénie de ces pleurésies secondaires :

« Deux femmes sont atteintes simultanément d'un cancer mammaire et d'une névropathie latente. Un trauma opératoire survient. Du foyer traumatique partent deux inci-

© BIU Santé

tations : l'une portant sur le tissu conjonctif de voisinage, l'enflamme, l'autre trouve son écho lointain dans les reins affectés. La maladie urinaire est aussitôt aggravée en raison de cette tendance si fréquente qu'a le traumatisme de stimuler les propathies. La dyscrasie qui en résulte favorise la diffusion de l'inflammation péri-thoracique, son passage rapide à la suppuration, et enfin sa propag tion jusqu'à la plèvre voisine. Cette membrane devient aussitôt le point taré, le *locus minoris resistentiæ*, sur lequel se fixe la tendance hydropisipare de la néphropathie.

« Cette hydropisie peut prendre sur-le-champ le caractère purulent, ou bien rester séreuse et à peine purulente.

« En résumé, la pleurésie secondaire consécutive à l'ablation des tumeurs du sein peut se produire de différentes manières et succéder à diverses causes, mais elle paraît en tout cas nécessiter l'association de plusieurs causes pathogènes.

« C'est pour cela sans doute qu'elle est rare relativement surtout à l'extrême fréquence des inflammations spontanées ou traumatiques de la mamelle et des opérations pratiquées sur cet organe.

« Il en est de même, du reste, pour toutes les complications rares des maladies communes, ces complications ne peuvent se produire qu'à la faveur de causes morbigènes nouvelles. Si donc elles se montrent rarement, c'est que ces causes elles-mêmes sont rares ou que la réunion fortuite de plusieurs d'entre elles est nécessaire pour engendrer l'accident exceptionnel en question.

« Je crois qu'on ferait faire un grand pas à l'étiologie en étudiant la *multiplicité des causes nécessaires*, ou, si l'on préfère, la *nécessité des causes multiples* dans la production des formes, espèces et genres morbides réputés rares. »

M. Larrey pense qu'il importerait, pour la solution de la question si intéressante soulevée par M. Verneuil, de rechercher si les malades n'étaient pas atteintes de pleurésie avant l'opération, où si elles n'avaient pas contracté la maladie par suite de refroidissement, pendant l'opération où elles restent plus ou moins longtemps découvertes.

M. Verneuil répond que pour les cas qu'il a observés, il n'y a pas lieu de faire l'application des remarques de M. Larrey.

— La séance est levée à cinq heures.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 17 au 24 Mai 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1097. — Fièvre typhoïde, 49. — Variole, 1. — Rougeole, 43. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 48. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 67. — Phthisie pulmonaire, 208. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 62. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 49. — Bronchites aiguës, 32. — Pneumonie, 74. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 29; au sein et mixte, 17; — inconnues, 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 99; circulatoire, 66; respiratoire, 86; digestif, 54; génito-urinaire, 18; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulat. et muscles, 7. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 7.

Résumé de la 21e semaine. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la semaine actuelle 1,097 décès au lieu de 1,209 pendant la semaine précédente.

La comparaison des chiffres des deux dernières semaines montre une augmentation peu importante et probablement passagère des décès par fièvre typhoïde (49 décès au lieu de 39).

La Fièvre typhoïde ne peut manquer de diminuer de fréquence à l'approche du mois de juin, pendant lequel elle est toujours à son minimun.

La Rougeole a causé 43 décès au lieu de 48 pendant la semaine précédente, et la diphthérie, 48 décès au lieu de 43. La distribution de ces deux maladies entre les différents quartiers de Paris reste toujours à peu près la même, c'est-à-dire que les quartiers excentriques sont beaucoup plus frappés que ceux du centre de la ville. L'arrondissement de Passy, habité par une population aisée et disséminée sur un très vaste espace avait jusqu'à présent échappé presque complètement à cette règle; cependant cette semaine on remarque 3 décès diphthéritiques dans le quartier de la Muet e et dans le quartier des Bassins. Nous appelons sur ce fait l'attention des médecins des écoles de ce quartier. Ajoutons que plusieurs cas de maladie, non suivis de décès, nous ont été signalés.

Les autres maladies épidémiques continuent à rester rares à Paris : la Variole (1 décès

©BIU Santé

au lieu de 3), la Scarlatine (4 décès au lieu de 3), la Coqueluche (13 décès au lieu de 6) n'ont subi que des variations peu importantes. L'Erysipèle n'a fait que 2 décès, au lieu de 9 ou 10 qui lui sont ordinairement attribués.

Ce qui a surtout contribué à diminuer le nombre des décès pendant la semaine actuelle, c'est la diminution des affections aiguës du poumon; la Pneumonie notamment n'a causé que 74 décès au lieu de 100 décès pendant la semaine précédente. La débilité sénile n'a tué que 24 vieillards aa lieu de 43 pendant la semaine précédente. L'Athrepsie des jeunes enfants continue à rester rare (53 décès au lieu de 62) malgré l'élévation de la température.

Le service de la statistique a reçu notification de 475 mariages et de 1,291 naissances d'enfants vivants (675 garçons et 616 filles) dont 968 légitimes et 323 illégitimes; parmi ces derniers, 54 ont été reconnus immédiatement par l'un de leurs parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Traitement des oreillons. — Laveran.

Dans le cas de douleurs aiguës occasionnées par les oreillons, on prescrit aux adultes des potions opiacées ou morphinées. On n'administre les vomitifs, que quand l'embarras gastrique est tout à fait prononcé. Le malade doit garder la chambre, dès le début des oreillons, et si les testicules deviennent douloureux, le repos au lit est formellement indiqué, en même temps que la diète et les purgatifs. Lorsque l'orchite est établie, on maintient le scrotum relevé sur l'abdomen, on frictionne le testicule avec une pommade mercurielle, et on le couvre d'un cataplasme laudanisé. Si le testicule s'atrophie, il y a lieu de recourir aux frictions avec le baume de Fioravanti ou le liniment térébenthiné, aux vésicatoires volants sur le cordon, aux cautérisations ponctuées, à l'électricité sous forme de courants modérés. — Dans les cas très rares où l'oreillon se termine par suppuration, on ouvre l'abcès en ayant soin de ne pas se laisser tromper par une fausse fluctuation. — Chez l'enfant atteint d'oreillons, il n'est aucune précaution à prendre pour empêcher l'orchite de se développer. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Quissac, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

— Nous apprenons la mort du docteur Lemoyne, d'Elliers (Eure-et-Loir).

— Les journaux anglais annoncent la mort du docteur Angus Smith, chimiste bien connu par ses travaux sur la falsification des vins et la composition de l'air dans les grandes villes.

— M. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, doyen honoraire, ancien député à l'Assemblée nationale, où il siégeait au Centre droit, a succombé dans cette ville à une maladie du foie, à l'âge de 71 ans.

Ecole supérieure de pharmacie. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 1er juin dans les bois de Clamart-Meudon.

Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à 11 heures, pour la station de Clamart.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos, par le docteur Richelot, ancien président de la Société de médecine de Paris, chez G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120. — Prix : 2,50

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Alfred Fournier : Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux. — II. Bibliothèque. — III. Sociétés médicales des départements. — IV. Lettres d'Orient. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton.

Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux (1).

Leçons professées, à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Alfred Fournier.

IV. — A coup sûr, les trois ordres de symptômes que nous venons d'étudier (épilepsie, céphalée, troubles intellectuels et moraux) composent les manifestations initiales les plus habituelles des encéphalopathies hérédo-syphilitiques.

Mais ce ne sont pas là les seuls troubles morbides que l'on puisse observer au début de la maladie. Il en est d'autres qui, soit isolés, soit associés aux précédents, prennent parfois place dans cette période. Ceux-ci me restent à signaler.

I. — Mentionnons d'abord divers *troubles congestifs*, déjà mentionnés incidemment pour la plupart au cours de l'exposé qui précède, à savoir :

Vertiges, étourdissements, sortes de défaillance cérébrale passagère; — troubles visuels (éblouissements, bluettes lumineuses, obnubilations transitoires); — troubles de l'ouïe (bourdonnements, tintements, ou, comme disent les petits malades, « musique, sonneries dans les oreilles »); — quelquefois aussi, ébranlements subits d'équilibre, avec sensation de chute imminente, etc.

Bien que susceptibles de passer souvent inaperçus chez les jeunes sujets en raison même de leur âge, les symptômes de cet ordre se trouvent cependant signalés dans bon nombre d'observations.

II. — En second lieu viennent des *troubles de motilité*, parmi lesquels figurent au premier rang, comme ordre de fréquence, les *paralysies motrices de l'œil*, affectant surtout la troisième paire (nerf moteur oculaire commun) et plus rarement la sixième (nerf moteur oculaire externe)

(1) Suite. — Voir le numéro des 29 avril, 1er, 6, 13, 20 et 25 mai 1884.

FEUILLETON

A Messieurs du Sénat.

Mes bons Messieurs,

Voilà ce jour vingt-cinq ans, tôt écoulés, hélas! que contre certaines sommes bien et dûment comptées en bonnes espèces sonnantes et trébuchantes, à tant pour le bachot d'abord, puis tant pour les seize inscriptions, aussi bien pour les cinq examens et la thèse encore après (toutes sommes versées aux caisses du Trésor), l'Etat m'a gratifié d'un beau morceau de parchemin, sans lequel, m'était-il assuré, je ne pouvais ni saigner, ni purger, ni racommoder d'aucune manière les membres détériorés de mon prochain.

Or, telle était ma vocation; à certains signes n'en pouvais-je douter.

Je payai donc et m'en allai, content, à la recherche d'un lieu propice à l'exercice des petits talents que je me supposais.

Qui de vous, Messieurs, n'a pas été jeune une fois?

Cependant, vous l'avouerai-je, je fus bientôt étonné, ébahi vraiment, partout où j'allais, de rencontrer tant de confrères, où je pensais en trouver le moins. Bons moines par ici et bonnes sœurs par là, pharmaciens et apothicaires, sorciers et rebouteurs, devins et somnambules, et de tout poil et de toute robe, tous m'enseignaient à qui le mieux l'âpreté du combat pour la vie.

©BIU Santé

Chacun sait quel cachet de spécificité comportent ces paralysies oculaires et combien il est commun de les voir figurer au nombre des symptômes constitutifs de la syphilis cérébrale chez l'adulte. Eh bien, elles s'observent également, et avec un degré à peu près identique de fréquence, dans la syphilis cérébrale du jeune âge; et cela tantôt à une époque plus ou moins voisine du début de la maladie, tantôt dans une étape plus avancée.

Détail digne d'intérêt : souvent, très souvent, celles de ces paralysies qui affectent la troisième paire se présentent *dissociées*, partielles, c'est-à-dire n'intéressent que certaines branches de terminaison du nerf, voire une seule quelquefois. Il est commun, par exemple, qu'elles se réduisent soit à un *ptosis* isolé, soit à une simple *mydriase*.

Inutile de dire que, comme chez l'adulte, ces paralysies motrices de l'œil sont le plus habituellement *unilatérales*.

D'autres fois, mais d'une façon infiniment plus rare, on a observé diverses paralysies de siège différent, à savoir : celle de la septième paire (hémiplégie faciale); — ou celle de la cinquième (trijumeau), comme dans un cas précité où il existait une anesthésie de la moitié gauche de la face, etc.

L'*hémiplégie*, soit généralisée, soit partielle, a été rencontrée en quelques cas. Mais elle est rare, très rare même, en tant que symptôme de la première période. Presque toujours elle constitue une manifestation plus ou moins tardive, et souvent un épiphénomène voisin de la terminaison fatale. A cet égard même il existe une différence digne de remarque entre la syphilis cérébrale des jeunes sujets et celle de l'adulte. Chez l'adulte, c'est chose assez commune de voir une hémiplégie, précédée ou non de quelques prodromes, marquer le début d'une encéphalopathie spécifique, tandis que ce même fait est relativement exceptionnel dans le jeune âge.

Je viens de vous décrire les formes initiales de la maladie. Voyons maintenant ce que devient la scène dans une étape plus avancée, alors que l'évolution morbide n'est pas enrayée par le traitement.

Ce qui se produit au delà se résume en ceci, d'une façon générale :

D'une part, persistance des symptômes antérieurs, sous une forme habituellement plus accentuée ; — et, d'autre part, intervention de symptômes nouveaux de plus en plus graves, symptômes de l'ordre de ceux qui traduisent usuellement les grandes affections cérébrales.

Ah! me disais-je déjà, au prix qu'il en coûte, je n'aurais pas cru la carrière si encombrée.

Après mainte hésitation, me voilà pourtant installé. Aussitôt ma tente plantée, vite une sommation de MM. du parquet à montrer patte blanche, je veux dire mon parchemin. Je m'exécute, comme bien vous pensez, avec empressement, me félicitant en moi-même d'avoir par sa police un gouvernement si bien servi.

Puis, aussitôt après, MM. de la gabelle, — mon percepteur s'entend, — m'invitent à payer.

— Quoi?

— La patente, pardine!

— Mais, mon bon monsieur, je ne suis ni éligible ni électeur des tribunaux de commerce, mes créances se prescrivent au bout de l'an, je... Point de mais, je suis patenté.

Je cours chez mon confrère le rebouteur, qui est bien plus occupé que moi :

— Dites-moi, mon ami, payez-vous une patente?

— Jamais! me répondit-il, je n'ai point de parchemin.

M'en revenant, j'entre au couvent :

— Payez-vous patente, ma chère sœur?

— Oh! me répond-elle en baissant les yeux, nous ne payons point d'impôt, monsieur.

Diable! me suis-je dit alors, serais-je dupe? Ceux-ci font sans payer autant et plus que ce que je fais moi-même, et pourtant on m'avait dit... Tant et si bien, que depuis lors j'ai réfléchi, et sur les choses étranges que je voyais tous les jours, et sur la façon

© BIU Santé

En d'autres termes, jusqu'alors restreint à quelques manifestations isolées, le cadre pathologique s'élargit. L'affection prend une allure plus générale ; elle diffuse, elle multiplie ses expressions morbides, et aboutit à un ensemble complexe, à symptômes nombreux et divers.

Elle avait débuté, je suppose, par de simples maux de tête. A ces maux de tête s'ajoutent des troubles congestifs variés. Puis voici venir des crises épileptiques. Puis, c'est l'intelligence qui se prend, s'obscurcit et s'éteint. Puis, apparaissent des troubles sensoriels. Puis, succèdent des troubles moteurs, des convulsions, des paralysies de divers sièges, des accès comateux, etc., etc. De sorte qu'après un certain temps, au lieu d'avoir à relever seulement un ou deux symptômes, le médecin se trouve en présence de toute une série, de tout un groupe de manifestations cérébrales diversement combinées.

De cela vous faut-il un exemple ? Rappelez-vous une des observations que je vous citais précédemment, où l'ensemble morbide se composa de la succession des phénomènes suivants :

Tout d'abord, comme entrée en scène, modifications de caractère et d'humeur, troubles intellectuels, et accès épileptiques ; — plus tard, décadence continue de l'intellect, amnésie et crises épileptiques de plus en plus fréquentes ; — puis embarras de la parole, affaiblissement de la vue, dilatation pupillaire, troubles de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale, accès de céphalée violente, accès de vomissements ; — plus tard encore, troubles de motilité (contractures, secousses, soubresauts dans les membres, faiblesse musculaire, incertitude des mouvements, etc.) ; — strabisme ; — parésie des sphincters ; — parésie des membres inférieurs, devenus incapables de soutenir le corps ; — parésie des membres supérieurs ; — troubles de la déglutition ; — finalement, cécité absolue, idiotie complète, somnolence continue, contractures, convulsions partielles ; — accès hémiplégique, et coma terminal.

Et de même pour nombre d'autres cas semblables que j'aurais à citer.

Toujours, en un mot, l'évolution morbide procède de la sorte : au début, rien autre que quelques phénomènes isolés ; souvent même un seul symptôme, tel que céphalée, épilepsie, dérangement de l'intellect ; — puis, dans une étape plus avancée, intervention de symptômes nouveaux, multiples,

---

surprenante dont les mêmes actes étaient jugés, selon, bien entendu, comme dit le bonhomme, qu'ils étaient par la cour qualifiés blancs ou noirs.

De mes peines le client n'a cure, croyant toujours m'avoir trop payé ; de mes succès nul n'a souci, n'est-ce point mon métier de guérir ! Le contraire serait vraiment beau à voir ! N'ai-je donc point un parchemin ?

De mon confrère le rebouteur je n'entends que louanges ; de revers, nul n'en ouït parler ; de succès merveilleux, tous les échos résonnent. Merveilleux ! c'est bien le mot, car il n'a pas de parchemin.

Combien j'en ai reçu, à mon corps défendant, de ces réquisitions du Parquet et d'ailleurs, m'obligeant à tout quitter, parfois trois jours durant, pour quelque besogne ingrate et répugnante, payée plus tard en monnaie de singe plus encore qu'en monnaie de banque ! Pourquoi ? parce que j'ai un parchemin.

— Et nos bons apôtres, les confrères de la main gauche ?

— Plaisantez-vous ? ils n'ont point de parchemin.

Nous ne sommes pas infaillibles ; qui de nous peut se flatter d'être à l'abri d'une erreur... qu'il faudra réparer avec beaux sacs d'écus que notre dame Thémis nous fera déposer dans les plateaux de sa balance.

Mais que d'écarts, bon Dieu ! dans cette balance suivant que nous aurons ou n'aurons pas de parchemin !

L'un de nous se trompe de fiole, et le client mal avisé s'empresse d'en mourir.

— Avez-vous un parchemin, Monsieur ? Payez-vous une patente, Monsieur ?... Vlan ! Trois mille francs, neuf mille francs, c'est pour rien et cela vous ouvrira l'œil. (Arrêt de la Cour d'appel, Nancy 1874.)

©BIU Santé

variés, qui aboutissent à composer l'ensemble complexe des encéphalopathies les plus graves.

Cela dit d'une façon générale, venons aux détails, et essayons de préciser quels symptômes composent usuellement les phases ultérieures de la maladie.

Ici encore, nombreuses variétés, comme pour la période de début. Tels symptômes qui se présenteront dans un cas feront défaut dans un autre, et réciproquement. L'épilepsie, par exemple, l'une des manifestations les plus communes de la syphilis cérébrale du jeune âge, pourra ne pas figurer dans la scène morbide. Les troubles congestifs, surabondants et très accentués sur tel sujet, pourront n'être que discrets et légers sur tel autre. Les paralysies oculaires existeront ici et manqueront là. L'hémiplégie elle même, symptôme prédominant chez la plupart des malades, ne se produira pas chez celui-ci, ou ne se produira chez celui-là qu'à une étape tout à fait terminale. Et de même pour un grand nombre d'autres manifestations.

Ne vous étonnez pas de cela, Messieurs, car il est des raisons multiples et plausibles à cette grande variabilité des symptômes, à savoir : *siège* variable des lésions; *étendue* variable de ces lésions; *nombre* variable des foyers morbides, etc., etc. A ne parler que du siège, par exemple, ai-je besoin de dire aujourd'hui — alors que l'étude des localisations cérébrales est en pleine faveur — que c'est là par excellence une condition éminemment propre à modifier la nature des déterminations cliniques? Il est patent que la lésion de tel département cérébral éveillera tel symptôme particulier qui fera défaut dans tout autre cas où ce département restera indemne. La qualité du symptôme qui entre en scène est simple affaire de *topographie* de lésions, exactement comme sur un piano le son produit est en relation avec la note touchée. — Donc, susceptible de localisations variées, la syphilis cérébrale héréditaire est susceptible par cela même d'expressions cliniques variées, en harmonie avec le siège de ses lésions.

Toutefois, en dépit d'une certaine diversité de phénomènes, la maladie ne présente pas moins, dans ses phases adultes, une réelle uniformité quant à son allure générale et à ses symptômes principaux. Elle a, si je puis ainsi dire, des symptômes de fonds, simplement variables comme degré

— Et vous, mon révérend père, ce malheur vous est arrivé! Mais vous n'avez pas de parchemin?... Très bien! cent francs d'amende et n'en parlons plus. (Tribunal correctionnel de la Seine, 1883.)

N'êtes-vous pas de mon avis, Messieurs, et ne pensez-vous pas que j'ai fait un vrai marché de dupe? Nul doute n'est possible.

Aussi bien est-ce avec une pleine confiance que je viens aujourd'hui humblement vous prier, faisant droit à ma requête, de vouloir bien m'obtenir la remise de mon argent; me déclarant de mon côté prêt à vous restituer ce parchemin néfaste, qui ne m'a fait jouir jusqu'à ce jour que du peu enviable privilège de payer beaucoup plus d'impôts, d'être sujet à beaucoup plus de charges, et de courir beaucoup plus de risques que si je n'en avais pas.

Veuillez donc agréer, Messieurs, l'assurance de la très grande gratitude d'un pauvre diable de médecin de campagne, bien reconnaissant déjà du bien que vous ne pouvez manquer de lui faire, et qui signe, avec le plus profond respect,

Votre très humble et très obéissant serviteur,

J. Lecerf, d. m. p.

Saint-Julien, 4 mai 1884.

©BIU Santé

ou comme époque d'apparition, qu'on retrouve dans tous les cas. Citons comme tels :

I. En première ligne, les *troubles intellectuels*. Toujours l'intelligence est affectée. Le plus souvent, comme nous l'avons vu, elle est affectée soit d'emblée, soit à courte échéance après les premiers symptômes de début. Puis au delà, elle ne fait plus que décroître progressivement, pour aboutir à une déchéance absolue. Par degrés on assiste à toute une série de symptômes d'idéation affaiblie, languissante et confuse, d'apathie cérébrale, d'indifférence morale et affective, d'engourdissement psychique, d'inconscience, puis d'imbécillité, d'hébétude, d'abrutissement, et, si la mort n'interrompt pas la scène, d'extinction complète des facultés intellectuelles.

II. Les *troubles de motilité* ne sont pas moins constants, sous des formes variables, dans les périodes avancées de l'affection. On constatera : ou bien telle ou telle de ces paralysies oculaires dont il a été déjà fait mention précédemment (strabisme, mydriase, ptosis, etc.); — ou bien des parésies, des paralysies partielles, portant sur une moitié de la face, sur un membre, sur un segment d'un membre, sur la langue, le pharynx, les sphincters, a vessie; — ou bien un singulier état de parésie générale, affectant tous les membres, notamment les membres pelviens qui presque toujours sont les premiers envahis et se dérobent sous le poids du corps; — ou bien surtout l'*hémiplégie*.

L'hémiplégie, soit partielle, soit généralisée, l'hémiplégie soit absolue, soit incomplète plus souvent, voilà le type usuel, voilà, dirai-je, l'aboutissant presque normal de la maladie dans une période avancée. Sans doute il est des cas où elle se fait longuement attendre, où même elle n'apparaît qu'à une phase ultime et voisine de la catastrophe terminale; mais ce n'est là que l'exception. La règle, ou du moins le fait le plus habituel est que l'hémiplégie non seulement prenne place dans la scène morbide, mais y figure dans une étape à peu près moyenne.

III. Troubles intellectuels et troubles moteurs, tel est l'ensemble des symptômes qui constituent, je répète le mot à dessein, le fonds commun de la maladie dans la plupart des cas.

Ajoutez à cela, comme complément assez habituel :

1° Les accidents d'ordre épileptique qui, apparus tôt ou tard, se prolongent d'habitude jusque dans une période avancée, qui même constituent parfois le phénomène ultime de l'affection (les malades succombant alors au cours ou à la suite d'une attaque convulsive);

2° Divers troubles sensoriels, également des plus communs, à savoir : obtusion de la sensibilité générale; — troubles de l'ouïe (bourdonnements, surdité); — amblyopie, cécité terminale, etc.;

3° Quelques incidents passagers, d'observation assez fréquente, tels qu'accès congestifs, aphasie, spasmes musculaires, convulsions partielles, contractures, coma ultime;

Ajoutez, dis-je, ces divers phénomènes à l'ensemble précité, et vous aurez le tableau à peu près complet des symptômes qui constituent les périodes adultes et avancées de la maladie.

Reste le dénouement. Or, lorsque l'affection en est arrivée au point où nous venons de la conduire, lorsqu'elle a déterminé des symptômes d'une aussi haute gravité, se reliant de toute évidence à des désorganisations cérébrales accomplies, elle n'a forcément qu'un mode possible de terminaison : c'est la mort à échéance variable, rapide le plus souvent.

Quelle durée moyenne affecte l'évolution morbide à laquelle nous venons d'assister?

Cela, je ne saurais encore le préciser, faute d'un nombre d'observations

©BIU Santé

suffisant à instituer une statistique. Toutefois, dès à présent, deux points ressortent des faits que nous possédons, à savoir :

1° Que la durée des accidents morbides est éminemment sujette à variétés, et cela d'après des conditions multiples ressortissant au siège et à l'étendue des lésions, à la qualité de ces lésions, à l'âge et à la résistance des malades, etc., sans parler même des influences thérapeutiques;

2° Que la maladie est susceptible de deux types précisément opposés, un type *rapide* et un type *lent*.

D'une part, en effet, il est un certain nombre de cas où les symptômes se succèdent et s'accumulent à brève échéance, où l'on voit, exactement comme dans les méningites, les accidents initiaux être rapidement suivis d'un ensemble de phénomènes graves (convulsions partielles, accès d'épilepsie, troubles intellectuels, délire, agitation, inégalité des pupilles, vomissements, soubresauts et contractures musculaires, affaissement, assoupissement, parésies ou paralysies partielles, etc.). On croirait à l'invasion d'une méningite. Ce sont là de véritables formes *rapides*, précipitées, relativement aiguës, pour lesquelles la dénomination de *formes méningitiques* n'aurait, ce me semble, rien d'excessif ou d'illégitime.

Et, d'autre part, il est des cas où l'évolution affecte une teneur très différente, où les choses, passez-moi le mot, traînent en longueur. Un ou quelques symptômes signalent l'invasion morbide; puis rien autre ne se produit pour un temps plus ou moins long. Plusieurs mois plus tard, seulement, survient un autre symptôme qui donne à l'affection une note plus grave, et celui-ci est encore séparé d'autres phénomènes subséquents par une notable intermission. On dirait la marche lente, contenue, torpide, d'une tumeur cérébrale à progrès insensibles. Exemple un cas que j'ai sous la main, où l'évolution morbide n'a pas duré moins de dix-huit mois, répartis de la façon suivante : trois ou quatre mois exclusivement marqués par des troubles intellectuels, affectifs et moraux; — invasion, à ce moment, de crises épileptiques, d'abord largement espacées; — puis, trois mois plus tard, seulement, entrée en scène de nombreux accidents cérébraux qui se déroulent avec une succession lente, pour n'aboutir qu'en l'espace d'un an à une terminaison fatale.

Par opposition aux formes rapides, qui rappellent l'allure aiguë ou subaiguë des méningites, ces formes lentes et torpides se rapprochent au contraire de l'évolution habituellement chronique des *tumeurs* cérébrales.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

CONTRIBUTION A LA CLIMATOLOGIE MÉDICALE. — DES CLIMATS TEMPÉRÉS ET DES CLIMATS FROIDS, AU POINT DE VUE DE LEUR INFLUENCE PATHOGÉNIQUE, par le docteur Henri CHAUDEBORNE. Bordeaux, 1884.

Notre confrère a su rendre intéressant un sujet déjà souvent traité, en lui donnant une physionomie très scientifique et en y réunissant des détails utiles et peu connus médicalement. Comme il le fait remarquer, dans les milieux où l'homme naît et se développe, « les climats jouent le principal rôle par leur influence directe sur la constitution et les habitudes des groupements humains. Chacun des climats peut se caractériser par l'action prépondérante que prennent dans les manifestations morbides les éléments météorologiques qui le constituent. Ainsi, par exemple, dans les climats polaires, l'élément pathogénique caractéristique est le *froid continu;* dans les tempérés, cet élément réside dans les *variations saisonnières*, et pour les climats chauds, c'est dans la *constance des hautes températures*. » De là, l'incontestable utilité de l'étude des climats pour les médecins.

L'ensemble des phénomènes météorologiques qui exercent leur action sur l'homme dépendant essentiellement de la température, l'auteur, après avoir tenu compte de la

© BIU Santé

part proportionnelle des influences générales et des influences restreintes des localités, et avoir discuté les diverses propositions de classification générale des climats, adopte avec raison la simple division en climats chauds, climats tempérés et climats froids. Dans son travail, il ne s'est occupé que des influences pathogéniques des climats tempérés et des climats froids.

Dans les *climats tempérés*, une question capitale est celle de la relation des maladies avec les saisons. Dans cette étude, notre confrère se garde bien de négliger les conditions topographiques et les conditions individuelles et sociales qui sont si importantes, en particulier au point de vue de l'hygiène, et ce soin permet d'apprécier la pensée éclairée et large dont il s'est inspiré. L'énumération des maladies saisonnières dans les climats tempérés, et les remarques ainsi que les faits qui l'accompagnent, méritent d'être lues. Cet exposé est très pratique.

Les mêmes qualités se retrouvent dans le chapitre consacré aux *climats froids*.

Qu'on me permette ici une courte digression à l'occasion des deux mots *influences climatériques*, qu'on trouve si souvent placés improprement dans les écrits et dans la conversation. Il n'y a aucune affinité, aucun rapport possible, entre le terme de géographie *climat*, dont l'étymologie grecque est Κλίμα, en français *climat*, et l'adjectif *climatérique*, dont l'étymologie est Κλίμαξ, *échelle*, et qui a pour signification exclusive de désigner certains âges ou échelons de la vie, certaines époques sociales : « Les anciens croyaient à l'influence des années climatériques sur la santé, la vie ou la fortune. — Les Etats ont leurs années climatériques aussi bien que les hommes. — L'époque de la puberté est une époque climatérique. » DICTIONNAIRE DE L'ACADÉMIE.

« Il ne faut pas, comme font quelques-uns, faire dériver ce mot (*climatérique*) de *climat*, ni dire *influence climatérique* pour *influence de climat*. » DICTIONNAIRE DE LITTRÉ.

« CLIMACTÈRE, âge de la vie considéré comme époque critique : Κλίμακτήρ, âge critique, proprement *échelon*, de κλίμαξ, échelle. » *Ibid.*

On trouve dans Littré le mot CLIMATORIAL, qui a rapport aux climats. Mais suivant cet auteur, ce mot est un barbarisme : « Il n'y a rien dans *climat* qui puisse amener la terminaison *orial*, mise ici par imitation d'*équatorial*. Si l'on veut former un adjectif, il faut le tirer de CLIMATURE, qui existe (CLIMATURE, influence de climat, ensemble des circonstances qui ont rapport au climat, nature, ensemble d'un climat), et dire *climatural* comme *conjectural* de CONJECTURE. »

Mais si *climatural* et *climatologique* ne suffisent pas, pourquoi n'adopterait-on pas l'adjectif *climatique* — influences climatiques — dont le sens serait si clair et si précis, avec un mot aussi simple que possible ? Je suis étonné que cet adjectif n'ait pas été créé depuis longtemps, et qu'on s'égare si généralement sur *climatérique*, qui appliqué aux notions de géographie ou de météorologie, constitue un contresens ou même un nonsens.

Je reviens au livre M. le docteur Henri Chaudeborne, c'est un travail consciencieusement et savamment étudié, et par conséquent un guide utile. Par son style clair et d'une lecture facile, il se recommande naturellement à l'attention des praticiens.

Dr G. RICHELOT père.

LES ENCHAÎNEMENTS DU MONDE ANIMAL dans les temps géologiques fossiles primaires, par M. Albert GAUDRY, membre de l'Institut. — Paris. F. Savy, 1883. Grand in-8° cartonné de 317 pages.

J'ai rendu compte, dans ce journal, de la première partie de cet important ouvrage, relative aux mammifères tertiaires, en janvier 1878, peu de jours après sa publication. Je suis en retard, bien malgré moi, à l'égard de cette deuxième partie, parue il y aura bientôt une année. Mais il ne s'agit pas ici d'un de ces ouvrages dont le principal mérite est l'actualité et qu'il faut se hâter de regarder, comme les étoiles filantes, pendant qu'ils passent. Avec les livres de M. Gaudry, on peut prendre son temps. Ils dureront.

Ce nouveau volume peut être considéré, méthodiquement, comme le premier de la série, car il s'occupe des fossiles primaires, c'est-à-dire des êtres qui marquent le début de la vie animale sur la planète; et il s'ouvre par un chapitre remarquable où sont magistralement exposés la naissance et les progrès de la paléontologie : « Si l'on réfléchit, dit l'auteur, que cette science date seulement des études de Cuvier et que, par conséquent, elle n'a pas un siècle d'existence, on voit que l'histoire de l'humanité ne présente guère d'exemple de progrès intellectuels accomplis aussi rapidement. »

« La recherche du plan de la création, dit-il encore, voilà le but vers lequel nos efforts peuvent tendre aujourd'hui. » — Les paléontologistes ne sont pas d'accord sur la

©BIU Santé

manière dont ce plan a été réalisé; plusieurs, considérant les nombreuses lacunes qui existent encore dans la série des êtres, croient à l'indépendance des espèces.... D'autres savants, frappés, au contraire, de la rapidité avec laquelle les lacunes diminuent, supposent que la filiation entre les espèces sera un jour démontrée matériellement..... Cette dernière hypothèse est celle que préfère M. Alb. Gaudry. « Malgré les voiles sous lesquels se cache notre science encore tout à fait naissante, il m'a paru intéressant de passer en revue les animaux des diverses époques géologiques en notant les faits qui peuvent commencer à jeter un peu de lumière sur le plan de la création; cette étude fait l'objet de l'ouvrage que je soumets aujourd'hui aux hommes de science. »

Le lecteur sait maintenant, mieux que par ce que je pourrais dire, le but qu'a visé l'auteur. Il ne me reste qu'à lui recommander particulièrement les pages qui résument en quelque sorte les enseignements que renferme le volume touchant « l'inégalité dans l'évolution ». J'aurais voulu les reproduire ici tout entières.

Quant au volume lui-même, il n'a pas besoin de recommandations; c'est un document de premier ordre, qui bientôt sera classique, et qui s'impose dès à présent à tous les hommes de science. Mais je puis dire, au point de vue extérieur, que le volume est fort beau et que, grâce à l'éditeur, M. F. Savy, tout y a été irréprochablement soigné. Les 295 gravures intercalées dans le texte, d'après les dessins de M. Formant, ont été exécutées si exactement que la plupart, sinon toutes, ainsi que le reconnaît M. Gaudry, gagnent à être regardées à la loupe. — M. L.

Le choléra en Egypte en 1883. — *Etude adressée au gouvernement hellénique*, par le docteur Iconomopoulos (du Caire). — 1883, Le Caire, Michel Nomios.

Chargé par le gouvernement grec de faire une étude de l'épidémie cholérique de 1883 en Egypte, notre estimé confrère a eu l'heureuse idée de livrer son rapport à la publicité. M. Iconomopoulos, possède une haute situation médicale au Caire, il a l'expérience des maladies du pays et de plus du choléra dont il a vu déjà quatre épidémies. Son témoignage est donc de haute valeur et son livre mérite lecture de tous ceux qui écriront à l'avenir sur l'étiologie ou l'épidémiologie de cette maladie.

Il est inutile, à coup sûr, de rappeler ici les épisodes du début de la maladie. Les lecteurs de l'*Union médicale* furent, à cette époque, tenus quotidiennement au courant de la marche de l'épidémie. Les renseignements rétrospectifs du rapport actuel confirment ces informations. De plus, ce livre renferme de nombreux détails sur l'épizootie, qui précéda l'invasion cholérique dans le Delta, sur l'hygiène de cette contrée et le développement d'une endémie paludéenne gastro-bilieuse se manifestant alors au moment des basses eaux du Nil.

L'auteur suit l'épidémie depuis Damiette jusqu'au moment où elle disparut. Ici les documents sont précis et abondants. Ils donnent, avec chiffres à l'appui, la marche du choléra se propageant dans tous les sens excepté à l'est, s'arrêtant à la mer Méditerranée au nord et au désert vers le sud, perdant enfin de sa malignité à mesure qu'il se dirigeait vers le désert.

La léthalité a donc été plus élevée dans le Delta que dans la Moyenne et surtout la Haute-Egypte. Damiette surtout a été éprouvée et la mortalité s'y est élevée à un décès sur 16 habitants. Par contre, à Port-Saïd elle n'était que de un décès sur 1380. D'après les documents officiels la mortalité générale aurait été de 56,759 décès, soit en moyenne un décès sur 120 habitants. Mais, d'après M. Iconomopoulos, dont le témoignage possède une légitime valeur, ces chiffres doivent, pour avoir toute leur valeur, être augmentés de 10 à 20 p. 100. En conséquence la mortalité n'aurait pas été inférieure à 70,000 individus. L'armée anglaise a été très éprouvée; à Suez et à Ismaïlia, par exemple, elle perdit 1 homme sur 38 et sur 28.

A cette étude topographique du choléra et auxdétails épisodiques qu'il a su habilement réunir et qui rendent ce livre d'une attrayante lecture, M. Iconomopoulos ajoute des remarques cliniques parmi lesquelles il faut signaler ses observations de thermométrie et d'urologie.

Pendant les prodromes, la température s'abaissait d'un demi-degré au-dessous de la normale, et augmentait de un degré à un degré et demi pendant la période algide. Chaque fois qu'elle descendit à 36,5, les cas étaient mortels. Cependant le docteur Susino a vu des cholériques chez lesquels la colonne thermométrique descendit à 36 seulement. Par contre, pendant le stade de réaction, elle s'élevait à 40 et 42. L'urine marquait en général 1,045 au densimètre. Pendant la période de réaction elle contenait de l'albumine en raison directe de l'intensité et de la durée même de l'agression morbide.

© BIU Santé

Voilà donc un mémoire fort riche en faits cliniques et en considérations étiologiques et pathogéniques. Il montre le réel esprit d'observation de son auteur et honore le corps des médecins grecs qui exercent en Egypte. — Ch. ELOY.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LA HAUTE-VIENNE EN 1883.

Durant l'année 1883, l'activité laborieuse de cette Société ne s'est pas ralentie. Si les communications de ses membres ne sont pas des plus considérables par le nombre, par contre chacune d'elles possède une réelle valeur scientifique.

Elles témoignent donc de la vitalité de cette vaillante association et aussi de l'éclat de l'enseignement à l'École préparatoire de médecine de Limoges. J'ajouterai que l'organe officiel de ce corps savant, le *Journal de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*, est un des mieux rédigés de la province.

Dans les séances de cette Société, l'étude des maladies régnantes tient une large place, et, par l'échange de leurs observations cliniques, les médecins trouvent les éléments toujours précieux d'une mutuelle instruction. Le but qu'ils poursuivent est avant tout pratique, aussi l'hygiène publique est en faveur parmi nos confrères de la Haute-Vienne. Voilà assurément une heureuse tendance à une époque où chacun demande le perfectionnement de nos institutions d'hygiène et en reconnaît l'utilité.

Aussi le président annuel de ce corps savant, un hygiéniste dévoué, M. Ed. Peyrusson, a donné lecture de trois mémoires de réelle actualité sur des questions de médecine prophylactique. L'un ayant pour titre : *De la préservation des maladies contagieuses* expose méthodiquement les mesures prophylactiques en usage dans les diverses villes de l'Europe, mesures de désinfection des maisons, des locaux habités par les malades et des objets contaminés. Ce travail, très encyclopédique, témoigne de l'érudition et des vastes connaissances de son auteur et montre aussi l'insuffisance de l'organisation de la médecine publique en France. L'autre possédait le mérite de soulever une question nouvelle : le *danger de la contagion des maladies infectieuses par l'emploi des vases en faïence rassemblée*. Dans une communication remarquée à l'Académie des sciences, M. Peyrusson avait déjà fait connaître les dangers de l'emploi de ces vases, dont les tressaillures peuvent devenir les véritables foyers des germes parasitaires. Or, les vases en métal ne sont pas plus exempts de ces inconvénients, si redoutables surtout dans les milieux hospitaliers. C'est là un des motifs pour lesquels M. Peyrusson demande leur remplacement par des vases en verre ou en porcelaine. Je ne m'arrêterai pas à une autre communication du même auteur sur la *trichine et les viandes salées d'Amérique*. On est, il me semble, en droit de ne pas partager toutes les appréhensions manifestées à ce sujet. Néanmoins, par l'énergie de cette protestation, cette note est digne de l'attention de ceux qui, dans la question, veulent connaître les divers arguments des parties adverses.

Dans la catégorie des mémoires sur la médecine préventive, il faut aussi placer une humoristique et cependant très instructive lecture de M. GRELLETY (de Vichy) sur l'*hygiène des repas dans les pensions*. C'est un peu la requête des collégiens que le membre correspondant de la Société de médecine de la Haute-Vienne a prise en main en protestant « contre le silence imposé aux pensionnaires de l'un ou l'autre sexe pendant les repas ». Entre autres avantages, cette réforme universitaire « habituerait nos enfants et « nos neveux à savoir manger quand ils se retrouvent dans la famille. Connaissez-vous « un spectacle moins intéressant que celui d'un grand potache qui se rue sur les ali- « ments et fait disparaître le contenu de son assiette avant même qu'on ait eu le temps « de servir ses voisins? » De là cette conclusion du médecin de Vichy : « Il ne sait pas « manger, l'infortuné, on ne lui a appris qu'à déglutir. »

Cette façon toute « souriante » de traiter une grave question d'hygiène n'est pas sans avantages. Elle se fait lire et peut assurer des réformes dans la discipline si peu hygiénique des établissements d'instruction publique. De plus, ajoute l'auteur : « Si quelque haut « personnage du ministère y jette les yeux, il aura un avant-goût de la joie bruyante « qu'il pourrait provoquer partout en mettant fin au silence glacial qui est de mise dans « un couvent, mais non dans un établissement scolaire. »

C'est à un point de vue plus austère que M. Raymondaud a rédigé un remarquable

©BIU Santé

rapport *sur la nécessité d'établir dans les villes des mesures générales de prophylaxie contre les maladies contagieuses*, question mise à l'ordre du jour de la Société de la Haute-Vienne. Les arguments à l'appui de cette thèse justifient une fois de plus l'utilité pour les Sociétés médicales locales de prendre de telles initiatives auprès des pouvoirs publics. Ici donc, on ne saurait trop remercier la Société de l'exemple qu'elle donne.

Dans le domaine de la pathologie chirurgicale, je signalerai une observation sur une variété rare de fracture du cou-de-pied : la *fracture longitudinale oblique de la malléole externe*. Elle a été l'occasion, pour les élèves de l'Ecole de médecine de Limoges, d'une intéressante leçon clinique de M. Raymondaud père, qui, dans une autre communication, a exposé *les causes des déviations de la colonne vertébrale et des différences de volume et de longueur des membres* dans cette affection.

Limoges possède donc, à côté de son Ecole préparatoire si habilement dirigée par M. Astaix, et secondé par un groupe d'habiles professeurs, un centre d'études médicales digne de sa renommée de ville universitaire. Espérons qu'une publicité plus rapide de l'organe officiel de la Société, inaugurée d'ailleurs depuis l'année dernière, fera connaître mieux encore les travaux de ses membres et augmentera conséquemment la notoriété scientifique du corps médical si distingué du département de la Haute-Vienne. — Ch. E.

Lettres d'Orient

Péra, 23 mai 1884.

Les dernières nouvelles de Bédra et de Mendeli s'arrêtent à la date du 5 mai. En voici le résumé :

A Bédra il y a eu, le 1er mai, 5 décès, 7 attaques; le 2, 12 décès, 10 attaques; le 3, 5 décès, 4 attaques; le 4, 6 décès, 5 attaques; le 5, 5 décès, 3 attaques.

Dans ces chiffres, ne sont pas compris les décès parmi les fuyards et aux environs de la ville.

Malgré l'absence de nouvelles des foyers pestiférés, absence due à la difficulté des communications produite par les inondations, un télégramme de Bagdad, en date du 21 mai, a annoncé qu'à part Bédra et Mendeli, le fléau ne s'était pas manifesté ailleurs dans la province.

Actuellement, ces deux localités sont strictement isolées par des cordons militaires, et deux lazarets fonctionnent régulièrement, l'un à Bacouba, débouché de Mendeli, et l'autre à Kout-el-Amara, débouché de Bédra. Ces mesures ont été prises de l'avis du Conseil sanitaire de Constantinople par le gouvernement ottoman.

Voici aussi quelques détails sur la ville de Bédra :

Bédra est située sur le petit fleuve appelé *Gelal-Nahri*, affluent du Tigre, dont l'eau a un goût salé. La ville est entourée par des jardins de palmiers et des champs cultivés. La population est de 3,500 âmes, dont le plus grand nombre a abandonné la ville. La majeure partie des habitants sont des Kurdes, le reste sont des Iranlis et quelques familles arabes. Une partie de la population est assez aisée et s'occupe de la culture de ses champs; mais la grande majorité est pauvre, et a pour profession le transport des voyageurs et des marchandises entre les localités d'Ali-Gharbi, Cheyk-Sayd, Ghribié, Kout-el-Amara et Mendeli. Les logis y sont d'une insalubrité notoire, et ces individus vivent avec leurs bestiaux.

Voici les nouvelles parvenues jusqu'à ce jour; elles sont aussi complètes que possible, en tenant compte des conditions locales de la Mésopotamie et des distances. On voit que ces causes d'insalubrité sont celles auxquelles, avec juste raison, M. Mahé attachait une légitime importance dans l'article Peste du *Dictionnaire encyclopédique*.

Stékoulis.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 mai 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. le vice-amiral Cloué informe l'Académie du prochain départ des bâtiments de la station de Terre-Neuve et appelle l'attention de l'Académie sur les services que les offi-

© BIU Santé

ciers de marine seraient en état de rendre à la science s'ils recevaient des instructions précises pour l'observation des phénomènes météorologiques et magnétiques.

M. A. Bloch adresse, pour le concours de physiologie expérimentale de la fondation Montyon, un travail manuscrit intitulé: *Expériences nouvelles sur la vitesse du courant nerveux sensitif chez l'homme.* Ce mémoire est accompagné d'extraits du *Journal d'anatomie et de physiologie*, publié par MM. Ch. Robin et G. Pouchet.

M. Aug. Charpentier communique une note intitulée: *Nouvelles séries d'expériences sur la perception différentielle des couleurs.*

« J'ai étudié dans des recherches précédentes l'influence de la couleur sur la perception des différences de clarté; prenant pour unité d'intensité lumineuse le minimum perceptible, j'ai pu avoir un terme de comparaison défini entre les couleurs employées, et je suis arrivé à la loi très nette suivante: *La perception des différences de clarté est d'autant plus facile que la réfrangibilité des couleurs est moins forte.*

« Comme j'ai démontré l'existence, dans l'appareil visuel, de plusieurs fonctions distinctes, il y avait lieu de reprendre les expériences précédentes sous un nouveau point de vue et de prendre comme terme de comparaison des couleurs, non plus la sensibilité lumineuse, mais la sensibilité chromatique ou la sensibilité visuelle.

« Toute couleur est perçue de deux façons distinctes, suivant son intensité: comme lumière brute, incolore, quand son intensité est au minimum; comme couleur nettement définie pour une intensité plus élevée et constante pour une même couleur.

« Or, prenons maintenant, comme unité d'intensité des couleurs en expérience, l'intensité nécessaire et suffisante pour permettre une reconnaissance nette de chacune d'elles (ce sera, si l'on veut, l'*intensité chromatique*) et répétons, suivant la même méthode, les recherches exposées dans ma dernière note; nous arrivons au résulat remarquable que voici: *Pour une même intensité chromatique, la perception des différences de clarté est la même pour toutes les couleurs saturées.*

« Nous pouvons encore prendre un troisième terme de comparaison entre nos couleurs en nous adressant à la *sensibilité visuelle*, c'est-à-dire à la faculté de distinguer les foyers lumineux multiples. Nous prendrons dans ce cas pour unité d'intensité de chaque couleur l'intensité nécessaire et suffisante pour distinguer nettement les uns des autres, dans l'obscurité, plusieurs points colorés égaux et voisins. Cela revient à comparer nos couleurs sous une égale acuité visuelle.

« Les expériences précédentes, étant répétées dans ces nouvelles conditions, donnent le résultat général suivant:

« *Pour une égale intensité visuelle, la perception des différences de clarté est la même dans toutes les couleurs.*

« On voit que les deux lois précédentes se distinguent absolument de celle que nous avait donnée la comparaison des couleurs sous une même clarté.

« On voit, de plus, avec quel soin il faut choisir la fonction visuelle à laquelle on doit s'adresser lorsqu'on veut comparer l'intensité de plusieurs lumières. Lorsque, il y a cinq ans (10 février 1879), j'indiquais ici même une première méthode de photométrie hétérochrome par la mesure du minimum perceptible, il s'agissait évidemment de comparer les couleurs d'après leur intensité lumineuse. Or, il est clair, d'après ce qui précède, qu'on aurait des résultats tout à fait différents en s'adressant aux deux autres modes de comparaison possibles, parce qu'en déterminant, soit l'intensité chromatique d'une couleur, soit l'acuité visuelle dans cette couleur (intensité visuelle), on se place sur des bases physiologiques différentes de celles qui servent à l'appréciation de sa clarté.

« Dans l'appréciation de la clarté, la base physiologique varie avec la couleur, et cela dans de très larges limites; dans l'appréciation de l'intensité chromatique ou de l'intensité visuelle, la base physiologique est indépendante de la couleur. La conclusion est évidente : ces derniers modes de comparaison sont préférables au premier pour la photométrie. »

FORMULAIRE

Traitement de l'ongle incarné. — Humbert.

Au début de l'onyxis latéral, on isole l'ongle des parties molles, au moyen de charpie de coton ou d'amadou, qu'on fait pénétrer avec une spatule, jusqu'aux limites de l'ulcération. On touche cette dernière avec la teinture d'iode ou le perchlorure de fer, l'alun ou le tannin. Le pansement est maintenu avec une petite bandelette de diachylon, et re-

©BIU Santé

nouvelé tous les deux ou trois jours. Pendant ce temps, le malade garde le repos. — Lorsque l'onyxis est plus avancé, et réclame une opération, il faut enlever à la fois l'ongle et les parties molles. L'ablation de l'ongle peut être partielle, par le procédé de Follin, ou totale par le procédé de Dupuytren. L'ablation totale rend toute récidive impossible. — N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du docteur Amédée Blondeau, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*, mort dans sa 36e année. L'enterrement aura lieu samedi. L'heure en sera ultérieurement fixée.

MÉDAILLE D'HONNEUR. — M. le docteur Royer, ancien membre du Conseil municipal de Paris, vient de recevoir une médaille d'honneur — médaille d'argent de deuxième classe — pour sa belle conduite lors de la catastrophe qui a eu lieu le 18 mars dernier dans la rue Saint-Denis.

ASSOCIATION GÉNÉRALE. — *Circulaire relative aux syndicats médicaux.* — Dans la vingt-cinquième Assemblée générale de l'Association, tenue à Paris le 20 et le 21 avril 1884, tous les membres du Conseil général et de l'Assemblée ont été d'accord pour prendre en considération le vœu présenté par la Société de la Gironde, de mettre à l'étude la question des rapports à établir entre l'Association et les Syndicats médicaux.

Le Conseil général vient d'adopter un questionnaire uniforme, qu'il adresse aux quatre-vingt-seize Sociétés dont se compose l'Association, en les priant d'y répondre d'une manière absolument précise. Cette enquête est indispensable pour fournir au Conseil la connaissance exacte des opinions du corps médical sur la question des Syndicats, et pour lui permettre de présenter, à la prochaine Assemblée générale, des propositions s'inspirant de l'ensemble de ces opinions.

Le questionnaire est adressé en simple exemplaire à chaque président, et en double exemplaire à chaque secrétaire de Société locale. Un seul exemplaire devra être renvoyé, après avoir été rempli. Un autre devra être conservé dans les archives de la Société locale. Les Sociétés qui auraient besoin de quelques exemplaires en plus peuvent en faire la demande à M. le docteur Martineau, 24, rue Cambon, Paris.

1re *Question.* — Existe-il, dans le rayon de la Société, un ou plusieurs Syndicats médicaux ?

2e *Question.* — Dans l'affirmative, faire connaître le siège de chaque Syndicat et sa circonscription, et indiquer notamment s'il comprend seulement une ou plusieurs communes, ou s'il s'étend soit à tout un arrondissement, soit même à tout un département.

3e *Question.* — Indiquer, pour chaque Syndicat existant, le nombre des membres et dire combien, parmi ces derniers, sont en même temps membres de l'Association générale.

4e *Question.* — Communiquer le texte imprimé des Statuts de chacun des Syndicats existants. Si les Statuts ne sont pas imprimés, prière d'en adresser une copie manuscrite.

5e *Question.* — Faire connaître quel a été, jusqu'à la promulgation de la loi sur les Syndicats, le mode de fonctionnement des Syndicats médicaux existants, et quels ont été les résultats constatés.

6e *Question.* — Faire savoir si les Syndicats existants ont accompli les formalités prescrites par l'art. 4 de la loi pour qu'ils soient régulièrement constitués.

7e *Question.* — Dans le cas où les prescriptions de l'art. 4 auraient été remplies, faire savoir si les Syndicats ont eu occasion de faire officiellement usage des droits conférés par l'art. 6 et de quelle manière.

8e *Question.* — Faire savoir si, jusqu'à ce jour, la Société est restée étrangère aux Syndicats de sa circonscription, ou si elle a établi des rapports avec eux.

9e *Question.* — Dans ce dernier cas, expliquer d'une manière précise et détaillée quelle a été la nature de ces rapports, et quels ont été les résultats constatés.

10e *Question.* — Indiquer, avec la même précision, la nature des rapports que la Société serait désireuse de voir établir, pour l'avenir, entre elle et les Syndicats de sa circonscription.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

BIU Santé

Sommaire

I. Ed. Schwartz : Sur un cas d'anévrysme artério-veineux de la cuisse. — II. Les pigments de l'urine et les moyens de les reconnaître. — III. Revue des Journaux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Bulletin des décès de la Ville de Paris. — VI. Courrier.

Sur un cas d'anévrysme artério-veineux de la cuisse,

Par Ed. Schwartz, chirurgien des hôpitaux.

La question de la cure radicale des anévrysmes artério-veineux des membres a fait un grand progrès le jour où le professeur Verneuil a communiqué à la Société de chirurgie son remarquable rapport sur un mémoire de M. Paul Reclus, intitulé : *Traitement des anévrysmes artério-veineux par la méthode sanglante* (*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, tome IX, p. 264; 1883). Nous y trouvons discutées avec une sagacité et un esprit clinique bien connus les différentes méthodes applicables à la cure des anévrysmes artério-veineux en général, et de celui de la région poplitée en particulier.

Nous avons eu l'occasion, pendant le remplacement que nous avons fait à la Maison municipale de santé, d'observer un anévrysme artério-veineux de l'artère fémorale au niveau du canal de Hunter, qui se présentait dans des conditions particulièrement délicates au point de vue de l'intervention chirurgicale; c'est ce qui nous engage à publier cette observation, en l'accompagnant de quelques réflexions sur les points intéressants qu'elle présente.

M. E. B..., âgé de 18 ans, marié, entre à la Maison municipale de santé, pour une lésion qu'il présente à la cuisse droite, et qui remonte à un an environ.

Le 5 novembre 1882, le malade s'est donné, dans un accès de fièvre chaude, nous dit-on, trois coups de couteau dans la cuisse droite; il y eut immédiatement une très forte hémorrhagie qui fut arrêtée par la compression et le tamponnement. Les jours suivants, il se fit par un des orifices une hémorrhagie secondaire abondante qui fut arrêtée et qui fut suivie de deux autres encore, que l'on combattit aussi avec succès. Le sang, nous dit le blessé, était manifestement rouge. Tout se calma; à partir de ce moment, les plaies se cicatrisèrent; mais, trois semaines après l'accident, on constata au niveau des cicatrices l'existence d'une tumeur pulsatile du volume d'un petit œuf, qui, d'abord stationnaire, se mit ensuite à augmenter de volume.

Le malade fut montré à des chirurgiens qui firent le diagnostic d'anévrysme artério-veineux, l'expansion systolique de la tumeur étant accompagnée d'un thrill se propageant dans les gros vaisseaux de la cuisse et de la jambe.

Nous n'insisterons pas sur les traitements qui furent institués, le blessé ne nous renseignant à ce sujet qu'assez incomplètement; nous nous contenterons de dire qu'on fit pendant un mois des séances de compression sur la fémorale, au niveau du pli de l'aine; l'on comprima aussi la tumeur elle-même, mais sans y insister. M. B... vint alors à Paris et consulta le professeur Verneuil, sur les conseils duquel nous reviendrons bientôt.

C'est alors qu'il entra à la Maison municipale de santé, le 18 août 1883.

Voici ce que nous constatons :

Jeune homme semblant robuste, énergique; présentant à la partie inférieure et interne de la cuisse une tumeur grosse comme une orange, un peu violacée, et montrant à sa surface les cicatrices des plaies qui ont été faites il y aura bientôt un an. La tumeur est manifestement pulsatile à la vue et au toucher; elle a un fort mouvement d'expansion correspondant à la systole cardiaque; la main appliquée sur elle perçoit un frémissement continu assez rude, à renforcement systolique et qui se propage en suivant les vaisseaux crureaux et poplités; le stéthoscope révèle, à l'auscultation, un souffle continu râpeux, à renforcements correspondant à la systole du cœur; le frémissement perçu à la main et le souffle sont maxima au niveau d'un point qui répond à peu près exactement à l'entrée du canal du troisième adducteur. La compression de l'artère

©BIU Santé

fémorale au pli de l'aine supprime tous ces symptômes; dès que l'artère est abandonnée, l'expansion, le thrill et le souffle réapparaissent.

Il n'y a aucune trace d'inflammation autour de la poche, qui est complètement réductible par la pression; c'est en cherchant à constater cette réductibilité que nous remarquons que le malade est pris d'agitation, de cyanose de la face et d'une dyspnée intense, qui cesse dès que nous laissons l'anévrysme revenir à son volume initial.

L'examen de l'artère au-dessus de la tumeur nous montre qu'elle commence à se dilater. Celui du système veineux du membre inférieur nous révèle une dilatation considérable des réseaux veineux superficiel et profond de la jambe, moins de la cuisse; tandis que le mollet droit mesure 38 centim. 05 de circonférence, le mollet gauche n'en compte que 36; il y a donc 2 centim. 05 en faveur du membre malade.

Comme troubles fonctionnels, la tumeur est indolente; elle ne gêne pas les mouvements du membre; néanmoins la jambe droite se fatigue beaucoup quand le blessé marche un peu longtemps; il y éprouve alors comme des fourmillements et une grande pesanteur.

L'état général de M. B... semble très bon; néanmoins il présente une lésion cardiaque évidente sur le début de laquelle il ne peut nous fixer et qui se traduit à l'auscultation par un souffle au deuxième temps, maximum à la base. Il a d'ailleurs eu des accidents cérébraux dépendant probablement de cette lésion et consistant en pertes de connaissance, vertiges, étourdissements. C'est sans doute à cause de cette maladie de cœur que la compression un peu brusque de la poche anévrysmale et l'augmentation de pression qui en est le résultat, donnent lieu aux accidents que nous avons signalés lors de notre premier examen. Nous ne croyons pas qu'on puisse songer à un petit embolus, car les accidents se reproduisent quand on se replace dans les mêmes conditions et disparaissent aussitôt. B... accuse en outre des insomnies très rebelles et des palpitations qui auraient empêché dès les premiers temps l'application de la compression.

Le diagnostic s'imposait d'après tout ce que nous venons de dire.

Il s'agissait bien évidemment d'un anévrysme artério-veineux volumineux, en voie d'accroissement lent, il est vrai, mais non douteux, avec commencement de dilatation artérielle au-dessus de la tumeur, ne donnant lieu à aucun accident actuel, mais gênant pour le malade et non sans danger pour l'avenir.

Quel traitement devions-nous instituer? Certainement si nous avions eu affaire à un sujet de bonne santé générale nous n'aurions pas hésité après avoir employé les méthodes de guérison non sanglantes à proposer à ce jeune homme l'opération si bien discutée par le professeur Verneuil dans son rapport à la Société de chirurgie. Il est certain que celle-ci eût dû être envisagée sous un jour très sérieux, à cause des altérations de l'arbre artériel au-dessus de la poche anévrysmale. Néanmoins l'on était autorisé devant une lésion aussi gênante et chez un sujet jeune et vigoureux à entreprendre une pareille intervention. Mais chez notre malade les choses se présentaient avec une physionomie spéciale. Nous avions affaire à un cardiaque avéré doublé d'un névropathe. Nous avions produit, rien que par la compression et la réduction un peu brusque de la poche anévrysmale, des troubles graves, mais passagers il est vrai, du côté des voies circulatoires et respiratoires; nous avions appris par le malade lui-même les difficultés qu'avait rencontrées même l'application des méthodes simples de guérison de l'anévrysme artério-veineux; toutes ces raisons ne militaient guère en faveur d'une intervention plus sérieuse, dont nous écartait encore la nécessité de donner le chloroforme dans de mauvaises conditions. Tout bien pesé, voici quelle fut notre détermination: employer encore, d'une façon suivie et en surveillant très attentivement notre malade, les méthodes simples qui avaient déjà été mises en usage sans aucun succès et ne nous décider pour l'opération que la main forcée ou sur la demande expresse du jeune homme et de sa famille prévenue du danger de l'intervention sanglante.

Le professeur Verneuil, que le malade était allé consulter, s'était prononcé dans le même sens en rejetant toutefois tout traitement autre que l'opération par la ligature des artères et des veines afférentes et efférentes.

Quoique n'ayant pas grande confiance dans l'emploi des moyens de

©BIU Santé

douceur, nous résolûmes néanmoins de mettre en usage ceux qui n'avaient pas encore été employés, au dire de notre malade.

Le 19 août, première séance de compression digitale sur l'artère fémorale au pli de l'aine, et de compression directe sur la tumeur à l'aide de plaques d'amadou maintenues par une bande élastique. Durée, 45 minutes. Il a été impossible de continuer plus longtemps, le malade se plaignant d'oppression, de palpitations de cœur malgré une dose de 30 gouttes de teinture de digitale qui lui avait été administrée. Les séances de compression directe et indirecte sont répétées les jours suivants et prolongées pendant une heure et demie, deux heures, sans que pour cela nous voyions aucune amélioration. Néanmoins le 25 août, les parois de l'anévrysme semblent plus dures comme si un caillot s'était formé. Mais en somme, nous constatons après 10 jours de ce traitement qu'il n'y a aucun résultat appréciable, et nous convenons d'appliquer le lendemain la bande d'Esmarch et de la glace sur la tumeur.

Le 4 septembre, le membre est enveloppé par la bande élastique en ayant soin de laisser libre le siège de la tumeur qui est remplie modérément, mais dans laquelle ne se manifeste plus aucune pulsation ; comme la bande est peu serrée, on fait comprimer la fémorale par le malade à l'aide d'un levier que lui-même a imaginé, et on lui recommande de continuer la compression après l'ablation de la bande d'Esmarch encore pendant 15 minutes ; on applique sur la tumeur une vessie de glace. La première séance dure 20 minutes ; les jours suivants on en fait de 3, 4, 5 heures, sans que le jeune homme se plaigne et la compression est continuée sur l'artère fémorale une heure et demie après l'enlèvement de la bande élastique et de la glace. Le sixième jour de ce traitement, la tumeur est plus dure et moins volumineuse, le thrill est moins fort, mais n'a pas disparu.

En résumé, l'anévrysme a plutôt diminué de volume, son expansion n'est plus aussi forte ; néanmoins il n'y a aucune apparence de marche vers la guérison. Comme le malade est impatient et se sent amélioré, nous lui conseillons de retourner chez lui, de se munir d'un appareil protecteur et légèrement compresseur en même temps au niveau de la tumeur tout en lui recommandant de venir nous retrouver si les choses ne restent pas en l'état.

Nous croyons en effet, devant l'échec des méthodes non sanglantes, qu'il n'y aura que l'opération qui puisse le débarrasser de sa tumeur anévrysmale. Quoique Reinhold ait publié récemment un cas de guérison d'un vaste anévrysme artério-veineux poplité par la ligature de la fémorale, combinée à la compression directe de la tumeur (Reinhold. *Inaugural dissert. Mesburg,* 1882), les préceptes établis par le professeur Verneuil, nous semblent devoir commander en cas d'urgence, la ligature double des veines et de l'artère combinée à la non incision du sac que nous avions déjà proposée, dans l'article « anévrysme poplité » du Dictionnaire de médecine. (*Dict. de méd. pratique*, t. XXIX, p. 109, 1880.)

Les pigments de l'urine et les moyens de les reconnaître.

Cette étude intéresse autant le médecin que le physiologiste et le chimiste ; malheureusement, on considère comme difficile la détermination de leur nature au lit du malade, quand on ne possède pas l'outillage d'un laboratoire de chimie. C'est donc dans le but de donner la marche à suivre dans cette recherche, et surtout de rendre plus usuel l'emploi de moyens rapides et faciles, que M. Duranty a pris dernièrement ce sujet pour matière d'une de ses leçons, à l'Ecole de médecine de Marseille.

Quels sont, d'après ce distingué professeur, les pigments urinaires dont la connaissance importe au clinicien ? Des pigments normaux, des pigments dérivés, des pigments anormaux et des pigments étrangers.

Les *pigments normaux*, c'est-à-dire l'uriane et l'urianine, correspondent à l'urochrome (Thudicum), l'urophéine (Heller), l'urohématine (Harley) et l'urobiline (Méhu). Cette substance, quelque divers que soit le nom sous lequel on la désigne, provient du sang. Telle est l'opinion de la plupart des observateurs : Schérer, Virchow, Harley. L'hémoglobine, mise en liberté par la destruction des globules, se transforme en bilirubine, substance identique d'ailleurs à l'hématoïdine, et conséquemment éliminée en pigment biliaire et en pigment urinaire.

©BIU Santé

Après cela, on comprend que dans les maladies avec augmentation de l'activité fonctionnelle du foie et de la rate, les urines seront plus riches en urochrome, et conséquemment plus colorées. Par contre, elles deviennent claires par le ralentissement de la nutrition, c'est-à-dire dans les affections où les combustions sont diminuées : la néphrite chronique et le diabète, par exemple.

Comment apprécier les variations de couleur des urines? M. Duranty adopte la division de Vogel en trois groupes. — 1er groupe, *urine jaune :* 1° jaune pâle : 2° jaune clair; 3° jaune; — 2e groupe, *urine rougeâtre :* 1° jaune rougeâtre; 2° jaunâtre rouge; 3° rouge; — 3e groupe, *urine brune :* 1° brunâtre rouge; 2° rougeâtre brun; 3° brun noir.

Pour obtenir des résultats pratiques par la comparaison de l'urine avec les divers degrés de cette échelle de coloration, il faut préalablement la clarifier parfaitement par la filtration et faire usage d'éprouvettes ou de tubes ayant des diamètres égaux et des parois de même épaisseur. Il ne faut pas oublier, enfin, que les colorations peuvent être médicamenteuses et non pathologiques, la sécrétion urinaire étant la voie d'élimination des principes colorants de la rhubarbe, du séné, du semen-contra ou d'autres agents thérapeutiques.

Les *pigments dérivés* sont au nombre de trois : l'uroérythrine, l'uromélanine et l'hémaphéine. Les deux premières sont des produits de l'urochrome; l'uroérythrine, qui emprunte son nom à sa couleur rose, par oxydation de l'urochrome à l'air; l'uromélanine, par la décomposition de cette même substance, au contact d'un acide ou par la fermentation; l'uromélanine est noire, et l'urine en putréfaction emprunterait son odeur aux substances accessoires de ces réactions chimiques, l'uropittine et l'acide omicholique.

Reste l'hémaphéine, substance dont les analogies avec l'urochrome sont telles, que M. Duranty se demande si l'hémaphéine ne serait pas de l'urochrome excrété en plus grande quantité (1)? En tout cas, elle donne à l'urine hémaphéique sa couleur brunâtre à reflets jaune rougeâtre, et la propriété de devenir bleuâtre ou violacée par l'addition de trois fois son volume d'acide chlorhydrique, et rouge hyacinthe ou acajou par son mélange avec l'acide azotique.

Dans l'appréciation de ces urines, il faut éviter de les confondre avec les urines sanglantes. Cette erreur est d'autant plus aisée qu'elles sont parfois albumineuses; la présence des hématies jugera alors de leur nature.

L'hémaphéine étant, d'apres Gubler, le résultat de la transformation incomplète de l'hémoglobine en bilirubine dans le foie; on la rencontrera dans les maladies où la dénutrition globulaire donne lieu à une production excessive d'hémoglobine que le foie est impuissant à transformer en bilirubine, et dans celles où l'activité de cet organe est ralentie. Là, excès de reproduction par déglobulisation exagérée dans les fièvres et certains empoisonnements; ici, obstacle à l'excrétion dans les voies biliaires par insuffisance fonctionnelle du foie, et affections de causes diverses du parenchyme de cet organe.

Pour Gubler, l'hémaphéine est le pigment de l'insuffisance hépatique, et, pour M. Méhu, ces urines méritent le nom d'urines rouges hépatiques.

Sous le nom de *pigments anormaux*, M. Duranty réunit les dérivés des substances protéiques; l'une, l'uroxanthine de Heller, indican de Schunck, indigose de Gubler, est décomposable par les acides en bleu indigo ou uroglaucine et en rouge indigo ou cirrhodine; l'autre, le mélanogène, incolore au moment de l'émission des urines noircit par exposition à l'air.

Les urines bleuies par l'uroglaucine sont des urines en putréfaction. On les reconnaît aux bandes violacées et brillantes qui se forment à la surface du liquide ou sur les parois des éprouvettes. L'action de l'air et de l'ammoniaque détermine donc le changement de couleur de cet indigo, primitivement blanc.

L'uroxanthine s'observe dans les fièvres graves. C'est un pigment accusateur de l'amoindrissement des combustions respiratoires par défaut d'oxygène et arrêt de la transformation des albumines en urée.

Les *pigments étrangers* résultent du passage dans l'urine des matériaux de la bile et du sang. Les urines bilieuses ont une couleur foncée à reflet verdâtre, et empruntent cet aspect à la bilirubine, à la biliprasine, à la biliverdine et à la bilifuscine. De plus, elles moussent facilement. Les urines hématiques possèdent, à la lumière incidente, une teinte rouge foncé et parfois noirâtre, si le sang est abondant; cette coloration est seulement un peu plus foncée qu'à l'état normal, si le sang est en petite quantité.

Par quels procédés de rapide et facile exécution pourra-t-on examiner les urines au point de vue de leur pigmentation? C'est là une question toute pratique dont M. Du-

(1) *Marseille médical* : 1884, 20 avril, p. 219.

©BIU Santé

ranty essaye de donner une solution satisfaisant aux besoins de la clinique. En s'inspirant des travaux de MM. Bouchard, Albert Robin, Roncati, J. Tyson et d'autres observateurs, il recommande le procédé suivant, dont la sensibilité est suffisante pour un essai qualitatif sommaire.

1° On verse dans une éprouvette quelques grammes d'acide sulfurique et ensuite, à la surface du liquide acide, une petite quantité d'urine. La coloration noire obtenue est celle de l'uromélanine, et conséquemment un dérivé de l'urochrome. *Cette urine était donc pigmentée par l'urochrome.*

2° Si, à l'acide sulfurique, on substitue l'acide chlorhydrique fumant, on observe, par l'adjonction d'une trentaine de gouttes d'urine, une coloration rouge devenant violette, puis bleue, par l'apparition successive de l'urrhodine et de l'uroglaucine. *Cette urine contient de l'uroxanthine*, c'est-à-dire un pigment anormal. Si la réaction est lente, il suffira d'ajouter une ou deux gouttes d'acide azotique pour l'activer.

3° La troisième épreuve, plus usitée et plus classique, consiste à remplir d'urine une éprouvette jusqu'aux trois quarts de sa hauteur et à faire couler lentement sur la paroi du verre un filet d'acide azotique nitreux en quantité suffisante pour que le mélange occupe les deux cinquièmes du vase à expérience. On constate alors les zones de coloration suivantes : une *teinte rose de Chine* (Gubler) ou bien *grenat*, suivant que l'urobilérythrine est en proportion normale ou en excès; une *teinte acajou foncé*, s'il existe de l'hémaphéine; une *teinte feuille morte* indiquant, d'après Gubler, un ictère mixte ; enfin, la *zone verte* de Gmelin, au contact des deux liquides. En outre, quand cette zone s'étend et commence à pâlir, on observe des anneaux colorés bleu, violet, rouge, se succédant de bas en haut. Cette réaction fait reconnaître le pigment biliaire.

Ces moyens ne donnent pas de notion sur la *présence du sang dans les urines*. Voici les procédés recommandés par M. Duranty. Ils consistent dans l'examen physique et dans un essai chimique de l'urine.

Pour l'examen physique, on verse dans un verre ou un tube quelques centimètres d'urine, et on interpose cette couche de liquide entre l'œil et une vive lumière de façon à constater, si elle existe, la couleur rouge vermeil du sang. Mais l'urine peut être trop colorée pour conserver sa transparence. Dans ce cas, l'addition de quelques gouttes d'ammoniaque lui donne une couleur rouge-jacinthe.

Le procédé de Heller repose sur la propriété que possèdent les phosphates calcaires de fixer en les précipitant les matières colorantes des liquides auxquels on les ajoute. Dans ce but, on additionne l'urine de quelques gouttes d'une solution saturée de phosphate acide de magnésie; on porte le liquide à l'ébullition et on ajoute quelques gouttes de potasse caustique pour dissoudre le caillot albumineux. Le liquide devient verdâtre par l'action de la potasse sur l'hématine; puis, en continuant l'ébullition, on observe la précipitation de flocons de phosphates dont la teinte rouge vermeil à la lumière transmise et rouge verdâtre à la lumière incidente indique la fixation de l'hématine.

Enfin, M. Duranty emprunte au livre de M. Tyson les deux procédés suivants qui, l'un et l'autre, ont le mérite de la simplicité.

Le premier, imaginé par le docteur Stevenson, consiste à verser deux ou trois gouttes d'urine dans un tube à essai, à ajouter une goutte de teinture de gaïac et à développer la coloration bleue, indicatrice de l'hémoglobine, par l'addition de quelques gouttes d'éther ozonique.

Dans la méthode de M. Mahomed, antérieure à la précédente, on trempe dans l'urine une bande de papier, on la sèche à la flamme de la lampe à alcool, puis à sa surface on verse deux gouttes de teinture alcoolique de gaïac. Après l'évaporation de l'alcool, on fait tomber une goutte d'éther ozonique au centre de la partie colorée par le gaïac. Une teinte bleuâtre apparaîtra en ce point; mais cette réaction n'est pas toujours immédiate; elle demande parfois un quart d'heure. Vingt-quatre ou quarante-huit heures plus tard, cette coloration a disparu; elle n'est donc que passagère.

Voilà des procédés qui n'ont pas, à coup sûr, le mérite de la nouveauté, mais qui ont celui de l'utilité pratique. A l'exemple de M. Duranty, on ne saurait trop les recommander dans la clientèle pour établir un diagnostic douteux, déterminer un pronostic et, au besoin, fixer ou modifier les indications thérapeutiques. Leur simplicité permet de les employer là où les laboratoires de chimie font défaut, et leur rapidité d'éviter toute perte de temps. — C. L. D.

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

Journaux anglais et américains.

De l'infection puerpérale à l'étranger. — La question des maladies puerpérales a récemment donné lieu, à l'étranger, à de nombreuses communications et discussions dont nos lecteurs nous sauront gré de leur rapporter les échos, d'autant plus qu'elles coïncident précisément avec l'apparition en France d'un livre salué par le succès dès son entrée dans le monde, j'ai nommé le *Traité des maladies puerpérales* du nouvel et sympathique académicien le docteur Siredey.

Mais au seuil de cette revue, comment passer sous silence la note gaie qu'on ne s'attendait certes point à rencontrer dans cette affaire? Elle nous est fournie par le journal américain *The medical Record* du 19 janvier 1884, lequel n'aurait rien perdu, ce nous semble, à ne pas insérer les lignes suivantes :

« A l'éditeur du *Medical Record*.

« En vue de conjurer le danger redoutable que fait courir à la femme enceinte l'infection possible du canal génital, et étant donnée la grande difficulté qu'on rencontre à bien appliquer les mesures prophylactiques dont l'opportunité a été si clairement démontrée par les discussions récentes des diverses Sociétés médicales de New-York, je serais heureux de suggérer, par l'organe de votre estimable journal, la proposition suivante: Que l'Académie veuille bien constituer un comité chargé d'examiner s'il n'y a pas lieu d'apprendre aux personnes du «beau sexe» à porter un tampon antiseptique au devant de la vulve, et, au besoin, de *rendre obligatoire le port de ce tampon*, depuis l'apparition de la période cataméniale jusqu'à la ménopause. Ce tampon ne devrait être retiré qu'avec les précautions antiseptiques les plus strictes, ou sous le spray phéniqué.

« Tout à vous dans la science,

« Leth Hill. »

Dans un *post-scriptum* additionnel, « Tout à vous dans la science » ajoute: « Cette suggestion n'est point inspirée par des vues théoriques, car j'ai une patiente (oh oui !) qui est soumise à semblable traitement, et comme elle a échappé à la fièvre puerpérale, je regarde l'admission d'une semblable mesure comme un pas vers le progrès. »

Il est certain que le cours de tampon obligatoire pour les citoyennes de la libre Amérique est une idée sublime, et que ce bourrelet forcé et inamovible qu'on ne retirerait que sous le spray phéniqué, dans le silence de l'alcôve, est un pas vers le progrès, qui s'impose de lui-même à l'attention des législateurs du Conseil fédéral. (*Funy, very funy, indeed!*)

Mais ce n'est pas là le seul fruit des discussions animées, auxquelles a donné lieu la question de la septicémie puerpérale au sein des Sociétés médicales étrangères. Aussi loin que nous voulions et puissions remonter dans cet examen rétrospectif, nous devons d'abord noter le travail du docteur Garrigues, travail long, soigné, enrichi de tableaux et de statistiques compliquées et minutieuses, que l'auteur a lu dans la séance du 21 décembre 1883 de la Société médicale de l'Etat de New-York. Dans ce travail étendu, l'auteur expose l'ensemble des mesures prophylactiques, grâce auxquelles il a pu conjurer le spectre de la septicémie puerpérale dans son service de l'hôpital de la Maternité de Blakwell's Island.

En 1875, le nombre des accouchements s'est élevé à 515, et il y a eu 15 morts, soit 2,67 p. 100. En 1876, sur 536 accouchées, il y a 20 morts, soit 3,76 p. 100. En 1877, le fléau sévit plus sévèrement, et, sur 480 accouchements, 32 malades succombent à la septicémie, soit une moyenne de 6,67. En 1878, 1879, 1880, 1881, 1882 et 1883, la mortalité baisse; toutefois, dans le premier trimestre de 1883, le docteur Garrigues, sur 188 accouchées, n'eut pas moins de 11 cas de mort.

Pendant les deux premiers trimestres de son service, du 1er octobre 1882 à fin mars 1883, sur 192 femmes accouchées, il n'y eut pas moins de 46 malades gravement atteintes, c'est-à-dire environ 1 sur 4. Sur ce nombre, 39 présentaient, l'une ou l'autre, des accidents inflammatoires attribuables à l'infection puerpérale. Ayant quitté le service, il le reprit le 1er octobre 1883 et trouva l'état sanitaire sensiblement le même; 9 malades avaient succombé dans le cours du mois précédent et plusieurs autres étaient encore fort gravement atteintes.

C'est à cette époque que le bichlorure de mercure commença à se faire connaître avantageusement comme un antiseptique précieux, et l'auteur résolut alors de le sou-

©BIU Santé

mettre à une épreuve rigoureuse et complète, et d'appliquer dans tous leurs minutieux détails les méthodes d'antiseptie prophylactique.

L'hôpital fut divisé en deux départements bien séparés, l'un pour les accouchées parfaitement portantes, l'autre pour les accouchées présentant des accidents puerpéraux. La séparation fut complète, les internes et les infirmières, chargés de l'un et de l'autre service, eurent des attributions absolument distinctes. De même pour le matériel. Les femmes ne restèrent pas plus de huit jours dans la salle où elles étaient accouchées, elles étaient alors transportées dans la salle des convalescentes.

Les portes de communication furent condamnées, les moindres rainures furent bouchées. Les cabinets d'aisance furent l'objet d'une minutieuse propreté, et la solution de Van Swieten fut largement usée partout.

Aussitôt qu'une salle était vide, elle était passée au soufre. On brûla 20 livres de fleur de soufre par grande salle, et 10 pour les plus petites. Tout l'ameublement était lavé avec la solution au 1/1000e, les couvertures et les matelas des lits étaient changés. De larges bassins contenant la liqueur de Van Swieten étaient exposés dans la salle, et toutes les ablutions des mains étaient faites avec elle, soit pure soit étendue d'eau chaude. Les malades, au moment du travail, étaient d'abord baignées, puis on leur donnait un lavement et une injection vaginale, celle-ci avec moitié eau, moitié solution mercurielle. En cas de travail difficile, les injections étaient répétées toutes les trois heures. Les soins de propreté les plus minutieux, en un mot, furent appliqués dans toute leur rigueur. La tête de l'enfant, apparaissant à la vulve, était couverte d'un lint imbibé de liqueur mercurielle, et après l'accouchement la vulve était lavée et recouverte soigneusement.

La délivrance était faite par la méthode de Credé. Les injections intra-utérines n'étaient pratiquées que lorsqu'on avait été obligé d'entrer la main ou des instruments dans l'utérus. On ne laissa jamais de fragments de placenta ou de membranes dans l'utérus, et au besoin on jugea plus prudent d'aller introduire toute la main dans la matrice que de laisser la malade exposée soit à l'hémorrhagie, soit à la septicémie du fait de ces rétentions. Le tube de Chamberlain pour les injections intra-utérines fut amélioré. Sa longueur fut fixée à 15 inches, et tandis que le pavillon était élargi, le bout était percé de 8 trous de chaque côté. La grosseur du tube fut diminuée, ce qui a l'avantage de permettre l'introduction à une période beaucoup plus reculée de l'accouchement, quand le col est revenu beaucoup sur lui-même.

Le trou percé à l'extrémité terminale du tube permet au jet de tomber directement sur le fond de l'organe, tandis que les trous latéraux, assez rapprochés pour que le dernier soit en deça de 4 inches de l'extrémité terminale, permettent de pratiquer un lavage absolument complet de la cavité utérine. Le spéculum de Cusco n'était employé qu'autant qu'il n'y avait aucune trace d'inflammation des parties. Celles-ci étaient recouvertes d'une large pièce de lint mercurialisée recouverte elle-même d'une large pièce de mousseline. Par dessus on mettait un tampon d'étoupe, et le tout était maintenu en place par une large pièce de mousseline huilée, aseptique aussi, de 10 inches carrés, et repliée de façon à figurer une sorte de bateau qu'on fixait alors solidement à la pièce qui maintenait le ventre. Ce pansement, fait avec les soins les plus minutieux dignes d'une grande opération, était renouvelé quatre fois par jour après le lavage soigneux des mains de la panseuse. Grâce à ces précautions, les lavages antiseptiques préventifs devinrent inutiles. Personne, sans exception, n'était admis auprès des nouvelles accouchées pendant les huit jours qu'elles passaient dans la « salle de douleurs ».

L'acide phénique est réservé au nettoyage des instruments. Dans quelques 2 ou 3 cas, l'emploi du bichlorure a donné lieu à de légères éruptions sur la peau, mais ces désagréments n'ont point été considérés comme suffisants pour interrompre l'usage de la liqueur mercurielle. Les panseuses se sont plaintes de crevasses.

Or, le résultat de toutes ces précautions est le suivant : depuis la mise en application de toutes ces mesures, du 1er octobre 1883 jusqu'au présent jour (21 décembre 1883), sur 97 accouchées, on n'en a perdu aucune; 6 d'entre elles ont été plus ou moins malades, mais une seule l'a été gravement, c'est une femme éclamptique; les autres cas se composent de 3 métrites et de 2 périmétrites. Chez deux malades seulement, il y a eu une élévation de température, bien que dans le nombre des accouchées il y ait quelques cas de travail laborieux, entre autres deux versions et une crâniotomie.

Les deux facteurs du succès sont l'emploi sévère des précautions antiseptiques et l'emploi du bichlorure de mercure, d'une part, et l'exclusion de l'air, d'autre part.

Tel est le résumé très succinct du long travail avec statistiques à l'appui du docteur Garrigues. Le docteur Murray, dans la discussion qui succède à la communication précédente, dit que, pendant les trois mois qu'il a dirigé le service de Maternity Hospital,

©BIU Santé

sur 97 accouchements, il y a eu 14 morts avant l'application rigoureuse des mesures prophylactiques. A ce moment, la forme de puerpérisme qui régnait fut très analogue à celle qu'on avait constatée il y a dix ans environ à l'hôpital de Bellevue; elle était souvent caractérisée par l'élément diphthéritique. Au contraire, la péritonite puerpérale était relativement rare.

Le docteur Murray s'attache à mettre en relief l'influence de la non habitation des salles pendant longtemps sur le mouvement épidémique.

Le docteur Murray parle de l'insuffisance de l'acide phénique pour combattre la diphthérie puerpérale.

Le docteur Hunter s'élève contre les injections antiseptiques prophylactiques après un travail normal. Dans ces vingt dernières années, il a assisté à plus de 900 accouchements comprenant toutes les variétés possibles de complications, et il n'a eu qu'un seul cas de mort avec symptômes de fièvre puerpérale. Lorsque le docteur Wiley eut communiqué à la Société son travail sur les injections vaginales prophylactiques, il en essaya et n'eut pas à s'en louer. Il n'eut pas moins alors de 6 cas de fièvre puerpérale chez des malades qu'on avait soigneusement soumises aux injections préventives. On sait d'ailleurs qu'en France, comme en Allemagne, on a supprimé les injections antiseptiques préventives. L'auteur américain les trouve nuisibles pour les cinq causes suivantes :

1° La nouvelle accouchée doit être tenue aussi tranquille que possible, et ces injections fréquentes ont le premier inconvénient de s'opposer à cette tranquillité; 2° ces injections exposent toujours la malade au froid et à la douleur; 3° peu de garde-malades savent bien donner ces injections; 4° le courant d'eau, en déplaçant des caillots, peut ouvrir une plaie et par suite une porte à l'auto-infection; 5° il peut détruire des cicatrisations commençantes. De simples soins de propreté suffisent après un travail normal. Les injections antiseptiques sont plutôt nuisibles.

Tel est le travail de l'accoucheur américain, et le résumé de la discussion à laquelle il a donné lieu. Comme on le voit, les résultats auxquels il est arrivé, et qu'il a exposés dans un long travail statistique, coïncident avec les nôtres et sont très conformes à ceux auxquels on est arrivé en France. Dans le prochain article sur ce sujet, nous ferons connaître les autres travaux et discussions, ainsi que certaines intéressantes observations sur ce sujet si généralement à l'ordre du jour : la septicémie puerpérale. — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mai 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Présentations. — Suite de la discussion sur le traitement des fistules sterco-purulentes. — De l'emploi chirurgical d'une nouvelle éponge comme moyen de pansement. — Rapport sur une proposition relative à l'organisation de Congrès annuels de chirurgie en France ; discussion.

M. le Président annonce que MM. Gamgee (de Birmingham), membre correspondant étranger, Azam (de Bordeaux) et Vibert (de Clermont-Ferrand), membres correspondants nationaux, assistent à la séance.

— M. Nicaise présente, au nom d'un chirurgien d'Helsingfors, un mémoire *Sur l'opération d'Estlander*. Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Nicaise.

— M. Verneuil donne à la Société de chirurgie des nouvelles de l'un des membres les plus sympathiques, M. Le Dentu, à qui il a pratiqué, avec le concours de plusieurs de ses collègues, l'opération d'Estlander. Sept à huit centimètres des septième et huitième côtes ont été réséqués; le malade a parfaitement supporté cette opération qui n'a donné lieu à aucun accident; l'état général et le moral de l'opéré sont excellents, et tout permet d'espérer que la guérison ne se fera pas longtemps attendre.

M. le Président remercie M. Verneuil de ce qu'il a bien voulu communiquer à la Société de chirurgie ces nouvelles rassurantes; il le prie de présenter à M. Le Dentu l'expression des sympathies de tous ses collègues, dont il est heureux d'être l'interprète en cette circonstance.

— M. Trélat croit devoir, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, présen-

©BIU Santé

ter quelques remarques au sujet du rapport de M. Nepveu sur l'observation de M. Fontan relative au traitement d'un cas de fistule sterco-purulente.

M. Trélat ne pense pas que le procédé de M. Verneuil doive être considéré comme une méthode de choix pour le traitement de ces fistules, quoi qu'en aient dit MM. Nepveu et Verneuil.

Ce procédé consiste dans l'ouverture large du foyer purulent, le grattage des parois et du fond de la cavité ou la cautérisation, au moyen du thermo-cautère, de toute cette cavité, y compris l'orifice de la fistule intestinale.

M. Trélat ne conteste pas les bons effets de cette opération, mais il croit devoir lui refuser la qualification de méthode de choix qui lui a été donnée. Il s'appuie, pour cela, sur les observations même du rapport de M. Nepveu qui ne lui paraissent pas absolument probantes en faveur de la méthode. Des trois malades opérés par M. Verneuil, un lues, en effet, a fini par guérir, après des péripéties pendant lesquelles la vie a été plusieurs fois compromise. Les deux autres sont morts au bout de quelques mois après l'opération. Quant au malade de M. Fontan, ce n'est que par une interprétation un peu forcée des circonstances de l'observation que l'on a pu la compter à l'actif de la méthode.

M. Trélat estime que dans les cas où des foyers purulents préexistants ont fini par s'ouvrir à l'extérieur et constituent de vastes cavités anfractueuses au fond desquelles s'ouvrent des fistules intestinales à orifices multiples, le chirurgien se trouve en présence de conditions presque insurmontables, du moins pour les ressources de la chirurgie actuelle. Ces cas échappent ordinairement à nos possibilités opératoires.

Dans les cas simples, le procédé de M. Verneuil peut trouver son application, mais il n'est pas le seul, et, dans certains cas, l'entérorrhaphie a donné des résultats supérieurs à ceux consignés dans le rapport de M. Nepveu.

M. Trélat a guéri en quatre jours, par l'entérorrhaphie, un malade chez lequel, à la suite d'une hernie étranglée terminée par gangrène, il s'était produit une fistule stercorale assez large.

Le procédé de M. Verneuil ne peut donc pas être considéré comme une méthode de choix s'appliquant à la généralité des cas, mais seulement à une certaine variété de fistules sterco-purulentes.

M. Verneuil : Je n'ai pas dit autre chose !

M. Gillette rappelle que, dans la discussion ouverte mercredi dernier sur le rapport de M. Nepveu, il avait dit qu'il était difficile de savoir, étant donné un cas de fistule stercorale, si la communication de l'intestin ou des intestins avec la cavité purulente était unique ou multiple. Au cas cité par lui à l'appui de cette proposition, il peut en ajouter un autre relatif à une jeune fille chez laquelle, à la suite d'une périty phlite suppurée, s'était formée dans la fosse iliaque droite une cavité purulente anfractueuse dans laquelle s'ouvrait le cœcum.

M. Gillette fut sur le point d'intervenir, mais, réflexion faite, il préféra s'abstenir. La malade ayant succombé, il trouva à l'autopsie que, non seulement le cœcum communiquait avec la cavité centrale, mais encore qu'il existait deux autres communications de la partie inférieure de l'iléon avec cette même cavité. Evidemment l'opération, dans ce cas, eût été complètement inutile.

Depuis, M. Gillette a eu l'occasion d'observer quatre cas de fistules sterco-purulentes dont deux avec ouvertures multiples de l'intestin. Il conclut que, dans la plupart des cas, l'intervention chirurgicale est illusoire, précisément à cause de la multiplicité des fistules intestinales.

— M. le docteur Gamgee (de Birmingham), membre correspondant, soumet à l'examen de ses collègues des échantillons d'une nouvelle éponge préparée, autant qu'il nous a été possible de le comprendre, avec du coton hydrophile et de la gaze. Cette éponge serait à la fois absorbante et antiseptique, et pourrait servir avantageusement au pansement des plaies, vu la modicité de son prix.

— M. Pozzi, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Verneuil, Trélat, Horteloup et Chauvel, lit un rapport sur une proposition de M. le docteur Demons (de Bordeaux) relative à la création d'un Congrès annuel des chirurgiens français.

M. le rapporteur examine successivement :

1° L'utilité d'une pareille institution ;

2° Le rôle qu'il conviendrait à la Société de chirurgie de prendre dans son organisation.

Sur le premier point, M. Pozzi pense qu'à côté du centre germanique qui fait tant

©BIU Santé

d'efforts pour tout absorber, il existe un grand foyer scientifique formé par la France et les pays de langue française dont les éléments un peu disséminés jusqu'ici seraient facilement réunis et concentrés autour de Paris.

L'existence de ces éléments est démontrée non seulement par les travaux de la Société de chirurgie, mais encore par le nombre et l'intérêt des communications adressées par les correspondants nationaux de cette Société, par l'importance croissante des *Bulletins* des Sociétés savantes des départements ou des pays de langue française; enfin, par le développement de la presse médicale dont les organes se multiplient sans cesse.

Un Congrès serait un stimulant pour les chirurgiens qui ne trouvent pas dans les petites Sociétés locales dont ils font partie, ou dans les comptes rendus des travaux de ces Sociétés, une publicité suffisante; il aurait l'incontestable utilité de mettre au grand jour des travaux souvent recommandables qui restent à peu près perdus pour la science et pour la pratique, enfouis qu'ils sont dans les archives des Sociétés ou dans des recueils peu répandus; de plus, il favoriserait à un haut degré l'échange des idées et l'unification de leur mouvement.

A toute époque, il y a des questions qui demandent une communauté d'efforts et une sorte de direction uniforme dans le mode de recherches; c'est le rôle des Compagnies savantes, Sociétés, Associations, et spécialement des Congrès, de diriger vers un même but ces forces diverses et de les empêcher de s'éparpiller ou de se dévoyer.

L'institution projetée aurait cet immense avantage pour tous les travailleurs isolés actuellement, en mettant chaque année à son ordre du jour les sujets les plus actuels de la chirurgie; qui sait même si de cette communauté d'efforts et de cette unité de direction ne naîtrait pas un grand mouvement qui donnerait à la chirurgie française un caractère plus défini et une influence plus efficace?

D'ailleurs les avantages des Congrès scientifiques ne sont-ils pas démontrés par le succès de l'Association médicale britannique, du Congrès des chirurgiens allemands, enfin de l'Association française pour l'avancement des sciences?

La commission pense donc que la création d'un Congrès de chirurgie française serait éminemment utile et que rien n'existe actuellement qui en diminue l'importance ou l'opportunité.

Sur la deuxième question : du rôle que doit prendre la Société de chirurgie dans l'organisation de cette création nouvelle, M. le rapporteur estime que ce rôle devrait se borner à préparer les voies et moyens; l'œuvre personnelle de la Société de chirurgie serait purement et simplement la transformation de la commission d'examen en une *Commission d'initiative* ou *Comité d'organisation.*

Ce comité aurait pour tâche : 1° de rédiger les statuts et règlements provisoires du futur Congrès; 2° de faire appel, par l'intermédiaire des journaux médicaux et par circulaire spéciale, aux chirurgiens français, c'est-à-dire à tous les chirurgiens de *langue française :* Alsaciens-Lorrains, Suisses, Belges, Canadiens, etc.

Il pourrait aussi adresser des invitations à des chirurgiens étrangers voulant faire leurs communications en français; ces invitations seraient accueillies avec un empressement non douteux par la Hollande, la Suède, la Pologne, la Russie, la Hongrie, la Roumanie, en un mot par tous les pays de l'Europe qui n'ont pas cessé de sympathiser avec la France, et qui n'ont pas oublié sa langue.

3° La commission d'organisation aurait enfin à se préoccuper de la cotisation des membres, de la date fixe des réunions annuelles et du lieu de la première réunion. Ces points devraient être arrêtés dès qu'un nombre d'adhésions suffisant, — nombre qu'elle aurait aussi à déterminer, — permettrait de considérer la réunion du premier Congrès comme assurée.

Dès la première séance du Congrès, le comité faisant fonctions de bureau provisoire provoquerait l'élection d'un bureau définitif. Le Congrès, dès lors, serait régulièrement constitué; du même coup prendrait fin le rôle laborieux autant que modeste de la Société de chirurgie qui seule, de l'avis de la commission, peut entreprendre la réalisation d'une idée réunissant à un haut degré les intérêts de la science et ceux de la patrie.

En résumé, la commission propose :

1° D'accepter en principe le projet d'un Congrès annuel des chirurgiens français, ou de langue française;

2° D'accepter la mission de constituer un comité d'organisation chargé de rédiger des *statuts et règlements provisoires,* de recueillir des adhésions et de présider à l'ouverture du premier Congrès.

3° De transformer la commission d'examen en commission d'organisation par l'adjonction de nouveaux membres.

BIU Santé

4° D'adresser des remercîments à M. le docteur Demons (de Bordeaux), et de déposer honorablement sa lettre aux archives.

La discussion est ouverte sur le rapport de M. Pozzi.

M. Desprès n'est point partisan d'un Congrès des chirurgiens français, encore moins de l'idée de donner à la Société de chirurgie un rôle dans cette création. Il y a, suivant lui, assez de Congrès, et le spectacle qu'ils ont donné jusqu'à présent ne lui semble pas de nature à montrer leur utilité. Ce sont toujours les mêmes hommes qu'on y rencontre, et, à côté de quelques travaux estimables, combien de communications ayant uniquement pour but de mettre au grand jour quelque petit procédé nouveau, un appareil, un bandage, une eau minérale, un produit pharmaceutique! M. Desprès déclare hautement qu'il n'est jamais allé dans un Congrès scientifique et qu'il n'ira jamais!

Est-il nécessaire d'établir un Congrès annuel des chirurgiens sous prétexte de favoriser la publicité de leurs travaux? Mais les chirurgiens n'ont-il pas les livres, la tribune de la Société de chirurgie qui est ouverte à tous, la presse médicale, enfin, qui leur offre une large hospitalité?

M. Desprès ne veut donc pas d'un Congrès des chirurgiens qu'il considère comme absolument inutile, ni du rôle que l'on voudrait donner à la Société de chirurgie dans cette création, estimant qu'elle courrait le risque d'amoindrir sa dignité et la légitime autorité dont elle jouit.

M. Trélat répond qu'il ne s'agit pas d'engager la Société de chirurgie dans une organisation nouvelle ; ce serait une folie ; la commission propose seulement à la Société, dans le cas où elle estimerait qu'il y aurait utilité à réunir un Congrès des chirurgiens français, d'accorder son patronage à cette œuvre, d'en être, en quelque sorte, la marraine, de favoriser l'organisation et la réunion du premier Congrès, puis, après la constitution du bureau définitif, de se retirer, laissant au Congrès lui-même son indépendance complète et son autonomie. Cela étant, la Société de chirurgie ne peut en aucune manière être compromise.

M. Verneuil montre les Congrès scientifiques se créant partout sans devenir nulle part, comme le prétend M. Desprès, des moyens de réclame. Il pense et beaucoup pensent comme lui qu'un Congrès de chirurgie aurait du bon. Si l'on repousse les Congrès sous prétexte que l'on y fait parfois des communications médiocres, il faudrait alors supprimer toutes les Sociétés savantes, à commencer par la Société de chirurgie, car quelle est la Société à laquelle il n'arrive pas de recevoir des communications de ce genre ? Ce serait bien mal reconnaître le témoignage de déférence donné en cette circonstance par les honorables chirurgiens de province à la Société de chirurgie que de leur déclarer qu'elle refuse de se mêler à eux dans la crainte de perdre son prestige et son autorité par une semblable promiscuité.

Si le futur Congrès des chirurgiens venait, comme a l'air de le craindre M. Desprès, à dévier du chemin de l'honorabilité, les membres de la Société de chirurgie, comme d'ailleurs tous les chirurgiens honorables ayant fait adhésion au Congrès, n'auraient qu'à se retirer.

De toutes ses forces, M. Verneuil appuie la création du Congrès annuel des chirurgiens français et conseille de nommer une commission d'organisation.

M. le Président pense que la discussion générale est épuisée ; il met aux voix la première proposition du rapport de la commission, qui est d'accepter en principe la création d'un Congrès annuel des chirurgiens français ; cette proposition est votée à l'unanimité moins une voix, celle de M. Desprès qui seul lève la main à la contre-épreuve.

A cause de l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

A. T.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 24 au 30 Mai 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1029. — Fièvre typhoïde, 26. — Variole, 2. — Rougeole, 32. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 55. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 65. — Phthisie pulmonaire, 213. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 40. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57. — Bronchites aiguës,

©BIU Santé

22. — Pneumonie, 77. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 41; au sein et mixte, 18; — inconnues, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 95; circulatoire, 68; respiratoire, 67; digestif, 42; génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 9; des os, articulat. et muscles, 3. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 2.

Résumé de la 22e semaine. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la semaine actuelle 1,029 décès au lieu de 1,097 qui lui avaient été signalés pendant la semaine précédente.

La comparaison des chiffres de la semaine actuelle et de la semaine précédente fait ressortir une diminution pour la Fièvre typhoïde (26 décès au lieu de 49), diminution qui est de règle à l'approche du mois de juin, une diminution pour la Rougeole (32 décès au lieu de 43) et enfin, une facheuse aggravation pour la Diphthérie (55 décès au lieu de 48), qui semblait depuis quelque temps déjà en voie de diminuer de fréquence.

Nous avons signalé la semaine dernière une épidémie naissante dans le quartier de la Muette qui, jusqu'à ces derniers temps, avait été exempt de cette maladie. Nous avons le regret de constater encore cette semaine 2 décès par diphthérie dans ce quartier, et 1 décès à Auteuil. Nous attirons sur ces faits l'attention des médecins des écoles, car c'est surtout à l'école que les épidémies trouvent une proie facile.

Les autres maladies épidémiques sont restées à l'état stationnaire; la Scarlatine (4 décès dans chacune des deux dernières semaines), la Coqueluche (10 décès au lieu de 13), la Variole (2 décès au lieu de 1) continuent à rester rares à Paris, du moins à en juger par le nombre des décès.

Cependant nous devons signaler certains faits qui pourraient bien faire craindre le retour de ces épidémies : plusieurs médecins du quartier de Grenelle signalent de nombreux cas de Variole dans leur clientèle.

Or cette fièvre n'avait pas depuis fort longtemps fait son apparition dans cet arrondissement.

Le service de Statistique a reçu notification de 377 mariages et de 1,138 naissances d'enfants vivants (571 garçons et 587 filles), dont 836 légitimes et 322 illégitimes; parmi ces derniers, 63 avaient été reconnus immédiatement par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Hôpital du Midi. — Conférences sur les maladies syphilitiques. — Le docteur Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera ces conférences, le dimanche 8 juin, à 9 heures du matin, et les continuera les dimanches suivants.

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République, en date du 25 mai 1884, M. le docteur Lacomme, conseiller général des Hautes-Pyrénées, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Nomination. — M. le docteur Th. Roussel, sénateur, est nommé membre honoraire du Comité des travaux historiques et scientifiques.

Missions scientifiques. — Le ministre de l'instruction publique vient de donner les missions scientifiques suivantes :

M. le docteur Poussié, médecin de la Compagnie des Messageries maritimes, membre de la Société d'anthropologie, est chargé d'une mission dans l'Australie et dans l'Inde, à l'effet d'y entreprendre diverses études d'ethnographie et d'histoire naturelle et d'y recueillir des spécimens scientifiques destinés à l'État.

M. le docteur Gustave Le Bon est chargé d'une mission dans l'Inde, pour y relever, étudier et décrire les principaux monuments architectoniques depuis les époques primitives jusques et y compris la période mongole.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Sur un cas non commun de « tabes » bulbaire primitif et sur les formes qui s'écartent du type décrit par Duchenne (de Boulogne) sous le titre « d'ataxie locomotrice ». — III. Revue des Journaux. — IV. Sociétés médicales des départements. — V. Lettres d'Orient. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Nous devons enregistrer avec regret la démission de M. le professeur Gosselin. Notre éminent maître avait déjà remis à d'autres mains son service d'hôpital, et renoncé à l'enseignement qui a été la passion de toute sa vie. Aujourd'hui, il s'éloigne définitivement de la Faculté et dépose le lourd fardeau des examens.

Séparé de l'amphithéâtre où tant de générations d'élèves ont écouté sa parole magistrale, M. Gosselin restera longtemps encore, nous l'espérons bien, à la tête de la chirurgie française. Il y restera pour recevoir les témoignages de reconnaissance et de respectueuse sympathie des élèves qu'il a formés, de tous ceux qui lui doivent d'avoir été mis dans le droit chemin et de s'être imbus des meilleures traditions à la lumière de son enseignement clinique. Il entendra dire, avant la fin de sa carrière, que, fidèle gardien de notre sagesse nationale, attaché surtout à la science du diagnostic, du pronostic et des indications, partisan des opérations nécessaires et non des opérations possibles, il a cependant accueilli sans chagrin tous les progrès de l'intervention chirurgicale, et n'a rejeté par système aucune innovation. Un de ses titres de gloire sera d'avoir maintes fois applaudi, devant ses disciples, aux découvertes récentes et à la rénovation chirurgicale de ces dernières années.

M. Gosselin nous quitte officiellement, mais le respect et l'affection le retiennent au milieu de nous.

— Nous avons donné jusqu'ici les détails qu'a bien voulu nous envoyer notre éminent correspondant, le docteur Stékoulis, sur l'épidémie de Bédra. Au premier abord, cet autre fléau asiatique nous intéresse moins que le choléra; ses visites nous paraissent moins à craindre, il n'est pas à nos portes comme la maladie chère à nos voisins d'outre-Manche. Celle-ci a eu les honneurs de plusieurs missions scientifiques et de quelques héroïques dévouements; l'autre n'a pas encore réussi à nous effrayer. Et cependant, d'après l'avis que nous en donne le docteur Stékoulis, le danger pourrait bien un jour nous surprendre; dans un avenir assez rapproché, les contrées où sévit la peste seront reliées entre elles par des chemins de fer et autres moyens de rapide locomotion, et l'Europe entière sera menacée. Déjà la Russie a multiplié ses réseaux ferrés; demain, la Perse va communiquer avec la Russie, et Bagdad avec le reste de l'empire ottoman. Ne devrait-on pas envoyer une mission en Mésopotamie, à la recherche du microbe de la peste? Cet organisme inférieur mérite bien qu'on songe à lui. Les recherches entreprises contre le choléra et les doutes qui planent encore sur le bacille-virgule montrent combien il faut de patience et de longueur de temps pour obtenir, en pareille matière, un résultat positif. On pourrait donc commencer dès maintenant, et lancer contre le fléau de Bédra quelques travailleurs décidés à ne pas découvrir trop vite ce qu'ils cherchent, et à nous faire attendre le nouveau microbe assez longtemps pour que M. Rochard lui-même ne puisse le reléguer sommairement à côté des microbes mal venus du béribéri et de la fièvre jaune.

— On a vu, dans notre dernier numéro, que la Société de chirurgie s'est

©BIU Santé

montrée favorable à la création d'un Congrès annuel des chirurgiens français. L'Association médicale britannique, le Congrès des chirurgiens allemands nous ont donné l'exemple; pourquoi ne pas le suivre?

Il y a beaucoup à dire sur les Congrès en général. Quel sera celui qu'on nous propose, et quels fruits portera-t-il? Nous n'en savons rien. Mais s'il doit grouper en nombre imposant des hommes parlant notre langue et nous donner l'occasion de revendiquer hautement la part qui nous revient dans le mouvement scientifique moderne, dût-il ne pas mettre au jour un seul fait nouveau chaque année, nous le trouverions encore utile et digne de la France. — L.-G. R.

Sur un cas non commun de « tabes » bulbaire primitif et sur les formes qui s'écartent du type décrit par Duchenne (de Boulogne) sous le titre d'ataxie locomotrice.

Par le professeur G. Rummo (de Naples) (1).

L'auteur commence par attirer l'attention sur les découvertes nouvelles qui ont modifié l'idée qu'on se faisait, d'après Duchenne (de Boulogne), de l'ataxie locomotrice. Les observations de crises viscérales, de désordres trophiques et vaso-moteurs, de troubles oculaires variés, d'abolition des réflexes tendineux, de vertige de Ménière, de crises laryngées, etc., ont agrandi la symptomatologie de cette affection. Ce qui a encore plus contribué à changer la conception de cette maladie, c'est la découverte de la *forme fruste*, qui peut représenter un stade passager de la maladie et se compléter ensuite, mais aussi peut persister définitivement jusqu'à la mort.

Arrivant au sujet qu'il s'est particulièrement proposé de traiter dans cet article, il s'exprime en ces termes :

Dans certaines observations prédominent les désordres des nerfs encéphaliques, par lésion centrale et périphérique, sous forme d'altérations diverses des sens et du mouvement, d'excitations et de paralysies, telles que les paralysies des muscles moteurs de l'œil et la diplopie, la diminution irrégulière du champ visuel avec des phénomènes de dyschromatopsie caractéristiques, l'induration grise du nerf optique, le signe d'Argyll Robertson caractérisé par l'inégalité des pupilles et la mydriase, mais surtout par l'inertie de la pupille à la stimulation lumineuse et sa mobilité pour l'accommodation. Ces phénomènes peuvent s'accompagner d'anesthésies ou d'hyperesthésies dans le domaine du trijumeau, de désordres dans la zone de la huitième paire sous forme de vertige de Ménière, dans la zone de l'hypoglosse sous forme d'hémiatrophie de la langue, du vague et du spinal sous forme de désordres circulatoires et de crises laryngées, etc.

Le *tabes* dorso-bulbaire est une maladie systématique, en ce sens qu'elle atteint certaines parties déterminées de la moelle, de l'encéphale et des nerfs périphériques, lesquelles constituent un système anatomo-physiologique déterminé, et, selon les cas, la forme clinique se compose de symptômes qui sont l'expression de la localisation affectée. La maladie est toujours une; elle est seulement rendue variable par la mobilité du siège de la lésion.

Mon intention est d'apporter une modeste contribution à l'histoire des crises laryngées qui font souvent partie du groupe des manifestations du *tabes fruste*, en décrivant un cas observé à Naples. Mon diagnostic fut confirmé par Semmola, Capozzi, Vizioli, et Charcot l'a accepté en lisant une minutieuse description de la forme clinique invétérée dans la famille du malade.

Voici cette observation :

« M. X..., âgé de 42 ans, de bonne constitution, commença, en avril 1881, à éprouver une sensation de pression et de chaleur insolite dans la région frontale, sensation qui cédait à l'application de petits morceaux de glace. En même temps, le malade percevait, au passage des aliments à travers l'œsophage et l'estomac, une sensation de brûlure et de constriction. Ces sensations anormales persistaient encore dans l'intervalle des repas, quoique d'une façon inconstante. Elles ont persisté sans subir de modifications notables.

Dans le mois d'octobre 1881, le malade déploya une activité physique et morale inso-

(1) Traduit et analysé de la *Medicina contemporanea* (de Naples). Avril 1884.

BIU Santé

lite et, à la suite d'un grave désordre dans la transpiration cutanée, se manifestèrent chez lui les symptômes d'une affection rhumatismale accompagnés d'une toux légère.

En novembre de la même année apparut la diplopie qui dura environ sept mois, et ensuite disparut.

Au mois d'août 1882, pour la première fois, se manifesta un engourdissement limité à la région innervée par la seconde branche du trijumeau, plus intense à la lèvre supérieure et à la gencive droite. Ces sensations se manifestèrent à la partie interne de la lèvre, à la gencive et à la langue, et le malade commença à éprouver une certaine répugnance pour les aliments, causée par une modification gustative spéciale qui pervertissait leur saveur. Cependant ce désordre permettait au malade de distinguer une sensation gustative d'une autre, spécialement à la partie antérieure de la langue et du palais. En outre, le malade notait une certaine hyperesthésie de la région engourdie qui lui faisait éprouver une sensation de froid en se lavant avec de l'eau tiède dans la saison chaude, et ressentir une certaine douleur si on passait une barbe de plume sur la région affectée.

Au mois d'octobre, ces phénomènes augmentèrent et la langue devint visqueuse et épaisse, de telle sorte qu'il semblait au malade que les aliments étaient recouverts d'un enduit. A ce moment, il fut pris d'une toux insolite par son intensité et par son caractère spécial, quinteux, sibilant, bruyant, semblable à celui de la coqueluche.

Tous ces symptômes augmentèrent jusqu'à la fin du mois d'avril 1883, principalement la toux qui quelquefois se manifestait par accès, et d'autres fois perdait son caractère quinteux et sa sibilance. A ce moment, le malade prenait de l'iodure de potassium, faisait des inhalations de térébenthine ; on lui pratiquait également des injections de pilocarpine.

Pendant l'été, nous notons un arrêt dans tous les symptômes décrits. Il pratiquait alors l'hydrothérapie méthodique dont il obtint de grands avantages.

Avec le retour de l'automne, l'amélioration diminua, et à mesure que venait l'hiver, tous les symptômes augmentèrent. Les désordres sensitifs du trijumeau s'accentuèrent ; les accès de toux devinrent plus intenses ; et pour la première fois le malade ressentit des douleurs intenses, instantanées et comme fulgurantes dans les membres inférieurs.

Au mois de décembre 1883 et de janvier 1884, la toux attira l'attention des personnes qui entouraient le malade. Elle se manifestait quelquefois tous les quatre à cinq jours, et quelquefois au contraire elle se répétait plusieurs fois dans le cours d'une journée. C'étaient de petits accès de toux sèche, bruyante, survenant à intervalles très rapprochés, suivis d'un bruit spécial comme sibilant, produit certainement par le passage de l'air à travers la glotte très resserrée. Il en résultait une sensation de suffocation et une angoisse violente. Les muqueuses et la peau, surtout à la suite de certains accès, prenaient une teinte tout à fait cyanique. Au bout de peu de temps, la sensation de suffocation et l'angoisse cessaient ; la toux devenait moins quinteuse, moins sibilante et suivie de l'émission d'une expectoration muqueuse. En même temps, la cyanose diminuait et disparaissait presque entièrement. A peine le malade ressentait-il une chaleur insolite à laquelle succédait une sueur modérée. Ces crises, que nous pouvons désigner sous la qualification de laryngées, s'accompagnèrent quelquefois de vertige.

Le malade fut obligé de garder le lit, parce que les plus légères variations atmosphériques, un petit courant d'air ramenaient les crises laryngées. On lui administra le bromure de potassium à hautes doses et le sulfate neutre d'atropine d'une façon alternative, et on lui pratiqua des cautérisations ponctuées avec le thermo-cautère Paquelin sur la région postéro-supérieure du cou. Ces agent curatifs eurent un certain succès, car les crises laryngées se manifestèrent d'une façon moins intense et moins fréquente ; les autres phénomènes ne furent pas modifiés.

Etat actuel : La nutrition générale est un peu appauvrie, surtout dans les membres supérieurs et inférieurs, dans lesquels les masses musculaires sont un peu flasques et diminuées de volume. Le visage n'a pas perdu sa coloration habituelle et ses formes arrondies. Nous ne notons aucune altération de forme ni de volume du système osseux.

Organes des sens : L'examen des yeux fait par le professeur Albini a révélé ce qui suit : les yeux sont emmétropes, l'acuité visuelle est inférieure à la normale. Le champ visuel monoculaire et binoculaire est dans de bonnes conditions, tant pour l'extension que pour l'acuité visuelle relative dans les diverses zones de la rétine. Absence de scotomes. La diminution de l'acuité visuelle s'accompagne d'un affaiblissement dans la faculté de distinguer à laquelle des couleurs du spectre doit être rapportée une couleur donnée : ainsi le jaune et le vert sont confondus ensemble. La pupille plutôt dilatée,

©BIU Santé

légèrement irrégulière, réagit mollement sous l'action de la lumière et plus facilement sous l'influence de l'accommodation, et rend facile l'examen de l'intérieur de l'œil. Les milieux dioptriques sont transparents, plus cependant à gauche qu'à droite. La papille présente des deux côtés une excavation peut-être plus marquée que dans les conditions normales. Les veines de la rétine sont très développées ; dans certains points elles affectent un aspect tortueux et variqueux. Les artères au contraire sont plutôt rétrécies et peu fournies de sang. Par une légère pression sur l'œil, les veines deviennent plus turgides, et à certains moments elles présentent des pulsations. Si les mouvements du globe oculaire, de l'iris et des paupières s'exécutent librement, cependant il n'est pas douteux qu'il y a une certaine torpeur, une certaine lenteur, tant dans la contraction que dans le relâchement.

Le malade sent bien les odeurs et reconnaît une petite quantité d'éther ou d'eau de Cologne mêlée à une grande quantité d'eau.

Il ne présente aucun désordre auditif, soit de la part du nerf de l'audition commune, soit de la part du nerf de l'espace.

Quant au goût des aliments, et à leur saveur, ils sont un peu modifiés d'une façon spéciale, parce qu'il existe une sensation de répugnance pour la nourriture.

Sensibilité. — Douleurs fulgurantes dans les membres supérieurs, principalement dans la région cubitale, dans les membres inférieurs, dans le tronc et les arcades dentaires. Dans ces régions, il existe comme un picotement douloureux, un fourmillement, une sensation de feu, etc.

Sensation douloureuse dans la région dorso-lombaire de la colonne vertébrale, qui augmente par la pression et par l'épreuve de l'éponge chaude et froide.

Sensation de pression douloureuse au front. Engourdissement de la lèvre supérieure et de la gencive. Il ne s'aperçoit pas de la présence de petites parcelles d'aliments dans la bouche. Dans tout le territoire du trijumeau, le contact le plus léger donne lieu à une sensation douloureuse. Ce phénomène, à la vérité moins intense, se rencontre également dans les autres régions du corps.

..... Le sens tumique, le sens de la douleur sont plus affaiblis. La sensibilité électro-musculaire est à peu près intacte.

Je n'ai noté aucun retard dans la transmission des sensations provoquées sur tout le corps. Le malade indique avec une grande précision, les yeux bandés, la position de ses membres. Jamais d'erreur de lieu ou d'hétérotopie tactile.

Les réflexes tendineux sont conservés aux poignets, aux coudes, aux genoux, sauf qu'ils sont moins énergiques et moins rapides à gauche qu'à droite. Les réflexes superficiels sont également conservés. Le malade reconnaît bien l'inégalité et la température du sol.

Motilité. — La force musculaire, malgré la légère émaciation, est bien conservée. La coordination des mouvements est parfaite; on n'observe pas le signe de Romberg (oscillation les yeux étant fermés). On ne remarque aucun désordre ni aucune altération dans les muscles innervés par le facial et l'hypoglosse, excepté un léger tremblement dans les muscles de la langue, sans glossoplégie concomitante. Pas de tremblement dans les membres.

La contractilité galvanique et faradique est normale dans les muscles des membres et de la face.

Crises laryngées. — Ordinairement le malade ressent, au début de l'apparition des crises laryngées, un chatouillement au pharynx et au larynx. La crise éclate souvent à la suite d'un excès de paroles, par une stimulation quelconque exercée sur le cou, la poitrine ou l'arrière-gorge par le passage des aliments. D'autres fois elles apparaissent sans cause notable, au milieu d'une phrase commencée, ou même pendant le sommeil. Le malade est pris instantanément d'une toux pénible, à crises se répétant à de très courts intervalles, stridente, suivie d'une inspiration prolongée, bruyante, sibilante comme la reprise de la toux convulsive. Les yeux s'injectent et deviennent saillants, le visage devient cyanosé et les jugulaires turgides. Le malade éprouve une angoisse extrême et craint d'étouffer d'un moment à l'autre. Puis la toux revient, moins quinteuse, suivie d'une expectoration muqueuse; le visage pâlit et une sueur froide couvre le front. Je n'ai jamais noté, pendant les accès, de vertiges, de perte de connaissance, de convulsions ni d'autres phénomènes graves. Les crises se montrent tantôt légères, tantôt graves, tantôt à de longs intervalles, tantôt coup sur coup. Elles sont grandement modifiées par l'usage de l'atropine et du bromure de potassium à la dose de 4 grammes par jour. Quand l'action des deux médicaments est épuisée, les crises reparaissent, mais avec une intensité et une fréquence moindres.

© BIU Santé

Il faut noter que quelquefois il se manifeste de la suffocation sans toux.

Je n'ai remarqué aucune modification des organes de la génération, de la respiration, de l'urination, ni des téguments et de leurs annexes. Par l'examen de l'appareil circulatoire, j'ai observé seulement la fréquence du pouls qui arrivait quelquefois à 110 pulsations à la minute. »

Le syndrome clinique manifesté par ce malade s'éloigne notablement du cadre type créé par Duchenne; et s'il voulait s'en tenir à cette description magistrale, le médecin se trouverait dans l'alternative ou de ne pas se prononcer, ou de le rapporter à un autre type de maladie nerveuse.

Et, pourtant, là n'est pas la vérité. La description classique de Duchenne restera pour les cas où la maladie apparaît dès le début avec tout son éclat. Mais, il faut le reconnaître, à côté du cadre classique viennent se placer beaucoup de formes abortives ou rudimentaires.

Si, chez notre malade, manque l'ataxie locomotrice qui peut faire défaut dans tout le cours de la maladie, nous observons, en revanche, de nombreuses et importantes manifestations, comme la diplopie et autres désordres révélés par l'examen de l'œil, les désordres sensitifs divers sur les branches du trijumeau, les douleurs fulgurantes, les altérations de la sensibilité tactile en divers points du corps, la diminution du réflexe patellaire gauche, la fréquence du pouls, et par dessus tout les crises laryngées, signes suffisants pour se prononcer en connaissance de cause.

Pour ce qui est de ces crises laryngées, si l'on tient compte des lésions qui ont été décrites par Jean, par Dejerine et Landouzy, et de certaines particularités fournies par l'examen de la forme clinique, on peut affirmer qu'il s'agit d'une hyperexcitabilité des noyaux bulbaires du vague et du spinal avec hyperesthésie de la muqueuse du larynx, par suite de laquelle une excitation quelconque, directe ou indirecte, produit une action réflexe considérable.

Un autre point important mérite d'être pris en considération dans l'exposition de cette observation; c'est l'apparition des phénomènes bulbaires avant celle des signes fournis par la moelle, et la prédominance des premiers dans la symptomatologie. En fait, les premiers signes révélateurs de cette grave lésion des centres nerveux furent la diplopie, les désordres variés du trijumeau, du spinal et du vague; les symptômes représentant les lésions de la moelle, comme les douleurs fulgurantes, les altérations de la sensibilité tactile dans le tissu et les membres, la diminution du réflexe patellaire gauche, ne vinrent qu'ensuite et doivent être relégués au second plan.

Comme conclusion du cas que je viens de décrire, je puis affirmer qu'il s'agit d'un *tabes* bulbaire avec lésion prédominante dans les noyaux sensitifs du trijumeau, les noyaux du spinal et du vague, avec lésion consécutive de la zone radiculaire postérieure (cordons de Burdach) de la moelle spinale. Remarquons que la lésion des noyaux bulbaires, soit parce qu'elle est partielle, soit parce que la destruction des cellules nerveuses s'accompagne ordinairement d'une prolifération conjonctive, est suffisante pour faire comprendre que les phénomènes paralytiques s'unissent aux phénomènes d'excitation.

REVUE DES JOURNAUX

De la pathologie du sympathique cervical, par M. Mobius. — C'est en faisant appel à la physiologie qu'on a pu déterminer *a priori* la symptomatologie générale des maladies du sympathique cervical. M. Mobius a donc exposé dès l'abord, dans ce mémoire, un résumé des effets produits dans les lésions expérimentales par section ou irritation des filets de ce nerf. On sait qu'ils consistent dans les phénomènes suivants : 1° *troubles vaso-moteurs :* dilatations vasculaires localisées par la section; rétrécissements par l'irritation; — 2° *troubles oculo-pupillaires :* rétrécissement de la pupille; rétraction du globe de l'œil et resserrement de la fente palpébrale par la section; effets contraires par l'irritation; — 3° *troubles sécrétoires* : sudation de la face; salivation parotidienne et sous-maxillaire par irritation; — 4° *troubles cardiaques* : accélération du cœur par irritation.

L'expérimentation sur les suppliciés a vérifié les faits observés sur les animaux; la séméiologie des états d'excitation ou de paralysie du sympathique en donne la preuve clinique. Toutefois, au lit du malade, il faut distinguer les phénomènes dépendant des lésions directes de ceux, plus nombreux, qui relèvent d'un processus réflexe. Aussi, pour

©BIU Santé

posséder une réelle valeur pathogénique, les lésions directes doivent être limitées à ce cordon nerveux : traumatismes ou tumeurs; or, ces altérations sont rares.

Fréquents, au contraire, sont les troubles réflexes : à preuve ceux dont l'écorce cérébrale est le point de départ et dont les excitations d'ordre psychique sont la cause : émotions, passions, peur, honte, colère, excitations douloureuses provoquant la pâleur du visage ou bien sa congestion, l'hypersécrétion sudorale et la dilatation pupillaire.

Enfin, l'âge du malade est encore une circonstance dont on tiendra compte dans l'appréciation de ces phénomènes. On observe en effet, dans la vieillesse, un état paralytique du sympathique cervical caractérisé par le rétrécissement pupillaire et palpébral, la rétraction du globe oculaire et une diminution de la réaction pupillaire aux excitations sensibles.

Une observation personnelle relative à un malade blessé par un coup de couteau dans la région cervicale droite, et l'analyse des travaux antérieurs, fournissent à M. Mobius les éléments de la deuxième partie de ce mémoire, dans laquelle il examine les signes révélateurs des maladies du sympathique cervical : paralysie ou états d'excitation.

La paralysie est caractérisée par le *rétrécissement de la pupille du côté de la lésion.* A la lumière, la réaction de la pupille rétrécie est lente, faible, tardive même, dans le cas observé par M. Mobius; par contre, la réaction à la convergence n'est pas diminuée. La dilatation pupillaire réflexe, sous l'influence d'une excitation cutanée, fait défaut; et les auteurs sont en désaccord sur les effets que produisent dans ces cas les collyres à l'ésérine et à l'atropine.

11 fois dans 14 cas, d'après M. Mobius, 24 fois sur 25, au témoignage de M. Nicati, on observe un *rétrécissement de la fente palpébrale* par la paralysie du muscle de Muller, dont la fonction est de maintenir la paupière contre le bulbe oculaire. La *rétraction du globe oculaire* est plus rare et ne se manifeste que tardivement. Elle dépendrait du rapetissement du globe oculaire, de l'atrophie de la masse graisseuse de l'orbite et de la paralysie du muscle de Muller. Les troubles de nutrition jouent ici d'ailleurs un rôle plus important que cette paralysie, puisque cette atrophie s'accompagne du ramollissement du globe de l'œil.

Les troubles vaso-moteurs sont parfois peu apparents et se manifestent alors seulement sous l'influence d'excitations thermiques ou émotionnelles. Ce sont les phénomènes variables, suivant chaque malade, suivant les phases de l'affection et peut-être avec d'autres causes inconnues. Ils consistent en rougeur ou pâleur du visage, hyperdrose ou anidrose, élévation ou abaissement de la température locale ou encore *amyotrophie faciale* observée par Seeligmuller, Bernharht, Nicati et Mobius.

Les *modifications cardiaques* signalées par M. Mobius se traduisent par le ralentissement du pouls; elles méritent d'autant plus l'attention, comme le fait remarquer M. Francotte (de Liège), que, jusqu'à présent, on avait admis que le nerf, demeuré sain, suffisait à l'innervation du cœur. A côté de ces phénomènes, il en est d'autres dont la physiologie enregistre l'existence chez les animaux et qui manquent en clinique; telles sont les altérations de la glande thyroïde et les modifications de la sécrétion salivaire.

Voilà donc les symptômes *de la paralysie du sympathique cervical.* Quelle est leur valeur relative et leur marche, d'après M. Mobius? Les uns sont précoces et constants, le rétrécissement pupillaire et la diminution de la fente palpébrale; d'autres précoces et passagers, les paralysies vaso-motrices, les troubles sudoraux et cardiaques; d'autres sont très tardifs, la rétraction et le ramollissement du globe oculaire.

A quel signalement clinique reconnaîtra-t-on les *états d'excitation du sympathique?* C'est d'après les trois observations de Seeligmuller (irritation traumatique du nerf) et un cas d'Eulenburg (compression par une tumeur goitreuse) que M. Mobius essaye d'en donner les caractères : dilatation pupillaire, immobilité pupillaire, élargissement ou rétrécissement de la fente palpébrale, exophthalmie et protrusion du globe de l'œil, pâleur et refroidissement de la moitié de la face correspondant à la lésion, et aplatissement rapide et manifeste. Enfin, dans le cas d'Eulenburg, accélération de l'activité cardiaque.

Quelle valeur diagnostique attribuer à ces symptômes? D'abord tâche aisée, d'ailleurs, ils permettent la différenciation de la paralysie et des excitations du sympathique; de plus, leur constatation attirera opportunément l'attention de l'observateur sur des lésions du sommet du poumon (Seeligmuller), sur le début de la phthisie, sur les tumeurs anévrysmales de l'aorte, les goitres, les abcès, une masse cancéreuse et ganglionnaire du cou, ou bien encore sur la compression exercée par une cicatrice vicieuse. La paralysie de l'innervation du sympathique est parfois encore la première manifestation du diabète et du *tabes.*

Par contre, M. Mobius refuse tout rôle pathogène aux lésions primitives de ce nerf

BIU Santé

dans l'étiologie de la migraine, de la maladie de Basedow, de l'angine de poitrine, de l'amyotrophie progressive et de l'hémiatrophie faciale. (Mobius : *Berliner klinische Wochenschrift*, 1884, nos 15, 16, 17 et 18, et Francotte : *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, mai 1884.) C. L. D.

Sociétés médicales des départements

Les travaux de la Société de médecine de Toulouse pendant le premier trimestre de l'année 1884.

Toulouse était naguère célèbre par son Université, ses Ecoles et son Académie des jeux floraux, la plus ancienne des Académies, peut-être même des Sociétés savantes. Aujourd'hui encore, elle conserve cette prééminence qui fait, de cette studieuse cité, la capitale intellectuelle du midi de la France. Au grand honneur de nos confrères de cette ville et du département dont elle est le chef-lieu, il faut partiellement, du moins, en rendre juste hommage à la savante Société médicale toulousaine et à sa sage organisation.

Tandis que dans d'autres réunions savantes les efforts les plus dignes restent trop souvent stériles, grâce à un règlement bien compris et à une tradition fidèlement respectée, ce corps savant a une vitalité scientifique tout à la gloire de ses premiers fondateurs et à l'honneur de leurs continuateurs contemporains.

Parmi ses coutumes, il en est une qui contribue à entretenir sa puissante vitalité et l'intérêt si grand de ses séances : je veux parler des lectures périodiques, si justement estimées, que chaque membre doit et vient faire à son tour devant ses collègues. C'est l'usage, particulier à cette Société, du tribut académique, — le nom est aussi excellent que l'institution, — tribut dont les sociétaires s'acquittent scrupuleusement et habilement.

Il est vrai que, Toulousains de naissance ou par adoption, tous sacrifient volontiers au culte des lettres, des arts et des sciences, dans cette cité académique du bien dire, du bien écrire et du bien penser.

J'en trouve la preuve en analysant les procès-verbaux du premier trimestre de 1884, pendant lequel M. Armieux, avec la joie d'un bibliophile et la sagesse d'un érudit, a eu la bonne fortune de lire des *pages inédites de Lordat;* et le secrétaire général, au nom d'un pseudonyme, M. Lacrémade, a fait connaître une notice très humoristique *Sur la pharmacopée toulousaine* publiée vers 1600, sur les querelles des marchands d'orviétan entre eux et sur leurs démêlés avec le Parlement.

A côté de ces communications appartenant à la littérature médicale, les procès-verbaux ont consigné des travaux de thérapeutique et de clinique.

Le 11 janvier, M. Terson donnait lecture d'une note intitulée : *Un cas de cécité par chorio-rétinite; guérison rapide. Du meilleur mode d'emploi du mercure en thérapeutique oculaire.* La question n'étant pas nouvelle, le but de notre estimé confrère était surtout de ramener l'attention sur une méthode thérapeutique un peu délaissée : celle des frictions mercurielles qui sont efficaces, comme le cas actuel le prouve, contre les inflammations des membranes profondes de l'œil, sans avoir l'inconvénient de provoquer les troubles gastriques, si fréquents après l'administration du mercure par la voie buccale. De plus, cette méthode possède encore l'avantage de la simplicité sur celle des injections sous-cutanées.

Dans la séance du 21 janvier, M. Fontagnère, dans une note ayant pour objet *trois observations de bubons graves suppurés, rapidement guéris par le chlorure de zinc*, est venu rendre hommage aux pansements antiseptiques. Le même jour, M. Saint-Ange, sous le nom de *Contribution à l'étude de la cécité hystérique*, donnait un exposé analytique et une appréciation critique de cette question d'actualité. Ce mémoire mérite donc d'être consulté par tous ceux qui s'intéressent à la neuropathologie.

Une autre observation remarquable par l'étiologie des accidents qu'elle mentionne est celle dont M. Dazet entretenait la Société de Toulouse le 4 février. Il s'agissait d'une *observation de fistule intestino-vésicale* dont l'origine était une ancienne ulcération dysentérique chronique, ayant envahi et perforé la cloison intestino-vésicale.

Enfin M. Guinier (1er mars), sous le titre de *Contribution à l'histoire médicale de Cauterets*, a retracé les circonstances qui ont fait la prospérité de cette station minérale depuis la la primitive piscine des Pères, les sentiers escarpés de la gorge de Pierrefitte, que parcourait Marguerite de Navarre, jusqu'à la magnifique cité thermale actuelle, l'orgueil

©BIU Santé

des Pyrénées. D'ailleurs, M. Guinier, qui célèbre les nymphes des fontaines auprès desquelles il exerce, sait faire partager son admiration. Aussi la discussion qui a suivi cette lecture peut se résumer ainsi : elle a été le triomphe de Cauterets.

Il me reste à signaler un mémoire de M. Parent sur la *séquestration des aliénés dans la famille* dont la lecture est de réel intérêt au moment des débats législatifs prochains de la loi sur les aliénés et la présentation par M. Labéda d'une pièce histologique provenant d'une tumeur rare par son siège et opérée avec succès par cet habile chirurgien : *Un épithélioma pavimenteux lobulé du voile du palais.*

Par cette première revue trimestrielle des travaux de la Société de médecine de Toulouse, on peut juger de l'activité scientifique de nos confrères du département de la Haute-Garonne.

L'ancien rédacteur en chef de l'*Union médicale* avait su inspirer aux lecteurs du journal la sympathie pour sa ville natale dont il était passionnément épris.

C'était justice. Les pages si bien remplies de la *Revue médicale de Toulouse*, organe officiel de la Société, témoignent de l'opportunité de cette estime. Cette publication, l'aînée des deux journaux de médecine toulousains, possède en effet une florissante adolescence : 1884 est sa dix-huitième année. Sa sœur cadette, le *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse*, entre seulement dans son seizième printemps. Elle n'en possède pas moins cependant l'aimable physionomie d'une robuste fille du pays de la Garonne. Il faut dire que, si la première a pour parrains les membres de la Société de médecine, celle-ci a pour père, c'est-à-dire pour rédacteur en chef, notre savant et honoré confrère, le docteur Labeda. Avec l'appui et la collaboration des professeurs de l'Ecole de médecine de Toulouse ; c'est là un gage de longue prospérité scientifique. — Ch. E.

Lettres d'Orient

La peste de Bédra.

Péra, 27 mai 1884.

Voici la suite des bulletins obituaires de la peste dans chacune des localités contaminées :

Bédra, le 6 mai, 5 décès, 4 attaques; le 7, 6 décès, 15 attaques; le 8, 8 décès, 4 attaques; le 9, 9 décès, 4 attaques; le 10, 13 décès, 6 attaques; le 11, 8 décès, 5 attaques; le 12, 4 décès, 1 attaque; le 13, 9 décès, 2 attaques; le 14, 7 décès; le 15, 8 décès, 2 attaques; le 16, 8 décès, 2 attaques; le 17, 7 décès, 2 attaques; le 18, 5 décès.

Mendeli, le 11, 1 décès; le 12, 2 décès; le 15, 2 décès, 2 attaques.

Zorbadia, le 11, 1 décès, 1 attaque; le 14, 1 attaque; le 16, 2 décès; le 18, 1 décès.

Djergan, le 11, 3 décès ; le 13, 1 décès; le 16, 6 décès, 4 attaques.

D'après les télégrammes reçus à la date du 17 mai, Bédra était désert; des 700 maisons qui forment la ville 580 ont été abandonnées et parmi les 300 habitants restants jusqu'à cette date 118 étaient des pestiférés, qui fournissaient la somme des décès ci-dessus mentionnés. Les autres localités de la province de Bagdad n'ont pas été envahies, du moins jusqu'à présent ; d'autre part, le foyer principal de la maladie, à Bédra, va sans doute bientôt s'éteindre faute d'aliments. Il y a donc lieu d'espérer que le fléau ne tardera pas à disparaître.

Stékoulis

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juin 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre adressée à l'Académie, au nom de Mme Bouisson, annonçant la mort de M. le professeur Bouisson, doyen honoraire de la Faculté de Montpellier, membre associé de l'Académie de médecine de Paris;

2° Des lettres de candidature de MM. les docteurs Budin et Pinard pour la section d'accouchements;

© BIU Santé

3° Une lettre annonçant l'ouverture prochaine d'un Congrès international d'hygiène et de démographie à La Haye, et invitant l'Académie à s'y faire représenter. Le bureau a désigné, à cet effet, M. Proust, secrétaire annuel, qui a bien voulu accepter;

4° Un volume de M. le docteur Bordier, intitulé : *La Géographie médicale*, pour le concours du prix Godard.

M. Dechambre présente, au nom de MM. Lereboullet et Mathias Duval, et en son propre nom, le cinquième et dernier fascicule du *Dictionnaire usuel des sciences médicales*.

M. Gariel présente, au nom de M. Simon, une note sur un perfectionnement de l'irrigateur Eguisié, et met l'instrument sous les yeux de ses collègues.

M. A. Guérin présente, au nom de M. le docteur Sénac, médecin consultant à Vichy, diverses brochures *Sur le diagnostic de la diathèse arthritique* et *Sur le traitement des coliques hépatiques*.

M. Bouley présente, au nom de M. Peuch, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, un travail manuscrit intitulé : *Recherches expérimentales sur l'action des agents désinfectants sur le claveau et sur les effets de l'excision ou de la cautérisation de la fistule claveleuse naissante*. (Comm. déjà nommée.)

M. le docteur Marius Odin, médecin à Saint-Honoré-les-Bains, lit un travail intitulé : *De la solubilité naturelle de l'arséniate de fer dans les eaux minérales naturelles par l'hydrogène sulfuré qu'elles contiennent.*

L'ordre du jour appelle la discussion sur un travail lu dans une des dernières séances par M. Bouley, au nom de MM. Arloing et Chauveau (de Lyon), et intitulé : *De la septicémie gangréneuse.*

M. Trélat dit qu'il y a longtemps que les chirurgiens soupçonnaient la nature microbienne de la gangrène traumatique. MM. Nepveu et Bottini, en 1870, Maurice Raynaud, en 1872; plus tard encore d'autres observateurs, MM. Chauvel, Triffaut, etc., ont attribué la gangrène foudroyante au microbe pastorien.

M. Trélat lui-même, avec M. Grancher, en examinant des membres d'individus amputés pour des gangrènes traumatiques, y a constaté un grand nombre de microbes d'aspect très différent.

Il se demande quel est, parmi tous ces microbes, le véritable agent de la septicémie gangréneuse? Pour le savoir, il aurait fallu que ces microbes, isolés et cultivés, fussent inoculés ensuite aux animaux d'après la méthode de laboratoire enseignée et mise en pratique par M. Pasteur, pour voir quel est celui d'entre eux dont l'inoculation reproduisait la maladie avec ses caractères essentiels.

Or, telle n'a pas été la manière de procéder des auteurs du mémoire lu par M. Bouley. Ces messieurs se contentaient d'affirmer, sans preuve à l'appui, que le microbe de la septicémie gangréneuse est le même que le vibrion septique découvert par M. Pasteur. Ils ont fait des inoculations à des animaux, mais ils ne se sont pas livrés à des cultures en série du microbe supposé être l'agent de la septicémie gangréneuse.

L'observation clinique a montré aux chirurgiens que la maladie décrite sous le nom de gangrène septique des blessés ou des amputés est une affection, à marche foudroyante et suivie de mort, sinon dans tous les cas, du moins dans leur immense majorité.

Or, cette léthalité effroyable n'a pas été constatée dans les expériences de MM. Arloing et Chauveau. Les résultats qu'ils ont obtenus à la suite de leurs inoculations ont été en somme bénins; la lésion produite n'a pas eu le caractère foudroyant que les observateurs, après Salleron, ont observé dans l'espèce humaine; elle a été bornée à une « zone centrale plus ou moins étendue », suivant les expressions de MM. les vétérinaires lyonnais.

Chez les animaux les plus sensibles à l'inoculation septicémique, tels que l'âne et le cheval, les expérimentateurs ont pu inoculer d'énormes quantités de liquide virulent, jusqu'à 35 centimètres cubes de ce liquide, sans déterminer d'accidents graves; ils ont pu faire de larges plaies à ces animaux et arroser ces plaies avec plusieurs centimètres cubes de liquide virulent, sans amener la mort de l'animal.

En présence de pareils résultats, M. Trélat se demande si MM. Arloing et Chauveau ont eu véritablement affaire à la septicémie gangréneuse, et s'ils n'ont pas inoculé, au contraire, le microbe d'une maladie d'espèce différente, plus ou moins voisine de la première. Cette conclusion est d'autant plus naturelle, que l'un des auteurs qui ont les premiers considéré la septicémie gangréneuse comme une maladie microbienne, M. Bottini, pen-

©BIU Santé

sait que le microbe de cette maladie n'était pas le même que celui de la putréfaction ou vibrion septique de M. Pasteur. Elle pourrait également se tirer de ce fait signalé par MM. Arloing et Chauveau, à savoir que la putréfaction, chez les animaux inoculés, faisait périr les vibrions qui leur avaient été transmis. M. Trélat demanderait à être éclairé sur tous ces points restés obscurs dans les expériences de laboratoire des observateurs lyonnais.

Une chose a beaucoup frappé M. Trélat dans la lecture attentive qu'il a faite du travail de MM. Arloing et Chauveau, c'est que le microbe de la gangrène septique, mis au contact d'un grand nombre d'agents antiseptiques, a résisté à l'action de ces substances même les plus énergiques, mais qu'il a suffi d'élever la température ambiante à 36° pour voir leur destruction se produire au contact d'une solution d'acide phénique au 100e.

M. Trélat a compris dès lors pourquoi la septicémie gangréneuse n'est plus observée aujourd'hui dans les hôpitaux de Paris où l'on prend toutes les précautions de la méthode antiseptique, la température normale de l'homme étant précisément celle à laquelle le microbe septicémique est plus facilement détruit par les agents antiseptiques.

Il n'en était pas ainsi au début de la carrière chirurgicale de M. Trélat ; il se rappelle qu'à l'hôpital Saint-Louis, il a vu tous ses amputés succomber rapidement à la gangrène traumatique, quelque soin qu'il prît de varier ses procédés opératoires. Aujourd'hui on n'observe plus à Paris que des cas isolés qui se rencontreront du reste très probablement toujours, parce que les blessés amenés dans les hôpitaux peuvent être considérés comme inoculés d'avance en quelque sorte : tels sont les chiffonniers, les revendeurs, les marchands de vieux os et de débris plus ou moins putréfiés, ou bien des individus ayant été écrasés par des roues de voitures souillées par des matières septiques. On voit souvent, en effet, ces individus être pris de septicémie gangréneuse quelques heures après leur entrée à l'hôpital.

L'amputation immédiate, ou du moins très rapprochée du début des accidents, est le seul moyen capable d'arracher ces malades à la mort.

M. Trélat a réussi par ce moyen à sauver plusieurs malades voués à une mort certaine. Tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord sur ce point, et leur pratique se trouve confirmée par les résultats des expériences de MM. Arloing et Chauveau sur les animaux.

Les expériences de MM. Arloing et Chauveau ont montré que la gravité des accidents dépend de la dose du liquide virulent inoculé; tel animal auquel on a injecté cinq gouttes de liquide meurt, tandis que tel autre auquel on a injecté seulement trois, deux ou une goutte survit en présentant des symptômes de plus en plus bénins.

Pareillement, si l'on injecte des solutions virulentes atténuées, les animaux échappent aux conséquences mortelles de l'inoculation.

On peut expliquer de même par une diminution de la dose du poison septique absorbé, pourquoi, dans certains cas de gangrène septique, les malades résistent et sont sauvés par l'amputation du membre frappé de gangrène.

Quoi qu'il en soit, l'expérience démontre que, dans bon nombre de cas, l'amputation rapidement décidée et pratiquée à temps devient un moyen de salut pour les malades.

M. Trélat s'étonne de voir indiquer au nombre des moyens prophylactiques conseillés par les expérimentateurs de Lyon, la précaution de ne pas pratiquer d'opération avec des instruments ayant servi à faire des autopsies; il demande à quels chirurgiens un pareil conseil pourrait bien être adressé. Il y a longtemps que les chirurgiens de Paris n'abordent une opération qu'après avoir pris toutes les précautions de propreté les plus minutieuses et avec des instruments d'une virginité immaculée, ou auxquels le flambage ou le trempage dans un liquide antiseptique ont refait une virginité.

M. Bouley déclare que le passage du travail de MM. Arloing et Chauveau auquel vient de faire allusion M. Trélat, se rapporte non pas à la pratique des hôpitaux, mais à celle de l'Ecole d'Alfort où bien souvent, du temps de Renault, des opérations étaient pratiquées sur des animaux avec des instruments qui avaient servi aux autopsies.

M. Bouley croit devoir faire observer en outre que le but principal de ce travail, malheureusement trop écourté, a été de montrer qu'un chirurgien de Lyon, le professeur Tripier, convaincu, d'après les résultats des expériences de MM. Arloing et Chauveau, du danger des inoculations par les instruments employés dans la pratique opératoire, a eu recours, suivant leur conseil, à l'exposition de ces instruments à des températures élevées ; il a vu les accidents de septicémie gangréneuse disparaître complètement de son service, depuis qu'avant de pratiquer une opération, il a eu soin de plonger ses instruments dans un bain d'huile à la température de 120 degrés.

© BIU Santé

La virginité des instruments, souvent trompeuse, n'a été assurée que par l'épreuve du feu. Pas plus à Lyon qu'à Paris les chirurgiens, aujourd'hui, ne pratiquent des opérations avec des instruments ayant servi aux autopsies.

M. Verneuil, tout en considérant comme très remarquable le travail de MM. Arloing et Chauveau, ne voudrait pas que les résultats et les conclusions en fussent transportés dans le domaine de la chirurgie humaine. La septicémie expérimentale ne ressemble en aucune façon à la septicémie chirurgicale.

M. Bouley: Elle est absolument la même!

M. Verneuil: Elle n'est pas la même; la gangrène traumatique se présente sous deux formes: la forme épidémique et la forme sporadique. Je n'ai jamais vu la forme épidémique; il y a vingt-cinq ans que je n'ai vu à la fois, dans mon service, deux cas de gangrène septicémique; j'en observe un cas seulement tous les trois ou quatre ans. Dans l'appréciation des causes, il faut tenir grand compte des conditions individuelles des sujets. Sont-ils alcooliques, sont-ils diabétiques? ont-ils une maladie du foie ou des reins?

Autant de questions dont on n'a pas à se préoccuper dans les laboratoires.

La chirurgie de l'hôpital n'a rien à voir avec les expériences du laboratoire. A l'époque où les chirurgiens de Paris ne prenaient pas les précautions de propreté minutieuse qu'ils emploient aujourd'hui avant de pratiquer leurs opérations, la gangrène septicémique ne s'observait pas plus souvent que de nos jours. Nous ignorons complètement la cause de cette maladie. On l'observe dans des cas de fracture sans plaie, dans de simples contusions; je l'ai observée dernièrement dans une fracture du col du fémur; comment faire intervenir dans ces cas l'inoculation? La conclusion de tout cela c'est que l'étiologie de la gangrène septicémique est beaucoup plus complexe et plus difficile qu'on ne le suppose et que les conditions individuelles des sujets jouent certainement un rôle qui n'existe pas chez les animaux. A Paris, les chirurgiens ne chauffent pas leurs instruments et cependant ils n'observent pas la gangrène septicémique.

M. Bouley voudrait ajouter un mot pour donner à M. Trélat l'explication des différences qui l'ont frappé entre la septicémie gangréneuse développée dans les expériences de MM. Arloing et Chauveau et la gangrène septicémique observée chez l'homme. Un même microbe peut tantôt causer la mort, tantôt ne donner lieu qu'à des accidents bénins suivant les conditions de développement dans lesquels il est placé par le mode d'inoculation. C'est ainsi que le microbe du charbon symptomatique, comme l'ont démontré MM. Arloing, Cornevin et Thomas, ne provoque qu'une fièvre légère lorsqu'il est injecté dans les veines, tandis que dans le tissu cellulaire ou les muscles, il donne lieu aux accidents les plus graves et à la mort; c'est que le microbe du charbon symptomatique est anaérobié, c'est-à-dire que ne pouvant vivre dans l'oxygène, il s'éteint rapidement dans le sang, liquide très oxygéné, tandis qu'il se développe et pullule dans le tissu cellulaire et dans les muscles.

De même le vibrion de la septicémie est anaérobie et présente des conditions de développement différentes suivant le mode d'inoculation ou de pénétration dans l'organisme.

M. Trélat n'est pas satisfait par les explications de M. Bouley; elles ne donnent pas, suivant lui, la raison pour laquelle une même maladie extrêmement redoutable chez l'homme demeure bénigne chez les animaux.

M. Colin (d'Alfort) déclare, contrairement à l'assertion de M. Bouley, que jamais, à l'Ecole d'Alfort, on n'a fait d'opérations sur les animaux avec des instruments ayant servi aux autopsies.

M. Bouley répond qu'il a été trente ans chirurgien à Alfort, et qu'il lui est arrivé bien souvent de pratiquer des opérations sans prendre la précaution de se laver préalablement les mains; on ne se doutait pas alors de l'importance des précautions antiseptiques.

— M. Gautier, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

— La séance est levée à cinq heures.

©BIU Santé

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — *Avis aux candidats ajournés avant le 15 juin 1884 :*

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées fin juin ou commencement juillet ;

2° Les épreuves orales seront renouvelées :

Du 15 juin au 1er juillet, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai ;

Du 1er au 15 juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 15 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront jusqu'au 10 juin 1884, dernier délai ;

Les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 15 juin consigneront jusqu'au 17 juin 1884, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

Académie royale de médecine de Belgique. — *Programme des concours.* — 1882-1885. — Etudier l'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire, en se basant spécialement sur des recherches personnelles.

Prix : 800 *francs.* — *Clôture du concours : 15 février* 1885.

1883-1886. — Déterminer, par de nouvelles expériences et de nouvelles applications, le degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale et de police médicale.

Prix : 1,500 *francs.* — *Clôture du concours : 1er avril* 1886.

1884-1885. — Déterminer expérimentalement l'influence que la dessiccation, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal.

Prix : 600 *francs.* — *Clôture du concours :* 1er juillet 1885.

De l'action physiologique des soustractions sanguines tant locales que générales ; indications et contre-indications dans le traitement des maladies.

Prix : 1,500 *francs.* — *Clôture du concours : 31 décembre* 1885.

Conditions des concours. — Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

Seront exclus des concours :

1° Les mémoires qui ne rempliront pas les conditions précitées ;

2° Ceux dont les auteurs se seront fait connaître directement ou indirectement ;

3° Ceux qui auront été publiés, en tout ou en partie, ou présentés à un autre corps savant ;

4° Ceux qui parviendront au secrétariat de la Compagnie après l'époque fixée.

L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations ; les concurrents sont donc tenus d'indiquer les éditions et les pages des livres auxquels ils les emprunteront.

Les mémoires doivent porter une épigraphe répétée sur un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse des auteurs.

Le pli annexé à un travail couronné est ouvert en séance publique par le président, qui proclame immédiatement le lauréat.

Lorsqu'une récompense seulement est accordée à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Cette demande doit être faite dans le délai d'un an. Après l'expiration de ce délai, la récompense ne sera plus accordée.

Le manuscrit envoyé au concours ne peut être réclamé ; il est déposé aux archives de l'Académie. Toutefois l'auteur pourra toujours, après la proclamation du résultat du concours, faire prendre copie du travail, à ses frais, lorsqu'il aura fourni au secrétaire de la Compagnie la preuve que ce mémoire est son œuvre.

L'Académie accorde gratuitement aux auteurs des mémoires dont elle ordonne l'impression cinquante exemplaires de ces travaux, tirés à part, et leur laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à leurs frais.

Nota. — Les membres titulaires et les membres honoraires de l'Académie ne peuvent prendre part aux concours.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos, par le docteur Richelot, ancien président de la Société de médecine de Paris, chez G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120. — Prix : 2,50

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

CSIU Santé

Sommaire

I. L.-G. Richelot : De l'énucléation des myomes utérins. — II. Correspondance. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causeries.

De l'énucléation des myomes utérins.

Classification : myomes pédiculés, sous-péritonéaux, interstitiels. — Siège des myomes interstitiels : myomes du col, myomes du corps. — Enucléation : quelques mots d'historique, manuel opératoire, jugements des auteurs, difficultés et causes de mort. — Observation. — Résumé ; valeur de l'énucléation, importance de l'antisepsie.

Les myomes utérins sont d'une fréquence extrême, et la plupart des femmes qui en portent vivent avec eux en bonne intelligence. Quand ils font sentir leur présence, les accidents qu'ils provoquent sont souvent tolérables, et, s'ils menacent la vie ou la santé, les soins hygiéniques et le traitement médical en triomphent d'ordinaire. Il faut redire ces vérités, qui n'ont rien d'absolu, avant de parler des indications opératoires; il faut dire que l'abstention, tant qu'elle est de mise, est notre règle de conduite, et qu'un chirurgien prudent n'attaque les myomes utérins qu'en présence de symptômes menaçants, hémorrhagies, douleurs et état nerveux, anémie progresive. Cela posé, nous aurons le droit de préconiser des opérations graves, car il y a des cas où la vie des malades est entre nos mains et dépend d'une intervention sans faiblesse.

Vous savez, Messieurs, qu'un bon nombre de ces corps fibreux se développent sous la muqueuse utérine, grossissent dans la cavité, se pédiculisent et font saillie entre les lèvres du col; tels sont les *polypes*, qui s'enlèvent par la section de leur pédicule avec les ciseaux, la chaîne d'écraseur, le serre-nœud ou l'anse galvanique. Sauf le cas de volume excessif, l'opération est le plus souvent bénigne; je ne veux pas m'arrêter à cet ordre de faits. D'autres se développent du côté de la séreuse abdominale; ces *myomes sous-péritonéaux* sont inaccessibles ou conduisent à l'hystérotomie sus-pubienne; ce n'est pas encore de cette espèce que je veux vous entretenir. Restent les *myomes interstitiels*, qui sont inclus dans la paroi musculaire à égale distance de ses deux faces, puis font une saillie prédo-

FEUILLETON

CAUSERIES

Extraits des Historiettes *de Tallemant des Réaux* (1).

Tallemant, je ne sais si je l'ai déjà dit, était fort instruit, soit par la renommée, soit par ses lectures. C'est ainsi qu'il cite Fernel, à propos de la conception des enfants de Henri II. L'anecdote est bien connue; j'ignore si elle est dans les œuvres de Fernel, mais on peut s'en rapporter à notre auteur, pour un feuilleton. Voici le passage :

« On dit que Fernel dit à Henri II qu'il fallait se résoudre à voir la reine durant ses mois, parce qu'il croyait que la partie était trop faible, et que c'était ce qui l'empêchait de concevoir. Le roi eut de la peine à y consentir; il le fit pourtant. Aussitôt les mois cessèrent; Fernel conclut que la reine avait conçu; mais le premier enfant (François II) fut si malsain, qu'il ne put vivre jusques à 20 ans. Les autres ne sont pas morts faute de bons tempéraments. » (T. I, p. 115.)

Cela n'est peut-être pas très vrai pour Charles IX, mais il est incontestable que Henri III n'aurait pas vécu un jour de plus, quel que fût son genre de conception, de tempérament et de manière de vivre.

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 mai 1884.

©BIU Santé

minante vers l'une ou l'autre en simulant une hypertrophie totale de cette paroi, sans jamais s'énucléer d'eux-mêmes ni se pédiculiser.

Les myomes interstitiels sont loin d'avoir toujours le même siège, la même évolution, le même pronostic; aussi dois-je vous rappeler leurs diverses formes, afin de circonscrire le terrain sur lequel je veux me placer.

Un mot d'abord touchant les myomes *du col*. Supposez une tumeur de petit ou de moyen volume, incluse dans l'une des deux lèvres, ordinairement la postérieure; elle fait dans le vagin une saillie modérée; au fond du spéculum, on incise au bistouri le mince tissu qui la recouvre, et, comme elle est habituellement dure et peu adhérente à sa loge musculaire, on la saisit avec une pince et on l'extrait facilement. Ainsi, l'*énucléation* convient parfaitement aux corps fibreux interstitiels limités à une lèvre du col et modérément développés. Cette opération, peu dangereuse, a maintes fois été faite depuis Lisfranc; elle est indiquée toutes les fois qu'il y a des accidents; mais, ceux-ci étant rares, l'indication ne l'est pas moins. C'est entre les accoucheurs que cette forme de myomes a été le plus souvent discutée, car la dystocie en est le principal danger : tantôt la tumeur, pendant le travail, est remontée d'elle-même vers le détroit supérieur, tantôt l'accoucheur a pu la refouler pour donner passage au fœtus, ou bien il s'est décidé à l'extraire, et à ce prix la dilatation du col est devenue possible; mais d'autres fois l'accouchement n'a pu se terminer que par l'embryotomie.

Supposez maintenant un corps fibreux développé dans la lèvre postérieure, mais l'ayant énormément distendue et formant dans le vagin une masse considérable. Au premier abord, vous pouvez croire à un polype sorti de la cavité utérine et faisant saillie entre les lèvres du col; mais le toucher vous renseigne : au lieu d'un bourrelet formé par le col et enserrant le pédicule, vous sentez que la muqueuse se réfléchit directement de la tumeur sur les parois vaginales, et vous jugez par là qu'elle est dans l'épaisseur même de la lèvre. Dans une observation du professeur Le Fort, le myome s'était si bien pédiculisé aux dépens de la lèvre postérieure, qu'il pendait au dehors et simulait une inversion utérine. De tels faits sont rares; ils sont justiciables de l'excision par la chaîne d'écraseur ou l'anse galvanique, si le tissu de la lèvre utérine forme un pédicule assez mince

* * *

On trouve, dans le même Tallemant, des renseignements assez curieux sur les défauts corporels de nos rois :

« Henri IV, dit-il, a eu une quantité étrange de maîtresses; il n'était pourtant pas grand abatteur de bois; aussi était-il toujours cocu. On disait, en riant, que son second avait été tué (Voilà qui ne va guère avec le surnom de *Vert-Galant* qui est parvenu jusqu'à nous). Mme de Verneuil l'appela un jour *capitaine Bon-Vouloir;* et une autre fois, car elle le grondait cruellement, elle lui dit que bien lui prenait d'être roi, que sans cela on ne le pouvait souffrir, et qu'il puait comme charogne. Elle disait vrai; il avait les pieds et le gousset fins, et quand la feue reine-mère coucha avec lui la première fois, quelque bien garnie qu'elle fût d'essences de son pays, elle ne laissa pas que d'en être terriblement parfumée. Le feu roi (Louis XIII), pensant faire le bon compagnon, disait : « Je tiens de mon père, moi, je sens le gousset. » (T. I, p. 81.)

Au contraire, Malherbe, grand et bien fait, était « d'une constitution si excellente, qu'on a dit de lui, aussi bien que d'Alexandre, que ses sueurs avaient une odeur agréable. » (T. I, p. 242.)

Le même Malherbe paraît s'être moqué assez bien des gens de son temps qui employaient des locutions vicieuses en *parlant médecine;* quand quelqu'un disait : « Il a les fièvres, » il demandait aussitôt : « Combien en a-t-il de fièvres? » (T. I, p. 269.)

* * *

On a cru il y a quelque temps, et je crois même que l'*Union médicale* a reproduit les

© BIU Santé

pour qu'on soit sûr de couper au-dessus du myome. Mais si la tumeur intra-vaginale fait suite à une lèvre très épaisse, il est probable qu'elle se continue dans la paroi postérieure; la chaîne ou l'anse placée sur le faux pédicule coupera le néoplasme en deux; après avoir réséqué la partie antérieure, il faudra extraire la partie profonde par une énucléation secondaire. Ici, la question se confond avec celle des myomes interstitiels *du corps*, sur laquelle je veux m'arrêter davantage.

Les corps fibreux développés dans l'épaisseur de la paroi utérine, au-dessus du col, paraissent tout d'abord inaccessibles. Mais on a remarqué qu'ils ont souvent des adhérences peu intimes avec leur loge musculaire, que leur tissu est dense et qu'une pince à griffes s'y implante solidement. Tel est le double fait qui inspira l'idée de leur énucléation; Velpeau émit l'opinion qu'on pourrait pénétrer jusqu'à la tumeur, ouvrir sa loge par une incision, la saisir et l'extraire sans trop de peine; Amussat, en 1840, osa le premier cette opération difficile et la termina heureusement. Depuis cette époque, plusieurs chirurgiens ont imité la hardiesse d'Amussat, mais avec des succès très divers; de graves mécomptes ne tardèrent pas à les refroidir, et, dans les thèses de concours de Jarjavay (1) et de Guyon (2), se trouvent réunis les arguments qui firent tomber l'énucléation en désuétude (3).

(1) Jarjavay, *Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus*, Paris 1850.

(2) Guyon, *Des tumeurs fibreuses de l'utérus*, Paris 1860.

(3) Je tiens à réserver le nom d'énucléation à l'extraction d'une tumeur interstitielle *hors de la paroi utérine* où elle est encapsulée. On dit, dans le même sens, que les corps fibreux tendent naturellement à l'énucléation spontanée, et deviennent ainsi des *polypes*, c'est-à-dire des tumeurs pédiculées intra ou extra-cavitaires.

M. Dezanneau a lu à la Société de chirurgie, en 1882, un mémoire intitulé : *Contribution à la pratique de l'énucléation des fibromes de l'utérus*, où le mot n'a pas la même signification : il s'agit, dans les quatre premières observations, de polypes ayant depuis longtemps rompu leur capsule, et saillants dans le vagin à travers le col dilaté; mais une partie de la masse est encore dans l'utérus, et l'auteur « énuclée » cette partie *hors de la cavité*. Dans le cinquième fait seulement, la tumeur est tout entière au-dessus du col; celui-ci est incisé, « ainsi que la capsule d'enveloppe », mais l'opération n'est pas achevée. Malgré l'absence de détails, on peut supposer que l'auteur a commencé, dans ce cas, l'énucléation d'une tumeur interstitielle. Mais tous les autres se rapportent manifestement à des corps fibreux sortis de la paroi, devenus sous-muqueux et cheminant

---

pièces, faire une trouvaille en découvrant que la contagion des maladies était connue au siècle dernier. Tallemant en savait plus long encore sur ce sujet.

« La marquise de Sablé, raconte-t-il, craint la mort plus que tous les autres maux. Dans cette appréhension, elle soutient que tous les maux sont contagieux et dit que le rhume se gagne. Souvent j'ai vu Mlle de Chalais (sa suivante) reléguée dans sa chambre parce qu'elle *nasillait*, disait la marquise, et qu'elle serait bientôt enrhumée. Plusieurs personnes l'ont pensé faire mourir de frayeur en disant, sans y songer, que leur sœur, que leur frère, que leur tante, avaient quelque rougeole, ou même la fièvre continue. Comme Mademoiselle avait la petite vérole, feu M. de Nemours alla voir la marquise; elle lui demanda, dès qu'elle le vit, s'il n'avait pas été assez imprudent pour passer chez Mademoiselle. — Oui, dit-il. — Je m'en vais gager, ajouta-t-elle, que vous avez monté en haut. — Je voulais parler à quelqu'un, répondit-il, mais une de ses femmes est venue au devant de moi. Il disait tout cela par malice. Voilà la marquise qui fait un grand cri et le chasse. Mme de Longueville vint un peu après, qui trouva la chambre toute pleine de fumée, car on y avait brûlé de tout ce qui peut chasser le mauvais air.

« Quand il la faut saigner, elle fait d'abord conduire le chirurgien dans le lieu de la maison le plus éloigné de celui où elle couche. Là on lui donne un bonnet et une robe de chambre, et, s'il a un garçon, on fait quitter à ce garçon son pourpoint, et tout cela de peur qu'ils ne lui apportent du mauvais air.

« Une fois qu'elle était chez la maréchale de Guébriant, au faubourg Saint-Germain, elle disait : « Ah! que je suis empêchée! Par où m'en retournerai-je? J'ai vu sur le Pont-Neuf un petit garçon qui a eu depuis peu la petite vérole; il demande l'aumône; en le chassant, mes gens pourraient gagner ce mal, et il y a quelque chose au Pont-

©BIU Santé

Cependant les étrangers, toujours moins soucieux de la vie humaine, ne se laissaient pas décourager; avec Baker-Brown, Attlee et quelques autres, l'opération restait en honneur, et il y a peu d'années que Marion Sims la préconisait ardemment. S'agit-il vraiment d'une renaissance de l'énucléation pour tous les myomes interstitiels, et devons-nous revenir à cette chirurgie tant pratiquée par Maisonneuve, qui ne reculait devant aucune aventure, pourvu que l'opération fût anatomiquement possible? Au contraire, faut-il tout rejeter sans examen, ou n'y aurait-il pas quelque avantage à prendre un juste milieu, à chercher des indications plus précises, et à faire bénéficier l'opération d'Amussat des ressources nouvelles que met entre nos mains la méthode antiseptique? Vous répondrez vous-mêmes à ces questions, quand je vous aurai décrit l'acte opératoire, ses difficultés, ses périls, et les jugements divers qu'on a portés sur lui.

Le myome inclus dans la paroi, au-dessus du col, est abordé par la cavité utérine; aussi la dilatation préalable du col avec l'éponge préparée est-elle obligatoire. Ce premier temps accompli, la matrice est abaissée doucement, si elle veut bien se laisser faire; puis on incise au bistouri, dans la cavité, la couche de tissu musculaire qui recouvre le myome. La loge ouverte, on commence l'énucléation avec les doigts, les ciseaux mousses, ou quelque outil approprié, celui de Marion Sims, par exemple. C'est alors qu'après avoir rompu tous les tractus fibreux ou celluleux, on extrait la tumeur avec une facilité relative, à la triple condition qu'elle soit de moyen volume, très dure et très peu adhérente à sa coque; mais si le malheur veut que son extrémité supérieure se perde au loin, qu'elle se déchire et que les doigts ni les instruments ne puissent arracher sans violence les fragments qui s'attachent solidement aux parois, alors commencent la fatigue pour l'opérateur et les dangers pour l'opérée. Mais la tumeur est détachée et saisie par les pinces à griffes : il faut encore qu'elle traverse le col; et, si la dilatation est insuffisante ou le volume du myome excessif,

à l'extérieur; l'opération n'a aucun rapport avec celle d'Amussat. Notre savant confrère d'Angers n'a nullement confondu ces deux ordres de faits; mais il peut arriver que le même nom appliqué à des choses différentes prête à confusion. Les polypes, même intra-cavitaires, sont déjà sortis de leur capsule; à partir de ce moment, il me semble utile de ne plus parler d'énucléation.

Rouge qui craque. » (Ce pont communiquait de la galerie du Louvre à la rue de Beaune. Construit en 1632, il fut emporté par les glaces en 1684 et remplacé par le Pont-Royal. Ce n'est donc pas sans raison que Mme de Sablé s'effrayait de ses craquements.) Enfin, pour rentrer au faubourg Saint-Honoré, elle alla passer par dessus le pont Notre-Dame.

« Dans un temps qu'on parlait un peu de peste à Paris, elle crut avoir besoin de faire une consultation. Elle fit venir trois médecins auxquels on donna à chacun une robe de chambre; puis on les fit asseoir près de la porte d'une grande salle, au bout de laquelle était la marquise sur le lit; et Mlle de Chalais allait leur faire la relation du mal de Madame, et rapportait à Madame leur sentiment sans que jamais elle leur permît d'approcher d'un pas. » (T. IV, p. 79-81.)

Voiture, dit M. Monmerqué, plaisante spirituellement Mme de Sablé sur ses craintes dans sa quatorzième lettre, où il lui annonce que le fils de la marquise de Rambouillet vient de mourir de la peste. Voici un fragment d'une lettre inédite de Mlle de Rambouillet à Mme de Sablé :

« Mlle de Bourbon, depuis duchesse de Longueville, venait d'avoir la rougeole; Mlle de Rambouillet écrit à Mme de Sablé. Au haut de la lettre on lisait : « Mlle de Chalais lira, s'il lui plaît, cette lettre à Mme la marquise au-dessous du vent. » Puis la lettre commence : « Madame, je crois ne pouvoir commencer de trop bonne heure mon traité avec vous; car je suis assurée qu'entre la première proposition qu'on vous fera de me voir et la conclusion, vous aurez tant de réflexions à faire, tant de médecins à consulter et tant de craintes à surmonter, que j'aurai eu tout le loisir de m'aviser. Les conditions que je vous offre sont de n'aller point chez vous que je n'aie été trois jours sans entrer dans l'hôtel de Condé; de changer de toutes sortes d'habillements; de choisir un jour

©BIU Santé

même après un débridement pratiqué pour agrandir le passage, il peut se faire de graves déchirures; on les a vues s'étendre jusqu'au péritoine, avec des suites que vous devinez sans peine.

Voilà un aperçu de l'opération qui suffit, j'espère, pour vous en montrer les côtés délicats. Voyons donc comment les auteurs l'ont jugée. Pour Marion Sims, je vous l'ai dit, c'est le triomphe de la chirurgie moderne; et cependant, plusieurs de ses faits n'ont rien de très encourageant. M. Pozzi (1) en a fait une judicieuse critique, et sa conclusion est plus que réservée, car il admet à peine l'énucléation pour des cas très restreints. Courty (2), non moins prudent, conseille de n'agir que la main forcée et de s'en tenir aux myomes peu volumineux, aux utérus qui se laissent facilement abaisser. Demarquay (3), plus radical, condamne l'intervention pour tous les myomes interstitiels qui ne sont pas limités à une lèvre du col. Mais je ne veux pas vous présenter une revue bibliographique; laissez-moi seulement vous citer l'opinion d'un auteur dont vous trouverez le travail analysé dans l'*Union médicale* (4). Lower, s'inspirant de la pratique de son maître Schrœder, estime qu'il faut enlever par le vagin les corps fibreux limités à une lèvre et ceux qui font saillie à travers un orifice dilaté; mais tout ce qui siège au-dessus du col, par conséquent les tumeurs intra-pariétales, ne sont justiciables que de l'hystérotomie sus-pubienne. Disons bien vite que, si l'hystérotomie abdominale est une opération d'avenir, qui a donné de beaux succès et qui dans quelques années en donnera davantage, elle est cependant loin d'avoir d'aussi brillants états de service que l'ovariotomie, et il y a quelque témérité à la préférer sommairement à l'extirpation vaginale.

En somme, vous voyez que l'opinion publique est assez sévère pour l'opération d'Amussat. Et ce n'est pas sans raisons valables. Songez à toutes les conditions fâcheuses qui nous entourent : la main et les instru-

(1) Pozzi, *De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus*, thèse d'agrégation, Paris 1875, p. 112.

(2) Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 3e édition, Paris 1881, p. 1118.

(3) Demarquay et Saint-Vel, *Traité clinique des maladies de l'utérus*, Paris 1870, p. 261.

(4) Lower, *De l'énucléation des myomes utérins*, revue par Auvard, *Union médicale*, 9 octobre 1883.

---

qu'il aura gelé; de ne vous approcher que de quatre pas; de ne m'asseoir que sur un même siège; vous pourrez aussi faire faire un grand feu dans votre chambre, brûler du genièvre aux quatre coins, vous environner de vinaigre impérial, de rue et d'absinthe. Si vous pouvez trouver vos sûretés dans ces propositions sans que je me coupe les cheveux, je vous jure de les exécuter très religieusement, et si vous avez besoin d'exemples pour vous fortifier, je vous dirai que la reine a bien voulu voir M. de Chaudebonne qui sortait de la chambre de Mlle de Bourbon, et que Mme d'Aiguillon, qui a bon goût sur ces choses-là, et à qui on ne saurait rien reprocher sur pareils sujets, me vient de mander que si je ne la voulais aller voir, elle viendrait me chercher. » (T. IV, p. 81.)

« La mort l'effrayait à tel pointqu'elle ne voulait même pas en entendre prononcer le mot. Une de ses amies étant dangereusement malade, elle envoya Chalais pour en savoir des nouvelles, « mais, dit-elle, gardez-vous de me dire qu'elle est passée. » Chalais y va comme elle expirait. Au retour : « Eh bien! Chalais, est-elle aussi mal qu'on peut être? Ne mange-t-elle plus? (Elle était fort friande.) — Non, répond Chalais. — Ne parle-t-elle plus? — Encore moins. — N'entend-elle plus? — Point du tout. — Elle est donc morte? — Madame, répond Chalais, au moins c'est vous qui l'avez dit, ce n'est pas moi! » (P. 84.)

Molière a-t-il rapporté rien de si comique que cette scène dans son *Malade imaginaire*?

*
**

Voici une jolie historiette qu'on pourrait intituler : *La femme qui paraît grosse sans l'être, et la femme qui l'est sans le paraître.*

« M. de Puiseux n'ayant point eu d'enfants de son premier mariage, le chancelier

©BIU Santé

ments se perdent à des profondeurs qu'on ne peut soupçonner d'avance ; l'adhérence intime et la friabilité du tissu morbide prolongent indéfiniment les efforts ; la paroi utérine saigne parfois avec abondance, et il faut tamponner la cavité accidentelle, au risque d'y porter une irritation violente et d'y favoriser la rétention des liquides ; la coque de tissu musculaire peut être assez mince pour qu'on l'arrache avec un fragment de la tumeur et qu'on ouvre le péritoine ; l'opération dure longtemps et la malade se réveille épuisée, prête à tous les accidents que le traumatisme entraîne ; enfin, il arrive que l'énucléation reste inachevée, puis les débris du myome se mortifient et s'éliminent peu à peu, non sans provoquer les frissons, la fièvre et l'infection putride. Toutes les causes de mort ont été consignées : péritonite, phlébite, pneumonie, érysipèle, infection purulente ; mais, si on parcourt les observations, notez bien ceci, on est frappé du nombre des opérations incomplètes, suivies de la rétention des tissus sphacélés et de la mort par septicémie.

En présence d'un pareil tableau, mais songeant d'autre part aux cas où la vie est menacée par les progrès du mal, je pense, Messieurs, qu'il est permis d'en appeler des jugements portés en France depuis Amussat, et de garder une place honorable, dans la chirurgie utérine, à l'énucléation des myomes interstitiels. Voici la relation d'un fait qui m'a vivement intéressé, et sur lequel je m appuie pour vous parler de la sorte.

(*La suite à demain.*) L.-G. RICHELOT.

CORRESPONDANCE

Bourbon-L'Archambault, le 28 mai 1884.

Monsieur et très honoré confrère,

Un journal politique a publié récemment un article absolument faux annonçant que « les eaux de Bourbon-L'Archambault, qui faisaient la fortune du pays, avaient disparu à la suite de travaux exécutés par le nouvel établissement thermal... » Il n'en est rien ; la vérité, c'est que ces travaux n'ont pu être achevés pour l'ouverture de la saison, qu'on a dû remettre au 1er juin. Dès aujourd'hui, cependant, nous baignons les malades. La source qui émerge du Granit n'a pas été touchée et n'a été par conséquent ni perdue ni déviée.

(son père) ne souhaitait rien tant que de voir sa belle-fille grosse. Elle fut quelque temps sans le devenir, et enfin elle s'avisa de feindre qu'elle l'était, peut-être pour tirer quelque chose du bonhomme. Car c'était, et c'est encore une assez plaisante créature. On fit toutes les façons imaginables, de peur qu'elle ne se blessât, et comme elle fut au neuvième mois, on dit tout d'un coup : « Mme de Puiseux n'est plus grosse, mais Mme de Clermont d'Entragues, qu'on ne disait point être grosse, est accouchée. » Voilà une assez plaisante rencontre. Effectivement, cette dernière ne s'en douta point jusqu'à ce que, sentant les tranchées (c'était d'un premier enfant), elle crut avoir la colique, et envoya quérir un apothicaire pour se faire donner un lavement. Mais cet homme ayant voulu savoir où était son mal, reconnut ce que c'était. Elle se moquait de lui ; le mari arrive ; l'apothicaire lui dit que sa femme est prête d'accoucher. Le voilà bien étonné ; il envoie quérir une sage-femme, et Mme de Clermont accouche d'un enfant bien formé et bien venu. » (T. II, p. 93.)

* * *

Les apothicaires ne jouent pas toujours d'aussi beaux rôles dans les *Historiettes*. « Le marquis de Resnel, raconte Tallemant, acheta un fief qui relevait d'un autre fief appartenant à un riche apothicaire de Paris. Ce sire lui fit dire qu'il lui devait foi et hommage, et cela assez incivilement. Le marquis, résolu de s'en venger, vient à Paris, se met au lit et, le soir, envoie commander un lavement chez cet apothicaire, pour un grand seigneur qui logeait en tel lieu : le maître y voulut aller lui-même, et prit même ses habits des dimanches. Le feint malade ne se laissa point voir au nez ; l'apothicaire lui donne le lavement, et, avant qu'il se fût retiré, le marquis lui lâche tout au visage,

© BIU Santé

Je vous serais obligé de vouloir bien rétablir les faits dans un de vos prochain numéros, en disant que, dans les travaux nécessaires à l'édification du nouvel établissement, notre source n'a subi aucun dommage et que la saison ouvrira le 1er juin.

Veuillez agréer, etc.

Le médecin inspecteur,
Dr Regnault.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 juin 1884. — Présidence de M. Rolland.

Notre absence de Paris ces jours derniers nous a empêché d'avoir connaissance en temps utile de la lettre de M. Pasteur publiée dans le numéro du 29 mai. Ce n'est qu'au moment d'écrire ce *Bulletin* que nous voyons la mise en demeure qui nous est adressée de « relater un seul cas de rage spontanée chez le chien, entouré d'un ensemble d'observations sérieuses comme la science en réclame aujourd'hui ».

Si nous avions quelque délai, nous trouverions dans les communications de M. le professeur H. Bouley à l'Académie de médecine de quoi satisfaire M. Pasteur. A une époque qui remonte à quelques années déjà, M. Bouley, en effet (ou nos souvenirs sont bien infidèles), a entretenu la savante Compagnie, en termes très affirmatifs, de la spontanéité de la rage chez le chien. M. Pasteur ne pourrait sans peine, croyons-nous, récuser l'autorité d'un pareil témoignage, mais nous ne pouvons faire attendre M. Pasteur, et, puisqu'il veut bien se contenter d'un seul cas, nous lui citerons le premier venu... en ce monde.

Il y a eu un jour où la rage a paru pour la première fois. Que ce soit chez le chien ou chez un autre animal, cela ne fait pas grand'chose à l'affaire et n'est pas de nature à modifier la réflexion que nous avons soumise au lecteur dans notre avant-dernier *Compte rendu*.

Nous savons bien que les questions d'origine sont fort obscures et se prêtent à toutes les interprétations; mais ces dernières étant écartées, l'idée même de commencement subsiste bon gré malgré, et s'impose. Nous savons aussi que le mot spontané est un mauvais mot; il n'est point défini; chacun le comprend à sa manière, et beaucoup y attachent un sens absurde. On peut dire que rien n'est spontané, parce que tout vient de quelque chose, est précédé de quelque chose; en d'autres termes, parce que tout évolue. Mais, à certains moments, apparaissent des formes nouvelles, organites ou

---

en lui disant : « Voilà comme je vous fais foi et hommage, monsieur l'apothicaire! » Grand procès pour cela; mais les juges rirent tant qu'il fallut que l'apothicaire s'accommodât. » (T. X, p. 138.)

L'anecdote est un peu rabelaisienne, mais pensez que Rabelais n'était pas mort depuis un siècle, que les cendres de Brantôme étaient à peine refroidies, lorsque Tallemant écrivait ces jolis cancans, et que, comme ses contemporains, il prisait fort la littérature de ces deux joyeux écrivains.

***

Un passage des *Historiettes* a fort intrigué l'éditeur de Tallemant, M. Monmerqué, qui a fini par « jeter sa langue au chat ». C'est le suivant.

« Le marquis de Sillery pria sa mère de recevoir de son mieux M. de Chavigny. Elle lui fit une chère admirable, quoiqu'il fût *cornarien*. »

M. Monmerqué dit en note : « Je ne sais quelle allusion est cachée sous ce mot. Supprimé dans la première édition, on le rétablit ; d'autres plus heureux l'expliqueront. » (T. II, p. 96.)

Plus heureux que le savant membre de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, je crois pouvoir expliquer le mot en question.

« Cornaro, nous dit Dezeimeris, noble Vénitien, né en 1467, est l'auteur d'un ouvrage fort célèbre : *Sur les avantages de la santé*. Né d'une constitution des plus faibles, livré à la bonne chère, dès l'âge de 35 ans, il se vit tourmenté par des douleurs d'estomac, des coliques, de fréquents accès de goutte ; en proie à une fièvre lente presque continuelle, à une soif insupportable, etc. Aussi longtemps qu'il refusa de renoncer aux plaisirs de

©BIU Santé

organismes, sans que l'on ait encore songé à invoquer des germes spéciaux pour expliquer leur formation. Dans les humeurs de l'embryon, les divers éléments anatomiques se montrent à leur heure et on ne nous a pas parlé jusqu'ici de générateurs spécifiques pour chacun d'eux. — A l'âge de la puberté, les animalcules spermatiques entrent en scène. Que ce soient de vrais animalcules ou *simplement* des cellules *extraordinaires*, toujours est-il qu'il y a là une forme qui n'existait pas la veille et qui s'affirme impérieusement le lendemain... Mais nous nous laissons entraîner, revenons : M. Pasteur demande un cas authentique de rage spontanée. Nous lui répondons : « le premier ».

Par décret en date du 30 mai 1884, rendu sur le rapport du ministre du commerce, M. Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, vice-président du bureau national des poids et mesures, a été nommé président de ce bureau, en remplacement de M. Dumas, décédé.

M. Cailletet a été élu académicien libre, en remplacement de M. Du Moncel. Au premier tour de scrutin, sur 65 votants, M. Cailletet a obtenu 36 suffrages; M. Lausseдat, 15; M. Trève, 2.

MM. Milne-Edwards, Boussingault, Chevreul, Gosselin, Daubrée et Duchartre ont été désignés, par la voie du scrutin, pour préparer une liste de candidats à la place de secrétaire perpétuel, devenue vacante par suite du décès de M. Dumas. Le président de l'Académie est de droit président aussi de la commission.

MM. Gréhant et Quinquaud adressent un mémoire intitulé : *Nouvelles recherches sur le lieu de formation de l'urée.*

« Malgré des travaux importants faits en France et à l'étranger, l'avis unanime des savants est que ni le lieu, ni le mode de formation de l'urée ne sont encore déterminés. Pour élucider cette question, nous avons entrepris de nouvelles expériences. La méthode suivie consiste à comparer la quantité d'urée contenue dans le sang qui se rend à un organe avec la quantité renfermée dans le sang qui en provient.

« Nous avons choisi, en le perfectionnant dans certains détails, le procédé de dosage de l'urée décrit par M. Gréhant. Nous avons fait un extrait alcoolique du sang préalablement pesé; nous l'avons introduit dissous dans le vide, et nous l'avons traité plusieurs fois par une solution obtenue, en versant un grand excès d'acide nitrique pur sur un globule de mercure, dont le poids est le même dans tous les dosages ; cette liqueur verte décompose les moindres traces d'urée en volumes égaux d'azote et d'acide carbonique, que nous analysons après les avoir recueillis dans des cloches graduées.

« Les nombreux dosage exécutés par nous permettent de constater que, pour le même animal, le sang des veines sus-hépatiques, des veines spléniques et celui de la veine-porte contiennent toujours plus d'urée que le sang artériel pris dans la carotide; d'où nous pouvons conclure que les viscères abdominaux sont le siège d'une formation continue d'urée. »

---

la table, tous les secours de la médecine furent impuissants contre ses maux. Enfin l'excès de ses souffrances l'obligea à changer de vie : il s'accoutuma à ne prendre chaque jour que 12 onces de nourriture solide, en pain, soupe, jaunes d'œuf, viande ou poisson, etc., avec 14 onces de liquides ; il évita autant que possible l'excès de froid ou de chaud, les exercices violents, les veilles, etc. Ce régime lui redonna la santé en quelques mois, et le conduisit, exempt de toute infirmité, jusqu'à l'âge de 99 ans ! Il mourut à Padoue, le 25 avril 1566. » (*Dict. hist. de la médecine,* t. II, p. 864.)

L'ouvrage de Cornaro, *Discorsi della vita sobria*, etc., publié en italien en 1558, à Padoue en 1599, et en 1620 à Venise, en 1646 à Paris, et traduit en latin en 1613 à Anvers et en 1615 à Milan, puis en français en 1646 et en 1647, devait être évidemment connu de Tallemant ; on peut même, sans entrer trop avant dans le champ des hypothèses, admettre que les doctrines hygiéniques de Cornaro étaient arrivées à la cour de France à la suite des Médicis et y avaient fait d'assez nombreux adeptes pour qu'on désignât ceux-ci sous un nom tiré de leur genre de vie, et qu'il y eut des *cornariens*, comme à la cour de Lilliput il y avait des *gros* et des *petits boutiens*, et qu'il y a actuellement des *végétariens* un peu partout. M. de Chavigny était donc *cornarien*, c'est-à-dire habitué à une diète sévère, et malgré la « chère admirable » qu'on lui fit faire, l'historiette ne dit pas qu'il s'en porta plus mal. Une fois d'ailleurs n'est pas coutume, et Hippocrate recommande de faire de temps en temps infraction à la règle. Je ne sais si Galien dit le contraire.

Bref, voilà, je crois, comment on peut expliquer le mot qui a paru énigmatique à M. Monmerqué.

© BIU Santé

Il convient d'ajouter que les sangs artériel et veineux des membres et de la tête renferment sensiblement la même proportion d'urée.

Le chyle et la lymphe, recueillis dans le canal thoracique, après la section du bulbe et en pratiquant la respiration artificielle, ont toujours été trouvés plus riches en urée que le sang artériel et que les sangs veineux. — M. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 mai 1884. — Présidence de M. Polaillon.

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

La correspondance imprimée comprend les journaux de la quinzaine : le *Compte rendu général des Académies et Sociétés médicales;* — le *Progrès médical;* — le *Concours médical;* — le *Journal des sages-femmes;* — les *Mémoires et Comptes rendus de la Société médicale de Lyon;* — la *Revue médicale et scientifique d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes;* — le *Journal d'hygiène;* — la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale;* — les *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris;* — un mémoire *sur l'iridectomie*, par le docteur Raphaël Castellani; — un exemplaire du discours prononcé par M. Fallières, ministre de l'instruction publique, à la séance générale du Congrès des Sociétés savantes.

M. Reliquet dépose un exemplaire de sa brochure *Sur la fistule uréthro-prostatique, périnéale et rectale.*

M. de Beauvais : Je suis chargé par M. Forget de vous exprimer tous ses regrets de ne pouvoir assister à la séance. Il se promettait de lire aujourd'hui l'observation très détaillée dont il vous avait parlé précédemment. Notre collègue avait trop présumé de ses forces; il est retombé gravement malade d'un accès de colique hépatique. MM. Noël de Mussy, Blondeau et moi avons été appelés à lui donner des soins. Dès son rétablissement, il s'empressera de communiquer à la Société le travail qu'il avait préparé.

M. Jules Besnier : Je viens d'observer, depuis notre dernière séance, un nouveau cas d'angine diphthéritique, traité avec succès par la *résorcine*, et qu'il me paraît intéressant de vous faire connaître.

Il s'agit d'une petite fille âgée de 9 ans, habituellement pâle et d'apparence délicate. La maladie datait de la veille. En rentrant de pension, le soir, cette enfant s'était plainte de la gorge pour la première fois. Néanmoins, elle avait passé une bonne nuit, avait déjeuné comme à son ordinaire; elle s'était levée, sans fièvre notable. Sur chaque amygdale, il existait une fausse membrane blanchâtre, peu épaisse, couvrant uniformément, et d'une seule tenue, toute leur face interne, et s'étendant même à droite sur la moitié correspondante de la luette. De chaque côté, il y avait un engorgement ganglionnaire sous-maxillaire, du volume d'un œuf de pigeon, et entouré d'un léger œdème périphérique; engorgement douloureux spontanément et surtout à la pression, bien que la malade n'éprouvât qu'une gêne légère à la déglutition.

Le traitement local a consisté dans des badigeonnages, répétés toutes les deux heures, avec le mélange au 15e de résorcine et de glycérine indiqué par M. Leblond dans son intéressante communication. J'y ai joint des gargarismes à l'eau de chaux, répétés également toutes les deux heures et, à l'intérieur, une potion de Todd mitigée, et additionnée d'extrait de kina (2 gr.) et de chlorate de potasse (4 gr.). De plus, j'ai fait faire des fumigations à l'acide phénique, non près de la malade, d'une manière continuelle et intensive, comme les a préconisées dernièrement le docteur Renou, de Saumur (*Gazette des hôpitaux*, n° 17, 1884), mais dans l'appartement et, de temps en temps seulement, comme antiseptique. J'emploie ces dernières depuis plusieurs années déjà pour assainir l'air ambiant et prévenir, si possible, la contagion; éventualité qui a tout au moins l'avantage de rassurer un peu les familles, toujours très impressionnées lorsqu'on leur parle d'angine couenneuse et qu'on exige l'éloignement de leurs autres enfants.

Sous l'influence de ce traitement rigoureusement suivi, notre petite malade a guéri en cinq jours, et la résorcine a eu sans doute une large part dans ce résultat. Les fausses membranes se sont rapidement modifiées; elles sont devenues d'abord un peu jaunâtres, et comme tuméfiées et infiltrées; puis, elles ont diminué d'épaisseur, se sont entamées par leurs bases, et elles ont disparu par place, sans s'étendre ni se renouveler. Mais, dans ce fait, il faut le reconnaître, il s'agissait d'un cas de peu d'intensité; il n'y avait pas de croup, pas d'intoxication générale. C'était, en un mot, un de ces cas, qu'on voit souvent guérir par l'emploi de tout autre moyen, notamment par le

©BIU Santé

saccharate de chaux et les solutions plus ou moins concentrées d'acide phénique, d'acide salicylique, etc.

C'est donc un fait encourageant, mais qui ne saurait démontrer que la résorcine a une action spéciale contre la diphthérie, en tant qu'affection générale. Il y a bien eu chez notre malade les deux phénomènes signalés particulièrement par M. Leblond, à savoir une diminution assez rapide de l'engorgement ganglionnaire, et des urines noirâtres. Mais le premier, qu'on pourrait rapprocher de la diminution des engorgements de la rate, qu'un observateur anglais, le docteur Righi, a notée à la suite de l'administration de la résorcine à l'intérieur, peut tout aussi bien, dans l'espèce, être attribué à l'amélioration locale concomitante. Le second prouve seulement que cette substance, absorbée à la suite des attouchements de la gorge, et par là même à très petites doses, est éliminée rapidement par les urines, et rien de plus.

Jusqu'à plus ample informé, la résorcine se place donc, comme modificateur local, à côté des moyens employés jusqu'ici ; comme eux, elle a déjà donné des succès, ceux qui viennent de vous être communiqués ; dans mon cas, elle m'a paru agir aussi bien, et même peut-être plus rapidement que la plupart d'entre eux. Elle m'a paru aussi offrir certains avantages qui ne sont pas à dédaigner. Ainsi, la solution que nous avons employée n'est pas caustique, de sorte qu'on peut badigeonner largement l'arrière-gorge, sans crainte de dépasser le mal. Elle est adhérente aux doigts, et par là même paraît devoir s'attacher aux fausses membranes. Elle a un goût de cuisson légère et un peu sucré, bien moins désagréable que toutes les solutions plus ou moins concentrées d'acide phénique ou autres; aussi, ma petite malade se prêtait-elle volontiers aux attouchements répétés qu'on lui faisait. Enfin, absorbée à l'intérieur à la suite de ces derniers, elle ne saurait être nuisible, si même elle n'est utile, attendu que la résorcine est un succédané de la quinine, qui peut être donné impunément à l'adulte, à la dose de 5 à 6 grammes et même plus par jour; et en cela elle est bien différente de l'acide phénique, auquel les enfants sont si sensibles. Pour toutes ces raisons, c'est donc une substance à expérimenter encore; pour ma part, les résultats qu'elle m'a donnés dans le fait que je viens de vous citer, m'engagent à y recourir de nouveau, le cas échéant.

M. Leblond: Je ferai une critique à M. Besnier, c'est l'emploi simultané de l'acide phénique et de la résorcine. Il vaut mieux, je crois, recourir à un traitement simple; à dose égale, la résorcine est douée de propriétés antiseptiques au moins égales à celles de l'acide phénique, et on peut la donner en quantités plus considérables, et obtenir ainsi une action antiseptique plus marquée.

M. Besnier: Les fumigations d'acide phénique ont été employées à dose très légère, la capsule étant placée dans la chambre voisine. Si je n'y ai pas renoncé, c'est à cause de l'effet moral.

M. Duroziez: Il ne serait pas bon de propager cette assertion que l'on peut employer l'acide phénique et la résorcine aux mêmes doses; ce serait dangereux.

M. Bouloumié présente, au nom du docteur Lacassagne, un tableau double, sous forme de carte, d'aide-mémoire portatif, qui présente sur une face une sorte de calendrier de la grossesse, et, sur l'autre, divers renseignements sur l'état du fœtus aux différents âges.

M. Charpentier donne lecture de son rapport sur la candidature de M. le docteur Deligny au titre de membre titulaire.

Les conclusions favorables sont mises aux voix et adoptées, et le vote sur l'élection mis à l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. Bouloumié lit un travail *Sur le traitement des déformations goutteuses*. (Sera publié.)

M. Fraigniaud : J'ai écouté la communication de M. Bouloumié avec le plus grand intérêt; je suis de l'avis de l'auteur, en admettant que la main présente plus souvent des tophus que les pieds; mais il n'est pas nécessaire qu'une articulation ait été malade pour qu'il s'y forme des tophus. Le traitement le plus efficace me paraît le suivant: emploi d'un peu d'eau alcoolisée, de temps à autre, pendant huit jours par exemple, suivis de trois semaines de repos, et ainsi de suite; de plus, massage et bains de vapeur. Quant aux eaux allemandes, ce sont les manifestations viscérales qui les réclament; l'action notamment des eaux de Carlsbad est merveilleuse ; chaque fois qu'il existe une manifestation intestinale, il se fait une véritable résurrection.

M. de Beauvais : Je viens confirmer l'opinion exprimée par M. Bouloumié sur le traitement par le saracénia; cet agent est un peu laxatif et un peu diurétique. Il importe

BIU Santé

d'avaler la poudre avec l'infusion; tel est le résultat de mon expérience dans les cas où je l'ai employée.

M. Charpentier : J'ai écouté avec intérêt la communication de M. Bouloumié sur le traitement des déformations des doigts dans la goutte, et surtout la description des lésions cutanées des extrémités dans ces conditions. A ce propos, permettez-moi d'entretenir votre Société d'un symptôme que j'ai eu précisément l'occasion d'observer très fréquemment chez les goutteux, et qui affecte également les doigts; je veux parler du phénomène du doigt mort. A vrai dire, ce n'est pas un doigt mort, dans l'acception du mot, mais plutôt un refroidissement des extrémités digitales comme symptôme accompagnant la goutte, ou bien la précédant chronologiquement de très loin.

Désireux de rechercher dans quelles conditions s'aperçoit ce phénomène, je recherchai sur les vieilles pensionnaires de la Salpêtrière celles qui présentaient ou avaient présenté ce phénomène. Je ne tardai pas à en réunir un certain nombre, et je fus frappé de la prédominance du nombre de goutteuses parmi elles; il est vrai de dire que j'avais dans mes recherches éliminé toutes les hémiplégiques et toutes celles qui, pour des troubles cérébraux, me paraissaient sujettes à caution au point de vue des renseignements.

Chez toutes, les symptômes, à plusieurs variantes près, étaient les mêmes :

Le matin, dans la saison froide, les jours froids, les extrémités unguéales subitement pâlissaient, s'engourdissaient avec ou sans picotement, avec ou sans douleur; chez les uns, une seule phalange était prise ; chez la plupart, les phalanges des quatre derniers doigts; souvent, les deuxièmes phalanges et aussi les trois phalanges étaient le siège du même phénomène qui constamment débutait par l'extrémité unguéale, sauf les cas où tout le doigt était pris d'emblée; chez quelques-unes, le pouce était pris également, rarement la paume et le dos de la main; chez plusieurs, le même phénomène était symétrique à l'autre main; chez aucune, les pieds n'ont été envahis, même chez celles qui présentaient de la goutte à ces régions; jamais le pouce ne fut pris sans que les autres doigts ne le fussent également; je n'ai noté ce phénomène du pouce pris isolément que chez une tuberculeuse névropathe; jamais le phénomène n'est survenu la nuit; il est donc bien distinct des douleurs goutteuses arrachant la malade à son sommeil; la durée était variable, ordinairement dix, quinze minutes, parfois une heure, quelquefois mais rarement deux; le phénomène principal était la sensation d'engourdissement; « mon doigt est comme mort, je le presse, je le pique, je ne sens rien. »

Pour se préserver de cette sensation souvent plutôt incommode, plus rarement douloureuse, les unes se secouent les doigts, les autres les frappent contre les barreaux de leur chaise; celle-ci les presse avec les doigts restés libres; celle-là les met dans la bouche, dans les cendres ou contre un corps chaud.

De mes malades, les unes, le plus petit nombre, n'observaient ce phénomène que depuis les manifestations de la goutte; le plus grand nombre l'avait éprouvé cinq, dix quinze, vingt ans avant l'apparition des troubles goutteux des doigts; quelques-unes m'ont affirmé qu'un de leurs enfants présentait le même phénomène.

Les pensionnaires qui m'ont présenté ce phénomène sans offrir de manifestations goutteuses aux mains ni aux pieds, étaient toutes des femmes ayant eu des règles abondantes ou des pertes fréquentes, des migraines ou des dyspepsies douloureuses, de hémorrhoïdes, des érysipèles de la face à répétition, des coliques néphrétiques, de la gravelle; un grand nombre présentait des varices des jambes.

Si je me souviens bien, M. Dieulafoy a signalé le doigt mort comme signe de néphrite; et, ayant à ma connaissance trois malades qui ont présenté ce phénomène, mais atteintes de gravelle avec néphrite, je me demande si le phénomène du doigt mort ne doit pas être restreint aux néphrites graveleuses ou goutteuses.

Les anciens, alors qu'ils soutenaient la nature nerveuse de la goutte, avaient fait ressortir les phénomènes digitaux en disant que la goutte était une pléthore du cœur avec atonie des extrémités.

Je ne nie pas que le phénomène du doigt mort se rencontre chez les névropathes ; dans les asiles d'aliénés, Pietti et d'autres aliénistes ont signalé l'asphyxie des extrémités ; elle est fréquente dans la mélancolie avec stupeur, assez fréquente pour qu'on ait tenté d'expliquer les troubles cérébraux par un mécanisme analogue à celui de l'asphyxie des extrémités ; pour ma part, j'ai été frappé de l'extrême fréquence du refroidissement des extrémités avec teinte rougeâtre violacée chez les jeunes idiotes du service de M. Legrand du Saulle à la Salpêtrière. J'admets également que les phénomènes de refroidissement des extrémités chez mes vieilles goutteuses ont été des phénomènes névrosiques, spasmodiques des capillaires, mais je ne puis m'empêcher de remarquer combien ces phénomènes sont plus fréquents chez des goutteuses, et en

©BIU Santé

constatant chronologiquement que ces phénomènes ont pu se présenter de longues années avant l'apparition de la goutte digitale ou viscérale, je me demande si à l'avenir, en face d'une malade présentant ce phénomène, au lieu d'y voir un simple phénomène névropathique local, il ne serait pas plus prudent de penser à la goutte, de la rechercher dans les antécédents commémoratifs, de sorte que par un traitement approprié on puisse prévenir des accidents plus sérieux et plus difficiles à traiter, tels que ceux dont vient de nous entretenir notre collègue M. Bouloumié.

J'ajouterai que presque aucune des malades n'a présenté antérieurement d'engelures, mais plusieurs avaient eu des panaris sans que le phénomène de refroidissement se fût présenté de préférence sur le doigt précédemment affecté.

M. Vulpian a publié, il y a quelques mois, dans la *Gazette des hôpitaux*, un cas d'asphyxie des quatre extrémités avec troubles bulbaires.

M. Blache : Le doigt mort s'observe surtout chez les femmes, et notamment chez celles atteintes de néphrite albuminurique ; ce fait semble en faveur de la probabilité de son origine goutteuse.

M. de Beauvais : J'ai constaté le phénomène du doigt mort chez un calculeux qui est mort à la suite de trois séances de lithotritie.

M. Duroziez : Quelle est la durée habituelle de ce phénomène du doigt mort, et est-elle constante ?

M. Charpentier : La durée varie de 10 minutes à 2 heures ; cet accident survient surtout en hiver et jamais la nuit. Cela n'a jamais été d'ailleurs jusqu'à la gangrène et l'asphyxie des extrémités. Comme le faisait remarquer M. Bouloumié, il y a quelquefois amincissement de la pulpe du doigt.

M. Polaillon : Je ne nie pas qu'on rencontre le doigt mort chez les goutteux, bien que je ne l'aie pas entendu dire jusqu'ici, mais on le trouve souvent chez les névropathes, surtout chez les femmes. Ce n'est pas le résultat d'une atonie des artères, mais bien plutôt d'un spasme. Ces artères ont d'ailleurs une tunique moyenne très pourvue de fibres musculaires. Le spasme est habituellement passager, et alors il n'y a aucune conséquence à en tirer ; mais il peut aussi persister et produire des douleurs vives. Cela peut aller jusqu'à un amaigrissement considérable du doigt et même jusqu'à un peu de gangrène de la pulpe. Je l'ai observé chez une femme qui avait fait une chute sur la pulpe des doigts, qui ont tous été affectés et ont présenté de légères plaques de gangrène.

M. Bouloumié : Beaucoup de mes malades se plaignaient de froid aux mains et aux genoux, mais je n'ai pas été plus loin dans mon observation. Quant aux eaux de Carlsbad, je ne suis pas d'avis d'envoyer les malades en Allemagne.

M. Duroziez : Je rapprocherais volontiers du doigt mort ce que je me permettrai d'appeler le cœur mort ; l'arrêt du cœur survenant dans l'angine de poitrine ne peut-il être dû à la même cause que le doigt mort, et ces deux accidents survenant dans une même famille ne doivent-ils être considérés que comme l'effet d'une coïncidence. Je rappellerai que la sœur de Maurice Raynaud mourut de gangrène des extrémités.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel, Marchal.

COURRIER

Ecole supérieure de pharmacie. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 8 juin, aux environs de Mantes.

Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare à 8 heures 10, pour la station de Mantes.

Médaille d'or. — M. Pasteur vient de recevoir de la Société centrale pour l'amélioration des races de chiens, une médaille d'or pour ses travaux sur la rage.

Dyspepsie-Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents sont rapidement modifiés par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez. — Exp. cliniques de MM. Archambault, Gubler, etc.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. L.-G. Richelot : De l'énucléation des myomes utérins. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Sociétés médicales des départements. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — VI. Thèses de doctorat. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

De l'énucléation des myomes utérins (1).

Madame K... présentait depuis douze ans des symptômes de corps fibreux et des métrorrhagies abondantes. Elle avait consulté plusieurs chirurgiens en Suisse et en France ; en dernier lieu, Depaul lui avait dit que la tumeur était trop profonde et qu'une opération n'était pas possible. A la fin de l'année dernière, elle suivait, entre les mains de M. le docteur Barthélemy, un traitement palliatif : piqûres d'ergotine, injections d'eau chaude, etc. Mais les pertes ne s'arrêtaient pas, et l'anémie faisait des progrès menaçants. Il y avait en outre une insuffisance aortique parfaitement caractérisée.

Pendant le mois de septembre, les règles vinrent avec une abondance extraordinaire. M. Barthélemy voyait la malade s'épuiser de jour en jour et la jugeait incapable de résister plus de quelques mois à de pareilles épreuves. En même temps, il constatait par le toucher la présence d'une tumeur grosse comme le poing qui distendait la cavité vaginale, faisait saillie du côté du rectum, et semblait accessible aux instruments.

Ainsi, tumeur en voie de progrès, pertes continuelles, affaiblissement rapide chez une femme de 45 ans : il y avait urgence d'intervenir, pour peu qu'une opération fût possible. C'est dans ces conditions que je fus appelé, le 20 septembre 1883.

Le vagin était rempli par une masse volumineuse représentant comme une énorme hypertrophie de la lèvre postérieure, car la muqueuse se réfléchissait directement de la paroi vaginale sur la tumeur, et le doigt ne sentait pas de bourrelet qu'il pût prendre pour le col ouvert et laissant passer un polype ; en avant, un peu à gauche, on rencontrait à la base de la tumeur une petite dépression à peu près transversale et au devant d'elle une saillie légère : c'étaient l'orifice et la lèvre antérieure du col. Il y avait donc un myome interstitiel occupant la lèvre postérieure ; et de plus, comme la masse était volumineuse au niveau du cul-de-sac de réflexion de la muqueuse, on devait en inférer qu'elle se prolongeait dans la paroi utérine. La matrice, d'autre part, était saillante au-dessus du pubis : si ce n'étaient pas d'autres masses fibreuses développées sous le péritoine, c'était l'extrémité profonde de la tumeur intra-pariétale qu'on sentait ainsi à l'hypogastre ; on pouvait juger par là de ses dimensions et de la difficulté d'une extirpation complète.

Je pensai qu'en faisant une section par l'écraseur ou l'anse galvanique au niveau du cul-de-sac de réflexion, je laisserais dans la paroi même une portion plus ou moins considérable du myome, et que j'aurais ensuite beaucoup de peine à l'extraire. Je résolus donc de faire d'emblée l'*énucléation*, c'est-à-dire d'inciser la masse qui représentait la lèvre postérieure, d'ouvrir ainsi la loge du myome, de détacher de bas en haut ses adhérences, enfin de l'attirer au dehors à l'aide d'un instrument tel que les pinces imaginées par le professeur Guyon pour remplir cet office.

L'opération fut exécutée le dimanche 23 septembre. Outre la préparation habituelle de l'intestin, j'avais recommandé de faire la veille et le matin même des injections d'eau chaude. Cette précaution m'avait été conseillée, comme pouvant décongestionner les tissus et prévenir l'hémorrhagie opé-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 7 juin 1884.

©BIU Santé

ratoire. Je ne sais quelle peut être la valeur de ce moyen, mais il est rationnel, et je l'utiliserai encore. Toujours est-il que l'extirpation laborieuse de cette tumeur n'a pas fait couler, pour ainsi dire, une goutte de sang.

M. Bar, accoucheur des hôpitaux, et M. le docteur Defontaine voulurent bien m'aider. L'anesthésie fut faite par M. Barthélemy, et, malgré les craintes que nous inspirait l'état du cœur, la malade resta endormie pendant plus de deux heures, sans aucun accident. Voici les principaux détails de l'opération :

A l'aide d'un bistouri conduit dans le vagin sur l'index de la main gauche, j'incise en croix, superficiellement et sans rien voir, la masse arrondie qui se présente; puis j'abandonne l'instrument tranchant, et avec l'ongle je cherche à séparer de la tumeur la mince couche de tissu qui la recouvre. Aussitôt je constate son adhérence intime à la loge où elle est contenue, et c'est à grand'peine que je mets à nu une partie de sa surface antérieure. Au bout de quelque temps, mon doigt pénètre dans le tissu morbide, et un second fait m'apparaît: la friabilité du myome en certains points. Désormais obligé de lutter contre les deux principales difficultés de ce genre d'opération, adhérence et friabilité, je prends le parti de morceler la tumeur pour l'extraire en détail. Les doigts, les ciseaux courbes, une longue spatule emmanchée me servent à rompre lentement les tractus fibreux; chaque fragment détaché est tiré dehors avec les doigts, les pinces de Museux ou les pinces de Guyon ; mais ces dernières ne m'ont pas rendu service comme si le myome avait pu être saisi en masse. Plus j'avance, plus je vois que toute la paroi postérieure de l'utérus est remplie, et qu'il faudra pénétrer jusqu'au fond de l'organe. J'introduis la main tout entière, tantôt la droite pour rompre des liens fibreux et saisir des fragments, tantôt la gauche pour guider l'instrument qui me sert d'énucléateur, et que je ne veux pas plonger aveuglément dans cette cavité profonde, au risque de perforer l'utérus et d'ouvrir le péritoine. Chemin faisant, j'ai parfaitement conscience de laisser en plusieurs points une couche de tissu morbide tapissant la paroi; mais j'aime mieux passer outre que d'arracher avec violence. Enfin, j'arrive à dépasser l'extrémité supérieure du myome, et, l'accrochant avec les doigts comme j'aurais saisi les pieds dans une version, j'attire au dehors le dernier fragment. La main, placée sur l'abdomen, ne sent plus trace de tumeur à l'hypogastre. Une large irrigation phéniquée termine l'opération, qui a duré deux heures vingt minutes.

Quelle était, à ce moment, la situation? Nous avions affaire à une cavité intra-pariétale contenant des débris adhérents, et qui pouvait être comparée à la cavité utérine elle-même dans un cas de rétention placentaire. Les débris se mortifieraient et seraient bien vite une cause d'infection ; il fallait à tout prix en prévenir la décomposition putride et en favoriser l'élimination. D'un commun accord, il fut décidé que nous imiterions la conduite des accoucheurs, qui maintenant conjurent si heureusement les accidents de la rétention placentaire à l'aide des injections intra-utérines de liquides antiseptiques, et en particulier de sublimé corrosif. Tout fut organisé pour atteindre ce but: une sage-femme expérimentée fut placée auprès de la malade, et toutes les deux heures fit passer dans la plaie utérine trois et quatre litres d'une solution tiède de sublimé au millième. Compresses vulvaires trempées dans l'acide phénique, propreté minutieuse, tout fut mis en œuvre pour venir en aide aux irrigations et compléter l'antisepsie.

Tout alla bien pendant 9 jours. La température atteignit 38° et redescendit à 37°. Il y eut seulement un peu de gingivite mercurielle, qui par un singulier hasard vint nous contrarier, tandis qu'elle est d'une extrême rareté dans les salles d'accouchements où le sublimé est journellement en usage. Mais on en fut quitte pour substituer au sublimé l'acide phénique au centième. Puis les injections furent un peu plus espacées, et, peut-être à tort, la rigueur du traitement diminua; au toucher, la cavité opératoire

© BIU Santé

semblait déjà rétrécie, et l'eau des injections revenait claire. Je passe naturellement sur les menus détails de l'observation.

Le mardi 2 octobre, la malade reçut des visites et se fatigua, malgré nos avis; elle eut dans la journée un frisson qui dura 15 minutes; le soir, elle fut reprise de malaise et d'agitation. Le mercredi, p. 120 et t. 39°3; au toucher, les culs-de-sac vaginaux sont souples et indolents, le ventre n'est ni sensible ni ballonné, aucune complication locale ne paraît imminente, mais il y a eu certainement un peu de résorption par la plaie utérine. Le jeudi matin, la nuit a été calme, une transpiration abondante est survenue, le pouls est tombé à 80 et la température à 36°9; mais le soir du même jour, malgré le sulfate de quinine et la reprise des injections fréquentes, la situation est tout à coup devenue grave : frisson à quatre heures, p. 120 et t. 41°, peau sèche, deux vomissements. Aucune douleur au toucher ni à la palpation de l'abdomen, aucune fétidité; mais l'eau des injections ramène du pus et des débris mortifiés.

L'élévation de la température, le facies altéré nous donnaient tout à craindre, malgré l'indolence locale, la souplesse des culs-de-sac, la rigueur avec laquelle la plaie utérine était lavée toutes les deux heures. Nous étions revenus au sublimé, au risque de provoquer un retour de la gingivite; chacune des irrigations était continuée jusqu'à élimination du moindre débris; en même temps, nous donnions 2 grammes de sulfate de quinine.

Le samedi 6 octobre, la température est à 39°, l'eau des injections contient du pus, d'abondants détritus, quelques fragments assez volumineux, deux ou trois fois des caillots sanguins. L'adynamie est profonde, toujours sans complications locales. M. Verneuil, appelé en consultation, constate la septicémie et nous engage à prendre souvent la température, pour chercher les grandes oscillations caractéristiques de l'infection purulente.

Le lendemain, rémission marquée, p. 88, t. 37°6. A partir de ce moment, l'amélioration commence et suit une marche régulière : le 10 octobre, 39°6; le 13, 38°6; le 15, 38°2, après quoi le thermomètre oscille autour de 37°. En somme, l'état grave n'avait guère duré que trois jours.

Je ne dis rien des péripéties d'un traitement difficile ni des moyens accessoires qui furent mis en œuvre pour calmer les vomissements, la diarrhée, assurer l'alimentation, soutenir les forces. Les doses de quinine furent diminuées peu à peu, mais longtemps prolongées. La stomatite nous fit renoncer pour la seconde fois au sublimé, mais à regret; on alterna d'abord avec l'acide phénique au cinquantième, puis ce dernier fut employé seul. Plus tard, on fit usage d'une solution au centième pour épargner les muqueuses, très vivement irritées; mais le danger avait disparu, et bientôt l'acide borique à 3 p. 100 fut chargé de faire le reste. L'eau des irrigations, d'abord très chargée, s'éclaircit de jour en jour, et finit par ne plus ramener ni pus ni débris organiques. Ainsi se passa le mois d'octobre; à partir des premiers jours de novembre, on diminua peu à peu la fréquence des injections, et en même temps le toucher vaginal nous faisait constater le retrait progressif de la plaie utérine.

Le 2 décembre, la malade se lève de 1 à 6 heures, elle a bon appétit, bon sommeil et reprend des forces. Au spéculum, on trouve une surface convexe avec une dépression cruciale profonde, entièrement cicatrisée, dans laquelle s'enfonce la muqueuse : c'est la lèvre postérieure portant la trace de mon incision. En avant et à gauche, une petite dépression linéaire oblique représente l'orifice du col. Les règles apparaissent le 3 décembre, et durent trois jours; on peut les considérer comme le signe d'une guérison parfaite, qui depuis lors ne s'est pas démentie.

De tout ce qui précède, il résulte, Messieurs, que l'énucléation des myomes interstitiels très volumineux peut être faite sans témérité quand il y a urgence à intervenir. Vous avez dû comprendre que la tumeur dont

©BIU Santé

j'ai fait l'ablation tenait pour ainsi dire le milieu entre les myomes du col, limités à la lèvre postérieure, et les myomes du corps, inclus dans la paroi au-dessus du col fermé, abordables seulement par la cavité de l'utérus après la dilatation de son orifice. Le mien occupait à la fois la paroi et la lèvre; j'étais dispensé d'ouvrir le col, de craindre sa déchirure au passage de la tumeur, d'abaisser la matrice et d'opérer dans sa cavité; en incisant l'énorme lèvre postérieure qui se présentait, j'ouvrais largement la loge en son lieu le plus déclive, et je n'avais devant moi d'autres difficultés que la profondeur de cette loge, le grand volume et l'adhérence du corps fibreux; c'était bien assez.

Les difficultés de l'opération surmontées, la guérison n'a pas marché tout droit. Les annexes et le péritoine sont restés silencieux, mais nous avons dû lutter contre la septicémie. Je vous l'ai dit, le principal danger résulte des opérations incomplètes et des accidents de résorption qui suivent le sphacèle du tissu morbide. Ici, je n'hésite pas à faire honneur du succès final aux irrigations antiseptiques, larges et fréquentes, portées avec le plus grand soin dans les anfractuosités de la plaie et n'y laissant pas séjourner la moindre parcelle organique. Cette antisepsie convaincue et persévérante sauve la vie des femmes qui auraient, il y a peu d'années, succombé à la rétention placentaire; il faut comprendre que nos opérées, après l'extirpation d'un myome interstitiel, sont dans une position comparable à celle qui suit les accouchements laborieux. En nous pénétrant de cette idée, nous avons désormais un fil conducteur; nous savons pourquoi l'opération est grave, aussi bien que nous savons pourquoi elle est difficile; et notre conduite s'inspire tout naturellement d'une analyse plus délicate que ne la faisaient nos devanciers, en même temps que des progrès modernes de la thérapeutique chirurgicale. Pour tout dire en un mot, l'énucléation des myomes interstitiels, dans les conditions difficiles que j'ai cherché à vous faire bien comprendre, est une opération toujours grave; mais c'est une opération légitime, conservatrice, par laquelle la chirurgie est puissante, car elle tient souvent en ses mains la vie et la santé des malades qui lui demandent secours.

L.-G. Richelot.

BIBLIOTHÈQUE

Recherches expérimentales sur l'excitabilité électrique des circonvolutions cérébrales et sur la période d'excitation latente du cerveau, par le docteur Henry-C. de Varigny. — Paris, Félix Alcan, éditeur. — 1884.

L'auteur nous donne d'abord l'historique de la question; mais ce n'est pas une simple description, un simple exposé. Il a eu soin d'accompagner les faits et les doctrines d'explications et d'intéressants commentaires. Puis, il consacre un chapitre important à ce qu'il appelle la *technique physiologique*, c'est-à-dire qu'il nous initie à tous les détails des expériences, aux précautions, aux appareils, etc., etc. « Après avoir expliqué, dit-il, le *modus faciendi* adopté dans nos expériences, nous avons à considérer ce qui fait véritablement l'objet de nos recherches et à exposer les résultats que nous avons obtenus.

« La première question qui se pose est celle de l'influence du chloral : 1° sur l'excitabilité absolue de l'écorce cérébrale; — 2° sur la durée de la période latente cérébrale... »

On lira avec intérêt les détails relatifs à l'influence du chloral sur l'excitabilité cérébrale; à celle de la réfrigération de l'écorce cérébrale; à celle de la dilacération de la substance blanche sous-jacente à une région motrice; à l'inexcitabilité du cerveau des nouveau-nés. Cette dernière question doit être réservée.

Notre confrère a traité loyalement et avec habileté un sujet épineux, qui est loin d'être épuisé, si jamais il doit l'être. Son mémoire est une pierre utilement préparée pour l'édifice; et, autant par ce travail que par ses travaux antérieurs, il mérite hautement d'être encouragé dans la voie où il a eu le courage de s'engager et le mérite de faire bien.

G. R.

© BIU Santé

DICTIONNAIRE DE BOTANIQUE, par M. H. BAILLON, avec la collaboration de MM. J. DE SEYNES, J. DE LANESSAN, E. MURAT, W. NYLANDER, E. TISON, E. FOURNIER, J. POISSON, L. SOUBEIRAN, H. BOCQUILLON, G. DUTAILLY, E. BUREAU, H.-A. WEDDEL, etc., etc. — Librairie Hachette.

Nous avons reçu la seizième livraison de cette magnifique publication, qui nous mène prochainement à la fin du second volume. Dans cette livraison, nous trouvons des articles d'un grand intérêt : DICOTYLÉDONS, DICOTYLÉDONES, DICOTYLÉDONÉES, où l'auteur a consigné des idées neuves; DIGESTION des végétaux, dissertation remarquable chimique et physiologique; DIMORPHISME, article extrêmement curieux où Darwin n'a pas manqué de fournir son contingent; DISSÉMINATION, c'est-à-dire la dispersion des semences; DRACONA, où l'on voit que la plupart des plantes ornementales cultivées sous ce nom dans nos serres et dans nos appartements appartiennent à un autre genre; DIGITALE, plante chère à la médecine, etc., etc.

Il est impossible d'imaginer rien de plus beau, comme typographie et comme dessins, que ce *Dictionnaire de botanique*, et la rédaction est à la hauteur de l'exécution. Lorsque ce deuxième tome sera achevé, nous en donnerons une analyse descriptive et détaillée.

G. R.

REVUE DES JOURNAUX

Journaux anglais et américains.

De la septicémie puerpérale à l'étranger (suite). — Après le travail du docteur Garrigues, le plus important sur ce sujet est le travail du docteur Fordyce Baker, président de l'Académie de médecine de New-York. Cet auteur a émis ses opinions sur le sujet si intéressant qui nous occupe dans un mémoire en réponse à un autre, à un troisième travail sur la matière du docteur Gaillard Thomas, dont la lecture eut lieu au mois de décembre de l'année dernière au sein de l'Académie de médecine de New-York. Nous essayerons, tout en rapportant les traits principaux du débat qui eut lieu dans la Société savante, de rendre compte des deux travaux dans une seule et même analyse.

Le docteur Fordyce Baker n'admet pas avec Gaillard Thomas que toute inflammation suivant de près le travail soit une manifestation de l'infection septique; que celle-ci d'ailleurs revête la forme d'une métrite, d'une phlébite, d'une cellulite, d'une pelvi-péritonite ou d'une péritonite, soit enfin d'une lymphangite, il nie que l'origine commune de ces accidents soit une absorption septique au niveau de la plaie ouverte. Pour lui, à côté d'un seul cas d'inflammation due à cette cause, il y en a vingt qui sont simples, non septiques.

Il n'admet pas non plus avec le docteur Gaillard Thomas que l'on considère l'écoulement lochial comme une sorte de liquide toxique capable d'empoisonner l'organisme entier par l'absorption de ses principes à travers des solutions de continuité le long du canal génital. Selon lui, c'est là une erreur radicale; les épidémies de fièvre puerpérale (qui éclatent quelquefois dans des districts ruraux après une longue période d'immunité) diffèrent absolument de la septicémie par leur origine, leurs modes de début, leurs symptômes et leurs lésions anatomiques. Il en trouve plutôt la cause dans une sorte de malaria nosocomiale. Pour l'honorable président de l'Académie de New-York, le travail de son adversaire, le docteur Gaspar Griswold, et ses opinions touchant les propriétés septiques de l'écoulement lochial, sont entièrement fondées sur des idées théoriques, étant donné que de toutes les femmes en couches présentant l'une quelconque des formes de cet empoisonnement général de l'organisme, il y en a à peine une ou deux sur cent qui meurent, et que la guérison, qui devrait être l'exception, est au contraire la règle lorsque toutes les précautions ont été prises.

Il suffirait déjà de ce que nous venons de dire pour montrer au lecteur que le travail du docteur Garrigues déjà analysé et celui de l'interlocuteur du président Fordyce Baker, le docteur Griswold, ne sont que la confirmation des théories régnantes en France, exposées et défendues avec tant de persistance, de talent et de bonheur par notre maître M. Siredey (1). M. Fordyce Baker, qui est le père d'un livre sur les maladies puerpérales, en défend avec énergie les conclusions qu'il ne voudrait pas voir vieillir, mais le temps marche et avec lui la science, et la théorie de la malaria noso-

(1) *Traité des maladies puerpérales*, par Siredey; Paris, 1884.

©BIU Santé

comiale semblera aux jeunes quelque peu surannée et surtout quelque peu théorique à son tour. Le speaker, faisant ici allusion au bon billet que le docteur Hills a cru devoir envoyer à l'Académie de New-York, et dans lequel il suggère l'idée du tampon forcé, s'exprime ainsi : « Si, d'après les idées du docteur Thomas, toute femme sur le point d'accoucher était menacée de périls égaux à ceux auxquels expose une grande opération chirurgicale et exigeant des précautions égales, comme par exemple une opération d'ovariotomie, l'obligation s'imposerait impérieuse, immédiate aux législateurs du Conseil fédéral de faire de l'état de grossesse un délit punissable, sauf pour les femmes qui se soumettraient au port du tampon antiseptique et aux précautions que son enlèvement exige. »

Pour le docteur Barker la septicémie, au cours de la fièvre puerpérale, n'est que le résultat des troubles qui l'ont précédée. En général, la maladie primitive reconnaît une autre cause. Dans la pratique privée, il faut sans doute incriminer des influences atmosphériques, tandis que, dans les hôpitaux, le mal peut tirer sa source d'une malaria nosocomiale. Après avoir fait pendant longtemps des injections intra-utérines, puis seulement des injections intra-vaginales phéniquées, il a d'abord réduit la force de la solution employée, et enfin, depuis le Congrès international de médecine de Londres en 1881, il a cessé de recourir à l'acide phénique ou à n'importe quelle autre substance désinfectante. Il n'a cependant pas eu, depuis, un seul cas d'accident qui ait nécessité la prolongation des soins réglementaires de neuf jours après l'accouchement.

Les idées de M. Fordyce Baker trouveront peu de partisans, et dans la séance même il y a été fait plus d'une réfutation. Le docteur Hauks parle de la fréquence de la fièvre puerpérale aussi bien à la campagne qu'à la ville. Dans New-York, d'après une statistique qu'il a dressée, 262 malades ont succombé, en 1883, à la septicémie puerpérale qui a tué 1,005 femmes dans ces cinq dernières années (1). Les injections *ante partum*, recommandées par le docteur Thomas, lui semblent inutiles dans le grand plan de prophylaxie et de traitement exposé par l'auteur; en outre, l'emploi recommandé de l'ergot de seigle, administré trois fois par jour pendant les huit jours qui suivent l'accouchement, semble injustifié et nuisible, excepté dans les cas où l'utérus se rétracte mal. Le docteur Hauks se trouve bien de l'administration d'une cuillerée à bouche d'esprit aromatique d'ammoniaque toutes les deux heures dans la septicémie puerpérale, et suggère l'idée d'employer un bassin spécial pour pratiquer les injections intra-utérines au lit même, dans la position recombante où se trouve la malade au lieu de l'attirer sur le bord du lit. Un modèle en étain brut de ce nouvel appareil, très commode et très confortable pour la malade, a été présenté à l'Académie de New-York. Les déplacements de la malade et les dangers et inconvénients qui en sont la suite sont évités par l'adoption de ce bassin sur lequel la malade n'a qu'à se poser. Le docteur Hauks conclut qu'il y a quatre agents sur le secours desquels il faut compter pour la guérison de toute accouchée : la pureté de l'air, le repos absolu, une diète judicieuse, les précautions antiseptiques appropriées.

Le docteur Lusk regarde la fièvre puerpérale et la fièvre chirurgicale comme deux choses absolument identiques, et ce qu'il peut y avoir de différent dans le tableau symptomatique est simplement dû à la différence anatomique qu'il y a entre une plaie nette et bien propre et une plaie placée dans les conditions où se trouve le conduit génital après la parturition, d'où la nécessité de prendre en considération d'une part, les conditions favorables à l'absorption des matières putrides par une plaie qui baigne dans les lochies, véhicule de ces matières septiques, et, d'autre part, la proximité de la séreuse péritonéale en rapports étroits avec les absorbants. Lorsque la femme doit accoucher dans une pièce où il y a eu un cas de fièvre scarlatine, de diphthérie ou de toute autre maladie infectieuse ou contagieuse, la chambre doit être passée au soufre et soigneusement désinfectée. Les malades ne doivent en aucun cas accoucher dans un appartement ou une pièce à proximité des cabinets d'aisance, les femmes en état de puerpéralité étant extrêmement et tout particulièrement susceptibles à l'empoisonnement par le gaz des égouts. Quant à l'opportunité des injections intra-utérines, ce n'est que lorsque le travail a exigé la pénétration de la main dans la cavité utérine, et par suite a permis l'entrée de l'air, qu'il faut y recourir. Cette pratique avec la restriction précédente est celle qui est suivie maintenant dans la plupart des maternités d'Europe. A Vienne, on fait usage maintenant d'un suppositoire à l'iodoforme et à la

(1) Ce qui fait environ 250 femmes par 1,000,000 d'habitantes. Les Etats-Unis, contenant environ 40,000,000 d'habitantes adultes, la septicémie puerpuérale y tue donc environ 10,000 femmes enceintes par an.

© BIU Santé

gomme adragante, et tandis que tout récemment encore la mortalité avait été de 5 à 6 p. 100, dans le courant de l'année dernière elle était tombée à 1 p. 200.

A Prague, où cependant les suppositoires iodoformés n'ont pas été employés, sur 1,100 accouchements il n'y a pas eu un seul cas de mort, mais ce n'est que depuis l'abstention des injections inconsidérées qu'on a pu obtenir de semblables résultats.

En somme, ce que le docteur Gaillard Thomas a avancé dans son travail, est conforme aux idées aujourd'hui universellement adoptées par les grands pathologistes de France, d'Allemagne et de Grande-Bretagne. L'écoulement lochial n'est pas par lui-même une décharge toxique, mais un liquide très susceptible de subir des altérations dont l'agent est un micro-organisme et qui en font un véritable liquide septique apte à pénétrer par les érosions de la muqueuse dans l'organisme. La question pratique gît en cela, dit M. Gaillard Thomas ; devons-nous considérer la septicémie puerpérale comme un empoisonnement dû au développement et à la pénétration dans l'organisme de microbes? et devons-nous nous efforcer par tous les moyens possibles d'empêcher, leur éclosion et leur venue en contact avec les organes génitaux de la femme? Devons-nous, en présence des symptômes de septicémie, suivant la théorie de M. Baker, l'ancienne théorie, nous contenter de tenir la malade dans un état de semi-narcose et de semi-quininisme, tandis que nous couvririons le ventre gonflé de cataplasmes et de sinapismes à la térébenthine, attendant tranquillement les résultats de ce traitement comme on l'a fait jusqu'ici? ou bien devons-nous chercher à détruire par des soins locaux les germes septiques dans la cavité même où ils sont développés et d'où ils vont ensuite infecter l'organisme?

En France, et ailleurs, la question est résolue, et il suffit qu'elle soit posée pour qu'en Amérique elle soit résolue aux yeux des praticiens impartiaux. — L. Dn.

(*A suivre.*)

Sociétés médicales des départements

Les travaux de la Société médicale d'Amiens pendant le premier trimestre de 1884.

Le 9 janvier, cette Société tenait la première séance mensuelle de l'année 1884 et entendait deux lectures. L'une, de M. Greuet, a pour sujet un cas de *broncho-pneumonie* à début brusque, à forme suffocante et apoplectique, suivi des phénomènes habituels de l'inflammation. Une saignée déplétive et l'application de sangsues donna immédiatement un résultat favorable contre les premiers accidents; plus tard, l'application de vésicatoires provoqua la résolution des phénomènes inflammatoires (1).

L'observation de M. Paucellier est un fait curieux de *constipation extraordinaire* chez une femme de 58 ans, atteinte d'une affection médullaire, soumise au régime du lait et du bouillon, et un séjour au lit. Durant trois mois et demi, il y eut rétention absolue des matières fécales, bien que le ventre conservât sa souplesse. En décembre dernier survint une débâcle douloureuse et, depuis, le retour persistant de la constipation.

Dans la séance du 6 février, lecture est donnée d'une observation de M. Leroux, de Corbeux (Aisne), sur un cas d'*obstruction intestinale traitée et guérie par les injections successives de bicarbonate de soude et d'acide tartrique*. Au lieu d'employer le classique procédé du siphon, l'auteur préfère, au moyen d'une sonde de 20 à 25 centimètres, administrer successivement deux quarts de lavement, le premier avec une solution de 20 grammes de bicarbonate de soude, et le second avec une solution de 10 grammes d'acide tartrique. Il pratique ensuite le tamponnement anal avec de l'ouate graissée et un bandage dans le but de prévenir la sortie trop rapide du gaz. Ce procédé est ingénieux, mais on peut se demander avec M. Léger s'il est exempt de tout danger.

Sous le titre de : *Cas d'inversion complète des viscères*, M. Dubois (de Villers-Bretonneux) a présenté un individu atteint d'hétérotaxie viscérale, fils d'un père sourd et gaucher, lui-même sourd et droitier. La pointe du cœur bat à droite, sa base est dirigée à gauche et le foie paraît occuper symétriquement dans l'hypochondre gauche la place qu'il doit occuper dans l'hypochondre droit.

Dans la même séance, M. Huber a fait connaître l'histoire clinique et opératoire d'une malade du service de M. Herbet, à l'Hôtel-Dieu d'Amiens. Elle était atteinte d'un *can-*

(1) Voir : *Gazette médicale de Picardie*, janvier, février et mars 1884.

©BIU Santé

croïde du clitoris et des petites lèvres. Enfin, M. Bax signale un cas de *galactorrhée* chez une femme qui cessa d'allaiter son enfant un mois après son accouchement.

La quantité de lait recueilli pendant vingt-quatre heures était d'un litre environ, et cette galactorrhée a résisté aux divers traitements. Notre distingué confrère continue d'employer depuis trois semaines la compression permanente des seins, sans avoir encore pu triompher de ces accidents.

Le 5 mars, la séance a été remplie en grande partie par une lecture de M. Legoux sur un *phlegmon gangréneux de l'hypogastre, du fourreau de la verge et du scrotum*, dont l'étendue mesurait 19 centimètres de longueur et 10 de largeur, mettant les testicules et l'anneau inguinal à nu. Malgré la profondeur des lésions, cette plaie s'est cicatrisée sous l'influence des pansements antiseptiques méthodiques. Enfin, M. Deneux (de Beaucamps-le-Vieux) donne communication d'une note sur un *corps étranger du pied*. Une aiguille avait pénétré en arrière de la malléole externe. Au bout de sept semaines, sans aucune intervention, elle est venue sortir à la partie antérieure et supérieure, et à 2 ou 3 centimètres de la malléole interne. En terminant, je signalerai encore une intéressante observation de *scarlatine puerpérale* recueillie par M. Delaire, et qui sera consultée par tout futur historien de la scarlatine des accouchées. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

De la Suette miliaire.

RAPPORT DE M. FRAIGNIAUD SUR LA CANDIDATURE DE M. LE DOCTEUR PINEAU.

M. le docteur Pineau vous a envoyé à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, la relation imprimée d'une épidémie de suette miliaire observée dans l'île d'Oléron pendant le cours de l'été 1880. Cette relation, sous le titre modeste de *Notes*, est une description très intéressante de cette maladie encore peu connue, sinon dans ses principaux symptômes, du moins dans la cause de quelques-uns d'entre eux et heureusement assez peu commune pour qu'il ait été donné à beaucoup de médecins de pouvoir l'observer. A ces titres, ce travail méritait que nous nous y arrêtions, pour vous en rendre compte. Etabli sur les bases d'une large observation, puisque le docteur Pineau a eu pour sa part à donner des soins à 172 malades pendant cette épidémie qui, sur une population de 20,000 habitants, en a atteint plus de 1,000 et fait périr près de 200, il ne lui a manqué ni le nombre ni l'importance des cas, pour qu'il soit un document précieux à ajouter à tous ceux qui ont été déjà publiés sur la matière.

Les 172 cas qui forment le total de cette observation, sont classés de la façon suivante :

Cas mortels et graves, 87;
Cas moyens et légers, 85.

Voici, dans ses grands traits, comment se présentait la maladie :

Après des prodromes inconstants, durant quand ils existent de deux à huit jours, et consistant surtout en céphalalgie, courbature, anorexie, arrivaient les sueurs qui sont la caractéristique de l'affection. Elles débutaient brusquement, plutôt la nuit, avec une abondance extrême, inondant le malade, pourrissant les linges de corps et la literie, répandant dans la pièce une odeur aigrelette comme de sueur délayée. Jusque-là, peu ou pas de fièvre, excepté généralement une nuit, ou un jour, le temps à l'éruption qui va venir de se montrer. Alors paraissait l'éruption. C'étaient, dit le docteur Pineau, des milliers, quelquefois des myriades de petits points rouges, saillants, inégaux comme volume et comme groupement, s'enlevant sur le fond blanchâtre, macéré de la peau qui en était toute râpeuse et comme chagrinée. Il s'y mêlait parfois dans les proportions les plus variables des points de miliaire blanche et des sudamina. La face elle-même n'en était point exempte comme quelques observateurs ont cru le remarquer, seule la conjonctive en était exceptionnellement affectée. Cette éruption s'accompagnait de picotements très aigus, invariablement sur les côtés et le dos des doigts de la main, puis sur tout le reste du corps.

Cette éruption était le moment dangereux de la maladie. Survenait-elle sans fièvre, la sueur qui coexistait alors avec l'éruption continuait encore plus ou moins longtemps après qu'elle s'était montrée. Dans ce cas, les malades guérissaient. Mais si, au contraire, la fièvre ayant précédé l'éruption celle-ci se montrait très confluente, la fièvre

© BIU Santé

devenait encore plus ardente. Les sueurs diminuaient ou s'arrêtaient, et alors, en un jour ou deux, on pouvait voir les malades mourir dans l'adynamie ou l'ataxie. C'est aussi dans cette période que des hémorrhagies abondantes survinrent quelquefois.

Le docteur Pineau attribue aux sueurs un rôle critique. Il pense que leur diminution ou leur suppression doit être attribuée dans les cas graves à l'extrême violence de l'inflammation de la peau, amenant l'obstruction des pores cutanés, et que l'exhalation soit liquide, soit gazeuse qui se fait par cette voie, se trouvant réduite ou supprimée, il se produit, comme dans la variole confluente, une sorte d'asphyxie.

L'éruption, après deux ou trois jours, commençait alors à pâlir, et, au bout de dix à douze jours, venait la desquamation sous forme de poussières, de pellicules ou de plaques comme dans la scarlatine. Il y avait quelquefois des poussées secondaires de papules ou de pustules, se faisant en pleine desquamation. Jamais d'engorgement glandulaire ou glanglionnaire ni d'abcès.

La convalescence, presque toujours, se montra excessivement longue, et souvent peu en rapport avec l'intensité de la maladie.

Comme dans la plupart des épidémies, ce furent les cas d'invasion les premiers signalés sur les points de l'île successivement atteints qui furent les plus graves, presque foudroyants. Au déclin de l'épidémie, les cas légers dominaient. Le docteur Pineau indique que la langue conservait, depuis le premier jour de la maladie jusqu'au dernier, un aspect uniformément blanc, sans dépôt ni saburre, aspect lisse, comme vernissé, qui lui a paru constant.

J'ai omis à dessein, pour mieux l'indiquer ici, un symptôme peut-être secondaire, mais aussi caractéristique que les sueurs, c'est la constriction, l'angoisse épigastrique plus ou moins violente, et qui paraît ne jamais faire défaut. Peu ou beaucoup, dit le docteur Pineau, tous les malades l'ont ressentie :

« Chez les uns, une seule crise marquant l'apparition de l'exanthème et durant un jour, une nuit, quelques heures; chez d'autres, une oppression à peu près continuelle pendant des jours entiers, et avez des paroxysmes; chez d'autres, des accès de constriction passagers, irréguliers, et dans leur durée, et dans leur intensité, et dans leur retour.

« Il existait généralement un contraste entre l'attitude de ces malades et les souffrances qu'ils accusaient. Ainsi, malgré qu'ils se plaignissent d'éprouver l'angoisse la plus pénible, ils demeuraient dans le décubitus dorsal, se tournant parfois de côté et d'autre, mais ne cherchaient ni à se mettre sur leur séant, ni à s'arcbouter, ni à se jeter de leur lit, comme on le voit dans une crise de douleur excessive ou d'orthopnée quelconque. D'ailleurs, la respiration et le pouls demeuraient calmes, plutôt affaiblis.

« Je suis persuadé, dit le docteur Pineau, que les organes respiratoires n'y étaient pour rien, pas plus que le cœur, parce que l'auscultation et le pouls ne m'ont jamais rien révélé, même au moment des paroxysmes de cette oppression, et malgré que mon attention ait été maintes fois attirée de ce côté par des malades qui se plaignaient avec insistance de ce qu'ils appelaient des palpitations sourdes. Du reste, ces palpitations, ils les rapportaient plutôt à l'épigastre et aux hypocondres qu'au cœur.

« En effet, il m'a paru qu'il existait, chez presque tous, des impulsions, des battements épigastriques que la main percevait facilement, et qui apparaissaient surtout quand une ventouse à pomme de caoutchouc, posée sur la région, venait en amplifier les battements.

« Mais, alors, où trouver la cause d'un symptôme si constant, si accentué, qu'il paraît aussi inséparable de la maladie que la dyspnée peut l'être de la pneumonie, la douleur de la névralgie? »

Le docteur Pineau, après avoir, en quelques traits, résumé l'histoire du sympathique, ajoute :

« Il faut en chercher le foyer dans la région anatomique qu'occupent les grandes chaines nerveuses de ce système, nerfs splanchniques, plexus et ganglions solaires, et tous ceux de même ordre qui président au jeu des différents viscères groupés dans les parties supérieures de l'abdomen. Les vaso-moteurs, dernières ramifications du sympathique, innervent les capillaires, règlent cette circulation non à chaque pulsation du cœur, mais d'une manière lentement alternative et selon des oscillations de durée variable, d'après les circonstances. De plus, le sympathique est doué de sensibilité.

« D'autre part, le sang a subi, dans cette maladie, une atteinte spéciale; il y a, entre l'affection paludéenne et la suette miliaire, analogie et parenté, et je considère l'influence exercée par le poison suettique sur le sympathique comme tout à fait majeure, directe et spéciale. Cette altération exerce une influence sur la nutrition de ces éléments nerveux; n'est-il pas tout naturel, dès lors, que ces nerfs, directement influencés par le

©BIU Santé

sang vicié qui les baigne, qui les nourrit, accomplissent mal leurs fonctions de régulateur de cette circulation.

« Ces considérations, qu'on pourrait rééditer à propos de toutes les maladies, des maladies infectieuses surtout, me paraissent ici spécialement justifiées.

« J'incline à croire que, dans les maladies infectieuses autres que la suette, l'action exercée par le sang sur le système sympathique est secondaire, que la variole pousse tout d'abord à l'inflammation du derme, l'affection typhoïde à l'inflammation des follicules de l'intestin, et que le retentissement sur les éléments nerveux sympathiques, sur les vaso-moteurs, s'il survient, est le résultat plutôt de l'atteinte générale que d'une influence spéciale sur ces mêmes éléments nerveux. Tandis qu'ici, l'influence exercée par le poison suettique sur le système sympathique est immédiate. Cela tient à l'étroite analogie de la suette miliaire et de la maladie paludéenne.

« Avant que l'économie ait été envahie profondément par le poison palustre, en quoi consiste un accès de fièvre intermittente? Un frisson par excitation vaso-motrice, puis de la fièvre qui dure plus ou moins d'heures, enfin le relâchement des capillaires cutanés par épuisement de l'influx nerveux sympathique. Et tout est fini. Aucune lésion, aucun signe ne subsiste jusqu'à un nouvel accès. Dans la suette, que se passe-t-il? Comme dans la fièvre palustre, il s'agit d'une détermination cutanée: sueurs, boutons, et, dans les cas graves, d'accidents amenés probablement par une perturbation dans le cours de cette sueur, qu'on pourrait dire, jusqu'à un certain point, critique; accidents dont le plus grave est la fièvre post éruptive par suppression brusque de l'émonctoire.

« Si donc on veut bien admettre que les vaso-moteurs jouent un rôle aussi direct dans les affections paludéennes, pourquoi me refuserait-on le droit de penser qu'il en est de même dans la suette, et de dire: si le germe typhique est le poison de la muqueuse intestinale, la variole le poison du derme, le poison suettique atteint spécialement les divers éléments du système nerveux ganglionnaire, et se sert d'eux pour manifester ses effets. Voici pourquoi j'incline à penser que l'angoisse, la constriction observée dans cette maladie, et dont le siège n'a pu être encore fixé nulle part, peut être attribuée, en dehors de l'influence spécifique du poison, à la congestion de ce vaste réseau sympathique thoraco-abdominal, centre du système qui est si riche en plexus et en ganglions, et que les physiologistes ont reconnu doué de sensibilité. »

Je poserai donc, pour finir cette discussion, le syllogisme suivant : la sueur est la caractéristique de la suette; or, la sueur est sous la dépendance vaso-motrice; donc, ce sont les vaso-moteurs qui subissent les premiers, et surtout, l'influence spécifique. Assurément cette manière de présenter les choses est assez séduisante, mais le docteur Pineau me semble un peu trop absolu dans cette déduction. D'abord, il n'est pas tout à fait juste de dire que la sueur soit uniquement sous la dépendance vaso-motrice, bien que le sympathique en soit la source principale. Il y a aussi l'influence exercée par les fonctions psychiques auxquelles il faut reporter les sueurs occasionnées par les émotions de toute nature. D'un autre côté, la moelle paraît contenir des centres sudoraux, indépendants des centres vaso-moteurs, et qui peuvent être mis en jeu par voie réflexe, excitations électriques de la peau, ou modifications imprimées au sang qui arrive à la moelle telles qu'on les provoque par la haute température dans une étuve, ou des injections d'eau chaude dans les veines. Enfin, un certain nombre de poisons jouent le rôle d'excitants des centres sudoraux médullaires, la pilocarpine, par exemple. Pourquoi n'en pourrait-il pas être de même du poison miliaire, dont l'action est peu connue et qui, pour quelques auteurs qui ont donné des relations de la suette, serait à lui seul capable de produire les accidents les plus graves?

Quoi qu'il en soit, et ces réserves faites, le docteur Pineau a cherché à expliquer d'une manière très ingénieuse cette complication constante de la maladie, cette constriction, ces palpitations épigastriques et abdominales.

Mais en s'efforçant de démontrer, dans un autre passage de son mémoire que je vous ai cité, que la fièvre post éruptive devenait un accident formidable lorsque les sueurs se supprimaient, et d'en donner pour raison l'accumulation dans l'organisme des produits de combustion qui auparavant s'éliminaient par la peau, faisant ainsi de cette suppression la cause d'une intoxication urémique ou, comme dans la variole confluente, d'une asphyxie par suppression de l'hématose cutanée, le docteur Pineau nous paraît avoir forcé l'analogie.

On croyait bien autrefois qu'après le paroxysme fébrile, les sueurs qui se montraient jugeaient la fièvre, et on leur attribuait un rôle critique.

Aujourd'hui, ces faits s'interprètent différemment. Ce n'est pas parce que la sueur élimine le principe morbifique qu'il faut lui attribuer l'amélioration rapide qui souvent l'accompagne, mais parce que, dans ce cas, la sueur indique le retour des sécrétions en

©BIU Santé

général, taries pendant le paroxysme. Les accidents graves qui survenaient dans le cours de la fièvre post éruptive, et coïncidaient avec la diminution des sueurs, indiquaient bien plutôt que le fonctionnement du système nerveux auquel la sueur est étroitement liée, avait subi une atteinte tellement profonde que l'économie y succombait.

Quant à la parenté étroite qui unit la suette et l'affection paludéenne, le docteur Pineau la démontre facilement.

L'opinion à laquelle je me suis rattaché, dit-il, n'est pas nouvelle; pour moi, le miasme palustre serait le seul coupable. En France, plusieurs régions où la fièvre intermittente est endémique ont eu des épidémies de suette miliaire. Outre les marais de la Somme, on en peut citer bien d'autres. Sur plusieurs autres points où ces épidémies ont été observées (Vienne-Seine et Oise-Dordogne), il y avait dans le voisinage des localités visitées des cours d'eaux, des prairies planes et étendues. Dans les colonies, les médecins de marine et militaires sont, que je sache, à peu près unanimes à attribuer à l'impaludisme, la suette épidémique. Enfin, les vieillards et les enfants n'ont été atteints que pour mémoire, trait nouveau de ressemblance entre la suette et l'impaludisme. Quant à l'épidémie qui nous occupe, elle se prolongea tant que les marais gats demeurèrent à sec. Sa décroissance coïncida avec la grande marée qui, au mois d'août, vint recouvrir d'eau de mer les surfaces d'évaporation, ou se désorganisaient à l'air libre, végétaux et animalcules qui les peuplaient quelque temps avant.

Cette opinion, vous le voyez, Messieurs, repose sur des faits, et je n'ai cité que quelques-unes des preuves à l'appui prises dans le nombre que le docteur Pineau a rassemblé dans son travail. Il n'est plus admis aujourd'hui que la suette miliaire soit une affection inflammatoire, une gastro-entérite, comme le voulait Rayer. Mais tandis que Foucart reconnaît la spécificité du poison miliaire en le considérant comme peu dangereux par lui-même, d'autres observateurs lui attribuent une grande énergie, tandis que Parrot ne voit de gravité que dans les complicatiens palustres. Quoi qu'il en soit, l'opinion la plus généralement admise est que la suette miliaire est une maladie infectieuse et le poison suettique d'origine tellurique. Son affinité avec la malaria est établie par le professeur Jaccoud. Mais son principe n'est pas connu. Je veux, en terminant, vous donner un aperçu de la manière très originale dont M. le docteur Pineau a cherché à éclairer ce problème. Voici du moins le sens principal des considérations qu'il développe : aujourd'hui le miasme a perdu son ancienne signification, les maladies qu'on lui attribuait paraissent devoir être mises au compte d'organismes infimes qui en sont cause. Le plus grand nombre d'entre eux a le sol pour berceau. Ils s'y développent dans ses couches superficielles, et selon certaines conditions telluriques et atmosphériques, ce sont les germes palustres, typhoïdes, morbilleux, qui prennent naissance, se développent ou dégénèrent par un croisement, une sorte d'hybridation. En sorte qu'après les avoir découverts on apprendra à les distinguer, à les classer, à suivre leurs filiations, leurs transformations, et l'on saura peut-être alors en quoi le germe de la suette diffère de celui de la fièvre intermittente, celui du typhus, de la fièvre et par suite de quelles successions d'éléments le choléra s'est trouvé suivre souvent la suette miliaire.

Le traitement qu'a mis en pratique le docteur Pineau a consisté principalement dans l'administration du sulfate de quinine. Il fallait s'y attendre après l'exposé de ses opinions. Cependant les ventouses scarifiées à l'épigastre, les sinapismes au creux de l'estomac, paraissent lui avoir donné de très bons résultats dans l'angoisse précordiale. L'ipécacuanha, l'émétique, le sulfate de magnésie, convinrent principalement au début, contre l'embarras gastrique et surtout pour préparer l'absorption du sulfate de quinine. Mais ce dernier médicament fut le médicament qui guérit. Le docteur Pineau en donnait de 1 gr. 50 à 2 gr. 50 dans les vingt-quatre heures, par fractions d'heure en heure. Je ne crains pas d'affirmer que sur les cas graves et très graves qui se terminèrent favorablement, dit-il, j'en mets environ 60 sur les 172 que je soignais, plus de 30 lui durent positivement la vie. Mais il fallait, pour que cet heureux résultat pût être obtenu, que la médication quinique eût été instituée avant l'éruption. Ceux-là seuls qui furent quinisés avant cette période purent guérir.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 15 AU 30 AVRIL 1884.

Du 15 au 24. — Pas de thèse.

Vendredi 25. — M. Quesneville : Nouvelle méthode pour la détermination des éléments

©BIU Santé

du lait et de ses falsifications. (Président, M. Bouchardat.) — M. Uruetta : Recherches anatomo-pathologiques sur l'action du venin des serpents. (Président, M. Hayem.) — M. Coudray : Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la paraldéhyde. (Président, M. Hayem.)

Samedi 26. — M. Prévost : Contribution à l'étude du centre moteur vertical du membre inférieur. (Président, M. Hardy.) — M. Carbon : De la ponction et de l'incision dans l'hydarthrose chronique. (Président, M. Panas.)

Lundi 28. — M. Rivière : Du positivisme en médecine par la fonction nerveuse. (Président, M. Charcot.) — M. Favrel : De la lymphangite dans les maladies de la peau. (Président, M. Fournier.)

Mardi 29 et mercredi 30. — Pas de thèse.

FORMULAIRE

INJECTION CONTRE LE PRURIT DES ORGANES GÉNITAUX. — Chéron.

Chlorate de potasse	12 grammes
Laudanum de Sydenham	10 —
Eau de goudron	300 —

F. s. a. une solution. — Deux ou trois cuillerées pour un litre d'eau tiède, pour injections qu'on répétera matin et soir, et qu'on prolongera 5 minutes environ chaque fois, dans le cas de prurit rebelle des organes génitaux, occasionné par les écoulements vaginaux fétides. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les candidats ajournés à leur examen avant le 15 juin 1884 sont prévenus : 1° que les épreuves pratiques seront renouvelées fin juin ou commencement juillet ; 2° que les épreuves orales seront renouvelées : *a*. du 15 juin au 1er juillet, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai ; *b*. du 1er au 15 juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 15 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront jusqu'au 10 juin 1884, dernier délai ; les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 15 juin consigneront jusqu'au 17 juin 1884, dernier délai. Ils seront tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra son congrès annuel à Blois, sous la présidence de M. Bouquet de la Grye, membre de l'Institut, ingénieur hydrographe de première classe de la marine, du 4 au 11 septembre 1884. Le programme détaillé sera publié ultérieurement.

Dans sa dernière séance, le Conseil d'administration a alloué à divers savants, à titre de subvention, une somme totale de onze mille deux cents francs.

S'adresser pour tous renseignements, au secrétariat, rue Antoine-Dubois, 4 (place de l'Ecole-de-médecine), à Paris, ou à Blois, au Comité local.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 9 juin 1884, à 4 heures très précises, au Palais de Justice (salle d'audiences de la 3e chambre du tribunal civil). — *Ordre du jour :* I. Suite de la discussion sur les certificats demandés par les Compagnies d'assurances, après la mort des clients. Rapport de M. Rocher. — II. Les Pharmaciens sont-ils autorisés à exécuter plusieurs fois la même prescription sur le vu d'une ancienne ordonnance ? Rapport de M. Mayet. — III. Communication de M. le docteur Berlingeri, membre correspondant à Bastia. (Autopsie du sieur S.-E...). — IV. Communication de M. Motet.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Alfred Fournier : Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux. — II. Joseph Nicolas : Note sur l'emploi des eaux minérales, en particulier de celles du Mont-Dore, pendant la grossesse. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — IV. Courrier.

Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux (1).

Leçons professées, à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Alfred Fournier.

J'arrive maintenant au point capital de la question, à savoir le *diagnostic différentiel*.

Au total, tout l'intérêt pratique du sujet que nous discutons se résume en ceci : suspecter et reconnaître la *spécificité de nature* des accidents morbides, pour leur opposer en temps utile le seul traitement capable d'en conjurer les redoutables conséquences; c'est-à-dire, en d'autres termes, diagnostiquer, *dépister* la syphilis sous le masque des accidents cérébraux qui lui servent d'expressions symptomatologiques.

Or, il faut bien l'avouer, cette syphilis héréditaire du cerveau est très ordinairement méconnue. A preuve tant et tant de faits que j'aurais à citer.

Et pourquoi est-elle méconnue de la sorte en pratique? C'est que, nosologiquement, scientifiquement, elle n'est pas connue. Où figure-t-elle dans nos classiques? Quel est le livre actuel de pathologie où elle se trouve décrite, où elle occupe un chapitre particulier? Si vous fouillez les archives de la science, vous découvrirez bien çà et là quelques observations relatives au sujet; mais ces observations si précieuses, si dignes d'intérêt, ne sont pas sorties des recueils spéciaux où elles restent oubliées. Si bien que la syphilis cérébrale héréditaire n'a pas encore reçu droit de cité dans la science officielle et qu'elle est, on peut le dire, presque généralement ignorée.

Mais il y a plus. Ceux-là même, parmi nos collègues, qui connaissent la syphilis cérébrale héréditaire par les quelques faits publiés jusqu'à ce jour, la tiennent en forte suspicion et n'y croient guère, ou, disons mieux, n'y croient pas. Que d'oppositions n'ai-je pas rencontrées toutes les fois qu'il m'est arrivé de plaider sa cause et de revendiquer à son actif tels ou tels accidents survenus chez de jeunes sujets issus de parents syphilitiques! Que de fois ne m'a-t-on pas accusé, en pareilles circonstances, « de voir la syphilis partout »! « Sans doute, me disait-on, votre syphilis cérébrale héréditaire n'a rien d'impossible ou d'illogique en soi; mais est-elle démontrée? D'abord, elle n'a rien de spécial. Puis, nombre d'autres causes peuvent servir d'origine aux accidents qu'il vous plaît de rapporter à la syphilis, etc., etc. ». Somme toute, on se défie de cette encéphalopathie hérédo-syphilitique comme d'une « nouveauté », comme d'une conception purement hypothétique.

Eh bien, cette « nouveauté », cette « hypothèse », je vous ai montré qu'elle constitue actuellement un fait scientifique d'une authenticité indéniable. Donnez à ce fait le temps de se vulgariser, et vous verrez les cas d'encéphalopathie hérédo-syphilitique devenir de plus en plus nombreux, car ils ne sont pas rares, bien malheureusement; et vous verrez ces cas être reconnus, diagnostiqués d'une façon courante, car le diagnostic n'en offre vraiment aucune difficulté particulière.

Si nous interrogeons les observations en vue de rechercher quelles erreurs ont été surtout commises en l'espèce et quelles erreurs conséquemment nous avons surtout à redouter pour notre propre compte, nous recueillons de cette enquête l'enseignement que voici :

D'une façon presque exclusive, la syphilis cérébrale héréditaire a été

(1) Suite. — Voir le numéro des 29 avril, 1er, 6, 13, 20, 25 et 31 mai 1884.

©BIU Santé

prise tantôt pour une *méningite tuberculeuse ;* — tantôt pour une *tumeur de l'encéphale ;* — tantôt enfin pour une *épilepsie essentielle.*

Le cadre du diagnostic différentiel à instituer ici se trouve donc par cela seul nettement circonscrit, aussi bien que catégoriquement déterminées sont les espèces morbides appelées à y prendre place.

Parlons d'abord de la méningite tuberculeuse.

I. — Que la syphilis cérébrale héréditaire en ait imposé pour une méningite tuberculeuse, cela se conçoit de reste. De nombreuses raisons rendent possible et facile une méprise de ce genre. C'est d'abord que les deux maladies en question affectent des sujets de même âge. C'est ensuite et surtout qu'elles ont quantité de traits communs, à savoir, par exemple : comme prodromes, modifications du caractère et de l'humeur ; inaptitude au travail ; asthénie intellectuelle ; céphalalgie, etc. ; — comme symptômes d'une période plus avancée, affaissement physique, agitation, insomnie, convulsions partielles et générales, paralysies localisées, notamment paralysies oculaires et, plus spécialement encore, paralysies dissociées de la troisième paire (ptosis, strabisme, mydriase), monoplégies, hémiplégie, etc., etc.

Donc, une analogie réelle, disons mieux, une véritable identité de manifestations peut ici donner le change.

Mais il y a plus. En certaines conditions, le diagnostic différentiel de la syphilis cérébrale et de la méningite tuberculeuse est non pas difficile, mais *impossible* même, entendez bien le mot, messieurs. D'abord, il est impossible, manifestement, dans la période de début. De plus, il est non moins impossible quelquefois dans une phase plus avancée, alors que le médecin ne dispose encore que d'un petit nombre de symptômes équivoques, susceptibles d'être rattachés tout aussi bien à l'une qu'à l'autre maladie. De cela j'ai eu la preuve ces derniers temps, à propos d'un cas où cependant j'étais assisté de deux éminents collègues, tous deux médecins d'enfants et cliniciens consommés.

Pendant dix jours il nous fut *impossible* dans ce cas, en dépit de l'examen le plus minutieux des symptômes, d'aboutir à un diagnostic précis et de déterminer ce à quoi nous avions affaire. Jugez-en au surplus.

Il s'agissait d'une fillette de 4 ans, née d'un père syphilitique et d'une mère qui, sans être tuberculeuse de fait, présentait le facies et l'allure de la tuberculose. Bien portante jusqu'alors, cette enfant, nous disait-on, était tombée malade depuis quelques semaines, et malade d'une façon vague, mal définie, singulière. Elle s'était alanguie, affaissée, et surtout absolument modifiée de caractère et d'humeur. Habituellement vive, gaie, rieuse, elle était devenue maussade, ennuyée, apathique, triste, irritable. Elle ne jouait plus, même avec ses poupées que d'ordinaire elle habillait et déshabillait du matin au soir. Ne voulant rester ni levée ni couchée, elle passait toutes ses journées, à demi-somnolente, dans les bras de son ancienne nourrice. Elle avait perdu l'appétit et beaucoup maigri. Ces derniers temps, elle s'était plainte de la tête et avait paru en souffrir vivement. Enfin, depuis quelques jours, elle s'était prise à loucher d'une façon constante, et l'une de ses paupières s'était légèrement abaissée. C'est à propos de ces derniers symptômes que, justement effrayée, la famille avait provoqué la consultation à laquelle mes deux collègues et moi nous trouvions conviés.

Un tel ensemble dénotait clairement une affection cérébrale. Mais de quoi s'agissait-il? Etait-ce une méningite tuberculeuse qui débutait de la sorte? Etait-ce une syphilis cérébrale qui entrait en scène? Après mûr examen, il nous fut impossible de décider la question. Les dix jours suivants, les choses restèrent en l'état sans modifications sensibles, et pendant tout ce temps la même incertitude ne cessa de planer sur le diagnostic, jusqu'à ce qu'enfin l'invasion de nouveaux symptômes vint donner la solution du

©BIU Santé

problème. C'était bien malheureusement une tuberculose méningée qui se trouvait en cause, comme le démontra l'évolution ultérieure de la maladie.

Mais, en dehors des conditions particulières que nous venons de signaler, le diagnostic différentiel de la syphilis cérébrale et de la méningite tuberculeuse peut généralement être institué. Il repose sur les considérations suivantes :

I. — Dans la syphilis cérébrale, *absence constante de fièvre,* sauf en certains cas assurément rares, qu'on peut même dire exceptionnels. — Tout au contraire, dans la méningite, état fébrile, débutant avec la période d'excitation initiale et subissant plus tard des oscillations singulières bien connues, presque caractéristiques.

II. — Divers symptômes, qui sont d'observation habituelle dans la méningite tuberculeuse, ne se rencontrent pas dans la syphilis cérébrale. Citons comme tels : 1° les alternatives subites de rougeur et de pâleur du visage; — 2° la rétraction des parois abdominales, imprimant au ventre une forme spéciale connue sous le nom de *ventre en bateau;* — les variabilités du pouls, d'abord accéléré, puis ralenti, puis accéléré de nouveau; — le caractère irrégulier, intermittent, inégal, des pulsations artérielles, etc.

C'est seulement aussi dans la méningite tuberculeuse que l'on observe cette « fièvre dissociée » qui consiste exclusivement dans l'élévation de la température, avec un pouls normal ou même ralenti.

III. — D'autres symptômes qui peuvent figurer dans les deux maladies sont infiniment plus communs et beaucoup plus accentués dans la méningite tuberculeuse que dans les encéphalopathies de la syphilis, à savoir : cris hydrencéphaliques (que je déclare, pour ma part, n'avoir jamais constatés sur mes malades); — constipation intense du début; — vomissements « en fusée »; — délire; — photophobie; — contractures; — grincements de dents, mâchonnement; — opisthotonos, etc.

De sorte qu'on peut dire ceci, d'une façon générale : le type, la physionomie *méningitique* appartient bien plutôt à la tuberculose méningée qu'à la syphilis cérébrale. Certes, il est des cas où cette dernière revêt l'allure, l'aspect d'une méningite, surtout dans ses périodes initiales; mais ce n'est là pour elle qu'une forme accidentelle et peu fréquente.

IV. — L'habitus des malades est très différent de part et d'autre. Inutile de vous dépeindre ici le portrait bien connu des enfants affectés de méningite tuberculeuse qui sont pelotonnés dans leur lit, parfois même recroquevillés sur eux-mêmes « en chien de fusil », la tête tournée contre la muraille ou cachée sous leurs couvertures. Quand on cherche à les sortir de l'espèce de torpeur somnolente qui semble les accabler, ils ouvrent des yeux étonnés, vous regardent un instant d'un air ennuyé, « presque hostile et haineux », repoussent la main de l'observateur, essaient de se soustraire à l'examen, puis se rendorment tout aussitôt. — Cet aspect, ce décubitus, cette physionomie générale du malade, sont tous symptômes qu'on ne rencontre pas dans la syphilis cérébrale.

V. — Ajoutons enfin que la méningite tuberculeuse s'accompagne souvent d'un changement notable dans l'état de la santé générale. Dès son début apparent, elle transforme parfois les petits malades, en les amaigrissant, en les étiolant d'une façon presque soudaine. Cela encore ne s'observe dans la syphilis cérébrale ni à ce degré, ni sous cette forme singulièrement rapide.

Grâce à ces divers symptômes, et grâce aussi aux renseignements tirés tant de l'état de santé préalable que des antécédents de famille, on aboutt généralement à déterminer le diagnostic d'une façon précise.

II — Plus souvent encore, la syphilis cérébrale héréditaire a été con-

©BIU Santé

fondue avec des *tumeurs de l'encéphale*, notamment avec la plus commune de ces tumeurs, le *tubercule*. L'erreur est en l'espèce naturelle et facile, d'autant que la syphilis détermine parfois des tumeurs de l'encéphale et en affecte par conséquent la symptomatologie.

A ne parler que du tubercule cérébral, il faut convenir qu'il offre un ensemble clinique singulièrement analogue à celui des encéphalopathies spécifiques. Il en a les symptômes principaux (céphalalgie, troubles congestifs, accès épileptiformes, paralysies partielles, etc.); il en a également l'allure apyrétique, la marche insidieuse et lente, etc. Aussi bien n'en peut-il être distingué d'une façon indirecte que par des considérations tirées de l'état général du malade, de ses antécédents personnels, de ses prédispositions héréditaires. L'examen du malade apprendra si l'on a affaire ou non à un sujet tuberculeux, soit tuberculeux de fait, de par quelque localisation phymique déjà accomplie, soit tuberculeux de tendance, en raison d'un lymphatisme avéré, d'une constitution affaiblie, etc. L'analyse des antécédents révélera la syphilis ou la tuberculose. Mais c'est tout, et nul autre élément ne viendra éclairer le diagnostic d'une façon plus précise.

(*A suivre.*)

Note sur l'emploi des eaux minérales, en particulier de celles du Mont-Dore, pendant la grossesse,

Par le docteur Joseph Nicolas, médecin consultant au Mont-Dore.

L'étude de l'emploi des eaux minérales pendant la grossesse a été mise au concours en 1882 par l'Académie de médecine ; c'est assez dire que l'opinion médicale a subi un revirement sur cette question, et que les cures thermo-minérales ne sont plus comme autrefois considérées comme absolument interdites dans l'état de gestation. Fréquemment, au contraire, elles constituent une ressource utile contre plusieurs accidents propres à l'état gravidique, et peuvent être employées au double profit de la mère et de l'enfant pour modifier certains états constitutionnels.

Les avantages et les dangers du traitement hydriatique pendant la grossesse ont été mis en évidence dans différentes publications, parmi lesquelles je citerai en première ligne le mémoire aussi complet qu'intéressant de M. le docteur Belugon, le *Dictionnaire des eaux minérales*, la thèse de mon frère, le docteur Nicolas (de Vichy), et les communications de MM. Caulet et de Ranse à la Société d'hydrologie.

Je vais en quelques mots résumer les conclusions qui se dégagent des travaux ci-dessus mentionnés et dont la connaissance peut être utile aux praticiens.

Aucune des eaux minérales ne possède par elle-même des propriétés abortives. Le danger de leur emploi, quand elles sont indiquées, réside dans l'abus qu'on en fait, soit en boisson, soit plus fréquemment dans l'usage externe. L'excitation qu'elles déterminent, excitation se traduisant dans sa plus grande intensité par la fièvre thermale, n'est pas de nature à provoquer une fluxion utérine, si le mouvement congestif vers les organes du bassin n'est pas favorisé par les pratiques balnéaires, et si les malades ne sont pas naturellement prédisposées à l'hémorrhagie utérine. C'est aux bains à température élevée, aux bains de siège trop chauds ou trop froids, aux douches vaginales, aux douches à forte pression, surtout si elles sont données sur les membres inférieurs et le bassin, que sont imputables les avortements. L'usage interne de l'eau minérale, aux doses modérées, ne provoque pas d'accidents.

Il y a lieu toutefois de faire une exception pour les eaux purgatives, et une réserve pour les eaux sulfurées et les eaux chlorurées sodiques fortes. La médication sulfureuse imprime, on le sait, une activité très grande à la circulation, et favorise les hémorrhagies. Les eaux chlorurées sodiques fortes sont très excitantes, purgatives, et ont une action congestive spéciale sur le système veineux hémorrhoïdaire et utérin. Ces eaux sont donc soumises à une contre-indication presque absolue pendant la grossesse. Mais il n'en est pas de même des eaux bicarbonatées, sulfatées ou ferrugineuses, et en particulier de celles qui présentent une faible minéralisation, comme celles du Mont-Dore, et une thermalité moyenne.

Limitées à la boisson, à l'usage modéré, non quotidien, des bains tempérés, et à quelques pratiques spéciales à certaines stations (inhalations, pulvérisations, bains et

© BIU Santé

douches d'acide carbonique), les cures minéro-thermales peuvent rendre de réels services pendant la grossesse.

L'époque où elles peuvent être employées s'étend du quatrième mois de la conception à la fin du septième. C'est en effet pendant les trois premiers mois de la grossesse que les avortements se montrent le plus fréquents ; ce serait en augmenter les chances que de soumettre pendant cette période la femme enceinte aux fatigues et aux secousses d'un voyage, et d'accroître par l'excitation thermale le molimen hémorrhagique. A partir du huitième mois, les mêmes causes solliciteraient trop facilement les contractions utérines et exposeraient à l'accouchement prématuré.

Les affections du cœur sont une contre-indication absolue à l'emploi des eaux pendant la gestation.

La thérapeutique hydriatique a été mise à profit contre l'exagération de certains symptômes morbides de la grossesse. Ainsi les vomissements incoercibles ont été combattus par les douches froides sur la région épigastrique, par les douches en cercle, et par les eaux minérales alcalines et gazeuses (Vichy, Vals, Royat, Chateauneuf, etc.). La constipation opiniâtre a disparu sous l'influence de ces mêmes eaux qui favorisent la sécrétion et le cours de la bile, ou par l'action de sources légèrement laxatives activant la sécrétion intestinale (Chatelguyon). A la chloro-anémie on a opposé avec succès les eaux martiales (Orezza, Vichy-Mesdames, Vals, Lamalou-le-Bas, Mont-Dore, etc.), dont la variété permet de répondre à toutes les indications, et dont la composition complexe assure non seulement aux globules sanguins le fer qui leur fait défaut, mais encore au sérum les sels nécessaires à sa constitution. Aussi actives que les préparations martiales pharmaceutiques, elles leur sont supérieures parce qu'elles ne constipent pas et qu'elles combattent l'anorexie.

Les coliques hépatiques se sont montrées pour la première fois dans le cours de la grossesse assez fréquemment pour être considérées comme un effet de cet état; elles ont, dans plusieurs cas, nécessité une cure à Vichy, et le traitement thermal a toujours été d'une parfaite innocuité (Willemin).

A côté de ces états morbides occasionnés par la grossesse, il en est d'autres avec lesquels elle coïncide seulement. Telles sont les maladies constitutionnelles (rhumatisme, scrofule, syphilis, tuberculose), dont l'influence fâcheuse s'étend sur le produit de la conception, et crée par conséquent une indication thérapeutique pressante.

Parmi elles la tuberculose pulmonaire tient la première place comme étant la plus dangereuse et la plus fréquente. La grossesse en est souvent la cause occasionnelle, et toujours elle l'aggrave : c'est qu'il n'est pas de fonction aussi fatigante, aussi débilitante que la gestation, avec la chloro-anémie, l'anorexie, les troubles digestifs qui l'accompagnent, les douleurs, la perte de sang, et le séjour au lit qui la terminent.

La phthisie, c'est du moins l'opinion la plus commune, progresse rapidement pendant et après l'état puerpéral, mais subit un temps d'arrêt pendant la grossesse. Ne faut-il pas profiter de ce répit pour enrayer la maladie par une médication appropriée? Le devoir du médecin n'est-il pas de modifier la diathèse chez la mère, de la prévenir, si c'est possible, chez l'enfant?

Si l'on s'adresse pour cela aux eaux minérales, on n'a guère l'embarras du choix. J'ai déjà dit les inconvénients de la médication sulfureuse pendant la grossesse; les eaux du Mont-Dore restent donc à peu près seules utilisables. Stimulantes des fonctions digestives par leur minéralisation arsenicale, par leur faible alcalinité, par l'acide carbonique dont elles sont chargées, elles provoquent l'appétit et facilitent la digestion. Tandis que, sous leur influence, la nutrition est ainsi augmentée, les dépenses organiques diminuent: l'activité circulatoire est modérée, l'excitation nerveuse s'apaise, la sécrétion bronchique devient moins abondante, la toux moins fréquente; enfin la respiration est plus facile et plus ample, comme je l'ai démontré dans un précédent mémoire. Les tubercules ne sont pas modifiés, cela est certain, mais les malades se trouvent dans les meilleures conditions pour résister à la tuberculose.

Mon vénéré maître, le docteur Richelot, a eu plusieurs fois, pendant sa longue carrière au Mont-Dore, l'occasion de traiter des femmes enceintes atteintes de phthisie pulmonaire, il a toujours constaté les bons effets de ce traitement, et l'observation suivante qu'il m'a donnée pour la publier en est un remarquable exemple.

« Observation. — Mme X... m'a été adressée pour la première fois au Mont-Dore en 1863. Elle avait 28 ans. C'est une femme grande, mince, colorée, de tempérament lymphatique.

« A l'âge de 20 ans, à la suite d'une première couche, elle fut traitée pour une péritonite; puis, elle eut des crachements de sang et fut considérée comme atteinte d'une

©BIU Santé

maladie de poitrine. L'enfant n'a pas vécu. Le père de Mme X... est mort jeune. Les médecins de la jeune malade l'envoyèrent à Cauterets. A son retour de cette station, elle devint enceinte pour la deuxième fois; mais cette fois encore, l'enfant n'a pas vécu. Cependant, à la suite de Cauterets, Mme X... a joui pendant sept ans d'une bonne santé.

« Dans l'été de 1862, elle fit un voyage d'agrément à Bagnères-de-Luchon, se fatigua beaucoup, et, à son retour, elle fut reprise de crachements de sang. Les hémoptysies s'étant reproduites pendant l'hiver et le printemps, on lui conseilla une saison au Mont-Dore.

« L'état général était assez bon. Elle toussait tous les matins et rendait des crachats épais et jaunes. Elle avait perdu de ses forces depuis un an. Sous la clavicule droite, sans matité bien caractérisée à cette époque, il y avait du retentissement de la voix et une expiration prolongée. La maladie était donc peu avancée. Le traitement thermal, composé de l'eau en boisson, des bains tempérés, des inhalations et des pédiluves dans la source, commencé le 31 juillet, fut supporté sans incident. Les hémoptysies ne se reproduisirent point pendant la cure, les forces revinrent, et les signes locaux s'effacèrent en grande partie.

« Cependant, peu de temps après son retour du Mont-Dore, en août 1863, au milieu d'un repas, Mme X... fut prise, tout à coup, sans cause appréciable, ou du moins sans qu'elle ait pu en indiquer la cause, d'une abondante hémoptysie. L'hémorrhagie reparut, mais peu grave, en décembre suivant et en janvier 1864; puis, elle ne se reproduisit plus.

« Mme X... revint au Mont-Dore le 6 juillet 1864. Elle n'avait pas été, disait-elle, si longtemps sans cracher du sang depuis son voyage de Luchon. Elle se portait bien, avait engraissé, se sentait forte. Mais les signes morbides sous la clavicule droite étaient très nettement accusés. Le second traitement mont-dorien, comme le premier, fut parfaitement supporté et produisit d'excellents effets sur l'état local. L'hiver se passa bien.

« Vers la fin de février 1865, Mme X... devint enceinte et commença à tousser. Ses médecins, considérant les effets remarquablement avantageux que la cure mont-dorienne, à deux reprises, avait produits sur sa santé, n'hésitèrent point à lui prescrire une nouvelle saison au Mont-Dore, malgré sa grossesse, peut-être même à cause de sa grossesse.

« Mme X... se présenta donc à moi le 26 juillet 1865. Elle était enceinte de 5 mois, toussait depuis mars et avril, et expectorait des crachats épais. Depuis deux mois, elle rendait quotidiennement un peu de sang, soit par la vulve, soit par l'anus, mais elle ne savait pas dire par laquelle de ces deux voies. Il y avait beaucoup de son sous les deux clavicules; mais sous la clavicule droite, l'inspiration était saccadée à deux temps, et, de plus, dans cette région et dans la fosse sus-épineuse du même côté, l'inspiration était rude, avec expiration prolongée. Il est à remarquer que l'écoulement sanguin qui vient d'être signalé, d'abord un peu augmenté au début de la cure, n'a duré que pendant quatre ou cinq jours et a disparu; et que, d'ailleurs, le traitement : boisson, bain tempéré et inhalation, surveillé avec soin, a été parfaitement supporté. L'écoulement sanguin ci-dessus n'a-t-il point agi comme dérivation utile?

« L'accouchement a eu lieu normalement à la fin du mois de novembre 1865, et, cette fois, l'enfant a vécu. C'est une jeune fille superbe, qui a maintenant 18 ans.

« Mme X... est venue encore cinq fois au Mont-Dore. Chaque fois, la santé, qui commençait à s'ébranler, s'est rétablie sous l'influence de la cure. On trouve maintenant un peu de matité au niveau du sommet droit, où la respiration est rude, incomplète, et même parfois accompagnée de quelques craquements, en avant et en arrière. Depuis la cure qui a été appliquée pendant la grossese, il y a eu une fois seulement un peu d'hémoptysie provoquée par un rhume, en mai 1866.

« Mme X... est toujours maigre, d'une santé un peu vacillante; mais, en somme, elle peut vivre de la vie commune.

« *Remarques.* — On peut certainement signaler plusieurs lacunes dans l'observation qui précède; mais elles ne l'empêchent point d'avoir une signification qu'on ne peut guère contester. Je n'ai pas pu savoir à quelle maladie on a attribué la mort prématurée du père de Mme X... Mais, d'après ce qui précède, il est permis de supposer qu'elle a eu pour cause une phthisie pulmonaire. Pourquoi les deux premiers enfants de Mme X... n'ont-ils pas vécu? Toutes ces questions sont de celles qu'il n'était guère possible d'adresser à la malade, du moins avec insistance. Malgré l'absence de ces renseignements qui, en tout cas, ne pourraient avoir qu'une importance secondaire, je ne pense pas qu'on puisse mettre en doute le diagnostic porté par les médecins de la ma-

© BIU Santé

lade. Lorsqu'elle est venue chercher les secours de la médecine thermale, d'abord à Cauterets, puis au Mont-Dore, elle était bien réellement au début d'une tuberculose. Si elle est encore vivante et même jouissant d'une santé assez satisfaisante, au moment où j'écris ces lignes, on doit l'attribuer, au moins en grande partie, à la persistance et au courage avec lesquels elle s'est soumise à l'influence spéciale de la médication minéro-thermale.

« La question capitale de la présente observation est celle de l'application de la cure mont-dorienne en pleine grossesse. Je m'empresse de dire ici que je n'en aurais point accueilli la prescription avant la fin du cinquième mois. Les médecins de la malade, avec raison suivant moi, ont jugé que le traitement thermal qui produisait de si bons effets sur la santé de la jeune mère, étendrait ses bienfaits, par l'intermédiaire de celle-ci, au produit qu'elle portait dans son sein. L'événement semble bien réellement leur avoir donné gain de cause; et l'on est en droit de considérer ce fait comme un guide à suivre en beaucoup de circonstances. »

Je rapprocherai de ce fait une autre observation qui m'est personnelle, et qui témoigne à la fois de l'innocuité du traitement mont-dorien vis-à-vis de la grosssesse et de son efficacité contre un des symptômes les plus pénibles des maladies de l'appareil respiratoire, la toux.

Observation. — Marie G..., âgée de 26 ans, sans profession, de Corrèze (Corrèze), entre le 1er août 1882 à l'hôpital thermal du Mont-Dore, dont M. Richelot m'avait confié le service. Elle apporte de son médecin, le docteur Billot, de Corrèze, une lettre contenant les renseignements suivants : « Cette femme est atteinte de bronchite chronique. Une toux opiniâtre consécutive à cette affection a déjà déterminé deux avortements. Marie G... est enceinte d'environ quatre mois; malgré cette contre-indication, je n'hésite pas à envoyer cette femme au Mont-Dore, persuadé que dans sa troisième grossesse la même cause produirait le même résultat. »

Marie G... est née de parents jouissant d'une robuste constitution; elle-même a les apparences d'une bonne santé. Elle a été réglée à 16 ans et mariée à 23, en 1878.

Depuis le mois de juin 1875, elle n'a jamais cessé de tousser. La toux, plus fréquente la nuit que le jour, a le caractère coqueluchoïde, et s'accompagne d'une légère expectoration. Les quintes surviennent à la moindre impression de froid, au moindre contact irritant, comme la poussière et le vent, et souvent sans cause appréciable.

Malgré tous les moyens pharmaceutiques employés pour combattre cette toux, celle-ci a persisté.

La femme G... est devenue enceinte en janvier 1879; les secousses de la toux lui occasionnaient pendant cette grossesse de fréquentes douleurs abdominales, et ont fini par provoquer l'avortement à 8 mois, le 5 août 1879. L'enfant qui vint au monde était une fille; elle mourut trois heures après.

En mars 1881, nouvelle grossesse, qui se termine encore vers la fin du septième mois par la naissance d'une fille chétive, souffreteuse, qui n'eut jamais la force de prendre le sein, et mourut quatorze jours plus tard.

Ces avortements successifs provoqués par la toux déterminent le docteur Billot à envoyer au Mont-Dore, au mois d'août 1882, la malade enceinte une troisième fois.

L'examen de la poitrine chez la femme G... n'indique rien autre chose que de la bronchite chronique avec les lésions de l'emphysème : voussure légère de la partie supérieure de la poitrine, tympanisme et diminution du murmure vésiculaire; à la base des poumons, quelques râles muqueux. La malade rend quelques crachats jaunâtres; mais elle se plaint surtout de la toux, dont rien n'explique la fréquence et l'opiniâtreté.

Marie G... fut soumise à l'eau de la source Bertrand prise en boisson, aux inhalations de vapeurs d'eau minérale et à quelques légères douches tièdes en pluie sur la poitrine et le dos. Sous l'influence de ce traitement, qui eut une durée trop courte (quinze jours seulement), et dont la malade n'éprouva aucune fatigue, la toux devint rare, en même temps que l'expectoration cessa complètement. Dès la première inhalation, les quintes s'apaisèrent.

La malade commit une imprudence et s'enrhuma le jour de son départ du Mont-Dore; néanmoins, la toux ne reprit pas son ancienne intensité, l'expectoration ne reparut plus, et l'accouchement se fit à terme, ou à peu près (huit mois et vingt jours). L'enfant, une fille, née vivace, grossit rapidement et marchait à un an. La mère a été une excellente nourrice, et tousse actuellement fort peu, d'après les renseignements qui m'ont été fournis par le docteur Billot.

Sans aucun doute, la femme G... se débarrasserait complètement de sa maladie, si sa

©BIU Santé

position de fortune lui permettait de quitter de nouveau son pays pour faire une saison au Mont-Dore.

Le résultat obtenu fait honneur au docteur Billot, qui avait parfaitement jugé de l'opportunité du traitement au Mont-Dore, et qui n'a pas craint de le prescrire. Mais ce succès montre aussi toute l'importance qu'ont les inhalations de vapeurs d'eau minérale. Elles décongestionnent les bronches, en calment les spasmes, et favorisent l'expectoration des mucosités qui les irritent.

La température relativement élevée (28° à 30°) des salles d'inhalations me faisait craindre que la femme G... n'y éprouvât des malaises en raison de son état de grossesse. J'étais rassuré cependant par la connaissance de deux faits antérieurs assez analogues.

En août 1881 et en juin 1882, deux femmes de l'hôpital du Mont-Dore, atteintes de bronchite chronique et enceintes, l'une de six semaines, l'autre de deux mois et demi, ayant caché leur état de grossesse, furent soumises par moi au traitement habituel par la boisson et les inhalations sans ressentir la moindre indisposition. Il en fut de même, on le voit, chez la femme G...

Je pourrais rapporter un autre cas dans lequel les eaux du Mont-Dore furent employées avec succès, sous forme de bains tempérés et de douches chaudes, chez une femme soignée par moi à l'hôpital du Mont-Dore en août 1883, enceinte de cinq mois, et atteinte de névralgie sciatique gauche et de rhumatisme chronique polyarticulaire. Mais, malgré l'amélioration obtenue par cette malade, la femme L..., de Treignac (Corrèze); malgré les exemples analogues rapportés par différents auteurs, notamment par M. Belugou, ma conviction est loin d'être faite sur l'indication d'une cure thermale chez les femmes enceintes et rhumatisantes. Pour retirer tout le bénéfice possible du traitement hydriatique, le rhumatisme exige l'emploi de procédés balnéaires où la thermalité joue le principal rôle; cette médication fait courir trop de risques à la femme enceinte pour être conseillée.

La question de l'emploi des eaux minérales pendant la grossesse mériterait une étude plus détaillée, plus approfondie, plus complète que celle-ci. En la résumant brièvement, nous avons voulu vulgariser la connaissance d'un moyen thérapeutique souvent efficace, et qui a sur les autres médications le privilège d'être accepté avec plaisir par les malades; mais il ne faut pas oublier qu'il ne doit pas être prescrit sans véritable indication, et qu'une extrême prudence doit présider à son application.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juin 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : Suite de la discussion sur l'organisation d'un Congrès annuel des chirurgiens de langue française. — Communication : extirpation totale d'un utérus cancéreux par le vagin ; fistule de l'uretère gauche consécutive ; néphrectomie ; guérison ; récidive au bout de sept mois ; discussion. — Présentation de malade opérée avec succès du *genu valgum* par le procédé de Mac Even.

M. le Président annonce que MM. Azam (de Bordeaux) et Jules Bœckel (de Strasbourg), membres correspondants, assistent à la séance.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Pozzi relatif à l'organisation d'un Congrès annuel des chirurgiens de langue française. On se rappelle que, dans la dernière séance, une seule des conclusions du rapport, la première, a été votée. Elle est ainsi conçue :

Accepter, en principe, le projet d'un Congrès annuel de chirurgiens français, ou d'un Congrès français de chirurgie, ou d'un Congrès de chirurgiens de langue française. — On a laissé à la Commission d'organisation le soin de décider laquelle de ces différentes dénominations serait définitivement préférée. Dans la séance de ce jour, la Société de chirurgie a voté les trois dernières conclusions, après une courte discussion à laquelle ont pris part M. Trélat, faisant fonction de rapporteur au lieu et place de M. Pozzi absent, MM. Nicaise, Verneuil, Horteloup et M. le Président Marc Sée. Voici les termes de ces conclusions :

2° Accepter la mission de constituer un Comité d'organisation, chargé de rédiger de

© BIU Santé

statuts et règlements provisoires, de recueillir des adhésions et de présider à l'ouverture du Congrès.

3° Transformer la Commission d'examen en Commission d'organisation par l'adjonction de nouveaux membres titulaires ou correspondants, dont il y aura lieu de fixer le nombre.

(Il a été décidé que la commission d'organisation serait composée de 7 membres dont feraient partie les cinq membres de la Commission d'examen auxquels seraient adjoints deux membres choisis parmi les membres correspondants nationaux.)

4° Adresser des remerciements à M. le docteur Demons (de Bordeaux), auteur de la proposition de l'organisation du Congrès, et déposer honorablement sa lettre aux *Archives*.

Les trois dernières conclusions du rapport ont été votées à l'unanimité, M. Desprès étant absent à cause de l'ouverture de la session du Conseil municipal.

— M. Jules Bœckel (de Strasbourg), membre correspondant, communique une observation intitulée : extirpation totale d'un utérus cancéreux par le vagin ; fistule de l'uretère gauche consécutive ; néphrectomie ; guérison ; récidive au bout de sept mois.

Le sujet de cette observation est une femme de 41 ans qui entra le 16 octobre à l'hôpital civil de Strasbourg dans le service de M. Bœckel. Pas d'antécédents morbides ; un seul accouchement, il y a environ vingt ans ; menstruation régulière. Les premiers symptômes du carcinome du col utérin dont elle est atteinte ne remontent pas à plus de trois mois et ont été marqués par des douleurs lombaires extrêmement violentes ; la malade dit n'avoir jamais eu d'écoulement ni d'hémorrhagies. Le toucher vaginal révèle un col déchiqueté, bourgeonnant, triple de volume, un véritable chou-fleur encore résistant, au centre duquel on sent nettement l'orifice utérin, qui donne l'impression d'une ulcération cratériforme ? la base de la portion vaginale présente une induration considérable. Les culs-de-sac sont libres partout et faciles à explorer avec le doigt, sauf à gauche où existe un certain degré d'induration. Paramètres libres, utérus mobile. La malade est dans un état de santé apparent très satisfaisant ; son teint est coloré, elle a un certain embonpoint ; à la voir, rien ne pourrait faire soupçonner la présence d'un carcinome de la matrice.

Sur ces apparences favorables M. Bœckel lui propose l'hystérectomie vaginale qu'elle accepte sans hésitation et qui est fixée au 26.

La malade a été purgée la veille ; le soir, elle prend une pilule d'opium de 5 centigrammes ; le jour de l'opération, on lui administre un lavement purgatif.

L'opération est pratiquée, après chloroformisation, sous le spray phéniqué. Une injection phéniquée vaginale a été préalablement faite et les organes génitaux rasés et désinfectés avec soin. Un spéculum de Sims est introduit dans le vagin, puis, le col de l'utérus étant saisi avec une pince de Museux, M. Bœckel attire l'organe tout entier aussi bas que possible. Cet abaissement est relativement aisé, si bien que, le spéculum enlevé, on peut faire saillir le col au dehors sur une longueur de 2 centimètres et demi ; il est maintenu dans cette position par un aide. On pratique alors sur le cul-de-sac postérieur une incision transversale en ayant soin de ne pas s'éloigner de l'utérus, et l'on pénètre à travers l'espace de Douglas dans la cavité péritonéale. On incise ensuite le cul-de-sac antérieur et l'on décolle facilement à l'aide du manche du scalpel le tissu cellulaire qui sépare la vessie de la matrice. Une sonde introduite dans la vessie sert de guide pendant cette dissection et empêche tout traumatisme du réservoir urinaire. L'utérus libéré en avant et en arrière n'est plus maintenu que par les ligaments larges ; aussi son abaissement est-il, à partir de ce moment, de plus en plus facile.

Introduisant deux doigts dans l'espace de Douglas pour saisir le fond de la matrice, M. Bœckel arrive, en faisant concurremment une traction sur le col, à faire saillir à la vulve le ligament large du côté droit. Il y place une ligature en masse à un centimètre et demi de l'utérus à l'aide d'une aiguille courbe armée d'un fort fil de soie phéniquée ; il applique une pince hémostatique sur le bout central, puis sectionne les tissus compris entre ces deux points. Cette manœuvre n'offre pas la moindre difficulté ; pour plus de sûreté M. Bœckel jette une ligature isolée de soie phéniquée sur la trompe. L'hémorrhagie a été nulle. Du côté gauche, la ligature du ligament large est plus difficile ; la matrice, bien que n'étant plus retenue que par un seul ligament, ne peut être abaissée comme à droite ; M. Bœckel arrive après quelques efforts à jeter une double ligature sur le ligament large, mais ne peut opérer à ciel ouvert comme précédemment ; il sectionne entre les deux ligatures. L'utérus étant dès lors dégagé dans sa totalité est complètement détaché. Le corps de la matrice, au voisinage de l'insertion des annexes, est mou, friable, atteint de dégénération carcinomateuse ; les tractions qu'on a exercées

©BIU Santé

sur l'organe l'ont entamé à ce niveau et produit une perte de substance de la grandeur d'une pièce de vingt centimes.

Après l'ablation de l'utérus, quelques anses intestinales viennent faire hernie à travers l'ouverture péritonéale; on les réduit facilement et l'on n'a plus à s'en occuper.

Portant l'index dans l'angle gauche de la plaie, M. Bœckel constate que le tissu périutérin est à ce niveau fortement engorgé; il arrive un peu plus haut à une traînée lymphatique infiltrée qui aboutit à un ganglion du volume d'une petite noix. S'armant de ciseaux courbes, il excise tous ces tissus y compris le ganglion. Il se produit au dernier coup de ciseaux une assez forte hémorrhagie; il applique deux longues pinces hémostatiques un peu au hasard, et ne pouvant, vu la profondeur de la plaie, les remplacer par des ligatures, il les laisse en place. Les fils des précédentes ligatures sont laissés longs, ramenés au dehors et fixés sur les cuisses à l'aide d'une bandelette de sparadrap. Désinfection du vagin avec la solution phéniquée faible; on n'applique pas de sutures sur le péritoine, qu'on laisse largement ouvert, les intestins n'ayant pas la moindre tendance à faire irruption au dehors. On ne place pas non plus de tube à drainage. Tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Pendant les jours qui suivent l'opération, l'état de la malade reste satisfaisant, sauf un suintement continu d'urine qui excorie la peau et la muqueuse vaginale. La température ne varie guère entre 37 et 37°5.

Le 7 novembre, le toucher vaginal permet de constater que le fond du vagin est oblitéré, ne communique plus en aucun point avec la cavité péritonéale et se trouve tapissé d'une couche de bourgeons charnus. Vers l'angle gauche de la plaie existe un infundibulum dans lequel on peut engager une sonde cannelée à plus de 6 centimètres de profondeur. Un examen avec le spéculum montre qu'il existe là une fistule urinaire ayant sans doute succédé à la chute d'une eschare, due à la compression de l'uretère gauche saisi par la pince hémostatique appliquée en ce point.

Ne pouvant songer à pratiquer une autoplastie quelconque pour oblitérer cette fistule, qui se trouve située trop profondément, M. Bœckel ne voit de guérison possible que dans l'extirpation du rein gauche.

Ayant laissé la malade reprendre des forces, le 27 novembre M. Bœckel pratique la néphrectomie après chloroformisation et emploi de toutes les précautions antiseptiques. L'opération réussit à merveille et la malade perd à peine 50 grammes de sang. Le rein extirpé est sain. Le suintement d'urine cesse aussitôt après l'opération. Réunion de la plaie à l'aide de sept points de suture métallique; deux gros drains de 13 millimètres de diamètre, de 6 et 8 centimètres de longueur sont placés dans la plaie, à 5 centimètres de distance l'un de l'autre. Pansement avec gaze iodoformée, coton hydrophile, gutta-percha, le tout maintenu par une bande de tarlatane neuve.

Les suites de l'opération sont des plus heureuses; les urines ont cessé de couler par le vagin et de mouiller le lit de la malade. La quantité d'urine émise chaque jour s'élève successivement de 650 à 1,700 centimètres cubes. La malade se lève, pour la première fois, le 16 décembre, dix-neuf jours après l'opération; le 20, la cicatrisation de la plaie est définitive; au fond du vagin, on constate encore, au niveau de l'angle gauche, quelques bourgeons charnus qu'on réprime avec la pierre infernale.

Le 30 décembre, la malade sort guérie.

Deux mois et demi après, vers le milieu de mars 1883, M. Bœckel l'ayant revue, constate par le toucher une petite induration au fond du vagin. Vers la fin d'avril, un écoulement sanieux, fétide, se produit, et la malade, après avoir enduré dans les derniers temps des douleurs intolérables, succombe quelques semaines plus tard, 20 mai, une récidive ayant son siège dans les ganglions abdominaux.

L'autopsie, pratiquée le 22 mai, montre l'unique rein qui reste atteint de néphrite parenchymateuse avec dégénérescence amyloïde; la vessie fortement adhérente à une anse intestinale et soudée en outre très intimement à l'appendice iléo-cœcal par un noyau cancéreux; les ganglions lombaires et iliaques hypertrophiés, durs, carcinomateux; les glandes mésentériques remplies de masses épithéliales blanches. L'uretère gauche se termine en cul-de-sac dans la région rénale; on le sectionne au niveau de la dernière vertèbre lombaire, et l'on y introduit un stylet qui mène dans une vaste cavité entourée d'une série de glandes lymphatiques carcinomateuses. La paroi postérieure du vagin est recouverte de masses cancéreuses. L'ovaire droit renferme un noyau cancéreux, l'ovaire gauche est hyperémié; le foie est amyloïde.

Dans les réflexions dont il fait suivre cette observation, M. Bœckel, après avoir montré qu'il a obtenu là un double succès opératoire, grâce à l'emploi de la méthode antiseptique, n'en reconnaît pas moins l'inanité finale de ces opérations. Il se demande si, dans de semblables cas, il ne serait pas mieux de s'abstenir. Sans doute, dit-il, si les

©BIU Santé

risques encore bien grands de l'opération en elle-même, en dépit de tous les perfectionnements récents, étaient compensés par la certitude d'obtenir une guérison durable, on serait en droit d'en affronter les dangers. Mais une opération qui emporte encore une malade sur trois, par le fait seul de l'acte opératoire, semble bien grave pour devoir être vulgarisée.

D'autre part, lorsqu'on est témoin de la rapidité et de la fréquence de la reproduction de certaines tumeurs cancéreuses accessibles à la vue, au toucher, aux instruments, c'est une entreprise bien hasardeuse que de vouloir tenter l'extirpation d'une tumeur ou d'un organe profondément situé, difficilement abordable, et de courir le risque de faire une opération incomplète.

M. Bœckel pense que l'hystérectomie ne doit être pratiquée qu'exceptionnellement, au début de l'affection, alors que l'extrémité du col seule est atteinte, et encore avec les conditions suivantes : que les paramètres soient libres, que le vagin soit intact, que la matrice puisse être facilement abaissée. Ces conditions existaient chez sa malade, et cependant, malgré ces circonstances favorables, il y avait une infiltration des ganglions profonds que l'on ne pouvait soupçonner et qui a rendu illusoire tout espoir de guérison définitive.

M. Verneuil pense que la Société de chirurgie doit adresser des remerciements à M. Jules Bœckel pour son intéressante communication qui, en outre de son intérêt intrinsèque, montre la loyauté et la courageuse franchise de l'auteur, en même temps qu'elle témoigne, d'une part, de son habileté et de sa hardiesse comme opérateur, d'autre part, de son tact de clinicien et de praticien.

L'observation de M. Bœckel est, en effet, un document complet qui doit servir à élucider la question si controversée de l'opportunité de l'hystérectomie et de la néphrectomie. On y voit, à la suite de la néphrectomie, le rein restant, qui devait être sain avant l'opération, puisque le rein enlevé avait été trouvé sain lui-même, on voit, disons-nous, le second rein, sous l'influence d'une exagération d'activité fonctionnelle complémentaire, fournir à lui tout seul jusqu'à 17 ou 1,800 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures et subir, par l'effet de ce surmenage extraordinaire, la dégénérescence amyloïde à laquelle la malade aurait fatalement succombé si elle n'avait pas été enlevée par la récidive de son cancer utérin. Ce fait intéressant peut donc servir utilement à l'histoire de la néphrectomie, en montrant que la suppression d'un rein amène la dégénérescence de l'autre par l'excès d'activité fonctionnelle qu'elle imprime à l'organe laissé seul en place.

Au point de vue de l'hystérectomie, l'observation de M. Bœckel prouve que, même dans les cas où cette opération est possible, rationnelle si l'on veut, qu'elle est pratiquée par un chirurgien des plus habiles, avec toutes les précautions les plus minutieuses de la méthode antiseptique, que même dans ce cas, l'opération ne donne pas des résultats aussi satisfaisants que ceux auxquels on serait certainement arrivé à l'aide des soins, des pansements, des injections désinfectantes, en un mot par l'application d'un traitement palliatif convenablement dirigé. Il serait à désirer que les chirurgiens qui ont pratiqué l'extirpation totale de la matrice voulussent bien apporter, comme M. Bœckel, des renseignements précis concernant l'état ultérieur de leurs opérées et les résultats définitifs de l'opération.

M. Terrier se déclare partisan de l'hystérectomie, et préfère de beaucoup l'extirpation totale aux opérations partielles pratiquées sur l'organe utérin.

M. Polaillon est d'un avis tout opposé à celui de M. Terrier. Il croit savoir que dans tous les cas où l'hystérectomie a été pratiquée, la récidive a eu lieu et ne s'est pas fait attendre.

Il préfère donc de beaucoup le traitement palliatif. Dans les cas où la guérison est possible, les opérations partielles, les ablations limitées sont tout aussi efficaces que l'extirpation totale et beaucoup plus inoffensives.

M. Lucas-Championnière a eu l'occasion de voir Billroth, à Vienne, pratiquer une opération d'hystérectomie par la voie vaginale dans un cas qui semblait absolument désespéré. L'opération a été relativement facile; elle n'a pas été suivie d'hémorrhagie, et, ce qu'il y a de plus étonnant, c'est que la malade, réduite à un état de faiblesse telle qu'elle semblait ne pas devoir survivre plus de quelques heures à l'opération, a guéri ; du moins elle vivait encore deux mois après et se trouvait dans un état relativement satisfaisant, bien que le chirurgien eût dû laisser un morceau du cancer dans le vagin. S'il était avéré que l'hystérectomie peut donner une guérison plus ou moins durable,

©BIU Santé

M. Lucas-Championnière la préférerait de beaucoup aux opérations partielles dont il est complètement dégoûté, parce qu'elles ne lui ont jamais réussi.

M. Trélat déclare qu'il a cherché à faire des opérations partielles en les variant de toutes les manières, sans avoir jamais pu en obtenir de bons résultats. En revanche, il a tiré grand avantage de ce que M. Verneuil appelle « la poursuite des fongositéss », par les pansements variés ou des applications faites à la surface des néoplasmes, moyens qui donnent l'illusion de la guérison, mais en somme pas de tissu cicatriciel de bonne nature.

M. Bouilly, l'année dernière, encouragé par les résultats annoncés par les chirurgiens de Bordeaux, a cru avoir le droit et le devoir de pratiquer une hystérectomie; mais lorsqu'il s'est mis à l'œuvre, il s'est aperçu qu'il lui était impossible de parvenir à abaisser l'utérus; il a dû se contenter de faire une opération palliative. Dans de nombreuses expériences qu'il a faites depuis sur le cadavre, il a constaté que le plus souvent l'abaissement de l'utérus était extrêment difficile à obtenir. Il fallait, pour y arriver, sectionner les ligaments larges à droite ou à gauche, décoller la paroi vaginale antérieure et postérieure, accrocher enfin le fond de l'utérus avec le doigt.

— M. Bœckel présente une jeune fille à laquelle il a pratiqué avec succès, il y a trois ans l'opération du *genu valgum* par le procédé de Mac Even. La guérison ne s'est pas démentie depuis cette époque, ainsi que l'on a pu en juger en voyant marcher cette jeune fille et en constatant directement la disparition de la déformation. — A. T.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. le doyen de la Faculté recevra désormais les élèves le mercredi, à trois heures de l'après-midi, au lieu du samedi.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Simonet, médecin des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur. M. le docteur Simonet était âgé de soixante ans.

Il laisse deux filles, mariées, l'une à M. Vignancour, député; l'autre à M. Ditte, substitut au tribunal de la Seine.

Concours de l'adjuvat. — Le concours de l'adjuvat vient de se terminer par la nomination de MM. Hallé, Clado, Hartmann et Vallin.

Nomination. — Par décision ministérielle, en date du 1er juin, M. Laveran, médecin-major de première classe à l'hôpital du Gros-Caillou, a été nommé professeur d'hygiène et de médecine légale militaires à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour entrer en fonctions le 10 novembre prochain.

Société des sauveteurs de la Seine. — Dernièrement a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, la séance générale annuelle de la Société des sauveteurs de la Seine. Parmi les lauréats proclamés dans cette séance, nous trouvons les noms de MM. les docteurs Reinwiller, Godefroy fils, Claude, Loubrieu et Le Pautonnier.

Ecole de médecine de Nantes. — Deux concours pour deux emplois de professeur suppléant s'ouvriront : le premier pour la chaire de pathologie et clinique internes, le samedi 15 novembre 1884; le second, pour la chaire d'anatomie et physiologie, le mercredi 10 décembre 1884.

Les professeurs seront nommés pour une période de dix ans et toucheront un traitement annuel de 2,000 francs.

Les candidats devront se faire inscrire au moins un mois avant l'ouverture du concours.

Hospice des Enfants-Assistés. — Le Conseil municipal de Paris a décidé que des travaux importants allaient être entrepris à l'hospice des Enfants-Assistés pour la construction d'une seconde nourricerie et de trois pavillons d'isolement pour les diphthéritiques, les enfants atteints d'affections contagieuses et les rubéoleux convalescents.

Le Conseil a décidé également l'expropriation des immeubles nécessaire pour le complet isolement de l'hôpital de la Pitié.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

©BIU Santé

Sommaire

I. Bulletin. — II. Deux observations de tumeurs à la cuisse qui ont motivé, l'une l'ablation, l'autre l'amputation du membre. — III. Revue des Journaux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Thèses de doctorat. — VI. Bulletin des décès de la Ville de Paris. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Causeries. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Une bien triste nouvelle est venue ces jours derniers nous surprendre. M. le professeur Richet, notre affectionné maître, vient de faire la perte la plus douloureuse dans des circonstances tragiques ; Mme Richet a succombé à l'accident le plus imprévu dans sa propriété de Carqueirane. Un mur, dit-on, qui servait de barrage s'est écroulé subitement sous la pression des eaux, et une pierre est venue la frapper à la tête.

Partout la nouvelle de cette mort a réveillé la sympathie qui s'attache au nom de M. Richet; tous, nous prenons part à ce deuil qui surprend l'éminent chirurgien au moment où de brillants succès venaient de couronner sa carrière toute pleine de travail, de dévouement à la science et d'honneur professionnel. Ceux qui connaissaient la haute valeur et les qualités généreuses de la victime savent combien la douleur qu'elle laisse après elle est inconsolable.

Nous ne pouvons que nous associer au deuil commun, envoyer au maître si cruellement éprouvé l'expression de nos regrets les plus sincères, et à Charles Richet, notre collègue et notre ami, une bien affectueuse poignée de main.

Académie de médecine, 10 juin 1884. — Un nouveau microbe nous est né, celui du *clou de Biskra.* Il est cultivé par M. Duclaux et présenté par M. Fournier.

Un malade de Saint-Louis, venu de Tunisie et porteur du bouton de Biskra le plus authentique, a fourni son virus à M. Duclaux, qui a provoqué chez le lapin des accidents analogues, et obtenu des résultats très différents

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON

IV

Si les portraits et les natures mortes laissent souvent le visiteur indifférent, il n'en est pas de même des paysages, lorsqu'ils rendent avec bonheur quelqu'une des pénétrantes impressions de la nature. Sous ce rapport, les deux tableaux de M. Lemarié des Landelles (nos 1498 et 1499) peuvent compter parmi les meilleurs ouvrages du Salon. Dans le *Coupeur de joncs* comme dans les *Saules du père Pierre,* il y a autant de talent que de sentiment; ce sont deux charmantes retraites, sous de grands arbres et au bord d'un clair ruisseau, et l'on se sent attiré par l'ombre et la verdure luxuriante de ces sites. C'est du paysage sincère, dont la vérité et la simplicité sont les grands mérites, et qui ne cherche aucun effet ni dans la solennité des campagnes classiques, avec balustres et chapiteaux, ni dans la mollesse et la manière vaporeuse des disciples de Corot.

M. Lemarié des Landelles est d'ailleurs un élève de M. Pelouse, et les mêmes qualités distinguent les œuvres de ce dernier, comme cette année sa délicieuse vue des *Bords du Loing* (n° 1873) ; M. Pelouse est un des maîtres de l'époque pour la peinture du paysage, qu'il traite avec une franchise de plus en plus appréciée.

Le *Soir,* de M. Adrien Moreau (n° 1759), est encore une composition pleine de poésie, et qui restera sans conteste parmi les souvenirs durables du Salon de 1884. C'est bien le

©BIU Santé

dans l'intensité des lésions locales et dans la gravité de l'infection, suivant que l'inoculation est hypodermique ou intra-veineuse, et suivant l'âge du bouillon de culture.

Sommes-nous entraîné par l'autorité de ces deux noms, ou par le chauvinisme que réveillent en nous depuis quelque temps les dénis de justice des étrangers à notre égard ? Toujours est-il que ces nouvelles « zooglées », leur manière de vivre, de pulluler, de s'éteindre et de renaître, la façon dont l'orateur nous les présente, les sages réserves dont il entoure ses conclusions les plus précises, tout nous séduit et nous inspire une bien autre confiance que maintes recherches analogues, et plus triomphantes encore, annoncées dans ces derniers temps.

Il s'est trouvé cependant des académiciens qui, prenant le rôle dont M. Rochard s'acquitte si bien à la tribune, ont demandé si le microbe emprunté au malade de M. Fournier était bien celui du bouton de Biskra. Car les lésions produites chez le lapin n'étaient pas des boutons de Biskra, elles n'en avaient pas tous les caractères et évoluaient beaucoup plus vite. M. Duclaux n'a-t-il pas inoculé à cet animal autre chose que la maladie demandée? Ainsi parle M. Legouest, suivi par MM. Blot et Larrey. Remarque obligée de M. Colin (d'Alfort), qui rappelle qu'on obtient tout ce qu'on veut chez le lapin en fait d'accidents locaux ou éloignés; au lieu d'un sujet d'expériences aussi « microscopique », il faudrait opérer sur de grands animaux. Réplique non moins obligée de M. Bouley, qui applaudit aux conclusions de M. Duclaux, s'empresse de croire à la spécificité du nouveau microbe, et entrevoit dans un avenir prochain le virus atténué qui nous en préservera.

— Les chirurgiens français ont déjà traité maintes fois l'hydarthrose rebelle par l'injection phéniquée ou l'arthrotomie antiseptique. M. Léon Labbé communique deux observations, où la première de ces méthodes lui a donné les meilleurs résultats. On l'appelle méthode de Schede. Peut-être l'auteur allemand a-t-il injecté quelques articulations que nous aurions guéries autrement, mais peut-être aussi sommes-nous trop timides dans l'emploi de l'injection phéniquée. Il s'agit, bien entendu, de ces hydarthroses chroniques, interminables, qui se jouent des vésicatoires et de la cautérisation ponctuée, et qui désespèrent malades et chirurgiens. Pour ces cas bien

---

soir pour cette jeune paysanne qui se repose des travaux de la journée, et c'est le soir aussi pour cet horizon calme, teinté des derniers reflets du soleil couchant, dans le silence et la fraîcheur où va s'endormir la nature.

Beaucoup de sentiment et une grande tristesse font remarquer l'*Abandonnée*, de M. Adam (n° 8), que soulignent quelques vers d'Emmanuel Ducros, comme on en voit d'ailleurs servant de légende à beaucoup de tableaux du Salon. Dans les *Pauvres Gens*, de M. Hawkins (n° 1180), la nuit étend ses voiles sur la scène de deuil tracée par le peintre, et qui serait plus émouvante, si les étoiles n'avaient quitté le ciel pour venir au premier plan et accentuer trop vivement le contraste de leur éclat avec la douleur de l'orpheline qui quitte en pleurant le toit du mort.

Après la retentissante communication de M. Pasteur sur la prophylaxie de la rage, et l'enthousiasme héroïque de plusieurs personnes qui se seraient offertes pour se soumettre aux inoculations du virus rabique atténué, l'histoire de *Desgenettes s'inoculant la peste* est toute d'actualité, ce que M. Lucien Mélingue ne prévoyait pas, du reste, en peignant cet épisode célèbre (n° 1683). M. Mélingue s'est fait connaître par plusieurs œuvres d'une composition dramatique et d'une exécution vivement enlevée, où l'on retrouve le souffle artistique qui animait son père dans ses mémorables créations. Il semble que, cette année, M. Lucien Mélingue ait été moins heureusement servi par son sujet. Sa peinture est correcte, mais la mise en scène est insuffisante pour l'effet que Desgenettes voulait retirer de son audacieuse tentative. Puisqu'il s'inoculait la peste pour rassurer les imaginations et le courage ébranlé de l'armée, comme il le rapporte lui-même dans l'*Histoire médicale de l'Armée d'Orient*, il est à supposer qu'il n'a point fait la chose en cachette, en présence de deux ou trois témoins, dans un

©BIU Santé

déterminés, la méthode de Schede s'est montrée merveilleusement efficace et inoffensive. Il faut cependant que les chirurgiens qui ont vu l'injection iodée, entre les mains de Velpeau, donner des arthrites suraiguës et de la pyohémie, se résignent à nous voir triompher des mêmes maladies sans tuer personne et sans rien faire suppurer. Aussi doit-on s'applaudir que ces faits soient portés à la tribune de l'Académie. — L.-G. R.

Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. — M. Fleury, professeur.

Deux observations de tumeurs à la cuisse qui ont motivé, l'une l'ablation, l'autre l'amputation du membre.

Observations recueillies par M. Edmond Grasset, interne du service.

Deux jeunes femmes ont été reçues dans les salles de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu; l'une est âgée de 19 ans, l'autre de 21.

La première remarqua, il y a environ quatre ans, à la partie inférieure et postérieure de la cuisse, une petite tumeur grosse comme une noisette, qui, en deux ans, atteignit le volume du poing. Au mois de novembre dernier, elle fit des progrès assez rapides, et en février apparurent quelques douleurs. La malade, effrayée, vint alors à Clermont, et fut admise à l'Hôtel-Dieu le 24 avril.

La tumeur, qui occupe le tiers inférieur de la cuisse droite, a la forme d'un ovoïde de 17 centimètres de longueur sur 14 de largeur. La peau qui la recouvre a conservé sa coloration normale; elle est sillonnée de veines volumineuses et se déplace avec facilité. Quand on imprime à la tumeur des mouvements de latéralité, elle entraîne avec elle les muscles postérieurs de la cuisse. Il n'y a pas de gonflement du pied; les ganglions du pli de l'aine sont intacts; l'état général est aussi satisfaisant que possible, et aucune diathèse n'est en jeu.

L'indication était formelle : il fallait enlever la tumeur, opération qui fut exécutée le 25 avril. Une incision cruciale donna issue à une certaine quantité de sang par la section des veines volumineuses que nous avons signalées. Chacun des lambeaux fut ensuite disséqué, ce qui permit de séparer la tumeur des muscles postérieurs de la cuisse; elle adhérait au demi-tendineux et au demi-membraneux, et n'était séparée du biceps que par son aponévrose; elle n'arrivait point au creux poplité, ainsi qu'on l'avait espéré.

L'écoulement sanguin fut peu abondant; deux ligatures suffirent pour l'arrêter.

---

coin retiré de l'hôpital, ainsi qu'il est représenté dans le tableau de M. Mélingue, mais plutôt avec une sorte d'ostentation et devant un nombre plus considérable de spectateurs. Telles étaient du moins les conditions à réaliser pour que le dévouement de Desgenettes atteignît son but. Sous ce rapport, la grande statue de marbre blanc qu'on voit dans le vestibule de l'Académie de médecine s'accorde mieux avec la vraisemblance historique, lorsqu'elle nous montre Desgenettes, la lancette à la main, dans une pose tant soit peu théâtrale, et en grand uniforme de parade.

Si l'on peut différer de sentiment quant aux qualités intrinsèques du tableau de M. Lucien Mélingue, nous devons le remercier d'avoir consacré son talent à un des faits qui honorent le plus la médecine et qui figurent notamment parmi les actions d'éclat des médecins militaires français.

La chirurgie de M. Faber du Faur est au contraire une chirurgie naturaliste, et son *Ambulance près d'une barricade* (n° 903) pourrait s'appeler plus exactement : « Barricades dans une ambulance. » On n'y distingue plus les morts des vivants, entassés pêle-mêle dans une masse confuse, sur laquelle vont se précipiter des gens qui entrent, en courant, pour échapper à la fusillade. Un chirurgien, qui ressemble au professeur Trélat, procède aux opérations d'urgence; sa qualité de non-combattant est marquée par le chapeau à haute forme avec lequel il est venu assister aux péripéties de la guerre civile, et qu'il a gardé sur sa tête, le local de l'ambulance étant complètement dépourvu de patères.

La peinture historique, dont l'abandon de plus en plus marqué serait un symptôme de la décadence de l'art, a déjà fourni à M. Matejko plusieurs occasions de déployer ses

©BIU Santé

La plaie, lavée avec de l'eau phéniquée, fut pansée avec de la charpie imbibée d'alcool camphré et phéniqué, additionné d'un peu de perchlorure de fer. Au bout de huit jours, la membrane granuleuse était bien développée; on rapprocha les lambeaux; aucun accident ne survint depuis ce moment, et la malade put quitter l'hôpital le 21 mai pour retourner dans son pays.

La tumeur est essentiellement formée par du tissu embryonnaire; c'est un sarcome simple. Quel a été son point de départ? Nous n'avons pu le savoir. Se reproduira-t-elle? C'est ce que nous saurons plus tard.

La seconde malade est mariée depuis quatorze mois. Son père est mort à 45 ans, sa mère est encore vivante et jouit d'une bonne santé; elle-même s'est toujours bien portée et ne s'est alitée qu'à la suite d'une fausse couche, il y a cinq mois.

A la fin de mai 1883, elle ressentit plusieurs fois pendant son travail de vives douleurs au genou droit; d'abord passagères, ces douleurs allèrent en augmentant et devinrent bientôt continues. Au bout de quelques semaines, une tumeur parut au-dessus de l'articulation fémoro-tibiale; au commencement de cette année, elle s'étendait du genou à la partie moyenne de la cuisse. La malade fut admise le 23 mars à l'Hôtel-Dieu de Clermont.

La tumeur avait alors une circonférence de 85 centimètres et occupait les quatre cinquièmes inférieurs de la cuisse; le poids du membre était énorme. Il n'existait aucun engorgement ganglionnaire au pli de l'aine; la peau qui recouvrait le néoplasme était saine et sillonnée par de nombreuses veines; au-dessous d'elle on sentait une coque osseuse. Les douleurs étaient horribles, le moindre mouvement les exaspérait; l'inappétence et l'insomnie étaient absolues.

De quelle nature est ce produit morbide? Son développement rapide, les douleurs qui s'y font sentir ne laissent aucun doute sur sa malignité. Il paraît s'être développé dans l'épaisseur de l'os, et offre les caractères des tumeurs qu'on désignait autrefois sous le nom de *spina ventosa*.

Quel parti prendre? Faut-il désarticuler la cuisse ou scier le fémur à sa partie supérieure? Celui-ci étant le point de départ du mal, il serait plus rationnel de l'enlever en totalité; mais une désarticulation est bien grave, et la malade est si faible qu'elle pourrait succomber pendant l'opération. Nous commencerons donc par scier le fémur, afin d'agir ensuite, s'il y a lieu, sur son extrémité supérieure. Pour éviter une perte de sang qui pourrait entraîner une mort immédiate, l'artère et la veine crurales seront liées préalablement au-dessus du ligament de Fallope. En prolongeant cette incision pour conserver des lambeaux latéraux, il sera facile de lier les vaisseaux qui seront divisés ou de les comprimer avec des pinces hémostatiques.

L'opération a été pratiquée le 25 mars. L'artère et la veine fémorales ont été liées sans difficulté au-dessous de l'arcade crurale. La section des muscles compris dans les deux

---

qualités peu communes de composition et de coloris. Il s'agit cette fois-ci (n° 1656) d'*Albert, duc de Prusse, feudataire de la Pologne*, prêtant serment de fidélité au roi Sigismond Ier, sur la grande place de Cracovie, le 10 août 1525. Dans ce temps-là, le duc de Prusse était feudataire de la Pologne. Le tableau de M. Matejko est d'un grand peintre, en même temps que d'un patriote; né à Cracovie, élève de l'Ecole des beaux-arts de Cracovie, l'auteur a dû traverser souvent la grande place où ont défilé les personnages que son imagination fait revivre sur la toile. Il y a là tout un monde, tout un peuple aux costumes éclatants, se pressant pour contempler les héros de la cérémonie. Ce n'est assurément pas le mouvement ni la vie qui manquent à ce 14 Juillet de l'ancienne Pologne, et le désordre même est habilement écarté d'une foule aussi compacte, où l'on ne peut reprendre que la teinte d'un rouge excessif, uniformément répandue sur tout le tableau, et qui fait penser aux reflets d'un incendie. Il est vrai que les Polonais sanguins de M. Matejko font vis-à-vis aux Muses chlorotiques de M. Puvis de Chavannes, et que ce voisinage doit faire paraître plus sensibles les vices de constitution si opposés des unes et des autres.

Si l'on admet que l'on peut faire de la peinture d'histoire sans aligner nécessairement une centaine de personnages, il faut reconnaître que M. Jean-Paul Laurens excelle dans ce genre de peinture, et que son exposition est toujours un des attraits du Salon annuel. C'est de l'art le plus élevé, sans conventions ni fantaisie, et avec un cachet tout spécial de distinction et de sobriété. M. Laurens nous montre cette année la *Vengeance d'Urbain VI* (n° 1422), lorsqu'il vient contempler dans un souterrain les cadavres de cinq cardinaux qui conspiraient contre lui et qu'il a fait assassiner. Pour être joué par un seul acteur, en ne comptant pas les victimes, ce drame n'en est pas moins saisissant,

©BIU Santé

branches de l'incision en raquette s'est effectuée assez facilement, des pinces hémostatiques ont été appliquées sur les artères qui les traversent et qui, du reste, ont fourni peu de sang. Mais lorsque les veines qui sillonnaient la tumeur furent divisées, un flot de sang s'est écoulé.

Malgré la position horizontale que nous avions donnée à la malade, une syncope a eu lieu; le pouls était si faible, la figure si pâle, que la mort nous paraissait imminente. Grâce à des aspersions d'eau froide et à une pression modérée et continue exercée sur les parois du thorax, les battements du cœur se sont rétablis. L'opération a pu dès lors être terminée.

Le fémur paraît sain au point où a porté la scie. On s'en est tenu là; une désarticulation aurait pu amener une nouvelle syncope, qui cette fois eût été mortelle.

Avant de procéder au pansement, on donne à la malade une infusion de thé additionné de rhum. Lotions phéniquées, réunion de la plaie par une suture à points passés, deux tubes à drainage. Une pièce de tarlatane imbibée d'huile camphrée et phéniquée de la charpie trempée dans l'alcool pur complètent le pansement.

Examen de la tumeur. — Elle est formée par une coque osseuse que tapisse un périoste hypertrophié. Sa face interne est couverte de végétations gélatiniformes et contient un liquide trouble et jaunâtre dont la quantité n'a pu être évaluée. L'examen microscopique nous fait constater l'existence d'un tissu embryonnaire, dépourvu des cellules plates et à nombreux noyaux qui constituent les tumeurs à médullocelles et à myéloplaxes. C'est donc un sarcome simple. Les muscles de la cuisse ne sont pas complètement atrophiés; la rotule est réduite au deux tiers de son volume normal.

Le soir, le pouls est à 136 et la température à 39°.

Le lendemain 26 mars, la malade n'a pas uriné depuis quarante-huit heures; le cathétérisme est pratiqué et continué pendant trois jours. Pendant cinq jours la température reste à 39° le matin, et atteint 40°4 le soir. Le pouls oscille entre 120 et 140. La faiblesse est extrême, les douleurs sont vives; l'insomnie, qui dure depuis si longtemps, persiste malgré les potions de chloral et de morphine.

Dans la journée, quelques cuillerées de bouillon, du lait et la potion de Todd soutiennent les forces. Malgré deux pansements dans les vingt-quatre heures, le pus a une odeur très fétide qui résiste à des lotions phéniquées et à des pansements avec de la charpie imbibée d'alcool camphré et phéniqué.

28 mars. — Dans la crainte que le pus ne fût retenu entre les lèvres de la plaie, les points de suture ont été coupés, les tubes à drainage enlevés et des tampons de charpie imbibés de liquides antiseptiques placés dans les parties les plus anfractueuses de la plaie.

1er avril. — L'amélioration commence à se dessiner; les nuits sont relativement bonnes; deux litres de lait sont absorbés dans la journée; la plaie prend une couleur

---

et la silhouette du pape est bien celle du pontife tyrannique et peu scrupuleux tel que l'histoire le représente.

L'effet que M. J.-P. Laurens obtient si sûrement par les moyens les plus simples, M. Leenhardt ne l'a pas trouvé, avec beaucoup plus d'efforts, dans ses *Martyrs de la réforme* (n° 1468), qui restent une composition embrouillée, malgré la citation explicative empruntée à Michelet.

Parmi les portraits des célébrités contemporaines, quelques-uns nous intéressent particulièrement, comme celui de M. le professeur Richet, par feu Pierre-Auguste Cot (n° 607). C'est un des bons portraits que l'artiste aura terminés avant sa mort, et tout le monde médical en a reconnu et respectueusement salué le modèle, bien qu'il ait conservé l'incognito dans le Livret. La main gauche du professeur Z... s'appuie sur un volume de l'*Anatomie chirurgicale*, qui aurait suffi à dévoiler l'anonyme. Voici du moins une toile devant laquelle on ne risque pas d'entendre s'élever en chœur les imprécations peu sympathiques des étudiants, ainsi qu'il arrivait il y a quelques années devant le portrait d'un autre professeur de la Faculté, aujourd'hui défunt, et auquel sa rudesse au lit du malade et ses coups de boutoir aux examens n'attiraient pas l'affection des élèves. Ils se vengeaient des rigueurs du maître en accablant son image d'appréciations assez concordantes qui égayaient parfois les visiteurs du Salon.

C'est aussi une célébrité qu'a peinte M. Merwart dans le *Portrait de Mme Ackermann* (n° 1702), et l'une des plus curieuses et des mieux justifiées de notre époque. Cette œuvre aurait un mérite supérieur à sa valeur artistique très réelle, s'il donnait en outre à beaucoup de gens l'idée de lire les *Poésies philosophiques* de Mme Ackermann, et de se

©BIU Santé

rosée. Mais, tout à coup, de nouvelles douleurs se manifestent, non dans le moignon, mais au sacrum. Des eschares se forment dans cette région, la douleur qu'elles provoquent ramène l'insomnie et la fièvre. La température, à 37° le matin, monte le soir jusqu'à 39°5; le pouls est toujours à 120; dans la soirée la recrudescence se caractérise par de l'excitation et des cris. Des suppositoires au sulfate de quinine (0 gr. 50) sont répétés pendant plusieurs jours.

Sous l'influence des pansements, les douleurs diminuent; la potion de Todd est continuée dans la journée; le chloral associé à la morphine est réservé pour la nuit. Rien de plus à noter jusqu'au 22 avril.

22 avril. — Deux abcès se forment, l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la crête de l'os iliaque gauche. A dater de ce moment, l'appétit diminue; l'issue donnée au pus n'empêche pas les forces de baisser rapidement.

24 avril. — Un frisson violent éclate sans cause connue. Il ne s'en produit pas d'autres, et la suppuration diminue sans qu'il paraisse se faire de métastases dans les organes thoraciques. Nous revenons au sulfate de quinine, qui avait été suspendu.

Un nouvel amendement survient; nous pouvions espérer qu'il serait le prélude d'une amélioration définitive, mais il n'en fut rien.

Le 29 avril, la malade pousse des cris continuels, et éprouve dans la cuisse gauche des douleurs qu'elle compare à celles qui ont précédé l'apparition de la tumeur dans le membre opposé.

A dater de ce moment, plus de sommeil ni d'appétit; le peu de forces qui restait disparaît rapidement. Elle tombe dans l'assoupissement, et succombe le 2 mai, à cinq heures du soir. L'autopsie, malheureusement, n'a pu être faite; il eût été intéressant d'examiner le fémur du côté gauche.

Cette tumeur, par la rapidité de son évolution, pouvait assurément être considérée comme un produit de nature maligne; l'absence d'engorgement ganglionnaire devait néanmoins la faire classer dans les tumeurs à pronostic variable; la récidive était donc possible, mais dans un avenir plus ou moins éloigné. Cette jeune femme s'étant bien portée jusqu'à présent, on pouvait espérer la soustraire par une opération aux douleurs qu'elle éprouvait et lui assurer quelques années de repos.

Si les douleurs violentes qui ont éclaté dans la cuisse gauche sont un indice de généralisation, et si on eût pu prévoir un accident de ce genre, il eût certainement mieux valu ne pas opérer, sauf à calmer les douleurs par des moyens palliatifs.

---

familiariser avec une des plus hautes inspirations de la littérature moderne, traduite dans la plus belle langue qu'on puisse rêver.

Les *Mercenaires de Carthage*, de M. Surand (n° 2254), nous reportent aux visions bizarres de la *Salammbô* de Gustave Flaubert. Les sujets de tableaux abondent dans cette vaste épopée, et se prêtent complaisamment à être rendus par le pinceau. M. Surand a choisi l'épisode des Barbares arrivant devant les lions crucifiés; « ainsi se vengeaient les paysans carthaginois, dit Flaubert, quand ils avaient pris quelque bête féroce; ils espéraient, par cet exemple, terrifier les autres ». L'étonnement des barbares devant cet étrange spectacle ressort avec beaucoup de vérité du groupe d'hommes, de femmes et d'enfants arrêté devant les lions en croix; lions et barbares donnent ensemble une impression de sauvagerie tout à fait de circonstance; aucun sujet d'ailleurs ne peut être regardé avec indifférence quand il est tiré de *Salammbô*, et quand il a pour passeport une de ces phrases ciselées comme les faisait Gustave Flaubert. A ce genre d'attraits, M. Surand a ajouté beaucoup de talent et d'invention personnelle; on ne peut lui reprocher que le défaut de perspective dans les derniers plans de son tableau et le manque de profondeur dans le défilé montagneux que vont traverser les barbares.

La *Khiomara*, de M. Albert Edouard (n° 879), est une Judith gauloise qui a fait trancher la tête à un centurion romain dont elle était prisonnière et qui lui avait fait violence. Rendue à la liberté, et regagnant le domicile conjugal, elle apporte à son mari la tête du Romain, en compensation du dommage éprouvé par elle pendant sa captivité. On voit que le mari, s'il a au fond quelque dépit, est surtout reconnaissant et touché de la fière vengeance de Khiomara (en quoi il a raison), et qu'il va attirer dans ses bras cette épouse, si farouche gardienne de son honneur. Elle est fort bien de sa personne,

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

Etude sur une variété de toxicodermie observée chez les plumassières, par MM. P. DE MOLÈNES et LARMOYEZ. — L'affection dont les auteurs traitent dans leur excellent mémoire est causée par la manipulation des plumes teintes en *vieil or* avec des *orangés d'aniline* impurs. Elle débute, après quelques jours d'incubation, par le prurit des espaces interdigitaux, un semis de vésicules du volume d'un grain de millet et contenant un liquide clair. Vers le deuxième jour on observe une rougeur et une tuméfaction de la main; des bulles phlycténoïdes remplacent les vésicules qui, abandonnées à elles-mêmes, se rident et se transforment en un lambeau corné desquamatif. A la fin de la quatrième semaine, les surfaces malades prennent l'aspect pseudo-eczémateux; l'épiderme se craquelle et se détache, et cette mue de la peau se renouvelle plusieurs fois sous forme de lambeaux de plus en plus minces à mesure que la maladie évolue vers la guérison.

La rechute est la règle après deux mois et se manifeste sous forme de poussées secondaires; toutefois, pendant cette période, moins longue que la première, on n'observe plus la coloration jaune de la peau qu'on notait primitivement et qui était due à l'action de l'aniline. Le diagnostic consiste à distinguer ces phénomènes de ceux de la gale et de la dysidrose pendant la première période, d'une brûlure au deuxième degré durant la troisième.

Le traitement consiste à modérer l'intensité des symptômes et à parer aux complications incidentes. Au début, MM. Besnier et Vidal faisaient usage des applications émollientes et calmantes, et à la fin employaient le traitement de l'eczéma sec. Enfin, cette intoxication ne s'est produite que par la manipulation des plumes colorées avec les *orangés* d'origine allemande qui sont impurs, et que les fabricants préfèrent dans un but d'économie. (*Annales de derm. et de syphiliog.*, 25 avril 1884.) — Ch. E.

Etiologie du « tabes dorsalis ». — Dans un premier travail portant sur l'examen de 100 tabétiques, Erb avait été amené à reconnaître la part considérable qui revient à la syphilis dans l'étiologie de l'ataxie locomotrice. Revenu sur ce point important de doctrine au Congrès de Londres, il put constater une assez vive opposition à l'adoption de ses vues. Les résultats de discussions assez vives à la Société de médecine interne de Berlin ne leur ont pas été plus favorables, et Leyden, à qui est dû le tout récent article TABES DORSALIS, du *Dictionnaire d'Eulenburg*, a encore accentué cette critique. Erb a cependant eu la satisfaction de rencontrer quelques alliés précieux. Il avait accusé le chiffre de 88 syphilitiques sur 100 tabétiques; or, Fournier va jusqu'à 93 p. 100; d'autres observateurs français ont dit 100 p. 100; Voigt, un opposant aujourd'hui rallié, compte 81,4 p. 100, et G. Fischer 72 et même 90 p. 100.

---

ce qui explique sans l'excuser le crime du centurion, et la femme et le mari font un ménage assorti.

Puisque nous sommes chez les Gaulois, c'est le moment de parler de M. Luminais, qui les connaît si bien et qui en a peint de si beaux. Beaucoup de ses Gaulois avaient pour toute beauté leurs opulents cheveux rouges, leur carrure vigoureuse, leur attirail guerrier, et l'expression franche et ouverte de leurs larges figures; deux ou trois de nos ancêtres ainsi représentés faisaient, sous le pinceau de M. Luminais, un tableau original, presque sans accessoires et en dehors de tout événement. Ses héros d'aujourd'hui comptent moins sur eux-mêmes pour attirer l'attention que sur l'action épouvantable qui leur est attribuée. La *Fuite de Gradlon* (n° 1588) est, en effet, une légende qui pourrait faire pendant au roi des Aulnes; au lieu du cavalier fantôme emportant sa proie dans une chevauchée diabolique, c'est un père qui lâche sa fille dans l'Océan, afin de poursuivre sa course plus légèrement. C'est comme expiation, et pour apaiser la colère du ciel, que saint Gwenolé, compagnon de route de Gradlon, lui a donné le conseil de simplifier ainsi leur bagage. Il était temps; les vents sont déchaînés, les flots vont engloutir les fugitifs, et la tempête qui souffle, et l'horizon chargé de nuages sont bien le milieu qu'il fallait à ce meurtre de famille.

P. DUBRAY.

©BIU Santé

Il apporte aujourd'hui les chiffres se rapportant à une nouvelle série personnelle de 100 autres cas, qui lui donnent :

Pas d'infection syphilitique antérieure.	9
Infection syphilitique antérieure.	91

De ces 91 syphilitiques (ou admis tels par lui), 62 ont eu des accidents secondaires avérés, et 29 un chancre sans qu'on ait noté de symptôme secondaire; cependant, 5 de ces chancres étaient notoirement indurés et 10 autres avaient paru assez suspects pour faire prescrire un traitement général.

Dans le plus grand nombre des cas, l'invasion du *tabes* datait de 6 à 10 ans, après l'infection, 30 p. 100; puis de 11 à 15 ans dans 25 cas, et de 16 à 28 ans dans 15. 69 fois, sur 91 cas, la maladie s'est déclarée dans les 15 ans qui ont suivi l'infection.

Pour bien montrer que cette fréquence de la syphilis dans les antécédents de l'ataxie est réelle et ne représente pas simplement, comme il était vraisemblable d'ailleurs, la moyenne des atteintes dans la population, Erb a relevé les observations de 1,200 de ses malades traités pour des affections étrangères à la syphilis et au *tabes;* il trouve signalés chez un peu plus du cinquième seulement des accidents vénériens primitifs; chez un dixième, des accidents secondaires. Il est donc fondé à poser en principe : *qu'un sujet non syphilitique est à peu près sûr de ne pas devenir ataxique.*

Quant aux causes banales si souvent invoquées, le refroidissement, les excès, le surmenage, un trauma, on ne leur refuse pas toute influence; mais on ne peut pas ne pas être frappé de cette particularité qu'elles n'ont presque jamais agi efficacement que chez des syphilitiques.

N'y a-t-il pas d'ailleurs, dans l'ataxie, plus d'un symptôme assumé sans conteste par la syphilis? Les paralysies des muscles de l'œil, le myosis, les attaques hémiplégiques, apoplectiques, épileptiformes, la céphalée, les accidents du côté des muqueuses, de la peau et des os?

L'invasion du *tabes* au delà d'un certain âge est rare; lorsqu'on se trouvera en face d'un cas semblable, on peut être sûr d'être également en présence d'une syphilis tardivement contractée. Ainsi, dans un cas où les premiers symptômes s'étaient manifestés à 58 ans, Erb établissait que la syphilis remontait à l'âge de 48 ans. Un autre malade qu'il observe actuellement est devenu ataxique à 50 ans; c'est à 38 ans qu'il avait contracté la syphilis.

N'est-on pas frappé de la rareté relative de l'ataxie chez la femme? C'est qu'elle est aussi bien moins souvent syphilitique. Et chez les femmes de la dernière classe, infectées de syphilis, on voit sa fréquence se rapprocher de ce qu'elle est chez l'homme. La recherche de la syphilis est d'ailleurs, chez elle, entourée de beaucoup de difficultés; voici cependant ce que donnent les anamnestiques chez 13 femmes ataxiques : 4 paraissent absolument indemnes; 3 nient toute infection, mais l'une d'elles a eu 3 fausses couches, a perdu 4 enfants en bas âge et souffert de violents maux de tête; la deuxième a eu 2 fausses couches et porte de vastes cicatrices cutanées; le mari de la troisième est notoirement syphilitique! 4 ont présenté des accidents secondaires avérés, 1 des accidents secondaires douteux; la dernière a eu un chancre.

Et combien de syphilis latentes analogues à celle de ce cas si instructif : homme de 40 ans; en 1863, chancre mou et bubon; traitement mercuriel; son médecin affirme cependant qu'il a un chancre non infectieux. Il se marie en 1872. Sa femme a deux grossesses heureuses; il a deux enfants bien portants. Il fait les campagnes de 1866 et 1870. En 1871 apparaissent les premières douleurs lancinantes; la suite ordinaire des accidents se déroule. Cas grave; attaque apoplectique et hémiplégie. Le diagnostic est aussi assuré que possible. Or, dans les neuf derniers mois, il est apparu : une exostose du tibia droit, une syphilide de la face, une orchite spécifique, de la céphalée à exacerbations vespérines! (*Berl. klin. Woch.*, 1883, p. 481.) — R. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juin 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Ribemont, pour la section d'accouchements.

©BIU Santé

2° Une lettre de M. le docteur Duboué (de Pau) accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté.)

3° Divers ouvrages adressés pour le prix Desportes.

M. Henri Roger offre en hommage, au nom de M. le docteur Charles West (de Londres), un exemplaire de la nouvelle édition de son livre *Sur les maladies des enfants*.

M. Brouardel présente, de la part de MM. Cornil et Brault, une brochure intitulée : *Études sur la pathologie du rein*.

M. le Président annonce que M. Bourgeois (d'Etampes), membre correspondant, assiste à la séance.

M. le Président, en annonçant à l'Académie l'affreux malheur qui vient de frapper M. Richet, demande l'autorisation d'aller porter à ce collègue éminent l'expression des sympathies de la Compagnie.

M. Alfred Fournier lit un rapport sur une note de M. le docteur Duclaux, relative à des recherches faites par cet expérimentateur sur le clou de Biskra.

Chez un malade du service de M. Fournier, atteint de cette maladie, M. Duclaux a recueilli le liquide contenu dans le clou, et a pratiqué sur des lapins trois séries d'expériences.

Dans une première série d'expériences, M. Duclaux a inoculé à des lapins le liquide du clou de Biskra et a produit une dermatose qui présente une analogie des plus frappantes avec la maladie de l'homme.

Dans une seconde et une troisième série d'expériences, M. Duclaux a isolé le microbe du liquide du clou de Biskra, l'a cultivé dans du bouillon de veau neutralisé, puis il l'a injecté tantôt sous la peau, tantôt dans les veines. Il a obtenu des résultats qui ont varié singulièrement suivant l'âge du liquide de culture.

Dans les injections sous-cutanées, avec du bouillon de culture récent (24 heures à 3 jours), M. Duclaux a produit une gangrène très étendue de la peau; — avec du bouillon plus âgé (10 jours), il a produit une gangrène plus circonscrite; — avec du bouillon plus âgé encore (25 à 30 jours), il a produit un petit abcès; — enfin, avec du bouillon de deux mois, l'inoculation a été complètement inoffensive.

Dans les injections intra-veineuses de 24 heures à 3 jours, il a produit la mort de l'animal; à l'autopsie, on a trouvé des signes de péricardite, de pleurésie hémorrhagique et d'apoplexie pulmonaire; il y avait des microbes dans le sang et dans l'urine.

Avec du bouillon de 10 jours, la mort a été moins rapide et n'est survenue qu'au bout de 4 à 6 jours; à l'autopsie, on a constaté l'existence d'une péricardite et d'une pleurésie légère, ainsi que des abcès dans le foie et les reins; il existait des microbes dans l'urine, mais non dans le sang.

Avec du bouillon de 25 à 30 jours, l'injection intra-veineuse n'a été suivie d'aucun phénomène pendant quelques jours; puis est survenue une paraplégie terminée par la mort. A l'autopsie, on a constaté des signes de méningite quelquefois hémorrhagique, et des abcès des vertèbres. Il n'y avait pas de microbes dans le sang;

Avec du bouillon de 2 mois, l'injection intra-veineuse a été inoffensive.

Ainsi, les résultats ont été complètement différents suivant que les animaux ont été inoculés par des injections sous-cutanées ou par des injections intra-veineuses.

Enfin, résultat curieux, du bouillon de culture inoffensive, ensemencé dans du bouillon de veau, reproduit une culture *ultrà-virulente* qui, dans ses trois premiers jours, détermine les effets violents de la première culture (gangrène très étendue; mort en 24 heures). Puis la virulence s'atténue de même avec le temps. De sorte qu'avec cette seconde culture, on reproduit la même série graduellement décroissante jusqu'à l'état inoffensif terminal.

Et ainsi de suite.

Reste maintenant à savoir si l'inoculation faite avec une culture vieillie (datant de plus d'un mois) pourrait conférer l'immunité contre une inoculation avec une culture virulente, c'est-à-dire conférer la préservation vaccinale.

C'est là une question en voie d'étude et qui doit être absolument réservée.

M. le rapporteur termine en demandant l'insertion de la note de M. Duclaux dans le *Bulletin*.

M. Legouest fait observer que dans les résultats des expériences de M. Duclaux aucun ne présente les caractères de la maladie désignée sous le nom de *clou de Biskra*.

Chez l'homme, le clou de Biskra est une maladie qui dure non pas un mois mais une

©BIU Santé

ou plusieurs années ; elle ne s'accompagne jamais de gangrène ni de maladie de la moelle. Il est probable que la maladie inoculée aux lapins de M. Duclaux n'était pas le clou de Biskra, mais une autre maladie.

M. Blot demande à M. Fournier un simple éclaircissement : combien de fois M. Duclaux a-t-il répété sur les lapins la série de ses expériences ? Pour arriver à formuler des conclusions aussi nettes, il a fallu sans doute que M. Duclaux répétât des trentaines, des quarantaines ou des cinquantaines de fois les observations de diverses catégories dont il est question dans le rapport de M. Fournier.

M. Fournier répond qu'il ne sait pas au juste le nombre d'expériences faites par M. Duclaux ; mais il sait qu'elles ont été très nombreuses, et d'ailleurs M. Duclaux est un observateur très distingué qui mérite toute confiance.

M. Colin (d'Alfort) dit qu'avec tous les bouillons de culture, stérilisés ou non, il est toujours possible de produire les accidents gangréneux inflammatoires ou autres que M. Duclaux a obtenus dans ses expériences sur les lapins. M. Colin voudrait que M. Duclaux expérimentât sur des animaux moins microscopiques relativement que les lapins, par exemple sur le mouton ou le bœuf. On obtient avec les lapins tout ce qu'on veut, on fait même des miracles. Dans les résultats de M. Duclaux il ne faut voir, suivant M. Colin, que des accidents de septicémie.

M. Larrey est d'avis que M. Duclaux devrait d'abord s'assurer de la nature des lésions produites chez ses lapins, et si elles n'ont pas quelque connexion avec d'autres affections différentes de celles que nous connaissons sous le nom de clou de Biskra dans l'espèce humaine.

M. Fournier répond que le malade qui a servi aux expériences de M. Duclaux venait de Tunisie et avait bien réellement une maladie présentant tous les caractères du clou de Biskra.

M. Bouley dit que les expériences de M. Duclaux présentent le plus grand intérêt au point de vue de la doctrine microbienne ; elles émanent d'ailleurs d'un expérimentateur du plus grand mérite.

Ce qui, suivant M. Bouley, montre la nature spécifique des inoculations pratiquées chez le lapin, c'est le fait que la culture devenue inoffensive par l'atténuation avec le temps ait repris toute son activité lorsqu'elle a été replacée dans un milieu de culture renouvelé où elle s'est régénérée pour s'atténuer de nouveau peu à peu avec le temps et redevenir finalement inoffensive. Ce fait démontre qu'il s'est agi là d'un agent vivant. M. Bouley ne doute pas que M. Duclaux en poursuivant ses expériences n'arrive à conférer l'immunité et la préservation vaccinale.

M. le Président met aux voix les conclusions du rapport de M. Fournier. Ces conclusions sont adoptées.

— M. le docteur Du Mesnil, professeur à l'École de médecine de Rouen, candidat au titre de membre correspondant, lit un travail intitulé : *Commotion de la moelle épinière, sclérose des cordons latéraux et dégénération de cellules de la substance grise consécutive.*

Voici les conclusions de ce travail :

1° La commotion de la moelle épinière doit être maintenue dans l'état actuel de la science ;

2° Elle peut être l'origine de lésions inflammatoires consécutives ;

3° Ces lésions inflammatoires peuvent revêtir la forme de myélites systématiques.

Ce travail est renvoyé à l'examen de la commission des correspondants nationaux.

— M. Léon Labbé lit une note *Sur l'emploi des lavages phéniqués intra-articulaires dans l'hydarthrose chronique.*

Cette méthode consiste à ponctionner l'articulation avec un trocart de fort calibre, puis à faire sortir tout le liquide par des pressions modérées, et enfin à injecter une solution phéniquée à 3 ou 5 p. 100, en faisant passer sur la séreuse une grande quantité de liquide et lavant l'article jusqu'au moment où la solution phéniquée ressort absolument limpide.

On bouche ensuite la plaie faite par le trocart avec de la baudruche collodionnée, et, après avoir entouré l'articulation d'une épaisse couche d'ouate, on immobilise le membre dans une gouttière.

Pendant toute la durée de l'opération, il faut prendre les précautions antiseptiques les plus minutieuses et éviter l'entrée de l'air dans l'articulation.

©SIU Santé

M. Labbé, qui avait vu Schede lui-même faire cette opération, l'a pratiquée deux fois, et ses deux malades ont guéri sans accidents.

Ces observations ont paru dans la thèse d'un de ses élèves, qui a été soutenue au mois d'avril.

M. Jules Guérin dit n'avoir jamais employé la méthode des injections intra-articulaires; mais, depuis plus de trente ans, il a recours à une méthode qui lui a procuré les résultats les plus heureux, sans jamais avoir occasionné le moindre accident. C'est la méthode de la cautérisation ponctuée.

M. Colin (d'Alfort) revendique pour la médecine vétérinaire la priorité des applications de la cautérisation au fer rouge dans le traitement des maladies des membranes synoviales. C'est, d'ailleurs, un traitement très efficace et qui donne les meilleurs résultats.

M. J. Guérin répond que la cautérisation au fer rouge existe dans la pratique depuis Hippocrate, mais le mode d'emploi qu'il en a fait est nouveau, en ce sens qu'il n'a pas pour objet de provoquer la suppuration, et qu'il obtient ses résultats en vertu d'une action physiologique toute particulière.

— M. Constantin Paul lit le rapport sur le prix Desportes.

Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 1er AU 15 MAI 1884.

Vendredi 2 mai. — M. Renouard: Du lupus et de ses rapports avec la scrofule et la tuberculose. (Président: M. Fournier.) — M. Pioggio: Sur une nouvelle théorie du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes. (Président: M. Vulpian.)

Samedi 3. — M. Dorion: Des paralysies sciatiques du nerf poplité externe d'origine pelvienne. Leur pathogénie. (Président: M. Pajot.) — M. Tourneux: Contribution à l'étude des affections oculaires causées par la variole. (Président: M. Panas.)

Du 4 au 7. — Pas de thèse.

Jeudi 8. — M. Quesneville: Nouvelles méthodes pour la détermination des éléments du lait et de ses falsifications. (Président: M. Bouchardat.) — M. Vandené: De la fièvre bilieuse mélanurique observée à Mayotte. (Président: M. Laboulbène.) — M. Dorey: Notion commune à l'étude de l'étiologie du goître et de la fièvre typhoïde. (Président: M. Laboulbène.) — M. Campart: De l'épiscléritis. (Président: M. Panas.) — M. Herlant: Des corps mobiles articulaires et de leur traitement. (Président: M. Panas.) — M. Grégoire: Contribution à l'étude de la trachéotomie chez les tuberculeux. (Président: M. Peter.) — M. Lemarchand: Quelques considérations sur l'étiologie et les affinités nosologiques du scorbut. (Président: M. Peter.)

Vendredi 9. — Pas de thèse.

Samedi 10. — M. de Andrada Fialho: Des manifestations rhumatismales de la dysentérie. (Président: M. Hardy.) — M. Hervé: De la chorée pendant la grossesse. (Président: M. Pajot.)

Lundi 12. — Pas de thèse.

Mardi 13. — M. Guimbail: De la folie liée à la ménopause. (Président: M. Ball.) — M. Renard: Quelques considérations sur le traitement de l'hydrocèle simple. (Président: M. Panas.)

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 31 mai au 7 Juin 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1022. — Fièvre typhoïde, 33. — Variole, 0. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 42. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 48. — Phthisie pulmonaire, 213. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 43. — Bronchites aiguës, 27. — Pneumonie, 67. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 50; au sein et mixte, 24; — inconnues, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 89; circulatoire, 69; respi-

©BIU Santé

ratoire, 42; digestif, 48; génito-urinaire, 26; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulat. et muscles, 7. — Morts violentes, 42. — Causes non classées, 8.

Résumé de la 23e semaine. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la semaine actuelle, 1,022 décès au lieu de 1,029 qui avaient été enregistrés pendant la semaine dernière.

La comparaison des chiffres des dernières semaines fait remarquer les résultats suivants :

La Fièvre typhoïde, quoique présentant un peu plus de décès que la semaine dernière, est un peu moins fréquente qu'elle ne l'était depuis quelques mois (33 décès au lieu de 26 pendant la semaine dernière et 49 pendant la semaine précédente).

La Variole n'a pas causé un seul cas de décès pendant la semaine actuelle.

La Rougeole (33 décès au lieu de 32 pendant la semaine précédente), reste à l'état stationnaire. Pourtant si l'on consulte les *Bulletins statistiques* des semaines précédentes, on constatera que cette fièvre, qui fait encore tant de victimes, subit une décroissance très sensible depuis plusieurs semaines. Presque exclusivement répandue dans les quartiers excentriques, elle ne conserve sa fréquence que dans les quartiers de Picpus (2 décès), Bercy (4 décès), Batignolles (1 décès), Epinettes (2 décès) et enfin Amérique (2 décès).

La Scarlatine (3 décès au lieu de 4) et la Coqueluche (9 décès au lieu de 10) continuent d'être rares.

La Diphthérie (42 décès au lieu de 55) reprend son mouvement de décroissance qui avait semblé un moment interrompu. On n'a compté que 1 décès par Diphthérie dans l'arrondissement de Passy dont un quartier avait été éprouvé pendant ces dernières semaines. On n'y a signalé, cette semaine, aucun cas nouveau de maladie.

La Bronchite aiguë (27 décès au lieu de 22) et la Pneumonie (67 cas au lieu de 77) continuent à être rares. Mais l'Athrepsie des jeunes enfants augmente un peu de fréquence (80 décès au lieu de 64).

Le service de statistique a reçu notification de 428 mariages et de 1,094 naissances d'enfants vivants (543 garçons et 551 filles), dont 800 légitimes et 294 illégitimes; parmi ces derniers 51 ont été reconnus par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du Lait pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boites en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Ecole supérieure de pharmacie. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 15 juin, dans la forêt de Montmorency.

Le départ s'effectuera de la gare du Nord à 7 heures 55, pour la station de Montmorency.

Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse. — Sujets de prix à décerner en 1885 :

1° *De l'intervention chirurgicale dans les plaies articulaires.* — Le prix est de 300 francs.

2° *Faut-il faire un groupe spécial des anémies dites pernicieuses ?* (Prix Jules Randin.) — Le prix est de 800 francs. Une prime de 200 fr. pourra être accordée en sus pour concourir aux frais de l'impression.

3° *Rechercher les moyens de remplacer le plâtrage des vins par un traitement inoffensif présentant les mêmes avantages.* — Le prix est de 300 francs.

Les mémoires écrits en français ou en latin devront être adressés à M. le secrétaire général avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

BIU Santé

Sommaire

HERMET : De la surdité dans le tabes syphilitique. — II. REVUE DES JOURNAUX. — III. LETTRES D'ORIENT. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie des sciences. — V. FORMULAIRE. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON.

De la surdité dans le tabes syphilitique,

Par le docteur P. HERMET.

La surdité dans le *tabes* a été signalée, elle n'a pas encore été décrite.

C'est à M. le professeur Fournier que je dois de publier aujourd'hui ce travail. C'est lui qui me conseilla d'étudier les altérations de l'ouïe dans le tabes. C'est dans ses salles à l'hôpital Saint-Louis, et parmi les malades de sa pratique qu'il m'a adressés, que j'ai recueilli le plus grand nombre de mes observations.

La surdité des tabétiques a une marche spéciale; je ne connais que la syphilis héréditaire et l'hystérie qui déterminent une surdité analogue, et encore est-il très facile de faire un diagnostic différentiel, dont j'indiquerai plus loin les éléments.

On doit la considérer comme un accident de la période préataxique du *tabes*, en faisant néanmoins cette restriction qu'elle peut, dans quelques cas, débuter à la période d'état.

Deux particularités la caractérisent :

1° L'*absence totale de lésions de l'appareil transmetteur* (membrane du tympan, chaîne des osselets, trompe d'Eustache);

2° La *rapidité de son évolution*.

Un malade entendant bien devient, en quelques mois, complètement sourd, et sourd au point que les bruits extérieurs, même les plus intenses, ne peuvent être perçus.

Elle a un processus insidieux, caractérisé par une progression mathématique, pour ainsi dire.

Le malade sent son acuité auditive diminuer tous les jours; aujourd'hui, il entend moins qu'hier, et demain il entendra moins qu'aujourd'hui.

FEUILLETON

LES IMPRESSIONS DE VOYAGE D'UNE COMMISSION SCIENTIFIQUE A TRAVERS LES UNIVERSITÉS DE L'EUROPE PENDANT L'ANNÉE 1881-1882.

Depuis tantôt quatorze ans, des efforts ont été faits, et surtout nombre de paroles ont été dites, pour doter moins parcimonieusement et réorganiser sérieusement nos grands établissements d'enseignement supérieur. Commissions parlementaires, ministres de l'instruction publique, — et depuis ce temps ils ont été nombreux, — hommes d'Etat de toute couleur politique, tous ont été et sont d'accord sur l'importance de ces améliorations.

Ce serait cependant un titre de gloire pour la République de 1884 de faire ce que les autres gouvernements négligèrent toujours. Malheureusement les réformes ont jusqu'ici été trop platoniques. En est-il de même à l'étranger, et l'écart qui sépare l'enseignement supérieur en France de celui de l'Allemagne est-il aussi considérable qu'en 1870?

Voilà une question qui nous intéresse les premiers, et cependant à laquelle les étrangers ne sont pas indifférents, puisque le gouvernement brésilien s'y est aussi intéressé. Pour obtenir réponse, il a envoyé en Europe, il y a deux ans à peine, une mission chargée de visiter les Universités de l'ancien continent et de le renseigner sur les ressources scientifiques de la France, de l'Italie, de la Suisse, de la Prusse, de l'Autriche, de la Belgique et de l'Angleterre, au point de vue de l'étude de la médecine et des sciences biologiques.

©BIU Santé

Ses débuts sont foudroyants, en quelque sorte : tantôt le malade est pris brusquement, en pleine santé, sans qu'aucun symptôme prémonitoire se soit manifesté, d'un étourdissement avec vertiges, mais sans perte de connaissance; d'autres fois, l'étourdissement s'accompagne de chute et de syncope, comme dans le cas suivant :

Obs. I. — M. X..., officier, m'est adressé par M. le professeur Fournier en décembre 1883. Il a eu la syphilis en 1871. En 1877, il était en Afrique, et, pendant une revue, il est pris subitement de bourdonnements, de vertiges, et il tombe de cheval. On le relève sans connaissance. Revenu à lui, il s'aperçoit qu'il entend mal de l'oreille gauche. La surdité augmente de jour en jour, les étourdissements et les vertiges persistent, sans provoquer toutefois de syncope nouvelle.

Quinze mois environ après son accident, l'ouïe était totalement abolie du côté affecté; l'oreille droite restait bonne.

Dans l'intervalle était survenu un symptôme qui l'affectait beaucoup, il laissait de temps en temps échapper involontairement quelques gouttes d'urine.

Il rentre en France en 1883, et va consulter M. le professeur Fournier, qui me l'adresse avec le diagnostic « tabes », en me priant d'examiner ses oreilles :

Les réflexes rotuliens sont abolis, et il a des troubles très marqués de la locomotion. Il ne peut, par exemple, se tenir debout les yeux fermés.

Son oreille droite, épargnée jusque-là, se prend depuis quelques semaines. Du côté gauche, il n'entend rien, pas même le diapason appliqué sur le crâne. A droite, il entend la voix articulée, mais il faut lui parler sur un timbre assez élevé.

A l'examen au spéculum, je trouve les membranes du tympan normales. Il existe cependant un très léger épaississement à gauche, à peine suffisant pour provoquer une diminution de l'ouïe; mais, dans tous les cas, insuffisant pour expliquer cette cophose; les chaînes des osselets ne sont pas ankylosées; les trompes sont libres.

Dans ce fait, une période de six ans s'était écoulée entre l'apparition du chancre et les premiers accidents auriculaires. Quelquefois les troubles de l'ouïe surviennent plus rapidement, comme dans l'obs. suivante :

Obs. II. — M. L... m'est adressé par M. le professeur Fournier le 20 novembre 1883. Il a contracté la syphilis en 1874.

L'année suivante, il se sent, suivant ses propres expressions, devenir bizarre. « J'avais, dit-il, des lacunes de l'intelligence, et moi qui jadis passais pour avoir une très grande facilité d'élocution, je m'arrêtais au milieu d'une phrase dans l'impossibilité de trouver mes mots. »

Certes, il me semble que, si parfois notre amour-propre national doit souffrir d'appréciations sévères à l'égard des défectuosités de notre organisation, on doit lire cependant avec sang-froid de tels rapports, plus instructifs à coup sûr que les panégyriques officiels et la béate satisfaction de certains documents administratifs. Il est donc intéressant de connaître les appréciations motivées du rapport de M. Vinelli sur la valeur, les ressources de l'enseignement des sciences médicales en France et les avantages qu'il peut offrir aux étudiants comparativement aux autres Universités d'Europe.

Eh bien, il faut le répéter avec chagrin, notre amour-propre est ici douloureusement affecté. Malgré les vives et touchantes sympathies qu'ils expriment pour la France, les membres de la Commission de la Faculté de Rio-de-Janeiro constatent l'insuffisance des installations françaises comparativement aux Instituts magnifiques de l'Allemagne. Et cette constatation est faite avec regret, parce que, disent-ils, c'est à Paris seulement que les étrangers trouvent le plus facilement accès dans les laboratoires, les cours, les hôpitaux et les cliniques. Certes, voilà une qualité et des avantages tout à l'honneur de notre sociabilité, mais bien insuffisants à l'heure actuelle pour lutter avec avantage contre cette concurrence scientifique, dont l'influence internationale est un des plus puissants facteurs de la grandeur d'une nation.

Suivons la Commission brésilienne dans ses excursions scientifiques à travers l'Europe. Elle arrive à Berlin (1), y visite l'*Institut physiologique*, et elle admire l'ampleur et la commodité de ses aménagements. Elle est reçue par M. Dubois-Reymond, qui,

(1) *Relatorio a presentado a Facultade de medicina do Rio-de-Janeiro*, par Kossuh Vinelli. Rio-de-Janeiro.

©BIU Santé

Il est pris un jour subitement d'étourdissements, de vertiges, avec perte de connaissance. La nuit suivante, il s'aperçoit que, couché sur l'oreille droite, il n'entend plus le tic-tac de sa montre placée à côté de lui. Il entendait, le lendemain, la voix articulée.

Il est soigné à ce moment par mon regretté maître, M. le professeur Lasègue, qui rattache tous ces accidents à la syphilis, et lui fait suivre un traitement énergique.

Les fonctions cérébrales se rétablissent, mais la surdité persiste et augmente tous les jours.

Plus tard, il est pris de troubles de la locomotion, et lorsqu'il vint me consulter, il n'avait plus de réflexes rotuliens, et la station debout, les yeux fermés, était impossible.

Je mesurai son acuité auditive, et je constatai une surdité absolue à gauche. Le malade me dit qu'il n'entendait plus rien déjà depuis longtemps. L'audition était très bonne à droite.

Au spéculum, je constatai du côté affecté une intégrité parfaite de la membrane du tympan et de la chaîne des osselets. Le trompe était libre.

Il peut arriver que la surdité débute très longtemps après l'apparition de l'accident primitif. Dans ce cas, en même temps que la surdité se manifestent d'autres symptômes du *tabes*, en voici un exemple :

Obs. III. — M. L..., 43 ans, ingénieur, m'est adressé par M. Fournier le 20 octobre 1883. Chancre induré en 1865. Syphilis soignée dès le début par M. Fournier. La même année, il a des plaques muqueuses et des syphilides papuleuses. En 1866, plaies à la jambe; périostite du tibia gauche et douleurs ostéocopes. En 1867, testicule syphilitique. En 1809, ostéite de l'index gauche.

Il va sans dire que tous ces accidents sont énergiquement combattus dès leur apparition. Jusqu'en 1881, aucune autre manifestation n'apparaît. A cette époque, le malade remarque que l'acuité auditive diminue à gauche.

Quinze mois plus tard surviennent des bourdonnements musicaux. Jusque-là, l'ouïe a diminué lentement; mais, à partir de ce moment, elle décroît avec une rapidité telle (c'était en juillet 1883) que la surdité est absolue en septembre; et, ajoute M. L..., l'aggravation est survenue avec une rapidité foudroyante, en quelques jours. Il n'a jamais eu d'étourdissements.

M. L... se marie sur ces entrefaites. Ses érections sont difficiles. « J'adore ma femme, dit-il, et j'ai toutes les peines du monde à pratiquer le coït, même à des intervalles très éloignés. »

Il ne peut se tenir debout les yeux fermés, et il perd quelquefois dans la journée quelques gouttes d'urine.

---

malgré son nom et l'origine française de sa famille, est si peu sympathique pour la France « *que apezar de seu nome francez bem pouca sympathia tem pela França* ». C'est, dit le rapporteur, un homme de 63 ans, bien conservé et encore vert. Il parle bien la langue française, et avec une visible satisfaction, promène les visiteurs à travers les dépendances de son vaste laboratoire.

Tout y est en ordre ; des armoires bien disposées reçoivent les instruments à l'exception des appareils d'un usage quotidien. Leur classement est méthodique, leur entretien parfait, et les réparations sont confiées à un mécanicien demeurant dans l'établissement. Il y a loin, on le voit, de cette organisation richement dotée à la pauvreté de certains laboratoires parisiens qui, malgré l'éclat des services rendus par leurs chefs actuels ou passés, n'ont même pas de fonds pour assurer la conservation de précieux instruments qui servirent naguère à de grandes découvertes et dont la collection est d'une immense valeur!

Des aquariums d'eau douce et d'eau salée pour recevoir les animaux aquatiques, une machine à vapeur et de nombreuses salles forment les services annexes de l'Institut, qui comprend quatre sections. La première, celle de physique, était dirigée en 1882 par le professeur extraordinaire Christiani; la seconde, d'histologie, par M. Fritsch; la troisième, de chimie biologique, par un *privat docent*, le docteur Baumann, et la quatrième, de physiologie expérimentale, par un ancien élève de Ludwig, M. Hugo Kronecker. Ils sont assistés par de nombreux aides, et tous relèvent de la haute autorité de M. Dubois-Reymond.

La commission se rend de là à Leipsig et y visite l'Institut de M. Ludwig. Le renom scientifique et l'urbanité de ce professeur attirent autour de lui un grand nombre

©BIU Santé

L'examen au spéculum ne fait rien découvrir d'anormal, si ce n'est un petit point de sclérose insuffisant pour expliquer une surdité aussi grande, car il n'entend rien du côté malade.

Depuis septembre, l'oreille droite est moins bonne, il entend de plus en plus difficilement les conversations.

Dans un cas, j'ai pu assister à l'éclosion pour ainsi dire du *tabes*, et c'est encore par l'oreille que les accidents ont débuté.

Obs. IV. — M. T. O..., d'origine suédoise, m'est adressé par M. le professeur Fournier le 5 mai 1883. Syphilis en 1877, très bien soignée dès le début. En octobre 1882, il a quelques étourdissements et il constate que son acuité auditive diminue tous les jours. Il ne présente aucun autre symptôme. Les tympans sont normaux, les trompes libres.

Je le revois le 19 octobre 1883, il est presque complètement sourd. Il a quelques troubles de la locomotion. Il se tient difficilement debout, les yeux fermés; ses réflexes rotuliens sont diminués.

Je le vois de nouveau le 17 janvier 1884. Il arrive de Nice, où il a passé quelque temps, pensant rétablir sa santé.

Il est franchement tabétique. Il projette ses jambes en avant pendant la marche, et il a des douleurs fulgurantes.

Les tympans sont toujours normaux, la surdité a encore augmenté, il faut crier très fort pour se faire entendre.

Dans l'observation suivante, dont l'importance est majeure, la surdité a constitué le premier symptôme du *tabes*, et c'est elle qui m'a mis sur la voie du diagnostic.

Obs. V. — En mars 1883, je suivais à l'hôpital Beaujon la visite de M. le docteur Millard, qui appela mon attention sur un de ses malades.

Cet homme était entré depuis peu de temps, et il était tellement sourd qu'on avait renoncé à l'interroger. Il n'aurait certes pas entendu les bruits les plus intenses, et c'est en lui écrivant mes demandes que je pus obtenir quelques renseignements.

Il avait senti son acuité auditive diminuer depuis un an environ, et il était tout à fait sourd depuis deux mois.

L'examen au spéculum me montra un tympan droit normal (je ne parle pas de l'oreille gauche dont il n'avait jamais entendu et qui avait beaucoup coulé pendant son enfance).

Surpris de voir une surdité aussi intense survenue si rapidement sans lésions apparentes, je pensai tant de suite à la syphilis et au *tabes*.

---

d'étudiants. Cet établissement, quoique moins luxueux et plus ancien que celui de Berlin, est un des plus fréquentés.

Le bâtiment principal consiste en sous-sol, rez-de-chaussée et premier étage. Comme à l'Institut de Berlin et comme dans la plupart des laboratoires d'Allemagne et d'Italie, un moteur (ici, c'est une machine à gaz) est installé dans le sous-sol, à côté de l'atelier de réparation des instruments. De plus, on y a réservé une salle de dissection, un cabinet de chimie, trois chambres pour les recherches exigeant une température constante, une autre pour les appareils distillatoires et un local destiné à recevoir les animaux.

Au rez-de-chaussée se trouvent des laboratoires divisés en trois sections : chimie, physique, histologie, chacun d'eux est dirigé par un assistant. Celui d'histologie, à la tête duquel est M. Gaube, occupe le milieu de l'édifice avec ses trois salles pour les vivisections, une salle pour la physique biologique et une autre salle pour les recherches nécessitant l'emploi du mercure. A ce même étage se trouve un vaste amphithéâtre. Le premier étage sert au logement du personnel. De plus, des annexes, construites dans le jardin, reçoivent les animaux.

Les Instituts de Leipsig et de Berlin sont donc signalés tout particulièrement à l'attention du gouvernement brésilien par cette Commission. En Autriche, elle s'est rendue d'abord à Vienne, dont l'Institut physiologique ne peut soutenir la comparaison ni avec les deux précédents ni avec les Instituts de physique et de chimie qui lui sont adjoints. Il consiste seulement en trois salles, un modeste amphithéâtre, et ne possède qu'un pauvre arsenal instrumental. Il faut donc un grand dévouement scientifique à son direc-

©BIU Santé

Comme l'interrogation était très difficile, je ne pus arriver à démêler au milieu de ses réponses embrouillées (il confondait constamment syphilis et blennorrhagie) s'il avait eu la syphilis. Il portait du reste sur le dos du nez des cicatrices d'une indéniable origine.

J'examinai ses réflexes rotuliens, ils étaient totalement abolis ; la station debout, les yeux fermés, était impossible ; le malade serait tombé si je ne l'eusse retenu. Je fis part de mes découvertes à M. Millard, et il reconnut qu'elles constituaient une forte présomption en faveur de l'ataxie locomotrice.

Ce malade passa dans le service de M. Fournier, qui porta le diagnostic *tabes*.

Je pourrais multiplier mes observations, j'en possède une vingtaine. La crainte de me répéter m'a fait choisir les plus typiques. Dans toutes celles que je possède, les malades étaient des syphilitiques avérés, atteints d'une surdité dont l'intensité variait depuis un affaiblissement notable de l'acuité auditive jusqu'à la cophose complète. Ils présentaient tous des signes pathognomoniques du *tabes* (abolition des réflexes rotuliens, troubles de la locomotion, douleurs fulgurantes, troubles urinaires, diminution de la puissance génitale, etc...).

La surdité avait eu une marche rapide, parfois foudroyante, aucun ne présentait sur l'appareil transmetteur des lésions suffisantes pour expliquer la surdité. Dans tous les cas (à part l'observation suivante), elle constituait un symptôme de la période préataxique.

Dans l'observation que je vais relater maintenant, les troubles de l'ouïe se sont manifestés quinze ans après le début de l'ataxie locomotrice.

Obs. VI. — M. X... vient chez moi en juin 1881, amené par un de ses amis auquel j'avais donné des soins quelques mois auparavant. Il a 55 ans ; il a eu la syphilis lorsqu'il était étudiant.

Il marche difficilement et offre en marchant cette allure spéciale qui permet de faire le diagnostic en pleine rue. Les accidents ont débuté il y a quinze ans environ, et sont allés toujours en s'aggravant.

Il y a 6 mois, il a senti son acuité auditive diminuer à gauche. Aujourd'hui il n'entend presque plus de ce côté. Il a des bourdonnements musicaux, quelques étourdissements, mais ces accidents sont rares et c'est surtout la surdité qui le préoccupe.

L'examen au spéculum me montre une membrane du tympan normale. La trompe est libre.

Je le revis un an après, il était complètement sourd à gauche, et il lui semblait que son oreille droite, bonne jusque-là, commençait à baisser.

---

teur, M. Brücke, pour en maintenir la renommée. Il est vrai que cet état précaire doit disparaître dans le nouveau et magnifique palais universitaire.

L'Institut de Gratz, en Styrie, comprend trois édifices parfaitement agencés pour l'étude des sciences expérimentales. Les travaux et l'enseignement de la physiologie se font dans le même local que les recherches d'anatomie. Fondé en 1869, au lendemain de la guerre entre l'Allemagne et l'Autriche, il comprend de vastes salles, de nombreux instruments bien entretenus et un amphithéâtre remarquablement installé pour les démonstrations.

En Italie, les laboratoires sont nombreux, et la commission signale ceux de MM. Villa, à Bologne ; Lussana, à Florence ; Albini, à Naples ; Cesare Smidiati, à Pise ; Gnidio Ceradini, à Gênes ; Morso, à Turin, et Moleschott, à Rome.

Dépendant de l'Institut d'anatomie et de physiologie, ce dernier a été inauguré le 16 janvier 1881. Son directeur, M. Moleschott, Hollandais par sa naissance, est actuellement sénateur du royaume d'Italie. La partie consacrée à la physiologie comprend plusieurs salles, ayant chacune leur destination spéciale : physique biologique, chimie biologique, vivisections, cabinet particulier du professeur, etc., etc. L'assistant de M. Moleschott est le professeur Battistini.

Le laboratoire de Turin a été transformé en 1880, et est actuellement un des meilleurs de l'Italie. La section de chimie biologique comprend une salle pour les travaux chimiques des étudiants. Elle est munie d'excellents instruments, et, par un vestibule, communique avec la section de physiologie.

Les locaux de cette dernière consistent en bibliothèque, chambre pour la conservation des pièces, double salle de travail, local où se trouvent les générateurs d'électricité que

©BIU Santé

J'ai dit plus haut que l'hystérie et la syphilis héréditaire pouvaient provoquer une surdité à peu près analogue, mais que dans tous les cas le diagnostic différentiel était facile.

En effet, la surdité des hystériques qui, comme celle des tabétiques, survient brusquement, sans lésion apparente, ne se rencontre que chez les femmes, et je n'ai pas encore observé une femme tabétique et sourde. En outre, la surdité chez les hystériques s'accompagne d'autres symptômes spéciaux qui suffiraient seuls à mettre sur la voie (aphonie, attaques hystériformes, paralysies partielles survenant brusquement, et disparaissant de même, etc.), enfin les troubles de l'ouïe disparaissent chez elles, dans la plupart des cas, sans aucun traitement, et aussi brusquement qu'ils sont survenus.

Du reste, l'enquête peut fournir des renseignements d'une certaine valeur.

La surdité des syphilitiques héréditaires que j'ai décrite dans les annotations ajoutées à la traduction d'Hutchinson, quoique ayant une pathogénie à peu près identique, ne peut être confondue avec celle des tabétiques par la seule raison qu'elle survient entre 15 et 20 ans. Les commémoratifs, l'enquête auprès des parents pourraient à eux seuls au besoin fournir les éléments d'un diagnostic différentiel.

Il faut ajouter, que chez ces deux catégories de malades, la surdité est incurable. Je n'ai pu jusqu'ici, malgré tous mes efforts, en employant les agents thérapeutiques les plus variés, obtenir une guérison.

L'électricité à courant continu appliquée dans les deux oreilles est le seul traitement qui m'ait donné un résultat appréciable, en me permettant de diminuer et même de supprimer les bourdonnements.

Tous les malades que j'ai soignés suivaient un traitement général sous la direction de M. Fournier.

Des observations qui précèdent, un fait se détache tout d'abord: c'est que la surdité n'est provoquée par aucune lésion de l'appareil transmetteur. Il faut donc rechercher plus loin la cause anatomo-pathologique.

On comprend combien, dans l'espèce, il est difficile d'élucider la question. Certes, les tabétiques sont nombreux, mais il en est peu qui viennent mourir à l'hôpital, et une autopsie d'ataxique devenu sourd n'est pas chose facile à trouver.

---

des fils distribuent dans toutes les parties de l'édifice, et, enfin, atelier du mécanicien chargé des réparations. Enfin, des salles pour la photographie et un musée pour la conservation des collections embryologiques sont annexés à cet Institut.

En Suisse, le laboratoire de M. Schiff, à Genève, est aménagé avec luxe; ses dispositions intérieures sont excellentes, et il y existe des salles spéciales pour la physique, la chimie biologique et les vivisections. L'enseignement étant à la fois pratique et théorique, on y a institué de nombreuses conférences.

Les laboratoires de Belgique et d'Angleterre sont moins intéressants à connaître, et j'ai hâte d'arriver aux laboratoires de France, et surtout à ceux de Paris, que la Commission avait l'instruction de visiter avec soin.

Voici comment elle juge de leur installation. Au Collège de France, le laboratoire de M. Marey est trop étroit et donne une imparfaite idée des magnifiques collections instrumentales dont il est pourvu.

Celui de M. Brown-Séquard, où travaillèrent Magendie et Claude Bernard, est encore plus insuffisant: il consiste seulement dans une très petite salle mal éclairée, dans laquelle il est impossible de séjourner dès les premières chaleurs, et dont l'exiguité interdit de recevoir des élèves. Les instruments, dont ce laboratoire possédait un grand nombre, de haute valeur historique, se détériorent faute de locaux pour les recevoir et de fonds pour en assurer l'entretien. Il n'y existe pas de local pour la section des hautes études qui y est annexée, et, faute de locaux, le laboratoire de recherches de médecine expérimentale ne peut fonctionner. Enfin, la salle des animaux est trop petite, tandis que l'amphithéâtre des cours, quoique mal éclairé, est des plus vastes.

Par contre, le laboratoire de M. Paul Bert, à la Sorbonne, bien que provisoirement

©BIU Santé

Cependant, en procédant par analogie, il n'est pas impossible d'échafauder une théorie ayant quelque valeur.

Etant donné que la membrane du tympan, la chaîne des osselets et la trompe d'Eustache sont normales, c'est dans le labyrinthe, sur le trajet du nerf auditif ou dans le cerveau, qu'il faut rechercher la cause de l'affaiblissement ou de l'abolition des fonctions.

Il faut, je pense, éliminer l'hypothèse d'une lésion centrale, car, sauf dans un cas (obs. II), on ne constate aucun symptôme d'affection cérébrale, il n'existe ni paralysie, ni perte de la mémoire, ni aucun des phénomènes qui caractérisent les lésions centrales.

Je cite comme une exception l'observation II, et encore dans ce cas les accidents présentés par le malade ont été tels, qu'on peut admettre une syphilis cérébrale précoce. Sous l'influence du traitement général, tous les symptômes cérébraux disparurent, la surdité seule persista. Il faut en conclure qu'elle n'avait pas les mêmes altérations pour cause, à moins de supposer une lésion centrale limitée au point d'émergence du nerf auditif, subsistant seule après la disparition des autres lésions. C'est possible, mais peu probable.

A-t-on affaire à une altération labyrinthique? les étourdissements, les bruits musicaux, dont on fait aujourd'hui un signe d'otite labyrinthique, sembleraient le faire croire, mais chez tous les malades, la perception crânienne était nulle; la lésion s'étend par conséquent sur tout le trajet du nerf auditif.

On a constaté une névrite optique chez les ataxiques. Pourquoi ne pas admettre l'existence d'une névrite de l'auditif, névrite s'étendant à toutes ses ramifications? Cette hypothèse expliquerait, jusqu'à un certain point, pourquoi le labyrinthe est atteint, puisque le nerf auditif vient s'y terminer.

Quelle que soit du reste la lésion anatomo-pathologique, on peut tirer de ce qui précède les conclusions suivantes :

1° La surdité des tabétiques syphilitiques est due à une lésion profonde ;

2° Elle a une évolution très rapide;

3° Elle peut être considérée comme un symptôme de la période préataxique ;

établi, est le seul où on se soit efforcé de réaliser les dispositions des édifices universitaires d'Allemagne. Néanmoins, ajoute le rapporteur brésilien, ce laboratoire est indigne d'une institution comme la Faculté des sciences de Paris. Et cependant, M. Bert est un homme politique qui, de par sa situation parlementaire, a pu obtenir des pouvoir publics, sinon de grandes faveurs, du moins de véritables ménagements !

Au reste, à quoi bon suivre la commission brésilienne dans sa visite aux autres laboratoires, chez MM. Pasteur, Rouget, Béclard, Vulpian ou Laborde ? A moins d'une influence personnelle du chef de laboratoire, puissante comme celle de M. Pasteur, partout on constate la même insuffisance de personnel, de matériel, de constructions et de crédits, et conséquemment le très petit nombre des élèves, la diminution de notre prestige scientifique et l'éloignement de la clientèle d'étudiants étrangers au profit des Instituts d'Allemagne, bientôt même d'Italie, et au très grand détriment de l'influence politique de notre patrie.

Certes, la Commission brésilienne s'exprime avec impartialité et justice quand elle compare les savants français à ceux des autres pays d'Europe et leur rend ce mérite d'être encore, par leurs efforts et leur dévouement, malgré cette pénurie de ressources et cette parcimonie du budget, à la tête du mouvement scientifique contemporain.

Par contre, elle remarque aussi, avec raison, l'insuffisance chaque jour plus grande des installations françaises, défectueuses partout, nulles même dans quelques Facultés. Au point de vue matériel, elles ne peuvent soutenir la comparaison avec les magnifiques Instituts de l'Allemagne, et cependant, c'est à Paris que les étrangers peuvent étudier le plus librement parce que les portes leur sont très généreusement ouvertes.

Voilà un témoignage qui est au-dessus de tout soupçon de partialité. Il montrera

©BIU Santé

4° Elle constitue un élément de diagnostic, et lorsqu'on observera chez un syphilitique une surdité survenue brusquement, sans lésion apparente, on devra rechercher s'il n'existe pas d'autres signes d'ataxie locomotrice.

REVUE DES JOURNAUX

De l'emploi du sulfure de carbone comme topique, par M. Ibanez. — L'auteur, distingué médecin de Lima, mentionne dans cet article les bons effets du sulfure de carbone. Dans un cas de chancre phagédénique du gland, contre lequel il avait inutilement employé l'iodoforme, la glycérine phéniquée, le chlorure de zinc et l'acide pyrogallique, M. Ibanez prescrivit des attouchements de la plaie avec ce médicament. Deux jours plus tard, l'aspect en était modifié et les bords bourgeonnaient et se cicatrisaient. (La *Cronica medica de Lima*, n° 2; 1884.)

L'excellent journal de Lima, auquel nous empruntons cette observation, est le nouvel organe officiel de la savante Société « Union Fernandina » de cette ville. A sa lecture, on peut juger de l'intérêt que méritent les travaux de nos confrères du Pérou, et combien il est utile, pour les médecins d'Europe, d'être au courant de leur laborieuse activité. Dernier né dans la littérature médicale de l'Amérique du Sud, le journal la *Cronica medica* y tient déjà une très honorable place; nos vœux sympathiques l'accompagnent volontiers et témoigneront, malgré la distance, de nos sentiments de confraternité à l'égard de ses rédacteurs et du corps médical auxquelles ils appartiennent. — Ch. E.

Lettres d'Orient

La peste de Bédra. — La mortalité et les mesures sanitaires.

Péra, 9 juin 1884.

Voici les derniers bulletins de la peste:

Bédra, le 19 mai, 5 décès; le 20, 5 décès et 3 attaques; le 21, 5 décès et 2 attaques; le 22, 6 décès et 2 attaques; le 23, 5 décès; le 24, 3 décès; le 25, 3 décès et 3 attaques; le 26, 3 décès et 1 attaque; le 27, 7 décès et 3 attaques; le 28, 8 décès et 2 attaques; le 29, 2 décès et 2 attaques; le 30, 4 décès et 1 attaque.

à nos députés et à nos sénateurs qui le liront, si tant est que les soucis de la politique leur donnent jamais ce loisir la nécessité, non seulement de créer à force de millions les palais que rêvent les architectes, mais surtout de consacrer hâtivement quelques milliers de francs à des constructions moins luxueuses, à un personnel moins incomplet et à des moyens d'étude moins insuffisants.

Cette revision de l'organisation de l'enseignement supérieur coûterait moins de paroles, de plumes et d'encre que celles qu'on nous promet. Elle est d'urgence, comme on l'a vu, et sa gloire, pour modeste qu'elle soit, suffirait, ce me semble, à satisfaire l'ambition même des plus bruyants de nos autonomistes. — C. L. D.

Collyre contre la contusion oculaire. — G. Martin.

Acide salicylique	0 gr. 10 centigrammes.
Acide phénique	0 gr. 20 —
Acide borique	4 grammes.
Eau distillée	100 —

Faites dissoudre et filtrez. — Cette solution s'emploie pour bains oculaires de trois minutes de durée, dans le cas de contusion ou de blessures de l'œil, en attendant l'arrivée du médecin. — N. G.

CIUU Santé

Zorbadia, le 23 mai, 1 décès; le 24, 1 attaque; le 25, 1 décès; le 27, 1 décès; les 28, 29 et 30, rien.

Djesjan, le 18 mai, 4 décès et 2 attaques; le 19, 2 attaques; le 20, 1 décès et 1 attaque; le 21, 1 décès et 2 attaques; le 22, 2 décès et 1 attaque; le 23, 1 décès; le 24, 1 décès; et 26, 2 attaques; le 27, 2 décès; le 28, 2 décès et 1 attaque.

Mendeli, le 21 mai, 1 décès; le 25, 2 décès et 1 attaque; le 26, 2 décès.

Voici le compte rendu exact des mesures sanitaires qui ont été prises. J'insiste sur ce point, parce qu'il ne faut pas que l'on croie qu'on a commis les mêmes erreurs que l'Egypte dans la dernière épidémie cholérique. Il est vrai que dans les foyers actuels de la peste, ainsi que dans la partie de la province de Bagdad où la maladie sévit en ce moment, la population est clairsemée; néanmoins, les cordons ont été disposés de façon à isoler les parties contaminées, tout en permettant à la population de s'éloigner des foyers, ainsi que de s'approvisionner.

A cet effet, deux cordons sont établis: l'un entoure à petite distance les localités infestées de Bédra, Zorbadia, Djesjan et de Mendeli; l'autre, placé à grande distance, commence à la frontière turco-persanne et aboutit à Bacouba, en continuant par la Diala et le Tigre jusqu'à Amara.

Il existe des stations sanitaires, sur les limites du second cordon, à Beledrouz, au pont de Bacouba, à l'embouchure de la Diala, à Azizié sur le Tigre, à Cheyk-Saad, à Ali-Gharbi et à Amara. Ces postes sont gardés par des fonctionnaires sanitaires, avec mission de diriger les caravanes et les voyageurs au lazaret le plus proche. Les lazarets, au nombre de deux, à Bacouba et à Kout-el-Amara, possèdent des médecins et le matériel nécessaire à la purification des marchandises. Les objets contaminés et les hardes des voyageurs sont détruits au besoin par le feu.

Enfin, un personnel médical et sanitaire suffisant se trouve dans les foyers de la maladie pour assainir les localités, soigner les malades et appliquer les mesures sanitaires réglementaires.

A en juger par mes correspondances précédentes, ainsi que par le bulletin que je vous donne aujourd'hui, il est facile de se persuader que l'épidémie est des plus meurtrières, si l'on prend surtout en considération la désertion des habitants de leurs localités et la dépopulation dans ces contrées, à cause des inondations. Il faut cependant admettre que la maladie reste actuellement localisée, et qu'elle ne tardera pas à s'éteindre, soit par l'approche des chaleurs, soit « faute de combattants. »

Quoi qu'il en soit, la situation de la province de Bagdad ne manquera pas de rester pour longtemps suspecte, du moins jusqu'au retour de l'hiver, époque à laquelle la peste peut de nouveau reparaître. Cette situation est d'autant plus critique que les inondations et leurs suites seront la cause de fièvres palustres et autres. L'état sanitaire du pays restera donc déplorable.

A cet effet, le gouvernement ottoman, sur l'instigation de notre conseil sanitaire, va prendre des mesures énergiques, afin de faciliter le retrait des eaux et l'assainissement du pays.

STÉKOULIS.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 juin 1884. — Présidence de M. ROLLAND.

M. BOULEY présente une note de M. Boucheron, intitulée : *De la pseudo-méningite des jeunes sourds-muets (otopiésis pseudo-méningitique).*

« Les accidents méningitiformes qui apparaissent au début d'une surdi-mutité, l'incapacité de marcher qui en résulte pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois, et enfin les accidents nerveux bizarres observés chez beaucoup de sourds-muets, sont-ils toujours la conséquence d'une méningite cérébro-spinale ou d'une otite labyrinthique (Voltolini)?

« Dans bon nombre de faits, ces *phénomènes pseudo-méningitiques* sont simplement *la traduction d'une excitation violente des nerfs labyrinthiques*, d'après un mécanisme assez facile à modifier. « Voici d'abord trois cas types :

« Un enfant de 8 ans est pris d'une affection méningitiforme qui le laisse absolument sourd, incapable de marcher et même de se tenir debout, mais qui lui laisse son intelli-

©BIU Santé

gence. Cet état dure six semaines; on lui insuffle de l'air dans la caisse du tympan, et, séance tenante, l'enfant *peut se tenir debout, marcher et retourner chez lui à pied.*

« Un enfant de 3 ans 1/2 est pris d'accidents méningitiformes à l'occasion d'une rougeole très bénigne; il reste six à sept semaines sans pouvoir marcher et devient tout à fait sourd-muet, mais reste intelligent. Nous constatons une surdité absolue, sept mois après le début de la maladie. A cette époque, après deux insufflations d'air dans l'oreille moyenne, *l'enfant perçut les bruits intenses;* après deux insufflations, il entendit *la musique* d'un régiment qui passait sous les fenêtres de sa chambre. Peu à peu, l'audition de la voix revint dans une certaine mesure, et aussi la parole.

« Chez un autre enfant, c'est à l'occasion d'une scarlatine que surviennent les accidents méningitiformes : surdité, etc., cédant aux mêmes moyens.

« Ces deux derniers enfants et plusieurs autres jeunes sourds-muets étaient en outre affectés de divers troubles nerveux. Ainsi, *ils poussaient des cris violents, sauvages, comme hydrencéphaliques.* Ils étaient pris de colère furieuse, avec impulsion irrésistible de frapper leurs parents ou eux-mêmes, de briser les objets à leur portée; ils étaient dénués d'affection, même pour leur mère.

« Tous ces phénomènes concomitants à la surdité disparurent avec elle, et même avant elle, après quelques insufflations d'air. Dans ces conditions, l'hypothèse d'une vraie méningite ou d'une otite labyrinthique primitive ne peut plus subsister.

« *Interprétation.* — A la suite d'un catarrhe *a frigore*, rubéolique, ou scarlatineux, ou typhoïdique, etc., les trompes d'Eustache se sont oblitérées, le vide aérien s'est produit dans les caisses des tympans; alors la pression atmosphérique, sans contrepoids, a refoulé la membrane tympanique, puis les osselets dans le labyrinthe; *le liquide labyrinthique, ainsi pressé, a transmis la pression aux terminaisons des nerfs labyrinthiques.*

« La pression *excitatrice des canaux semi-circulaires* (nerfs de l'équilibre) *produit une déséquilibration* telle, que le sujet ne peut ni se tenir debout, ni marcher, ni même tenir la tête droite.

« *La pression excitatrice des nerfs auditifs proprement dits détermine le bourdonnement et la surdité.*

« En outre, l'excitation otopiésique transmise au bulbe met en jeu les pneumogastriques (vomissements, état nauséeux); les spinaux, qui animent les muscles sterno-cléido-mastoïdiens, et les trapèzes (renversement de la tête en arrière); les nerfs faciaux (grimacements de la face); les nerfs masticateurs (grincements des dents, crispations des mâchoires); les nerfs moteurs de l'œil (convulsions des yeux); le centre vaso-moteur bulbaire (pâleur cadavérique, alternatives de rougeur et de pâleur); le centre thermogène (chaleur de la tête, peut-être même une certaine élévation de la température générale, comme dans les expériences de M. Ch. Richet), et même au-dessous du bulbe, les nerfs médullaires, nerfs cervicaux, brachiaux, thoraciques, abdominaux et dorso-lombaires (convulsions des bras, des muscles thoraciques et abdominaux, des muscles du dos et des membres inférieurs), sans parler des effets d'inhibition sur les fonctions cérébrales et viscérales. On observe aussi des *accès épileptiformes* qui ont la même origine.

« Les symptômes méningitiformes de l'otopiésis ne sont pas seulement analogues aux symptômes de la méningite vraie : ils sont identiques, puisque les symptômes méningitiques sont, eux aussi, la traduction de l'excitation des centres nerveux par le processus méningitique.

« Seulement, dans l'otopiésis, l'excitation part de l'oreille : *c'est le vide aérien de la caisse tympanique* qui est le point de départ de la compression des nerfs auriculaires; aussi, quelques bulles d'air introduites dans la caisse, en faisant cesser le vide, mettent fin à l'excitation des nerfs auriculaires et à tout le syndrome pseudo-méningitique.

« Les *caractères diagnostiques* de l'*otopiésis pseudo-méningitique* sont les suivants : phénomènes méningitiformes; *surdité considérable et même absolue, après un, deux ou trois jours;* absence de paralysie faciale double, paralysie qui devrait coexister avec la surdité, si l'unique faisceau nerveux qui renferme le facial et l'acoustique accolés était comprimé par un exsudat méningien; retour rapide de la connaissance; vigueur normale des membres inférieurs dans la station couchée; incapacité de se tenir debout, de marcher, par état vertigineux; conservation de l'intelligence; disparition rapide, sinon immédiate, des accidents par l'introduction de l'air dans la caisse.

« La surdité est très grave dans la forme pseudo-méningitique, parce que la compression des nerfs acoustiques est intense, et que, si cette compression se prolonge, les nerfs dégénèrent. Il n'y a qu'une courte période où la thérapeutique puisse être efficace : c'est dans la période qui précède l'atrophie des nerfs.

« Quand il n'y a pas d'accidents méningitiformes, la surdité infantile est (générale-

©BIU Santé

ment moins grave, la compression des nerfs étant moindre; mais c'est le même mécanisme et la même thérapeutique, qui doit être hâtive.

« On peut rapprocher les phénomènes otopiésiques des phénomènes produits par une excitation quelconque du labyrinthe ou des autres parties de l'oreille (Flourens, Magendie, Ménière, Goltz, Bonnafont, Lœwenberg, Mach, Cyon, Brown-Sequard, Vulpian, Lussana, Berthold, Moos, Stefani, Weiss, Schiff, Laborde, etc.).

« Dailleurs, *physiologiquement*, ces phénomènes vertigineux, et autres, se manifestent lorsqu'il y a excitation directe ou indirecte des nerfs auriculaires, soit à leur terminaison dans l'oreille, soit dans leur trajet méningien, soit à leurs centres bulbaires, soit dans le trajet à travers la protubérance et les pédoncules, soit à leur origine dans le cervelet et dans les lobes occipitaux du cerveau; et ces phénomènes vertigineux ou de déséquilibration sont à peu près identiques dans leur physionomie, quel que soit le point excité et quel que soit l'agent excitateur.

« Mais, *au point de vue clinique*, ce qu'il importe de déterminer, c'est non seulement que l'appareil producteur du vertige est impressionné, mais surtout, c'est de trouver le point de départ de l'excitation et le mécanisme de cette excitation, puisque c'est ainsi que l'on peut intervenir sur le mécanisme et mettre un terme aux accidents. »

M. J. Rambosson adresse une Note ayant pour titre : *Le mouvement réflexe contagieux.*

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

Comité secret.

La commission nommée pour préparer une liste de candidats à la place de secrétaire perpétuel, laissée vacante par le décès de M. J.-B. Dumas, avait présenté la liste suivante, disposée *par ordre alphabétique* : MM. Jamin et Vulpian.

C'est M. Jamin qui a été nommé par 39 voix contre 12 données à M. Vulpian.

FORMULAIRE

Pilules contre l'aménorrhée.

Sulfate de fer pulv.	àà	8 grammes.
Carbonate de potasse pur.		

Mucilage de gomme adragante q. s. pour 50 pilules. — On les prescrit à doses graduellement croissantes, contre l'aménorrhée des chlorotiques, et les malades doivent arriver à en prendre jusqu'à 3, après chaque repas. — Pour atténuer la constipation que détermine le sulfate de fer, la malade doit prendre en se couchant, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à café de la poudre suivante :

Séné pulv.	àà	15 grammes.
Réglisse pulv		
Soufre sublimé et lavé	àà	8 —
Fenouil pulv		
Sucre pulv.		45 —

Mêlez. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Benicy (à Guignes); Rabutin (Seine-et-Marne); Bigaud (à Vesoul, Haute-Saône); Pouillet (à Lille, Nord); Vivant (à Beaufort, Jura.)

Congrès international d'hygiène et de démographie de la Haye. — Ce Congrès, on s'en souvient, doit se tenir du 21 au 27 août prochain. Le comité d'organisation, dont le professeur von Obverbeck de Meijer (d'Utrecht) est le secrétaine général, n'a rien négligé pour qu'il soit à la hauteur des quatre autres Congrès internationaux d'hygiène qui l'ont précédé. Parmi les différentes indications du règlement général et du programme des travaux que nous venons de recevoir, nous reproduirons les suivantes :

©BIU Santé

MEMBRES

Art. 3. — Comme membres du Congrès seront admis tous ceux qui se seront fait inscrire et auront versé une cotisation de 10 florins des Pays-Bas. Ils recevront un exemplaire du compte rendu des travaux de la session.

Cette cotisation sera versée par MM. les adhérents en même temps qu'ils enverront leur adhésion. Le secrétariat reçoit dès à présent ces adhésions (avec mention des titres et l'adresse aussi exacte que possible), afin d'être à même d'envoyer les publications du Congrès.

Les inscriptions seront aussi reçues dans les locaux du Congrès qui seront indiqués ultérieurement ; le 20 août 1884, de dix heures du matin à midi, et de une heure à quatre heures du soir ; le 21 août 1884, de neuf heures du matin à midi, et les autres jours (jusqu'au 28 août 1884), de huit à neuf heures du matin.

TRAVAUX

Art. 4. — Les travaux du Congrès embrasseront l'hygiène individuelle, l'hygiène générale, la police sanitaire, la démographie et la statistique médicale.

Ils seront répartis entre cinq sections.

Art. 5. — Un certain nombre de sujets de discussion dans les sections seront choisis par le comité d'organisation du Congrès, et ce comité invitera à les traiter les savants qui lui sembleront préparés à cette tâche par leurs travaux antérieurs. L'exposé de chaque question se terminera par un résumé qui servira de base à la discussion et qui sera communiqué d'avance aux membres du Congrès.

Art. 6. — Chaque section du Congrès disposera du temps qui lui restera pour recevoir des communications en dehors du programme officiel. Cependant, les membres qui désireront profiter de cette occasion devront en donner connaissance au comité avant le 1er juillet 1884. Le comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites.

Art. 7. — Le comité d'organisation du Congrès invitera un certain nombre de savants à vouloir bien traiter des questions d'intérêt général en assemblée générale. Ces conférences ne seront pas suivies de discussions, mais celles-ci pourront être renvoyées à l'une des sections du Congrès.

Art. 8. — Bien que la langue française soit celle dans laquelle seront conduites les séances, les membres seront également admis à s'exprimer en d'autres langues ; lorsque le désir en sera exprimé, les communications ainsi faites seront résumées en français par l'un des membres présents à la réunion.

Les programmes et les conclusions des rapports seront publiés en français et en allemand.

Art. 14. — Tous les travaux lus et toutes les communications faites au Congrès seront immédiatement remis par écrit aux secrétaires ; de même chaque orateur qui prendra part à la discussion déposera aussitôt après un résumé de son discours au bureau. Le comité d'organisation qui reprendra ses fonctions après la session, pour procéder à la publication des actes du Congrès, décidera de l'insertion partielle ou totale, ou de la non-insertion dans le compte rendu.

Société de médecine de Paris. — Séance du 14 juin. — *Ordre du jour* : 1. M. Bergeron : Du traitement de la diphthérie pour les inhalations d'acide fluorhydrique. — 2. M. Blondeau : Sur les préparations de cérium et d'iridium dans le traitement des vomissements de la grossesse. — 3. Vote sur la candidature de M. Deligny au titre de membre titulaire. — 4. Communications diverses.

Concours sténographique. — L'*Institut sténographique des Deux-Mondes* organise, pour le 15 juin prochain, un concours au quel sont conviés à prendre part tous les maîtres et élèves des écoles. Trois mille francs de prix seront décernés. Le *prix d'honneur* est offert par S. Exc. M. le Ministre de l'Instruction publique. Pour recevoir le programme, écrire à M. Duployé, président de l'Institut sténographique, 23, quai de l'Horloge, à Paris.

Les expérimentations si concluantes faites dans les hôpitaux ont démontré que le *vin de Bayard* à la peptone *phosphatée* était non-seulement un reconstituant précieux dans le traitement de la diathèse tuberculeuse, mais qu'il était en outre d'un emploi aussi rationnel qu'efficace dans l'atonie des organes digestifs.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Alfred Fournier : Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — III. Courrier.

Syphilis héréditaire tardive. — Accidents cérébraux (1).

Leçons professées, à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Alfred Fournier.

III. — La forme de syphilis cérébrale à début épileptique n'est pas moins faite pour donner le change. Maintes fois, elle a été confondue avec l'épilepsie essentielle, névrosique. D'abord, lorsqu'elle se restreint pour un temps plus ou moins long à des manifestations d'ordre comitial, elle en impose facilement, je dirai presque fatalement, pour une épilepsie pure et simple, ainsi que j'ai eu l'occasion de vous en citer quelques exemples précédemment. De plus, alors même qu'elle s'écarte de ce type exclusif, elle n'en reste pas moins sujette à méprise, parce que les symptômes comitiaux en constituent pour une certaine période l'expression principale, prédominante, qui prime tout, qui relègue dans l'ombre tous les autres troubles concomitants. Et, dans ce cas encore, que d'erreurs n'aurais-je pas à citer!

Comment se tenir en garde contre de telles erreurs, éminemment graves et regrettables par les conséquences qu'elles comportent? Comment différencier de l'épilepsie vulgaire l'épilepsie symptomatique d'une syphilis cérébrale? De deux façons que voici :

1° En s'inspirant, en se pénétrant de cette idée, malheureusement trop peu répandue encore parmi nous, que la syphilis sert d'origine en maintes occasions à des symptômes d'ordre épileptique, et en recherchant la syphilis avec attention, avec persévérance, dans tous les cas où se présente à résoudre le diagnostic de tels symptômes. Je tiens pour certain que nombre d'épilepsies de provenance ignorée sont imputables à la syphilis et seraient dûment rapportées à la syphilis, si l'on prenait plus de soin d'interroger à fond les antécédents des malades et de leurs familles. A preuve les observations précitées d'Althaus et de Jackson, comme tant d'autres que je pourrais produire.

2° En instituant, à propos de chaque cas particulier, un diagnostic différentiel minutieux et sévère, où prendront place surtout les considérations suivantes, que j'ai déjà longuement développées devant vous à propos de la syphilis cérébrale de l'adulte (2) et qu'il me suffira en conséquence de vous rappeler sommairement.

I. — L'épilepsie qui dérive d'une syphilis cérébrale a les caractères d'une *épilepsie symptomatique*. C'est dire en conséquence qu'elle se différencie de l'épilepsie vulgaire par ce fait qu'elle s'adjoint de bonne heure et quelquefois dès la première heure un cortège d'autres symptômes cérébraux, issus avec elle d'une origine commune. C'est dire que, dans une époque plus ou moins voisine de son début, elle coïncide avec d'autres manifestations de même nature, telles que céphalée, accidents congestifs, troubles sensoriels, troubles de l'intelligence, parésies ou paralysies, etc., tous symptômes que ne comporte pas l'épilepsie vraie, l'épilepsie névrose, du moins à une période tout à fait initiale.

Ainsi, pour citer un exemple, les premières crises convulsives de la

(1) Suite et fin. — Voir le numéro des 29 avril, 1er, 6, 13, 20, 25, 31 mai et 10 juin 1884.

(2) V. *La syphilis du cerveau*, p. 188 et suiv.

©BIU Santé

syphilis cérébrale héréditaire sont souvent contemporaines d'un trouble plus ou moins accentué des facultés intellectuelles, affectives et morales, comme je vous en ai relaté un cas curieux dans ce qui précède.

De même, il n'est pas rare qu'une hémiplégie partielle ou générale, éphémère ou durable, succède aux accès convulsifs de la syphilis cérébrale, voire dans une étape jeune encore de l'affection ; tandis que rien de semblable ne s'observe dans l'épilepsie vulgaire.

Donc, l'adjonction précoce aux symptômes épileptiques de symptômes cérébraux d'un autre genre constitue en l'espèce une présomption formelle contre l'épilepsie commune, en faveur d'une épilepsie d'ordre symptomatique.

II. — Un second signe d'une réelle valeur peut être fourni par la multiplicité des crises comitiales. Il est des cas où la syphilis cérébrale, même à une époque voisine de son début, s'accuse par des accès épileptiques singulièrement nombreux. Je voyais en ville ces derniers jours, avec mon collègue et ami le professeur Ball, un petit enfant de dix-huit mois, qui, très certainement affecté d'une encéphalopathie hérédo-syphilitique, était pris quotidiennement d'accès convulsifs au nombre de cinq, dix, quinze, vingt et trente. Un jour même il en avait eu *trente-cinq*, très exactement comptés par sa mère. Or, l'épilepsie vulgaire, surtout alors qu'elle vient de naître, ne présente jamais une multiplicité de crises aussi extraordinaire ni même comparable aux moyennes moins élevées qu'atteint assez souvent la syphilis cérébrale.

III. — En dehors de ses crises, un épileptique vulgaire — et surtout un épileptique de fraîche date — est un sujet bien portant, indemne d'accidents cérébraux. Tout au contraire un sujet qui, de par une syphilis cérébrale, vient à être affecté d'accès épileptiques, est un malade non pas seulement au cours de ses accès, mais *dans leurs intervalles*. C'est en tout temps un malade touché cérébralement, sur lequel vous découvrirez presque toujours divers symptômes non équivoques d'un état morbide de l'encéphale.

Et, en effet, l'épilepsie symptomatique d'une syphilis cérébrale peut bien pour un certain temps simuler l'épilepsie commune par l'absence de troubles morbides dans les stades intermédiaires à ses crises propres. Mais elle ne tarde guère — sauf exceptions rares précédemment signalées — à en différer par ce fait que divers troubles importants prennent place dans les intervalles de ses crises et constituent un état morbide permanent, sans parler même des cas assez nombreux où des troubles de ce genre accompagnent, sinon devancent, son invasion première.

IV. — Enfin, l'épilepsie *partielle* ou *latéralisée* est une modalité des accès convulsifs qui s'observe assez communément dans la syphilis cérébrale. Chez le petit malade dont je vous parlais à l'instant, la plupart des accès étaient constitués par des spasmes limités à la moitié gauche du corps exclusivement. C'est là une forme convulsive beaucoup plus rare dans l'épilepsie vulgaire.

Sinon toujours, au moins en bon nombre de cas, ces diverses considérations suffiront à différencier de l'épilepsie vulgaire l'épilepsie symptomatique d'une syphilis cérébrale. Certes, elles ne feront pas tout le diagnostic qu'il s'agit d'instituer en l'espèce, mais elles en feront une partie et la partie primordiale, fondamentale. Elles ne détermineront en rien assurément si l'épilepsie en question relève ou non d'une origine syphilitique, mais elles démontreront qu'il ne s'agit pas d'une épilepsie simple, essentielle. Elles attesteront en conséquence le caractère *symptomatique* de cette épilepsie. Et le gros œuvre du diagnostic, si je puis ainsi parler, sera posé de la sorte, *ipso facto*. Car, une fois cela connu, une fois admis que cette épilepsie n'est qu'un symptôme, il ne reste plus — chose relativement facile — qu'à

© SIU Santé

rechercher la raison, le pourquoi de ce symptôme. Et la syphilis alors se présente tout naturellement comme origine possible d'un tel accident.

L'étude diagnostique qui précède vient de mettre en évidence ce fait majeur, capital en ce qui nous concerne, à savoir : que la syphilis cérébrale héréditaire *n'a pas de symptômes propres*. Elle n'a quoi que ce soit de spécial, je ne saurais assez le dire et le répéter. Tous les phénomènes par lesquels elle se traduit sont ceux qui servent d'expressions à nombre d'autres encéphalopathies vulgaires ou plutôt à toutes les encéphalopathies possibles, de n'importe quelle nature.

Et comment en serait-il autrement? Le cerveau, en effet, ainsi que je vous le disais à propos de la syphilis cérébrale de l'adulte, n'est qu'un instrument, une machine, qui, lésée dans un de ses rouages par une cause quelconque, traduit invariablement ce trouble par un seul et même ordre de phénomènes, à savoir par un désordre ou un arrêt des fonctions qui lui sont dévolues. Il en est du cerveau comme d'une montre, suivant la spirituelle comparaison d'un auteur anglais, le docteur Th. Buzzard : « Les roues d'une montre peuvent aussi bien être arrêtées par un cheveu que par un grain de sable, et le désordre qui surgit reste toujours le même, quelle que soit la cause qui l'ait produit, que ce soit le grain de sable ou le cheveu qui ait lésé la montre. » Eh bien, il en est de même pour le cerveau. Que ce soit une gomme syphilitique, un cancer, un tubercule qui comprime un vaisseau ou désorganise un centre cérébral, les troubles qui en résultent sont toujours les mêmes, n'importe la qualité de la lésion. Ce ne sont jamais que des désordres fonctionnels qui traduisent une lésion du cerveau; et, le cerveau n'ayant pas de fonctions variables à troubler suivant telle ou telle maladie qui l'affecte, il suit de là qu'au total il manifeste ses souffrances de la même façon, quelle que soit la cause morbide qui l'offense.

Cela, n'est-il pas vrai? ne fait pas l'ombre d'un doute. Eh bien, cette vérité banale, triviale même, que chacun admet en principe, est méconnue à chaque instant dans la pratique. J'en pourrais citer maints exemples pour ma seule part. Est-il question, dans un cas particulier, de rapporter à la syphilis les divers troubles cérébraux qui viennent de nous occuper, vous ne manquerez jamais de rencontrer un interlocuteur pour vous dire : « Mais de quel droit mettre ici en cause la syphilis? Qu'est-ce que ces troubles *ont de spécial*? En quoi démontrent-ils que nous ayons affaire à la syphilis? etc., etc. » Comme si la syphilis cérébrale, contrairement à ce qu'enseignent à la fois la théorie et la pratique, ne pouvait, ne devait être diagnostiquée que d'après des symptômes qui lui fussent propres!

Répétons donc une fois encore, puisqu'il le faut, puisque cette vérité est d'une vulgarisation si difficile, que la syphilis cérébrale — de provenance héréditaire ou acquise, peu importe — n'a pas et ne saurait avoir de symptômes propres ; — que nous devons nous résigner à la diagnostiquer d'après des symptômes communs, absolument vulgaires ; — et que s'obstiner à réclamer d'elle quoi que ce soit de spécial, c'est en attendre ce qu'elle ne peut donner, ce qu'elle ne produit et ne produira jamais.

Or, si la syphilis héréditaire du cerveau n'a rien de spécial au point de vue clinique, comment donc pourra-t-elle être reconnue ou soupçonnée?

Une seule considération — une seule, entendez-le bien, Messieurs — servira ici d'élément diagnostique. C'est la notion des *antécédents spécifiques héréditaires*.

On n'arrive jamais à diagnostiquer la syphilis cérébrale héréditaire — comme celle de provenance acquise, du reste — que d'après les antécédents spécifiques. On n'arrive jamais à instituer ce diagnostic qu'en raisonnant de la façon suivante : voici un malade certainement affecté d'une lésion céré-

©BIU Santé

brale; — or, ce malade est en puissance de syphilis; — donc il est possible que sa lésion cérébrale soit de nature syphilitique.

Sans doute un diagnostic de cet ordre, reposant sur une relation *simplement possible* entre un effet et une cause, n'offre pas les garanties d'un diagnostic basé sur un symptôme précis, sur un signe formel. Mais, que voulez-vous? Nous n'avons pas mieux, et force est bien de nous satisfaire de ce que la clinique met à notre disposition. Exiger plus, vouloir « autre chose », comme le réclament certains de nos confrères, pour nous décider à diagnostiquer une syphilis cérébrale et à lui appliquer le traitement qu'elle réclame, serait nous condamner — ou plutôt condamner nos malades — à ne la diagnostiquer jamais et à ne la traiter jamais, pratique négative dont vous savez le résultat.

Donc, en l'espèce, tout est dans la détermination des antécédents morbides. Le malade est-il ou non en puissance de syphilis, voilà la question à résoudre, la question qu'il faut absolument résoudre, et dont la solution constitue la base même du diagnostic.

Cette question, à son tour, comment la juger? Cela, vous le savez de reste. C'est l'enquête ici qui fera la lumière; et, pour qu'elle soit suffisante, pour qu'elle soit démonstrative, cette enquête devra être aussi complète que possible, c'est-à-dire porter non pas seulement sur le malade, mais sur ses ascendants et ses collatéraux directs. Inutile d'insister à nouveau sur ce point; ce serait m'exposer à des redites, que j'entends vous épargner.

Un dernier mot. — L'enquête instituée en pareille circonstance comporte trois résultats possibles :

1° Ou bien elle révèle la syphilis d'une façon certaine, authentique, dans les antécédents morbides; — 2° ou bien elle aboutit à ceci : syphilis possible, de par certains commémoratifs suspects, mais au total non démontrée; — 3° ou bien enfin elle reste négative, en ne trouvant rien à relever qui ait trait à la syphilis.

Dans ces trois cas, quelle devra être la conduite du médecin?

Pour le premier, l'indication est manifeste et formelle. Sans hésitation et sans retard on prescrira le traitement spécifique.

De même, pour le second, nul embarras. Si la syphilis est *possible*, sans être certaine, c'est encore de toute évidence le traitement spécifique qui doit être mis en œuvre. Ne pas faire bénéficier le malade de cette chance de salut serait une faute grave, une infraction aux principes élémentaires de notre art.

Reste le troisième cas. Ici, l'enquête est restée négative. Que faire?

Distinguons.

Si l'enquête a été complète, approfondie, si elle a démontré que la syphilis doit, en toute assurance, être mise hors de cause, prescrire le traitement antisyphilitique serait un non-sens. Cela va de soi.

Mais, si l'enquête est restée négative par disette de matériaux, si elle n'a pu être poussée à fond, le problème devient tout autre. Or, c'est un fait absolument commun que les choses se présentent de la sorte, et cela pour nombre de raisons, parce qu'on n'a pu obtenir de renseignements précis sur le passé morbide de l'enfant, parce que les parents sont absents ou morts, parce qu'on a affaire à un enfant abandonné, etc., etc. A l'hôpital, par exemple, telle est la situation sept ou huit fois sur dix. Eh bien, à quoi se résoudre en pareille occurrence?

Nombre de médecins hésitent ou même répugnent à recourir au traitement spécifique, alors que rien n'a démontré la syphilis dans les antécédents héréditaires. « C'est là, disent-ils, faire de la médecine d'aventure, c'est prescrire des remèdes à tout hasard, etc. »

Je ne partage pas ce sentiment pour ma part. Est-ce parce que je suis plus accoutumé que d'autres à ce traitement empirique, à ce « traitement

©BIU Santé

d'épreuve», qui est, pour ainsi dire, à l'ordre du jour dans nos services spéciaux, où tant et tant de cas obscurs ne sont jugés que par lui? Est-ce parce que j'ai pris confiance en ce mode de traitement, en raison des succès qu'il m'a souvent fournis? En tout cas, j'avoue que, loin d'y répugner, je l'accepte volontiers en principe et m'en déclare partisan.

Au total, me semble-t-il, les cas où l'enquête reste négative par défaut de documents peuvent bien, au point de vue pratique, être assimilés à ceux où la syphilis est «possible» sans être démontrée. Et, conséquemment, la même règle de conduite leur devient applicable.

Donc, si l'exclusion de la syphilis, en tant que cause possible des accidents cérébraux à combattre, ne ressort pas positivement des données fournies par l'enquête, je crois qu'on est autorisé à mettre en œuvre le traitement spécifique; je crois même qu'il y a obligation de le prescrire à titre empirique, et cela pour les diverses raisons suivantes:

1° Parce que, d'abord, la gravité des circonstances, l'état presque désespéré des malades, et l'impuissance manifeste des médications usuelles imposent le devoir, je ne dirai pas de «tout oser», mais de ne rien omettre qui puisse offrir une chance favorable;

2° Parce que le traitement spécifique n'a rien d'exclusif, c'est-à dire permet le recours simultané à toute autre médication qui serait jugée opportune. Les frictions mercurielles, par exemple, peuvent être associées à n'importe quel autre agent thérapeutique;

3° Parce que le traitement antisyphilitique, alors même qu'il tomberait à faux, ne court pas risque de constituer un danger, s'il est dirigé avec méthode et prudence;

4° Parce qu'enfin et surtout, il y a toujours lieu de tenir compte en pratique des *syphilis ignorées*. La syphilis, vous le savez de reste par ce que vous voyez ici presque journellement, est souvent méconnue, ignorée, alors qu'elle dérive d'une contamination acquise, alors qu'elle se déroule classiquement par une série de manifestations ostensibles et patentes. Combien, *a fortiori*, n'est-elle pas exposée davantage à passer inaperçue, alors qu'elle résulte d'une contamination héréditaire, alors qu'elle s'accuse par des symptômes moins formels, de caractère plus indécis, alors surtout qu'elle ne se révèle pas dès la première enfance, etc.! N'oubliez pas d'ailleurs qu'une encéphalopathie spécifique peut constituer le *premier* accident d'une syphilis héréditaire.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juin 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire: Suite de la discussion sur l'hystérectomie dans les cas de cancer de l'utérus. — Rapport sur diverses communications relatives aux anévrysmes inguinaux et à leur traitement; discussion. — Nomination de deux membres adjoints à la Commission d'organisation du Congrès annuel des chirurgiens de langue française. — Présentation de pièce pathologique: tumeur hypertrophique de la rate, splénotomie, mort par hémorrhagie.

M. le Président annonce que M. le docteur Mannoury (de Chartres) membre correspondant, assiste à la séance.

— M. Verneuil a la parole à l'occasion du procès-verbal de la précédente séance et de la discussion soulevée par la communication de M. Jules Bœckel (de Strasbourg) relative à une opération d'hystérectomie pratiquée dans un cas de cancer utérin.

L'orateur apporte un document qui lui paraît de nature à montrer que l'ablation partielle, dans les cas où elle est praticable, donne des résultats très avantageux. Il s'agit d'une brochure dans laquelle M. Verneuil a réuni tous les cas d'amputations partielles de l'utérus qu'il a pratiquées. Il a fait vingt fois l'amputation du col utérin.

©BIU Santé

Dans ce nombre, trois cas sont relatifs à des affections qui n'étaient pas le cancer. Restent donc 17 malades auxquelles M. Verneuil a pratiqué l'amputation du col pour des cancers de cet organe. L'une d'elles succomba rapidement des suites d'une péritonite causée par l'ouverture du cul-de-sac péritonéal. Pour les 16 autres cas le minimum de survie a été de 6 mois et le maximum de 7 ans ; la moyenne a donc été de 19 mois. M. Verneuil ne croit pas que l'ablation complète puisse donner des résultats équivalents à ceux qu'il a obtenus ainsi par les opérations partielles.

M. Verneuil a fait également un certain nombre d'opérations qui ont consisté en de simples cautérisations, des grattages, des râclages, des curages de fongosités du col, de prolongements plus ou moins haut dans l'intérieur de la cavité et donnant lieu à des hémorrhagies qui épuisaient les malades. Plusieurs de ces malades ont obtenu ainsi des guérisons qui ont persisté pendant un an et davantage. M. Verneuil a en ce moment dans son service trois malades auxquelles il a pratiqué le râclage de leurs fongosités, chez l'une depuis 6 mois, chez une autre depuis 5 mois, chez une troisième depuis 3 mois ; les douleurs, les hémorrhagies, les écoulements sanieux et fétides ont cessé sous l'influence de ce traitement palliatif et l'état de ces malades est relativement satisfaisant.

Le traitement palliatif donne donc des résultats qui doivent être pris en très grande considération et qui valent, s'ils ne les surpassent, ceux des extirpations complètes.

M. Verneuil ne rejette pas les extirpations totales ; mais il voudrait que leurs indications reposassent sur un critérium autre que celui adopté par les partisans de ces opérations.

M. Verneuil pense que, lorsque les culs-de-sac vaginaux sont envahis par l'altération, il n'y a pas lieu d'intervenir chirurgicalement, car en le faisant on ne peut s'attendre qu'à des résultats lamentables et à une récidive certaine.

Il existe une variété de cancer que M. Charles Robin a décrite sous le nom d'adénome ou d'épithélioma glandulaire du col de l'utérus, et à laquelle l'extirpation totale pourrait être applicable, car la lésion, relativement moins grave, mais remontant ordinairement très haut dans la cavité utérine, ne serait guère justiciable des opérations partielles. Mais il faudrait pour cela que la thérapeutique opératoire eût fait assez de progrès pour que l'opération pût être tentée sans exposer les malades à de trop graves dangers.

M. Desprès a enlevé trois fois le col de l'utérus atteint de végétations cancéreuses donnant lieu à des hémorrhagies très abondantes. L'une des malades a été opérée par l'écraseur linéaire et a succombé à des accidents de septicémie. Les deux autres opérations pratiquées avec le galvano-cautère ont donné des résultats très bons ; il n'y a pas eu d'accidents et les malades ont survécu assez longtemps dans un état relativement satisfaisant. Il est vrai que, dans ces deux derniers cas, il s'agissait de femmes qui étaient presque au début de leur maladie. Lorque l'opération est pratiquée tardivement, l'expérience montre que la survie est en général de très courte durée.

Quant aux opérations dites palliatives, elles sont souvent inutiles et n'allongent guère la durée de la vie des malades. M. Desprès a vu, dans sa jeunesse, Jobert de Lamballe pratiquer des cautérisations hebdomadaires du col utérin avec le fer rouge ; quelques malades paraissaient s'en trouver bien ; beaucoup d'autres n'étaient pas sensiblement améliorées.

M. Trélat s'étonne que M. Verneuil ait trouvé si souvent l'occasion de pratiquer l'amputation du col utérin pour des cas de cancer. Pour lui, il n'a rencontré que deux fois des conditions de limitation de la tumeur qui permirent d'en pratiquer l'ablation. En général les malades viennent trop tard consulter le chirurgien, alors que la tumeur est déjà de date plus ou moins ancienne et par son envahissement progressif a rendu l'opération inutile ou impossible. Il est extrêmement rare d'être appelé à diagnostiquer un cancer à l'état naissant et de trouver des conditions favorables pour l'opération.

Lorsque, ce qui arrive le plus souvent, les malades se présentent à une période très avancée de leur cancer, M. Trélat se borne, comme M. Verneuil, à un traitement palliatif : pansements, soins apportés à la surface du néoplasme, nettoyage, désinfection, cautérisation, grattage, râclage, curage, etc. ; comme M. Verneuil, il a obtenu par ses procédés de bons résultats, arrêté des hémorrhagies, fait cesser des écoulements sanieux et fétides, relevé l'appétit et les forces épuisées des malades, rendu le sommeil, donné en un mot à ces pauvres condamnées à mort l'illusion de la guérison.

En résumé M. Trélat ne pratique l'ablation que dans les cas, trop rares malheureusement, où la tumeur est encore limitée ; pour les autres il se borne au traitement palliatif.

— M. Berger fait un rapport sur diverses communications de M. Kirmisson relatives aux anévrysmes inguinaux et à leur traitement.

© BIU Santé

Dans une première communication, il s'agit de l'observation d'un homme de 38 ans qui, 12 jours seulement avant son entrée à l'hôpital, s'était aperçu de l'apparition, sans cause occasionnelle appréciable, d'une tumeur pulsatile à l'aine droite. Cette tumeur siégeait à 2 centimètres au-dessous du creux inguinal, présentait tous les caractères des anévrysmes artériels et avait le volume d'un œuf de poule. Le sujet avait eu, 6 ans auparavant, un rhumatisme articulaire aigu qui avait laissé après lui une insuffisance aortique, puis, plus tard, un chancre qui n'avait été suivi d'aucun signe d'infection constitutionnelle.

Le 18 août 1882, tentative de compression à l'aide de la bande d'Esmarch et du tube en caoutchouc, suivant la méthode de Reid ; la douleur ne permet pas de la continuer plus d'une heure. Compression digitale sur le pli de l'aine jusqu'au soir, remplacée de 5 heures à minuit par la compression mécanique.

Les jours suivants le malade continue à se faire sur lui-même, de temps en temps, la compression digitale, mais l'anévrysme, qui avait d'abord paru durcir et dont les pulsations avaient diminué, reprend bientôt tous ses caractères primitifs.

Le 2 septembre, application du compresseur de M. Benjamin Anger pendant 24 heures sans résultat durable.

Le 9 septembre, nouvelle et dernière tentative de compression avec la bande d'Esmarch combinée avec l'application du compresseur de M. B. Anger. La tentative ayant été infructueuse, M. Kirmisson a recours à la ligature de l'artère iliaque externe ; il la pratique le 14 septembre. Incision d'Astley Cooper ; un fil de catgut n° 4 est jeté sur l'iliaque externe à 3 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope, sans que l'opérateur ait même aperçu la veine iliaque ; un drain est laissé dans la plaie après réunion.

Guérison sans incident ; pas de suppuration profonde malgré l'échec de la réunion superficielle. La tumeur, où les battements avaient cessé dès l'abord, diminua au point de ne plus présenter, vers le 15 novembre, que le volume d'une petite noisette. Il n'y avait aucune menace d'éventration au niveau de la cicatrice abdominale.

La deuxième communication de M. Kirmisson est un mémoire composé de deux parties : le première consacrée à l'étude des anévrysmes inguinaux, la deuxième traite particulièrement de la ligature de l'iliaque externe.

Dans la première, qui est une monographie très complète, M. le rapporteur signale des considérations étiologiques d'un réel intérêt, particulièrement l'existence, indiquée déjà par divers observateurs, chez les malades atteints d'anévrysmes inguinaux, d'abcès ou de bubons antérieurs au pli de l'aine. M. Kirmission se demande si, en dehors des cas où il s'agissait de l'ulcération des parois artérielles en contact avec un abcès et de la transformation de cet abcès en un anévrysme faux par communication de sa cavité avec celle de l'artère, on ne pourrait pas invoquer une altération de voisinage, une inflammation chronique communiquée aux tuniques vasculaires et en amenant peu à peu la dégénération, le défaut de résistante et l'ectasie. Cette opinion mérite d'être prise en sérieuse considération.

Au point de vue du traitement de ces anévrysmes, les relevés de M. Kirmisson, qui portent sur 53 cas, démontrent l'efficacité de la ligature et l'insuffisance absolue des autres moyens. Dix-sept fois la compression mécanique a échoué ; huit fois la compression digitale est restée sans résultat ; la méthode de Reid (compression avec la bande d'Esmarch) n'a pas été plus heureuse ; le repos prolongé, l'application de la glace, la flexion permanente n'ont également compté que des insuccès ; cependant, M. Alphonse Guérin a obtenu deux guérisons par la compression.

Mais les résultats obtenus par la ligature, surtout dans ces dernières années, sont des plus remarquables.

En 1847, Norris, sur 118 cas de ligature de l'artère iliaque externe, relevait 83 morts, soit 27,90 p. 100 de mortalité. En 1864, Hueter, sur 157 cas, comptait 47 morts, soit 30,7 p. 100 de mortalité.

Sur 90 opérations nouvelles recueillies de 1865-1883, M. Kirmisson ne trouve plus que 19 morts, soit 22,61 p. 100 de mortalité. Si, dans ce nombre d'opérations, on met à part celles qui ont été pratiquées pour des anévrysmes inguinaux, au nombre de 69, on ne trouve plus que 13 morts, soit 18,84 p. 100 de mortalité.

M. Kirmisson attribue, avec raison, cette amélioration des statistiques opératoires à l'emploi de la méthode antiseptique, qui a fait disparaître complètement les accidents d'infection purulente, et a diminué notablement le nombre des cas d'hémorrhagie secondaire, accident, comme on sait, intimement lié aux suppurations qui se produisent autour de l'artère intéressée.

Les résultats de la ligature de l'artère iliaque externe appliquée au traitement des anévrysmes inguinaux sont donc des plus encourageants, et l'on peut dire, avec M. Kir-

©BIU Santé

misson, que, sans rejeter absolument les autres méthodes de traitement qui pourront toujours être employées à titre d'essai, c'est l'opération qui, en pareil cas, doit être la règle.

Quant au manuel opératoire, l'auteur, rejetant les procédés de Bogros et d'Abernethy, adopte le procédé d'Astley Cooper comme opération classique, quand il s'agit de lier l'iliaque externe pour des anévrysmes inguinaux qui ne remontent pas trop au-dessus de l'arcade de Fallope, et qui sont les plus communs.

Voici le précepte important donné par M. Farabeuf pour cette opération, dans son *Précis de manuel opératoire* : Une fois que l'aponévrose du grand oblique a été sectionnée dans l'étendue que l'on veut donner à l'incision, il faut déposer le bistouri, comme l'a établi d'ailleurs, le premier, Astley Cooper lui-même. Il faut chercher avec le doigt, à la partie la plus interne de la plaie, les bords confondus des muscles (petit oblique et transverse), les relever de dedans en dehors, effondrer avec le doigt le « fascia transversalis » que l'on aperçoit au-dessous d'eux, et, après avoir relevé avec la pulpe des doigts le péritoine doublé de la graisse sous-péritonéale, les faire récliner vers la partie supérieure par les doigts d'un aide, plutôt qu'au moyen d'un écarteur métallique, dont l'action serait à la fois moins douce et moins sûre.

Ce précepte est d'autant plus nécessaire à suivre que le « fascia transversalis » est souvent fort adhérent au péritoine, en raison des modifications produites par des tentatives de compression antérieures, et que, pour peu qu'on s'écartât de ses insertions à l'arcade de Fallope, en le chargeant sur une sonde cannelée, ou même en cherchant à le déchirer avec le bec de cet instrument, on s'exposerait au danger d'ouvrir du même coup le péritoine.

Dans les cas où la ligature doit être portée très haut sur l'artère, il faut avoir recours au procédé de Marcelin Duval, qui est une combinaison des incisions d'Astley Cooper et d'Abernethy, dans laquelle, la première moitié de l'incision étant parallèle à l'arcade de Fallope, la seconde s'en écarte pour remonter de bas en haut, en revenant vers la région ombilicale. Si, dans l'application de ce procédé, on voulait mener de front, sur toute la hauteur, la section des plans musculo-aponévrotiques, on courrait un très grand danger de blesser le péritoine qui, vers la partie supérieure et externe de l'incision, est immédiatement accolé à l'aponévrose du muscle transverse.

Comme, dans le cas où la ligature est pratiquée pour un anévrysme inguinal dépassant le niveau de l'arcade crurale, on ne sait jamais à l'avance sur quel point de l'artère on sera forcé de jeter le fil, il semble à M. Berger qu'il y aurait tout avantage à commencer l'opération par le procédé d'Astley Cooper, et, si l'impossibilité d'atteindre l'artère par cette incision se trouvait démontrée, à prolonger la section de la paroi abdominale suivant la direction voulue, le doigt, dans ce second temps de l'opération, servant de guide aux instruments et de protection au péritoine. On aurait, en outre, la possibilité d'éviter parfois de faire une incision courbe trop étendue, en ne l'agrandissant ainsi qu'à mesure et suivant les besoins du cas particulier.

M. le rapporteur propose, en terminant :

1° D'adresser des remerciements à M. Kirmisson pour ses intéressantes communications ;

2° D'insérer son mémoire dans les *Bulletins*.

Ces conclusions sont adoptées après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Verneuil, Farabeuf, Desprès et M. le rapporteur.

— M. Terrier présente une pièce pathologique constituée par une tumeur hypertrophique de la rate, pour laquelle il a pratiqué l'opération de la splénotomie, qui a été suivie de mort par hémorrhagie.

L'issue funeste de l'opération doit être entièrement attribuée, d'après M. Terrier, à l'état général, à la leucocythémie dont la malade était atteinte, bien que cette dyscrasie fût peu accusée. En effet, dans un premier examen, on trouva 1 globule blanc pour 275 rouges ; dans un second, on constata une légère leucocytose ; dans un troisième examen fait par M. Malassez, on trouva 1 globule blanc pour 253 rouges. En une année, la proportion des globules blancs aux globules rouges était tombée de 1/275 à 1/253. Or, d'après M. Ranvier, il peut y avoir 1 globule blanc pour 350 ou 500 globules rouges. La malade était donc atteinte d'une leucocytose légère.

La conclusion à tirer de ce fait, c'est la non-intervention en cas de leucocythémie, même légère, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur hypertrophique de la rate. Toutes les opérations pratiquées dans ces cas ont été suivies de mort, surtout par hémorrhagie ; un seul cas, dans les observations publiées, fait exception à cette règle.

©BIU Santé

— Dans le courant de la séance, un scrutin a eu lieu pour l'élection des deux membres devant compléter la commission de sept membres chargée de préparer l'organisation d'un Congrès annuel des chirurgiens de langue française. Ont été élus : MM. Charles Monod e Bouilly. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juin 1884. — Présidence de M. Bucquoy, puis de M. Millard.

Sommaire : *Microbes de l'endocardite ulcéreuse. — Annonce de la mort de M. Simonet. — Du rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac et des relations cliniques de cette maladie avec divers accidents morbides.*

A propos du procès-verbal, M. Grancher prend la parole pour montrer à la Société un dessin représentant la coupe d'une végétation d'endocardite ulcéreuse colorée par le bleu de méthylène, et sur laquelle se voient très nettement les microcoques décrits par M. Grancher dans la séance précédente. On peut voir, dans plusieurs bouillons de culture et sur des préparations, ces organismes isolés ou agglomérés en zooglées.

Le Secrétaire général ayant commencé la lecture d'une lettre dans laquelle M. le docteur Vigouroux communique un cas de guérison du croup par le traitement de M. Delthil, M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer que, cette observation ayant déjà paru dans la *Gazette des hôpitaux*, la Société a mieux à faire que d'écouter la lecture d'un fait dont elle n'a pas la primeur.

Sur la proposition de M. Bucquoy, la communication de M. Vigouroux est renvoyée, comme tous les autres documents relatifs au nouveau traitement de la diphthérie, à une commission composée de MM. Descroizilles, d'Heilly et Cadet de Gassicourt.

M. Bucquoy annonce à la Société qu'elle vient de faire une perte sensible dans la personne de M. Simonet, décédé il y a quelques jours à la suite d'une longue et douloureuse maladie. Médecin du Bureau central depuis 1860, M. Simonet n'avait été attaché qu'à deux hôpitaux, Lourcine et le Midi; s'il s'était spécialisé ainsi, ce n'était pas pour en tirer gloire ni profit, mais pour qu'il lui fût permis de vivre tranquille et retiré à la campagne. La conséquence de cette retraite fut qu'il resta étranger presque dès ses débuts aux travaux de la Société des hôpitaux, abstention regrettable pour elle, M. Simonet étant un esprit fin et une intelligence ouverte, d'un commerce agréable, malgré une apparence un peu rude.

—

M. Bouchard lit un travail intitulé : *Du rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac et des relations cliniques de cette maladie avec divers accidents morbides.*

Ce travail est basé sur l'analyse de 220 cas de dilatation de l'estomac que M. Bouchard a observés personnellement. L'importance de ce chiffre indique que cette maladie ne doit plus être considérée comme une curiosité anatomique, ainsi qu'elle l'était jusqu'à ces derniers temps.

On peut se faire une idée de la fréquence de la dilatation de l'estomac, quand on sait qu'elle se rencontre dans le tiers des cas sur l'ensemble des malades pris en bloc, et chez plus de la moitié des malades atteints de maladies chroniques.

Si elle est méconnue, c'est qu'elle reste le plus souvent silencieuse et qu'elle se traduit uniquement par des sensations anormales ou des troubles fonctionnels dans un tiers des cas. Les troubles observés se montrent dans la proportion suivante : sur 100 cas, on rencontre 37 fois la lenteur des digestions, 33 fois les éructations, 31 fois la constipation, 29 fois la gastralgie, 26 fois le ballonnement après les repas, 22 fois des vertiges, 16 fois des vomissements, 10 fois des aigreurs, 5 fois de la diarrhée.

La dilatation de l'estomac se dérobe donc le plus souvent à l'attention du médecin, qui doit la rechercher systématiquement. Heureusement, il existe des procédés physiques d'exploration permettant de diagnostiquer la dilatation. Le signe pathognomonique est un bruit de clapotage, que l'on perçoit à l'aide d'un choc à la fois brusque et léger de deux ou trois doigts frappant deux ou trois fois presque en un seul mouvement, et comme par une vibration, la paroi abdominale relâchée. Ce signe doit être recherché sur le malade à jeun, et, dans les cas où il n'apparaît pas tout de suite, l'ingestion d'un demi-verre d'eau suffit à le faire naître si l'estomac est dilaté. Une fois qu'il a été bien constaté, il peut toujours être retrouvé. S'il manque, on renouvellera dix fois

©BIU Santé

l'expérience, et il manquera toujours. On peut, par ce moyen, s'assurer non seulement de l'existence, mais de l'étendue de la dilatation. Dans les 220 cas, on n'a compté comme dilatés que les estomacs dont le clapotage est perçu à jeun, au-dessous du milieu d'une ligne abaissée de l'ombilic sur le rebord costal gauche. Dans la plupart des observations, ce bruit a été perçu à l'ombilic, au-dessous de l'ombilic, jusqu'au pubis même, et à plusieurs travers de doigt à droite de la ligne médiane.

Le propre d'un estomac dilaté est de donner le clapotage toujours dans les mêmes limites, qu'il soit presque vide ou modérément rempli.

La dilatation de l'estomac se rencontre exceptionnellement chez l'homme sain. L'homme dont l'estomac est dilaté peut d'ailleurs n'être pas dyspeptique, mais il est rare qu'il ne soit pas déjà un malade. La relation de la dilatation de l'estomac avec les autres maladies qui coexistent habituellement avec elle est certaine; il reste à savoir si cette relation est ascendante ou descendante, si la dilatation est la cause ou l'effet.

La dilatation est souvent observée chez des individus à système nerveux débilité. M. Bouchard l'a rencontrée chez des hystériques, au moment des grandes crises gastriques de l'ataxie, chez des malades atteints d'hypochondrie, de priapisme nocturne, de goître exophthalmique, de migraine, d'un défaut d'adaptation de l'œil aux distances par insuffisance de l'action musculaire, de vertiges. On pourrait donc supposer la dilatation engendrée par la débilité nerveuse que provoque l'état de maladie.

Mais si, dans les deux tiers des cas, la dilatation, n'ayant pas de symptômes, ne saurait avoir d'histoire; dans un tiers, on peut suivre son développement, et, par les commémoratifs, remonter à une époque où elle était déjà réalisée, époque presque toujours antérieure à l'apparition de la maladie qui coexiste avec elle.

Pour arriver à interpréter le rôle pathogénique singulier que jouerait, d'après cette manière de voir, la dilatation de l'estomac dans la production de maladies si disparates, il est utile de jeter un coup d'œil sur les symptômes qui lui appartiennent, sur les accidents morbides qui s'y rattachent, sur les maladies qui en dérivent, les unes paraissant en dépendre directement, les autres étant des maladies de déchéance, rendues possibles par la détérioration de l'organisme et ne s'y rattachant qu'indirectement.

Ces manifestations morbides intéressent le tube digestif, le système nerveux, et en particulier l'innervation vasculaire, la nutrition, les reins, la peau, les bronches, l'appareil vasculaire, les os surtout, à leurs extrémités articulaires.

Les fermentations qui commencent dans l'estomac deux ou trois heures après l'ingestion des aliments et provoquent le ballonnement, les éructations, les aigreurs, ne se limitent pas toujours à l'estomac; elles s'étendent à l'intestin, qui devient paresseux. Une constipation s'établit, caractérisée par la stagnation de matières fécales mollasses, pâteuses et puantes, dont l'expulsion ne peut être obtenue que par des efforts volontaires et réitérés de défécation. On voit apparaître souvent l'entérite glaireuse et les fluxions hémorrhoïdaires.

La tuméfaction congestive du foie se montre 8 fois sur 100, engendrant l'amertume de la bouche, la céphalée gravative, quelquefois l'ictère. C'est à cette tuméfaction du foie qu'il convient d'attribuer l'abaissement et la mobilité anormale du rein droit qui se rencontre 16 fois sur 100 chez la femme, 5 fois sur 100 chez l'homme. Cette coexistence de la mobilité du rein droit et de la dilatation de l'estomac avait été déjà reconnue par Bartels en 1875, mais interprétée autrement. Bartels croit la mobilité du rein primitive, et il pense que le rein ectopié, en comprimant la portion horizontale du duodénum, produit la dilatation de l'estomac par rétention. Je pense, au contraire, que c'est par l'intermédiaire de la turgescence du foie que la dilatation de l'estomac facilite l'ectopie rénale.

Les malades éprouvent dans le décubitus latéral droit des cauchemars, explicables par le tiraillement qu'exerce l'estomac sur ses attaches. Aussi, dans une phase avancée de la dilatation, le malade adopte-t-il uniquement le décubitus latéral gauche, exceptionnel chez l'homme sain.

Comme troubles nerveux, les malades éprouvent encore de l'accablement le matin, une sensation de cercle autour de la tête, la migraine 9 fois sur 100. L'attention devient pénible, le moindre effort physique, intellectuel ou génital est impossible. Il faut signaler encore l'engourdissement des bras, la sensation de perte d'un membre ou de plusieurs, des vertiges 22 fois sur 100, des phosphènes, des scotomes. Il existe aussi de grandes hallucinations de la vue, solennelles et silencieuses: le malade voit défiler processionnellement des anges, des prêtres, des magistrats; chacune des apparitions s'avance vers lui, le regarde, puis disparaît. Deux fois, M. Bouchard a vu de l'aphasie transitoire.

Les troubles de l'appareil circulatoire sont des palpitations, des syncopes (1 cas

©BIU Santé

syncope mortelle), des accès très analogues à ceux de l'angine de poitrine, des rougeurs subites de la face pendant la digestion, des bouffées de chaleur, des battements rétro-sternaux et cervicaux, des sueurs nocturnes généralisées ou une sécheresse avec chaleur de la paume des mains et de la plante des pieds.

La fréquence des sédiments uratiques dans l'urine suffirait à prouver que la dilatation de l'estomac engendre des troubles de la nutrition, mais en outre on relève l'obésité 8 fois sur 100, la glycosurie passagère 2 fois sur 100, la peptonurie 7 p. 100, et l'albuminurie rétractile, où M. Bouchard déclare s'obstiner à voir souvent l'indice d'un trouble de la nutrition, a été observée par lui 13 fois p. 100.

Il faut signaler encore une réaction particulière des urines qui se colorent en rouge bordeaux par l'addition de perchlorure de fer; cette réaction, dont la valeur chimique n'est pas fixée, a été observée d'abord chez des malades atteints de coma diabétique et attribuée à tort à l'acétonurie ; elle a été vue par M. Bouchard 10 fois sur 100 cas de dilatation.

On rencontre le pityriasis versicolor 3 fois sur 100; on sait que le microsporon furfur ne se développe guère que sur des sujets dont la nutrition est viciée et l'organisme détérioré. Parmi les troubles du côté de la peau, on relève une odeur aigre et fétide de celle-ci, l'eczéma 13 fois sur 100, l'urticaire 4 p. 100, l'acné rosée fréquemment chez les femmes. Il faut noter en outre la facilité à s'enrhumer, des bronchites s'accompagnant d'expectoration difficile, de gêne respiratoire, bronchites sibilantes et paroxystiques qui se voient 15 fois sur 100 avec ou sans coryza, et sont l'indice d'un trouble fonctionnel des muqueuses, l'asthme 4 à 5 fois sur 100.

Enfin, 8 fois sur 100 cas, M. Bouchard a noté des lésions organiques du cœur, mais il ignore absolument quelle relation peut exister entre elles et la dilatation.

M. Bouchard ignore aussi quel est l'état des artères, mais il a été très frappé de rencontrer 5 fois sur 100 cas la phlébite spontanée des membres inférieurs, chez des individus qui n'étaient ni tuberculeux, ni cancéreux. De ces 5 cas, l'un était une fièvre typhoïde et doit être défalqué ; l'autre, une chlorose. En tout cas, réduite même à 3 p. 100, la fréquence relative de la phlébite spontanée doit donner à réfléchir. On sait combien était absolue la loi de Trousseau relative à la connexion de la phlegmatia et du cancer. Désormais, quand on rencontrera une thrombose chez un malade atteint depuis longtemps d'une affection de l'estomac, il ne sera plus permis de rejeter la possibilité d'une simple dilatation et d'affirmer l'existence d'un néoplasme.

On trouve encore le purpura 3 fois sur 100 et une disposition toute spéciale au rhumatisme ; car le rhumatisme aigu a été vu 5 fois, partiel 3 fois, musculaire 2 fois, vague 9 fois, les nodosités d'Heberden 4 fois sur 100 cas.

En outre M. Bouchard a rencontré 20 fois sur 100 des nodosités articulaires des deuxièmes phalanges des doigts avec élargissement des extrémités articulaires et changement de la direction des phalanges ; ces nodosités articulaires lui paraissent appartenir en propre à la dilatation de l'estomac, si bien qu'il lui arrive maintenant de faire d'avance le diagnostic d'après l'aspect de cette déformation, et de trouver presque aussitôt la preuve de cette présomption.

(*La fin au prochain numéro.*)

P. L. G.

COURRIER

Nous recevons la lettre suivante :

Arcachon, 11 juin 1884.

Très honoré confrère,

Je vous serais reconnaissant de faire insérer dans la chronique de l'*Union médicale*, vrai Moniteur de l'Assocation, les nominations suivantes qui complètent le Conseil d'administration de l'Association de la Gironde :

Président : docteur Hameau (Arcachon) ; vice-présidents : docteurs Laude, Venot, Pitres (Bordeaux) ; conseillers : docteurs Dudon, Chabrely, Negrié, Lugeol, Azam, Micé (Bordeaux), Guilbert (Cadillac), Vitrac et Burgade (Libourne).

Veuillez agréer, etc.

Dr Hameau.

Nomination. — M. le professeur Brouardel est nommé président du comité consultatif d'hygiène et M. Berthelot, membre de l'Institut, président du comité des laboratoires départementaux et municipaux, en remplacement de M. Wurtz, décédé.

©BIU Santé

Assistance publique. — L'Assistance publique vient d'hériter d'une somme de plus de deux millions qui lui a été laissée par feu Mme la baronne Alquier.

D'après le désir de la testatrice cette somme devra être consacrée à la création d'un nouvel hospice pour les indigents de Paris.

C'est le second legs de ce genre que l'Assistance publique reçoit depuis dix-huit mois.

On se rappelle, en effet, que M. Gallignant a disposé d'une partie de sa fortune en faveur de la création d'un nouvel hôpital.

Concours. — Le jury du concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer se composera de MM. les docteurs Cadet de Gassicourt, Moizard et Richelot.

Les candidats, au nombre de huit : MM. Ircovescou, Gautier, Matton, Garnier, Revertégat, Regnault, Palach et Le Clerc.

— Les candidats inscrits pour le concours qui doit s'ouvrir le jeudi 19 juin 1884 pour deux places de chirurgien du Bureau central sont au nombre de dix-sept.

Ce sont : MM. les docteurs Bazy, Brun, Campenon, Castex, Garnier, Jalaguier, Jarjavay, Jullien, Labbé, Marchand, Nepveu, Petit-Vendol, Picqué, Ramonède, Redard, Rémy et Routier.

Le jury, tiré au sort, se composera, sauf modifications, de MM. A. Guérin, Polaillon, Gosselin, Nicaise, Delens, Desprès, Périer, Lecorché et Ball.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 7 juin, M. le docteur Bécoulet, directeur-médecin de l'asile public d'aliénées de Dôle, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Faculté de médecine de paris. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique médicale s'ouvrira à la Faculté le lundi 7 juillet 1884, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 3 juillet 1884.

Un autre concours pour les emplois vacants de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté le mercredi 9 juillet 1884, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints. Les candicats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 5 juillet 1884.

Bureau de bienfaisance du XIe arrondissement. — Par arrêté du 31 mai dernier, M. le docteur Emile Posteau a été nommé médecin de ce bureau de bienfaisance.

Faculté des sciences de Bordeaux. — Par arrêté ministériel, en date du 1er juin, la décoration du Mérite agricole a été conférée à M. le docteur Alexis Millardet, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Bordeaux.

Société protectrice de l'enfance de Lyon. — La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante :

De l'influence de la profession de la mère : 1° sur la marche de la grossesse (avortement, morti-natalité) ; 2° sur la morbidité et la mortalité des nouveau-nés.

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de 1885, ua meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés, *franco*, avant le 31 janvier 1885, à M. le docteur V. Chappet, secrétaire général, cours Morand, 20. Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, à ses frais, le mémoire couronné.

Académie des sciences. — L'Académie des sciences a procédé lundi dernier à l'élection du successeur de J.-B. Dumas au fauteuil de secrétaire perpétuel. Les deux candidats en présence étaient MM. Jamin et Vulpian.

M. Jamin a été élu par 39 voix contre 12 données à M. Vulpian, 1 à M. Blanchard, 1 à M. Daubrée.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

BIU Santé

Sommaire

I. Bulletin. — II. Kyste dermoïde de l'ovaire. — Ablation. — Guérison. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Bulletin des décès de la Ville de Paris. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 17 juin. — M. Colin (d'Alfort) est infatigable; à chaque nouveau microbe, il part en guerre et refait son discours. C'est toujours le même, ou peu s'en faut, qui s'allonge en raison du nombre des microbes à combattre. Il y en a deux aujourd'hui, septicémie gangréneuse et clou de Biskra.

— Contrairement à bien des orateurs, M. Gautier sait faire tenir beaucoup de choses en peu de mots. Quelle que soit notre incompétence, nous concevons bien la somme de travail que lui ont demandée ces recherches sur l'acide urique, la xanthine et la sarcine; et nous applaudissons, sans y voir bien clair, à la « synthèse de la xanthine », fait nouveau réalisé par le savant chimiste qui bientôt, nous l'espérons, va occuper la chaire de Wurtz à la Faculté de médecine.

— A propos du traitement des hydarthroses chroniques par l'injection phéniquée, M. Marc Sée a lu quelques pages où il repousse ce mode d'intervention, et affirme que la compression élastique est toujours et absolument efficace. Nous attendons le travail ultérieur que l'habile chirurgien de la Maison de santé nous a fait entrevoir; mais jusque-là, nous avouons n'avoir pas bien compris sa pensée. Tout le monde connaît la bande en caoutchouc, qui donne en effet d'excellents résultats contre l'hydarthrose. Mais il s'agit en ce moment des hydarthroses *chroniques, rebelles*. Or, on appelle ainsi celles qui n'obéissent à aucun des moyens depuis longtemps connus, vésicatoires, teinture d'iode, cautérisation ponctuée ou transcurrente, compression ouatée ou même élastique. Quel âge avaient les hydarthroses que M. Marc Sée a soignées et guéries depuis quatre ans?

« *French medical Journals again.* » — En date du 31 mai dernier, le *Medical Record* de New-York a répondu à la réponse que nous lui avions adressée (*Union méd.*, 3 avril). Nous n'hésitons pas à reprendre la plume à son exemple, car nous tenons en haute estime nos confrères américains, et nous trouvons avantage à nous entretenir avec eux.

Et d'abord, nous reconnaissons volontiers que le rédacteur du *Medical Record* n'a pas eu « l'intention d'être injuste », et qu'il s'est efforcé d'être « correct ». Mais il faut avouer qu'il n'a pas réussi à être bienveillant, car nos journaux sont « les plus mauvais qui se publient dans les pays civilisés », car les médecins français n'aiment que les « anecdotes et les bons mots »; or, tout le monde sait qu' « un homme d'esprit ne peut être un homme de jugement ».

Nous avons relevé ce langage, mais non dans les termes que nous prête le journal américain. Nous avons écrit: « L'Amérique, née d'hier, a déjà fait preuve d'une grande activité; mais il lui faut encore quelques siècles pour avoir rendu à l'humanité autant de services que nous. » Traduction: « L'*Union médicale* donne à entendre que l'Amérique est un pays trop jeune pour oser faire autre chose que de s'incliner respectueusement devant les modèles français. » Traduction libre, tellement libre qu'elle altère absolument notre pensée et nous fait dire une sottise.

Si nous avons défendu le journalisme français, ou du moins ses organes sérieux, c'est que notre confrère semblait nous juger tous d'après les

©BIU Santé

moins bons d'entre nous. Notre plaidoyer l'a rempli d'étonnement, parce qu'il n'est pas habitué à nous voir « étendre le regard par delà l'horizon parisien ». Voilà encore un vieux cliché sur lequel nous ne serons jamais d'accord. Vous devriez le savoir, tout ce qui paraît hors de nos frontières nous arrive par les voies rapides, mais tout n'est pas accepté le premier jour, aveuglément, sans critique, et nous tenons beaucoup à ce que vous compreniez cette nuance. Certaines découvertes nous sont même connues bien avant qu'elles aient vu le jour à l'étranger : celles qu'on nous emprunte sans rien dire, en les démarquant. Mais n'allez pas vous imaginer que ce reproche s'adresse à l'Amérique; gardons-nous des malentendus.

En voici un, par exemple, auquel nous étions loin de nous attendre. Vous lisez dans l'article du 3 avril : « Les Américains ne songent pas, j'imagine, à chercher des modèles de clarté *dans un pays qu'ils admirent beaucoup en ce moment*, où les médecins se croient devenus les éducateurs du monde entier, etc. » ; et vous traduisez : « Les Américains ne peuvent guère trouver des modèles de clarté *dans leur propre pays, qu'ils admirent tant*, où les médecins... » Comment ! vous avez pris cela pour vous, et n'avez pas compris de quel empire il s'agissait ? Vous ne savez pas dans quel pays « la science est une accumulation de faits mal digérés, où les chapitres s'enchevêtrent, où les paragraphes montent les uns sur les autres ? » Vous ne le connaissez donc pas autant que vous en avez l'air, ce pays dont vous êtes les admirateurs ! Avouez que ce passage ne vous aurait pas semblé de si « mauvais goût », si vous aviez compris qu'il s'adressait à d'autres.

En résumé, vos critiques sur quelques points ne manquaient pas de justesse ; mais sur d'autres, elles montraient une connaissance bien superficielle de nos travaux et de notre esprit national ; voilà pourquoi nous avons répondu. Aujourd'hui, nous regrettons surtout qu'une notion incomplète de la langue française vous ait fait méconnaître les sentiments que nous avons pour nos confrères du nouveau monde. Ces sentiments d'estime et de confraternité, nous ne demandons qu'à leur en donner des preuves, à condition qu'ils n'obéissent pas aveuglément à la mode actuelle de dénigrer la France et d'affirmer qu'elle est près de mourir.

L.-G. R.

Hôpital Bichat. — Service de M. le Dr F. Terrier.

Kyste dermoïde de l'ovaire. — Ablation. — Guérison.

(Observation recueillie par M. H. Hartmann, interne du service.)

Mme Allard, femme Lourry, âgée de 48 ans, ménagère, entre le 24 octobre 1883, dans le service de M. Terrier, salle Chassaignac, lit n° 1, pour se faire opérer d'une tumeur du ventre.

Il y a dix-sept ans, le ventre se mit à grossir au point de faire croire qu'elle était enceinte, bien que les règles vinssent régulièrement. Douze à quinze mois après le début de la tuméfaction, elle vint consulter, à Paris, M. Gosselin, qui retira par la ponction environ neuf litres et demi d'un liquide clair et fit ensuite une injection iodée. La guérison se maintint jusqu'à l'année dernière. A cette époque, les règles se supprimèrent, le ventre grossit de nouveau. En février 1883, elle constata dans la fosse iliaque gauche une tumeur grosse comme le poing; les mictions étaient difficiles. En mars, la tumeur s'éleva dans l'abdomen et elle put uriner plus facilement. Au mois d'août, comme la tumeur grossissait toujours, et qu'elle causait des douleurs presque continuelles, la malade vint de nouveau à Paris. Elle se fit admettre dans le service de M. Gosselin, alors suppléé par M. Berger, et entra à la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 5. A cette époque, on constata une tumeur arrondie, volumineuse, fluctuante, très mobile. Au toucher, on trouvait une antéflexion assez prononcée; les culs-de-sac étaient libres, l'utérus indépendant.

©BIU Santé

Le 5 septembre, M. Berger fit une ponction et retira cinq litres d'un liquide épais, crémeux, blanc verdâtre, ayant peu d'odeur, et qu'on jugea être du pus. La malade fut ensuite renvoyée dans son pays. Elle rentra à la Charité au commencement d'octobre; la tumeur avait repris son volume primitif; aussi la malade fut-elle alors transférée à l'hôpital Bichat pour y être opérée.

Antécédents. — Jamais de maladie grave. Réglée à 16 ans sans accident. Les regles sont toujours venues régulièrement jusqu'en septembre 1882. Depuis cette époque, elles ne sont revenues que quatre fois : en février et août 1883, très peu abondantes et douloureuses; le 7 septembre, deux jours après la ponction; puis le 20 septembre. Leucorrhée peu abondante et habituelle dans l'intervalle des règles, qui reviennent en temps ordinaire toutes les trois semaines.

A 22 ans, un accouchement à terme. Pas d'autre grossesse.

La mère de la malade est vivante, âgée de 81 ans. Son père serait mort à 66 ans d'une fièvre typhoïde. Deux sœurs sont mortes de suites de couches; deux autres sœurs sont actuellement en bonne santé.

Etat actuel. — Au palper, on trouve, occupant la région hypogastrique, la moitié inférieure de la région ombilicale, la moitié interne des fosses iliaques, une tumeur du volume d'une tête de fœtus, arrondie, fluctuante, mobile. Au toucher, l'utérus est un peu haut; l'orifice du col admet la pulpe du doigt. En avant et sur la partie latérale gauche de l'utérus, on sent le flot de la tumeur.

La circonférence ombilicale est de 79 centim.; de l'ombilic au pubis, il y a 17 c. 1/2; de l'ombilic à l'appendice xyphoïde, 13 c.; de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 16 c.; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 17 c. La tumeur est indolente. De temps à autre seulement, la malade se plaint de quelques douleurs abdominales. La température prise plusieurs jours de suite matin et soir oscille entre 36°5 et 37°5.

Le 6 novembre. — Ovariotomie par M. Berger, aidé de MM. Perier et Terrier. Chloroformisation assez longue, interrompue par quelques nausées. Incision sur la ligne blanche. En divisant la graisse sous-péritonéale, le péritoine est ouvert et l'épiploon se présente. On l'écarte, puis on ponctionne le kyste; la ponction fournit deux litres de liquide grumeleux, trouble, analogue au liquide des kystes dermoïdes; ce liquide s'écoule en assez grande quantité entre le trocart et l'orifice de la ponction, qui s'est agrandi, et il faut préserver le péritoine avec soin au moyen d'éponges. Pendant que le kyste se vide, on l'attire au dehors, ce qui ne se fait pas sans une certaine résistance. On découvre, en effet, une très large adhérence à l'épiploon, à droite, et une beaucoup plus faible, presque filamenteuse, à gauche. L'adhérence de droite est saisie entre des pinces courbes et sectionnée entre elles; celle de gauche est détachée et fixée avec une pince hémostatique. Le kyste sort alors en entier. Son pédicule, qui se dirige à droite, est épais et large. Il suffit néanmoins d'une double ligature pour l'étreindre, puis il est sectionné et le kyste est enlevé : c'est bien un kyste uniloculaire de l'ovaire droit. On constate l'intégrité de l'ovaire gauche; une double ligature au catgut remplace la pince courbe placée sur l'épiploon à droite; à gauche, une ligature simple sur la petite adhérence de gauche.

Courte toilette du péritoine; l'on touche avec la solution phéniquée forte les surfaces de section du pédicule et des adhérences épiploïques, ainsi que les lèvres de l'incision des parois, et on réunit celles-ci par la suture. On met neuf points de suture profonde et trois points superficiels, dont deux à l'angle inférieur de l'incision. Pansement de Lister. L'opération faite antiseptiquement a duré vingt-cinq minutes.

Le liquide retiré pendant l'opération était trouble, un peu jaunâtre, floconneux. Il a malheureusement été jeté et n'a pu être examiné. La tumeur enlevée est formée d'une grande poche; le pédicule très large est constitué par la trompe, des vaisseaux et un tissu résistant formant la paroi même du kyste. Entre la trompe et le kyste, on trouve dans l'épaisseur de l'aileron, entre les deux feuillets péritonéaux, un petit kyste du volume d'un pois, transparent, à contenu citrin. La paroi même du kyste est assez épaisse; sa face externe, d'un gris un peu jaunâtre, est sillonnée d'un certain nombre de veines; elle est un peu inégale, et ces inégalités sont couvertes par la tunique séreuse. Sa face interne est rouge, d'un rouge un peu ecchymotique par places. On y remarque un certain nombre de poils roux, la plupart plaqués par amas et non adhérents à la paroi. En un point, sur un espace rectangulaire d'environ un centimètre de long sur deux de large, l'aspect rouge et tomenteux de la face interne fait place à une surface lisse, grisâtre, ferme, correspondant à un épaississement de la paroi. L'examen histologique, fait par notre excellent collègue et ami Achard, a donné les résultats suivants :

La paroi du kyste est constituée d'une matière générale par trois tuniques; la plus

©BIU Santé

externe est formée de faisceaux conjonctifs serrés et régulièrement parallèles, entremêlés de fibres élastiques abondantes. La couche moyenne est formée par des faisceaux conjonctifs plus lâches et par quelques cellules plates en petit nombre. Cette couche est traversée par des vaisseaux assez volumineux. La couche interne est constituée par des éléments embryonnaires au milieu d'une matière amorphe assez abondante en certains points. Elle renferme en outre des vaisseaux de petit calibre. Son aspect rappelle assez, en bien des points, la structure des bourgeons charnus. La surface interne de cette couche est revêtue d'une rangée de cellules épithéliales cylindriques, passant par places à la forme cubique et desquamées en un grand nombre de points. L'épaisseur des deux dernières couches est sujette à de grandes variations. Au point où la paroi interne est lisse, grisâtre, épaisse, on trouve dans la couche moyenne, près de la couche externe, des tubes glandulaires intriqués dans toutes les directions, et sur les parois desquels se voient quelques débris d'un revêtement épithélial cubique. Dans l'intervalle de ces conduits, on voit des masses irrégulièrement arrondies d'une substance dont l'aspect rappelle celui de la matière sébacée et qui est dissoute par l'éther; une matière semblable remplit quelques-uns des tubes glandulaires. Les coupes de cette portion du kyste montrent, en outre, la section de quelques poils.

Le 6 novembre. — Soir: temp., 39°1; 94 puls.; 28 resp. La malade se plaint de douleurs abdominales. Glace, champagne, 1/4 de piqûre de morphine.

Le 7. — Matin: 38°4; 90 puls.; 22 resp. Soir: 38°6; 98 puls.; 24 resp. Encore quelques douleurs abdominales. 1/4 piqûre de morphine. Glace, rhum le matin. Le soir, 1/2 piqûre de morphine.

Le 8. — 38°5; 92 puls.; 21 resp. le matin. Le soir, 38°8; 88 puls.; 22 resp. Une émission gazeuse par l'anus. La malade prend un peu de rhum et un litre de lait pendant la journée.

Le 9. — 38°1; 84 puls.; 21 resp. le matin; 37°7; 82 puls.; 22 resp. le soir. La malade prend du lait, un potage et du rhum.

Le 10. — 30°1; 86 puls.; 22 resp. le matin et le soir. On renouvelle le pansement, et l'on enlève trois fils profonds. Lait, rhum.

Le 11. — La température tombe à 37°5, et, depuis ce moment, elle ne remonte jamais au-dessus de la normale.

Le 13. — Deuxième pansement. — On enlève les derniers points de suture. Il y a un peu de suppuration de l'incision superficielle, un érythème intense du ventre.

A partir de ce moment, rien de particulier à noter. La malade quitte l'hôpital, guérie, le 4 décembre 1883.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juin 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Eugène Ory, inspecteur de l'Assistance publique, accompagnant l'envoi d'un volume qu'il vient de publier, et qui traite de la protection de l'enfant du premier âge. (Loi Roussel, secours temporaires à domicile, crèches.)

2° Un pli cacheté adressé par M. Dalmon, pharmacien à Paris. (Accepté.)

M. Cusco présente, au nom de M. Collin, fabricant d'instruments, un premier spécimen d'une sonde spéciale destinée à donner plus de sécurité et de facilité au cathétérisme vésical.

M. Laboulbène offre : 1° en son propre nom, une *Notice sur Davaine*, lue à la séance de la Société de biologie du 12 février 1884; — 2° au nom de M. le docteur Levillain, une *Etude sur l'histoire des fièvres éruptives avant le* XVIIe *siècle*; — 3° au nom de M. le docteur Lallot, une *Etude sur le typhus ou peste d'Athènes*.

M. Larrey présente, au nom de M. Rambosson, une brochure intitulée : *Le mouvement réflexe contagieux*.

M. Maurice Perrin présente, au nom de MM. Chauvel et Bousquet (du Val-de-Grâce), leur article Pansements. (Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.)

M. Lecouest présente, au nom de deux médecins militaires, MM. Boinet et Deperret,

© BIU Santé

un travail déjà publié dans le journal le *Lyon médical*, et intitulé : *Du clou de Gapsa au camp de Sathonay*. Ce travail contient un grand nombre d'observations de cette maladie. En outre, ces observateurs ont fait à Lyon, sous les yeux de MM. Chauveau et Arloing, des expériences avec le liquide de culture du microbe propre à cette maladie, et ont reproduit sur les animaux des accidents analogues à ceux qui la caractérisent. En conséquence, ils réclament la priorité de la découverte du microbe du clou de Gapsa, lequel ne serait que le clou de Biskra mitigé.

M. Marc Sée, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la communication de M. Léon Labbé, relative au traitement de l'hydarthrose chronique par les injections de solution phéniquée, lit une note dans laquelle il déclare qu'il emploie, depuis plus de quatre ans, contre cette maladie, un moyen incomparablement plus simple et plus inoffensif et tout aussi sûr, qui consiste dans l'application de la compression élastique par la bande de caoutchouc. Ce moyen lui a réussi constamment, sans aucune exception, et cela dans un temps extrêmement court, quelquefois en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

— M. Gautier lit une note sur la synthèse de la xanthine.

« Parmi les substances organiques qui dérivent des dédoublements et de l'oxydation ménagée des matières albuminoïdes au sein des cellules animales, il existe un groupe particulièrement remarquable, celui de l'acide urique. L'acide urique, $C^5 H^4 Az^4 O^3$; la xanthine, $C^5 H^4 Az^4 O^2$; la sarcine, $C^5 H^4 Az^4 O$, se retrouvent dans le sang, les urines, le suc musculaire, la rate, le cerveau, etc. Ces trois substances dérivent elles-mêmes l'une de l'autre; on passe de la sarcine à la xanthine, et l'action de l'hydrogène naissant sur l'acide urique fournit par réduction la xanthine et la sarcine elle-même.

« Jusqu'ici, l'on a vainement, et à maintes reprises, essayé de faire la synthèse de l'une de ces trois substances si remarquables par leurs relations entre elles et avec les albuminoïdes.

« J'ai l'honneur d'annoncer aujourd'hui à l'Académie que je viens de réaliser la synthèse totale de la xanthine, qui ne diffère de l'acide urique que par un atome d'oxygène, comme l'indiquent les formules de ces corps: acide urique, $C^5 H^4 Az^4 O^3$; xanthine, $C_5 H^4 Az^4 O$.

« La production artificielle de la xanthine, en dehors des forces de l'organisme vivant, est le premier pas décisif fait dans la synthèse des matières albuminoïdes. Les corps de la série urique naturelle constituent, suivant moi, le noyau intérieur et comme le squelette des substances protéiques. »

— L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur le rapport de M. Alfred Fournier, relatif au travail de M. Duclaux concernant les expériences d'inoculation du microbe du clou de Biskra.

M. Colin (d'Alfort) lit sur ce sujet un discours dont voici le résumé:

« La septicémie ou plutôt les septicémies sont des états que nous ne connaissons pas bien et dans lesquels l'altération des liquides peut être due à des causes ou à des agents multiples: organismes microscopiques, principes septiques, ptomaïnes, etc.

« Ces états se produisent très facilement chez certains animaux, comme le lapin, le cochon d'Inde, les oiseaux, et y acquièrent une extrême virulence, mais avec une difficulté extrême chez d'autres : le bœuf, le mouton, le chien et les solipèdes.

« Chez les uns ils restent locaux et sont bénins ; chez d'autres, ils se généralisent vite et tuent dans un délai très court.

« Ce qu'on voudrait appeler la septicémie gangréneuse n'est pas sûrement spécifique. Elle ne paraît pas bien distincte, au moins chez les animaux, des autres formes de septicémie.

« Il n'est pas prouvé que cette septicémie soit virulente autrement que par les liquides puisés dans les parties malades.

« Il n'est pas prouvé qu'elle soit transmissible par inoculation à tous les animaux ou seulement à ceux de l'espèce sur laquelle elle s'est développée.

« Ce qu'on dit de l'influence de la dessiccation, de l'altération putride sur l'activité de ses produits est connu et s'applique à toutes les septicémies et à la plupart des autres produits virulents.

« Ce qu'on dit de la contagion de la septicémie par les instruments suppose une virulence extrême qui est douteuse, et la conservation de cette virulence malgré les lavages, conservation non démontrée dans les conditions expérimentales.

« La neutralisation des produits septicémiques peut, quoi qu'on en dise, être obtenue par la température de l'ébullition.

©BIU Santé

« Elle peut l'être, sans trop de difficulté, en dehors de l'organisme, même à la surface des plaies avant l'absorption, par une foule d'agents antiseptiques.

« Le difficile, souvent l'impossible est la neutralisation une fois que les matières virulentes sont absorbées et disséminées dans l'organisme. »

M. Alfred Fournier ne voudrait pas laisser croire à M. Colin que, dans les expériences de M. Duclaux, des liquides septicémiques ont pu être injectés aux animaux. Rien de semblable n'a pu se produire, car le sang qui a servi aux cultures a été pris au bout du doigt du malade atteint du clou de Biskra, et qui, à part cette affection, jouissait d'une santé parfaite. Le sang tiré de ce doigt préalablement bien lavé, a été ensemencé avec toutes les précautions usitées dans les expériences pastoriennes. Il n'a donc pas pu se produire ombre de septicémie dans ces expériences, comme M. Colin paraît le croire.

Un second point traité dans l'argumentation de M. Colin est celui de la quantité du liquide injecté aux animaux en expérience. M. Colin a l'air de dire que c'est à la quantité du liquide injecté qu'il faut attribuer les accidents, et que la dose de 20 gouttes injectées à la base de l'oreille des lapins a été la cause qui a amené la chute de cette oreille.

Mais les bouillons de culture ont été injectés à la même dose, et cependant les résultats ont varié suivant l'âge de ces liquides. Avec une même quantité de liquide, on a produit des gangrènes plus ou moins étendues quand le liquide avait de un à dix jours; de simples phlegmons quand le liquide avait un mois; on ne produisait plus rien du tout avec un liquide datant de deux mois. Ce n'est donc pas la quantité du liquide qui était la cause des accidents, mais sa nature.

Enfin, un troisième point de l'argumentation de M. Colin consiste à dire que M. Duclaux, dans ses expériences, s'est servi de bouillons putréfiés, et que c'est à l'état de putréfaction de ces liquides qu'il faut attribuer leurs effets nocifs. Mais s'il en était ainsi, les effets nocifs auraient dû augmenter avec l'âge des bouillons, tandis que c'est le contraire qui a été observé; les effets nocifs ont diminué et ont fini par se réduire à néant à mesure que l'on se servait de liquides de plus en plus anciens.

M. Colin répond au premier argument de M. Fournier que, si le sang qui a servi aux cultures a été pris au bout du doigt du malade, il n'en a pas moins été inoculé après avoir été mis dans du bouillon, liquide essentiellement altérable. Or, ce bouillon a été injecté à une dose infiniment trop forte, 20 gouttes. Si, comme l'a prétendu M. Pasteur, il suffit d'un microbe ou même d'une simple spore pour déterminer l'infection, les expérimentateurs eussent dû se contenter d'inoculer 1 goutte ou même une 1/2 goutte du liquide de culture; la dose de 20 gouttes était beaucoup trop grande, et il n'est nullement surprenant qu'injectées à la base de l'oreille des lapins, elles aient produit le décollement des tissus, la tuméfaction des ganglions lymphatiques et des glandes du pharynx; finalement, la gangrène et la chute de l'oreille.

Le sang mêlé au bouillon s'altère quand on l'injecte dans les tissus, alors même que le bouillon n'est pas putréfié, et il développe des accidents de septicémie.

Avec du bouillon récent on produit des effets formidables, et cela n'a rien d'étonnant, parce que le bouillon récent est très altérable; il n'est pas absorbé par le tissu cellulaire; il contient des substances albuminoïdes qui sont réfractaires à l'absorption, même quand on les injecte dans l'intestin sans qu'elles aient été modifiées par les liquides digestifs, à plus forte raison quand on les injecte dans le tissu cellulaire.

Ce sont ces matières albuminoïdes altérées qui produisent les accidents, et non pas les microbes, car, si c'était les microbes, ils devraient déterminer les accidents après un mois, après deux mois comme aux premiers jours. Pour être certain que c'est bien le microbe qui produit les accidents, il faudrait le cultiver dans l'eau pure, ou du moins l'injecter mélangé avec l'eau pure; de cette façon, on serait sûr que les accidents ne seraient pas dus à l'altération des substances albuminoïdes.

M. Colin termine en demandant que M. Duclaux répète ses expériences sur des animaux autres que le lapin, par exemple sur le mouton, le bœuf et le cheval, pour les rendre plus probantes.

— M. Auguste Voisin, candidat pour la section d'anatomie pathologique, lit un travail sur les rapports qui existent entre le développement des circonvolutions de Rolando et les mouvements des membres inférieurs et supérieurs.

Les observateurs et les autopsies qui ont fait le sujet de sa lecture lui permettent de dire que le retard dans la marche, dans la précision et dans l'habileté des mouvements des membres, observé chez les enfants, est causé par l'arrêt de développement intra-utérin et par l'atrophie des circonvolutions frontales ascendantes et des premières pariétales, principalement à leur moitié supéro-interne.

©BIU Santé

Ces malades ont présenté quelques autres phénomènes qu'il est bon de retenir pour des observations ultérieures : le retard dans la parole ; la gêne et la gaucherie des mouvements des membres supérieurs ; la maladresse des mains ; l'impossibilité ou la difficulté d'apprendre à écrire ; les vices de conformation et l'asymétrie des oreilles ; le développement incomplet des pieds et l'incontinence d'urine jusqu'à une période avancée de l'adolescence.

Ce travail est renvoyé à la section constituée en commission d'élection.

— La séance est levée à 5 heures.

P. S. — Vers la fin de la séance, M. LE PRÉSIDENT a lu une lettre qui lui a été adressée par M. Richet, et dans laquelle l'éminent chirurgien le prie d'être auprès de l'Académie l'interprète de ses remerciements pour le témoignage de haute sympathie dont elle l'a honoré.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX (1).

Séance du 13 juin 1884. — Présidence de M. BUCQUOY, puis de M. MILLARD.

M. BOUCHARD, après avoir passé en revue tous les accidents morbides dont la coexistence avec la dilatation de l'estomac ressort de l'analyse de 220 observations personnelles, pense que ces manifestations pathologiques se répartissent en groupes naturels ou formes cliniques.

On doit admettre une FORME LATENTE, dans laquelle le malade ne présente que les signes propres à la dilatation, sans qu'on puisse relever aucune association symptomatique capable de faire deviner cette dilatation, si on ne la recherche pas systématiquement.

Puis vient une FORME DYSPEPTIQUE, caractérisée par les symptômes ordinaires de la dyspepsie stomacale flatulente ; à cette forme se rattachent un *type gastralgique*, un *type entéritique*, où dominent des alternatives de constipation et de débâcle, — un *type hépatique*, dont les traits principaux sont la congestion douloureuse du foie avec ou sans ictère, prise souvent par les médecins pour la pseudo-gastralgie des malades atteints de lithiase biliaire.

Il existe plusieurs FORMES LARVÉES.

L'une revêt le *type névrosique* (migraines, vertiges, paralysies, névroses psychiques, etc.). — D'autres fois, on rencontre le *type cardiaque* (palpitations, intermittences cardiaques, syncopes, accès angineux et autres accidents assez analogues à l'intoxication des tumeurs), — le *type bronchitique* (bronchites sibilantes, dyspnée, asthme).

Au *type rénal* se rapportent, en premier lieu, l'ectopie du rein droit produite par l'intermédiaire de la congestion du foie, et qui se montre chez des individus dont le thorax est habituellement enserré à sa base dans un corset ou un ceinturon, comme les femmes ou les militaires, puis les urines sédimenteuses chargées d'urates, enfin l'albuminurie.

La dilatation de l'estomac peut encore se cacher sous le masque de quelques dermatoses, l'eczéma notamment, les gourmes qui se montrent souvent chez des enfants à gros ventre. M. Comby a constaté chez les enfants la gourme dans le sixième des cas de dilatation de l'estomac.

Au *type rhumatismal* reviennent non seulement les nombreuses manifestations du rhumatisme articulaire, musculaire, mais aussi la phlébite et les nodosités des deuxièmes phalanges.

Enfin, il faut réserver une place pour un *type consomptif;* celui-ci peut se montrer à l'état *aigu*. On l'a rencontré chez des individus qui sont en proie depuis deux à trois semaines à un affaissement croissant et rapide, à un état de dépression que n'explique pas l'examen organopathique. Pour de tels malades, on a porté le diagnostic peu satisfaisant de fièvre nerveuse ; on a songé à la période de germination d'une tuberculose qui ne s'est pas réalisée. Le type consomptif *chronique* serait applicable à nombre d'individus qui traînent dans les hôpitaux sans diagnostic précis, ou qui sont désignés tour à tour sous la rubrique d'hypochondriaques, de paresseux, de chlorotiques sans souffles vasculaires: chez ces malades on trouve souvent, quand on la cherche, une dilatation de l'estomac.

En constatant cliniquement l'association de tant d'accidents morbides avec la dilatation de l'estomac, M. Bouchard n'a pas quitté le terrain solide des faits. Si maintenant il lui est permis de risquer une hypothèse pathogénique, M. Bouchard proposera une inter-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 17 juin 1884.

©BIU Santé

prétation provisoire de ces coexistences pathologiques. La dilatation de l'estomac existant chez les sept huitièmes des dyspeptiques, et la dyspepsie ne se montrant que chez le tiers des personnes atteintes de dilatation, il est naturel d'admettre que les accidents dyspeptiques, quand ils existent, dépendent de la dilatation. La dyspepsie, une fois engendrée, contribue pour sa part à détériorer l'organisme, et y rend possible et durable la production d'autres maladies.

Mais ce n'est pas uniquement par l'intermédiaire de la dyspepsie que la dilatation de l'estomac trouble la santé. Dans un estomac dilaté, non seulement les fermentations normales de la digestion sont imparfaites, mais les conditions les plus favorables à la production de fermentations parasitaires se trouvent réalisées. Ces fermentations parasitaires excessives ont pour conséquence de développer en quantité considérable non seulement des produits comme les acides lactiques, butyriques, l'indol, le phénol, la triméthylamine, le gaz des marais, mais des alcaloïdes analogues aux ptomaïnes dont M. Bouchard a signalé dès 1882 l'existence dans l'intestin, et plus tard dans les urines.

M. Bouchard a d'ailleurs établi que la matière fécale, prise dans son ensemble, possède un haut degré de toxicité, et que l'injection de 17 grammes de matières fécales par kilogramme d'animal produit des accidents convulsifs.

Les alcaloïdes absorbés à la surface de l'intestin s'éliminent à l'état normal par les urines, quand ils ne sont produits qu'en quantité modérée. Mais, si leur fabrication augmente et que leur élimination soit entravée, leur accumulation dans l'organisme exerce sur la nutrition des éléments anatomiques une influence fâcheuse. Les perturbations apportées ainsi aux actes vitaux des cellules de tout l'organisme se traduisent symptomatiquement par le cortège des accidents morbides passés en revue précédemment. La tendance des produits toxiques accumulés dans l'organisme à s'éliminer par les divers émonctoires, par les surfaces cutanées et muqueuses expliquerait la fréquence des maladies des organes d'émonction, poumons, peau, reins. Ainsi, la fréquence d'un état inflammatoire des reins est attestée par l'existence de l'albuminurie rétractile 13 fois sur 100 (1). Si la dilatation de l'estomac existe dès les premiers temps de la vie, les troubles de la nutrition qui en sont la conséquence jouent peut-être un rôle dans l'apparition du rachitisme, et il ressort des recherches faites par M. Comby que la dilatation de l'estomac se rencontre avec une remarquable fréquence chez les enfants rachitiques.

En remarquant l'association fréquente de la dilatation de l'estomac et de manifestations arthritiques, quelques médecins ont dit que la dilatation de l'estomac était un accident de l'arthritisme; pour éloigner cette opinion, il suffit de noter que la dilatation de l'estomac se rencontre plus fréquemment dans cette partie de la population qui est soignée dans les hôpitaux et qui est, en général, plus épargnée par l'arthritisme.

En résumé, la coexistence de la dilatation de l'estomac et des multiples accidents morbides énumérés plus haut, une fois avérée, ne peut être expliquée que par l'une des trois hypothèses suivantes. Ces maladies sont les causes prédisposantes ou efficientes de la dilatation, — ou elles sont causées par la dilatation, — ou enfin ces maladies et la dilatation sont produites par une cause commune plus générale, telle qu'un état diathésique. On a pu déjà deviner que c'est vers la seconde hypothèse que M. Bouchard incline.

M. Dujardin-Beaumetz: En écoutant cette intéressante communication, j'ai d'abord été frappé de ce qu'il suffisait de substituer au mot dilatation de l'estomac le mot dyspepsie, pour que l'analogie fût complète entre les idées de M. Bouchard et celles que Beau soutint autrefois. Beau avait fait de la dyspepsie la source des accidents morbides les plus variés; il en faisait dériver jusqu'aux diathèses et au cancer même. M. Bouchard, lui, semble accuser de tous les symptômes ordinairement liés à diverses espèces de dyspepsie, une seule forme, celle qui se caractérise par l'atonie de la tunique musculeuse. C'est tomber dans l'exagération opposée à celle qu'a soutenue M. G. Sée, qui voit uniquement, dans toute dyspepsie, un trouble des fonctions chimiques de la digestion.

En second lieu, je regrette que M. Bouchard n'ait pas donné de signes plus précis et plus positifs pour reconnaître la dilatation de l'estomac. L'existence d'un clapotage dans la région épigastrique et ombilicale ne paraît pas suffisante pour établir péremptoirement la réalité d'une dilatation de l'estomac. Plusieurs causes peuvent être invoquées pour expliquer ce clapotage; notamment le défaut de résistance de la paroi abdominale chez certains individus. D'ailleurs, les rapports de l'estomac avec la paroi sont très variables; il peut être abaissé, même sans être dilaté, s'il est refoulé par d'autres

(1) C'est par erreur que dans le dernier numéro il a été question d'albuminurie rétractile comme indice d'un trouble nutritif général; c'est albuminurie NON *rétractile* qu'il fallait. Quant au chiffre de 13 p. 100, il s'applique à l'albuminurie rétractile, celle qui est liée à l'existence d'une néphrite.

©BIU Santé

organes; chez les emphysémateux, par exemple, par suite de l'abaissement du diaphragme. En outre, ne se peut-il que ce bruit de clapotage se passe quelquefois dans le gros intestin, dont les rapports sont si étroits avec l'estomac ?

Ce sont là des points qui m'intéressent d'autant plus que je m'efforce en ce moment d'éclaircir l'obscure question du diagnostic des faux cancers de l'estomac; or, parmi ces faux cancers se placent certains cas de dilatation de l'estomac, mais considérable alors, s'établissant comme conséquence de la gastrite chronique ou d'une sténose pylorique. En dehors de ces cas de véritable et énorme dilatation de l'estomac, ceux que M. Bouchard a observés paraissent répondre à ce que nous appelions jusqu'ici la dyspepsie atonique avec tympanisme, forme de dyspepsie qui se rencontre certainement dans des états pathologiques multiples.

M. Bouchard : Il se peut que, dans quelques cas, le refoulement de l'estomac par une tumeur ou le déplacement d'un autre organe puisse modifier dans une certaine mesure les rapports de l'estomac avec la paroi. Ainsi, la tuméfaction du foie, par exemple, peut expliquer quelquefois l'abaissement de l'estomac. En dehors de ces cas, lorsque j'aurai constaté une augmentation de la zone dans laquelle on trouve le clapotage gastrique, c'est-à-dire au-dessous du milieu d'une ligne abaissée de l'ombilic sur le rebord costal gauche, et à droite de la ligne médiane, lorsque je l'aurai constatée, le malade étant à jeun, et plusieurs fois de suite, lorsque je l'aurai vue persister, malgré le jeûne des liquides pendant plusieurs semaines, et même après des mois, — je me croirai autorisé à dire qu'il existe une dilatation de l'estomac, non pas sans doute cette maladie extraordinaire avec estomac gigantesque qui résulte de la sténose pylorique, mais une dilatation suffisante pour expliquer la production des fermentations excessives dont j'ai parlé à titre d'hypothèse pathogénique.

Je n'ai d'ailleurs pas voulu insister sur la technique du diagnostic de la dilatation, tel n'était pas mon but aujourd'hui; je n'ai jamais dit qu'il n'y eût pas quelque difficulté dans le diagnostic, et je remercie M. Beaumetz d'avoir signalé une cause d'erreur possible relative au clapotage qui peut se produire dans le côlon, mais je lui ferai remarquer que les malades dont je parle sont des gens habituellement constipés, — condition peu favorable à la production de bruit hydro-aérique dans le gros intestin. D'ailleurs, lorsqu'on trouve une zone continue de clapotage depuis la limite inférieure extrême jusqu'au rebord costal, je ne pense pas qu'il soit possible d'admettre une distension pareille du côlon.

Enfin, je n'ai pas dit que la dilatation de l'estomac fût une maladie nouvelle, et n'ai pas voulu substituer simplement, comme on me le reproche, le mot dilatation au mot dyspepsie. C'est de la dyspepsie, quand il y en a, c'est-à-dire 1 fois sur 3 dilatations; mais, 2 fois sur 3, la dilatation ne s'accompagne d'aucun symptôme de dyspepsie. Si je puis concéder que tous les dyspeptiques soient dilatés, je n'admets pas que tous les dilatés sont dyspeptiques. C'est pourquoi j'admets entre la dilatation et la dyspepsie une relation descendante. Je suis venu au nom de la statistique clinique signaler de curieuses relations de coexistence entre la dilatation et un grand nombre d'états morbides. Tel a été mon seul but aujourd'hui.

Si vous me demandez maintenant d'où provient la dilatation, quand elle ne résulte pas de la dyspepsie, je ne puis répondre qu'une chose :

Il y a des estomacs qui sont dilatés depuis l'allaitement et qui, ayant été *forcés* dès le bas-âge, restent dilatés à l'âge de 40 ans.

Il en est de ces estomacs comme de certaines vessies qui, une fois qu'elles ont été forcées par distension, ne peuvent plus revenir sur elles-mêmes et restent perpétuellement dilatées.

L'existence d'une grande et vaste poche stomacale réalise au plus haut degré les conditions propres à accroître les fermentations parasitaires dans le tube digestif et à troubler consécutivement la nutrition de tous les éléments anatomiques. Ce sont les troubles de la nutrition engendrés par ce mécanisme qui se traduisent probablement par les manifestations morbides multiples dont j'ai montré la coexistence avec l'état de dilatation. Est-ce là de la dyspepsie? Je ne sais, et n'ai pas à trancher cette question.

M. Dujardin-Beaumetz : Moi, j'entends par dyspepsie stomacale, — car je laisse de côté les troubles digestifs qui ont été qualifiés de dyspepsie intestinale, — tout ce qui vient modifier la digestion stomacale, la ralentir ou l'altérer. Quand ce sont les fonctions propres à la muqueuse, les sécrétions de ses glandes qui sont troublées, je dis qu'il y a dyspepsie putride. Mais, toutes les fois que la couche musculaire n'est plus capable, par suite de la perte de sa puissance contractile, d'accomplir le rôle qui lui est

©BIU Santé

dévolu, je dis encore qu'il y a dyspepsie, dyspepsie atonique. Je crois donc que la dilatation habituelle de l'estomac est une variété de dyspepsie, et que tous les malades observés par M. Bouchard étaient des dyspeptiques.

M. Bouchard : Non, dans le tiers des cas seulement.

M. Dujardin-Beaumetz : Si! les autres étaient des dyspeptiques aussi, mais dont la dyspepsie se traduisait surtout par des phénomènes généraux, nerveux ou autres.

M. Bouchard : Je crois qu'il ne convient pas d'appeler dyspeptiques des gens qui n'accusent aucun trouble des fonctions digestives, uniquement parce qu'on constate chez eux les signes de la dilatation.

M. Dujardin-Beaumetz : C'est parfait ; mais cela prouve qu'il y a des hommes qui digèrent convenablement avec un estomac dilaté, comme les ouvriers qui, avec un mauvais outil, font d'excellente besogne.

M. Dumontpallier : Ayant eu le regret d'arriver après le commencement de la communication de M. Bouchard, je me contenterai de lui adresser certaines critiques. En l'entendant énumérer les maladies qui, d'après lui, seraient consécutives à la dilatation de l'estomac, j'ai été étonné de la faible proportion de la plupart de ces maladies ; c'est souvent avec une fréquence de 2 ou 3 p. 100 qu'il a rencontré les états morbides coexistants. De si faibles chiffres sont-ils suffisants pour établir une relation de cause à effet entre la dilatation et les états morbides en question?

Je m'attendais en outre à ce que M. Bouchard, qui s'est occupé, d'une manière toute spéciale, de l'étude des diathèses, nous apprit quelle était la cause, diathésique ou autre, d'où résulte cette dilatation, si grave par ses conséquences. C'est même cet espoir qui m'a fait écouter jusqu'au bout sa savante lecture. J'admets volontiers avec lui que l'estomac peut être forcé dans certains cas, comme il l'a dit heureusement en rappelant l'ingénieuse expression appliquée au cœur par Trousseau ; mais, je regrette qu'il ne m'apprenne pas pourquoi il y a des gens dont l'estomac se laisse ainsi forcer, tandis que chez d'autres l'estomac conserve sa contractilité, et en outre, je regretterai qu'il n'ait pas parlé du traitement qui doit guérir cette dilatation.

M. Bouchard : Je ne dédaigne pas le traitement, dont j'ai parlé ailleurs qu'ici. Quant à l'étiologie, mon intention n'était pas d'en parler, parce que cette recherche me semblait s'écarter du sujet que j'avais choisi aujourd'hui ; mais, puisque M. Dumontpallier m'y oblige, je lui dirai ce que je sais sur ce point, — au risque de lui faire regretter encore plus d'être resté si longtemps à m'écouter pour apprendre si peu de chose. — L'estomac reste dilaté, quand il a été distendu anormalement, c'est-à-dire soit trop, soit trop longtemps, soit trop souvent par suite d'écarts hygiéniques. Chez l'enfant un allaitement maladroit, l'ingestion trop fréquente de lait, un lait trop vieux et indigeste, la substitution au lait d'aliments grossiers ; chez l'adulte, l'habitude de manger précipitamment sans broyer assez les aliments, de manger avec excès, ou d'introduire un repas dans l'estomac quand le précédent n'est pas encore digéré ; voilà autant de causes, et il en est encore d'autres, qui engendrent la dilatation de l'estomac.

M. Dumontpallier : Mais bien des gens sont soumis à l'action de ces mêmes causes et ne voient pas pourtant leur estomac se dilater ; cela revient à dire qu'il y a des gens qui ont un bon estomac et d'autres un mauvais. Les anciens médecins disaient que les enfants qui rejettent le lait, c'est-à-dire qui en prennent jusqu'à ce que leur estomac en soit trop plein, se nourrissent bien ; je ne dis pas que ce soit mon avis ; mais enfin..... beaucoup de médecins sont amenés à subir les écarts d'hygiène alimentaire dont vous parliez, et cependant ne s'en trouvent pas plus mal. Je m'attendais donc à ce que M. Bouchard fît intervenir dans l'étiologie un autre élément, les diathèses, ou l'influence du système nerveux, par exemple, pour expliquer comment, soumis à l'action des mêmes causes mécaniques, certains estomacs se laissent dilater, tandis que d'autres résistent à la dilatation.

— La séance est levée à cinq heures trente.

P. L. G.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 6 au 12 Juin 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 956. — Fièvre typhoïde, 23. — Variole, 2. — Rougeole, 34. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 46. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infec-

CHIU Santé

tions puerpérales, 11. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul). aiguë), 40. — Phthisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affection générales, 48. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchites aiguës 21. — Pneumonie, 55. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 45 ; au sein et mixte, 20 ; inconnues, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 88 ; circulatoire, 76 ; respiratoire , 65 ; digestif, 48 ; génito-urinaire, 18 ; de la peau et du tissu lamineux, 3 ; des os, articulat. et muscles, 7. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 3.

La mortalité parisienne, qui n'a cessé de diminuer depuis six semaines, s'est abaissée encore pendant la semaine dernière. Le service de Statistique, n'a compté que 956 décès au lieu de 1,022, qui avaient été enregistrés pendant la semaine précédente.

En ce qui concerne les maladies épidémiques, la comparaison des chiffres des dernières semaines, fait ressortir les différences suivantes :

Une atténuation notable de la mortalité par Fièvre typhoïde (23 décès au lieu de 33), qui présente toujours des chiffres peu élevés, pendant le mois de juin.

La Variole, continue à être rare (2 décès cette semaine et point de décès pendant la semaine dernière). Cependant nous avons déjà eu occasion de mentionner une épidémie locale qui s'était développée dans les quartiers de Grenelle et de Necker. Un médecin de ce quartier nous signale encore de nombreux cas de varioloïde ; aucun d'eux, heureusement, n'a été jusqu'a présent mortel.

La Rougeole (34 décès au lieu de 33), continue à être fréquente, quoique fort atténuée depuis six semaines. La Scarlatine (4 décès au lieu de 3) et la Coqueluche (11 décès au lieu de 9) continuent à être rares.

La Diphthérie reste à l'état stationnaire (46 décès au lieu de 42). Les quartiers sur lesquels cette maladie redoutable frappe avec le plus de constance sont la Roquette (2 décès cette semaine), Sainte-Marguerite (1 décès), la Maison-Blanche (2 décès) et enfin, depuis quelques semaines, le quartier de la Muette qui, d'ailleurs, ne présente cette semaine que 1 décès. Dans le même arrondissement, le quartier des Bassins en compte 2.

On ne peut s'empêcher de remarquer le nombre relativement élevé (11 décès au lieu de 6) de décès par Fièvre puerpérale, qui ont eu lieu cette semaine.

Le nombre des décès par Bronchite (21 au lieu de 27) et par Pneumonie (55 décès au lieu de 67) s'est notablement abaissé.

L'Athrepsie des jeunes enfants a subi une légère diminution (70 au lieu de 80).

Le service de la Statistique municipale a enregistré pendant cette semaine 413 mariages et 1,201 naissances d'enfants vivants (601 garçons et 600 filles) dont 852 légitimes et 349 illégitimes. Parmi ces derniers, 73 ont été reconnus immédiatement par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Congrès périodique international des sciences médicales (huitième session). — Copenhague. — Ce Congrès se tiendra, comme il a été déjà annoncé, du 10 au 16 août porchain, dans la capitale du Danemark, sous la présidence du professeur Panum. Le secrétaire général du comité d'organisation, le professeur C. Lange, recevra jusqu'au 1er juillet l'indication des communications à faire dans les séances de sections. Il se met de même à la disposition des membres du Congrès qui voudront s'adresser à lui avant le 20 juillet pour s'assurer un logement.

Nous extrayons du règlement les articles suivants :

Art. 2. — Les médecins approuvés qui se seront fait inscrire et auront retiré leur carte d'inscription feront partie du Congrès comme membres ordinaires. D'autres savants, s'intéressant aux travaux du Congrès, pourront y être admis en qualité de membres extraordinaires.

Au moment de leur inscription, les membres du Congrès verseront une somme de 20 couronnes (27 fr. 80), en échange de laquelle ils recevront un exemplaire du compte rendu des travaux de la session.

On pourra se faire inscrire au bureau du Congrès (bâtiment de l'Université) le 9 août, de neuf à dix heures, le 10 août, de neuf à onze heures du matin, et les jours suivants, de huit à neuf heures du matin. On est également admis à se faire inscrire d'avance en envoyant sa co[illegible] au secrétaire général, avec l'indication de ses nom, profession et domicile.

©BIU Santé

Art. 3. — Les travaux du Congrès auront un caractère exclusivement scientifique.

Art. 4. — Les travaux du Congrès seront répartis en quatorze sections. Au moment de leur inscription, MM. les membres indiqueront la section ou les sections dont ils désirent faire partie de préférence.

Art. 6. — Le Congrès se réunira tous les jours en sections et en séances générales.

Quelques réunions extraordinaires consacrées à des conférences sur des sujets d'un intérêt général auront lieu de huit heures à neuf heures et demie du soir.

Art. 7. — Les séances générales seront consacrées:

1° A des discussions sur l'œuvre et les intérêts du Congrès en général;

2° A des discours et à des communications d'un intérêt général.

Art. 8. — Dans les sections, les questions et sujets déterminés par le comité d'organisation seront exposés par des rapporteurs, qui ont bien voulu accepter cette mission, sur l'invitation du comité.

Les conclusions des rapporteurs seront discutées conjointement avec les communications annoncées sur le même sujet ou des sujets connexes. En outre, des communications sur d'autres sujets, annoncées par des membres de la section et acceptées par le comité d'organisation, pourront être mises en discussion, si le temps le permet. Le bureau de la section décidera de l'admission et du rang d'inscription à l'ordre du jour des propositions dont il s'agit.

Art. 9. — Les conférences à faire dans les séances générales ou dans les réunions extraordinaires du soir sont réservées aux membres qui y seront invités par le comité d'organisation.

Art. 10. — Tous les travaux lus dans les séances générales ou dans les sections devront être déposés sur le bureau avant la levée de la séance. Le comité d'organisation décidera de leur insertion totale ou partielle ou de leur élimination du compte rendu officiel.

Quant aux discussions, elles seront reproduites dans le compte rendu, à la condition que les membres qui y auront pris part remettent, avant la fin du jour, un résumé de leurs discours à MM. les secrétaires.

Art. 11. — Le français, l'allemand et l'anglais sont les langues officielles du Congrès. Les règlements, programmes et résumés des rapports qui paraîtront avant l'ouverture de la session seront publiés en ces trois langues.

Les communications du comité qui ne pourraient être faites dans les trois langues auront lieu en français.

Voici maintenant quelques renseignements qui pourront être utiles:

De Paris, on arrive à Copenhague, en passant par Cologne, Hambourg, en 36 heures (*vid* Kiel, Korsœr, 6 heures sur mer), ou en 48 heures (*vid* Fredericia, Nyborg, Korsœr, 2 heures sur mer).

En quittant Paris le 7 août, à 10 heures 45 du soir, on sera donc à Copenhague le 9 août, à 10 heures 30 du matin, par Kiel, ou à 10 heures 30 du soir, par Fredericia, Nyborg.

Le gouvernement danois et la Compagnie générale des bateaux à vapeur ont accordé aux membres du Congrès des billets de retour gratis de Copenhague jusqu'aux frontières du Danemark (Kiel, Fredericia).

A la station d'arrivée du chemin de fer Korsœr-Copenhague, il sera établi un bureau où MM. les membres sont engagés à s'adresser, à leur arrivée à Copenhague, pour des renseignements sur leurs logements. Pour toutes autres informations, s'adresser au bureau central du Congrès, à l'Université, place Notre-Dame (Frue Plads).

ASSISTANCE PUBLIQUE. — L'administration de l'Assistance publique a décidé la construction prochaine, à l'hôpital Trousseau, d'un amphithéâtre pour les cours et les opérations.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort, à Nemours, de M. le docteur Goupil des Pallières, correspondant de l'Académie de médecine depuis 1825. M. le docteur Goupil, qui était âgé de quatre-vingt-sept ans, avait épousé en secondes noces Mlle Sainte-Claire Deville, sœur des deux membres de l'Académie des sciences.

PERSONNEL MÉDICAL DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Le Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du Ve arrondissement que, le dimanche 6 juillet 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 18, passage des Deux-Sœurs.

BIU Santé

Sommaire

I. Barthélemy : Guérison rapide du chancre simple. — II. Armand Sirdey : Instruction sur le mode de conservation des pièces anatomiques destinées à être examinées au microscope. — III. Bibliothèque. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Thèses de doctorat. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton.

Guérison rapide du chancre simple.

Les chancres simples, résultats d'une infection toute locale, d'une infection régionale, ont une durée variable, mais toujours relativement longue. Quelques-uns guérissent en 15 jours, c'est l'exception ; la plupart ne cèdent que dans l'espace de 4 à 6 et même 8 semaines ; un certain nombre, même dépourvus de tout phagédénisme, persistent pendant 3 ou 4 mois s'ils ne sont pas traités.

Cette longue durée de ces lésions ulcéreuses a provoqué maintes tentatives thérapeutiques. On peut même dire qu'il y a eu à ce sujet un véritable encombrement de topiques, et que le médecin qui, désireux de recourir au meilleur traitement, ouvrait un dictionnaire, éprouvait, pour faire son choix, un réel embarras.

Les recherches de Ricord avaient élucidé la question. Après bien des tâtonnements, l'illustre chirurgien donna la préférence au nitrate d'argent, mais dissous dans la proportion d'un gramme pour trente grammes d'eau. Plus concentrée, la solution est irritante ; moins forte, elle n'agit pas. Depuis cette époque, Fournier préconisa aussi le nitrate d'argent ; c'est à la solution au 30e qu'il a recours dans son service, et l'usage de cette solution se répandit de plus en plus.

Après la solution de nitrate au 30e, Ricord et Fournier recommandèrent le tartrate ferrico-potassique à la dose de 10 grammes pour 100.

D'autre part, on dirigeait contre le chancre simple les vertus antiseptiques de l'iodoforme (th. de Martain, Paris 1852 ; — Laillier, expériences de Lourcine, 1859 ; — Besnier, *Bulletin de thérapeutique*, 1867) et l'on constatait que ce topique était « tantôt merveilleux, tantôt inerte ».

Ces trois médicaments se partageaient à juste titre la confiance des praticiens ; toutefois la guérison n'était obtenue que dans les délais, signalés plus haut, de 4 à 5 semaines en moyenne.

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON

V

Les légendes religieuses ont inspiré plusieurs peintres, et fourni quelques bons tableaux : le *Saint Rémi* de M. Primois (n° 1982) a l'air d'un bien brave homme, et l'on comprend que son aspect débonnaire donne confiance aux oiseaux du ciel, qui viennent manger dans sa main. *Saint Marin de Dalmatie*, selon M. Silbert (n° 2213), fait mieux encore que charmer les oiseaux ; c'est un ours qui le suit paisiblement, portant sur son dos un bagage choisi avec esprit parmi les accessoires professionnels qu'un saint peut emporter en voyage. De plus fort en plus fort, voici enfin le *Miracle des roses* de M. Duez (n° 829), gracieuse histoire que le peintre a traduite en un très bon tableau ; les figures de saint François d'Assises et de ses compagnons sont bien modelées, bien posées, et font relief sur la campagne couverte de neige.

Moins heureux que les précédents, qui charment les oiseaux, apprivoisent les ours et transforment les épines en roses, le *Saint Julien l'Hospitalier* de M. Dinet (n° 794) se voit fermer les portes et jeter des pierres dans les villages où il passe en mendiant sa vie ; il a, en effet, une expression mélancolique et résignée, tandis que les femmes et les enfants s'éloignent épouvantés. On regarde ce tableau avec plaisir, et l'on se rappelle en le voyant une des œuvres les plus vigoureuses de Gustave Flaubert.

©BIU Santé

Aussi, les essais thérapeutiques se renouvelèrent-ils sans relâche. On dirigea contre la virulence chancrelleuse tous les antiseptiques nouveaux. Je signalerai seulement les expériences de Vidal avec l'acide pyrogallique ; celles d'Aubert (de Lyon), au moyen de la chaleur et de l'eau chaude ; celles de Leblond et de Tissiaux qui obtinrent, par la résorcine, la guérison du chancre simple, en moyenne au bout de 23 jours alors que la solution de nitrate ne guérit qu'en 25 à 28 jours et l'iodoforme en 32 jours. Or, voici venir d'Autriche un moyen de guérison beaucoup plus rapide. Certes, les résultats ne doivent pas être admis sans contrôle. Toutefois, on peut dire que la médecine viennoise nous a habitués à prendre au sérieux ses déclarations ; d'autre part, on trouve une garantie dans le nom du signataire de l'article auquel je fais allusion, Hans von Hebra. Certes, je ne fais aucune difficulté d'avouer que les résultats proclamés me font tout d'abord penser à une série exceptionnellement heureuse ; mais je pense que, du moment qu'il s'agit de guérir les chancres simples *en quelques jours*, il est urgent que des expériences soient instituées par les médecins français afin de s'assurer de la réalité de tels succès et d'en faire profiter sans retard les malades. C'est en effet en 4 ou 6 jours que, selon l'article du n° 14 de la *Wiener medicinische Presse*, le docteur Hebra fait disparaître les chancres simples. Le topique employé est l'*acide salicylique*. D'ordinaire « il suffit de 2 ou 3 jours pour détruire la virulence de l'ulcération ; dès lors, la perte de substance se comble par l'application d'une pommade indifférente en 24 ou 48 heures. »

Le procédé du médecin de Vienne est le suivant :

Il commence par nettoyer bien soigneusement la verge avec de l'eau tiède et par faire disparaître les croûtelles, les parcelles de pus concret, ainsi que toute trace des topiques qui ont pu être antérieurement appliqués ; il se sert pour cela d'huile et d'esprit de savon. Ces précautions ne sont pas sans importance, à cause de la facilité avec laquelle l'acide salicylique se combine avec les métaux. Dans le cas particulier, le plomb, le zinc et le mercure, si souvent employés en vénéréologie, pourraient former, par leurs combinaisons salicylées, de violents caustiques.

Sur la verge ainsi détergée et séchée, on applique l'acide salicylique de manière à recouvrir seulement le chancre et une mince zone immédiatement voisine. Il faut, en effet, tâcher de préserver la peau saine de toute

---

Les chevaux de M. Veyrassat (nos 2373 et 2374) sont de vieilles connaissances, car ils n'ont guère changé depuis que l'auteur les a adoptés comme unique sujet de toutes ses expositions ; ils sont d'ailleurs toujours aussi bien peints et aussi vrais, avec leurs pompons rouges et leur robe gris-pommelé. Personne ne travaille aussi consciencieusement que M. Veyrassat à l'entretien de cette forte race de percherons, et il a la satisfaction de voir son élevage réussir à coup sûr.

Ce n'est plus les intérêts de l'agriculture que sert M. Bayard dans son *Affaire d'honneur* (n° 136), mais bien la grosse question de l'émancipation de la femme ; et il ne se contente pas de l'armer d'un bulletin de vote pour la conduire au scrutin, il lui met l'épée à la main et la mène tout droit sur le terrain. Fantaisie si l'on veut, mais fantaisie amusante que ce duel entre femmes ; les deux champions semblent bien de force à en découdre pour de bon, mais on espère que les témoins interviendront à temps, et le public lui-même s'interposerait volontiers, pour sauver de la bagarre les torses de ces dames, qui appellent d'autres contacts que celui du fer.

L'affaire s'arrangera au premier sang, espérons-le, tandis qu'il y a peu d'espoir après le *Dernier Rendez-vous* de M. Carrier-Belleuse (n° 454). Les lettres d'amour, déchirées, jonchent le sol comme des feuilles mortes ; la femme s'éloigne emportant la conviction que c'est fini, bien fini, et le jeune officier baisse la tête, accablé par la pénible négociation de cette rupture. Il aura, pour se consoler, les caresses intelligentes de son beau chien, qui a déjà compris de quoi il s'agit, et avec lequel il pourra parler de l'absente sans craindre que ce confident intime le trahisse jamais.

Plus lamentable encore est la séparation que nous montre M. Dupray dans son *Départ incognito* (n° 852). Sans apprêts ni mise en scène, c'est une page d'histoire qu'on ne peut

©BIU Santé

irritation capable de favoriser les auto-inoculations. On maintient en place la poudre salicylée au moyen d'une mince couche d'ouate, et on fixe le tout par un anneau d'emplâtre adhésif. Si la suppuration n'est pas très abondante, il suffit de renouveler le pansement une fois toutes les vingt-quatre heures; dans le cas contraire, on fera un pansement matin et soir, en ayant soin de laver chaque fois les plaies avec attention.

Dès la fin du premier jour, on peut remarquer que l'ulcération se recouvre d'une eschare blanchâtre, tandis que les parties les plus voisines sont un peu plus rouges; que la rougeur augmente dans une proportion égale à la zone de peau saine qui a été mise en contact avec la poudre. Dès le troisième jour, l'eschare est assez puissante pour guérir, bien qu'elle soit insuffisante pour perforer; dès lors, on cesse l'application de la poudre, qu'on remplace par de la crème céleste ou de l'axonge étendue sur une bandelette de toile. On emploie ensuite, comme plus haut, l'ouate et l'emplâtre adhésif. Habituellement, l'eschare tombe après une demi-journée, et laisse à sa place une plaie simple, dépourvue de virulence, qui ne prend pas plus de deux ou trois jours pour se réparer complètement.

On remarquera, ajoute Hebra, que par ce procédé la complète guérison se fait en quatre à six jours, c'est-à-dire tout autant de jours qu'on employait ordinairement de semaines. Il est d'ailleurs évident que la guérison sera obtenue d'autant plus promptement que les chancres seront plus petits, et que sera plus court le temps écoulé depuis la contamination. D'ailleurs, ni le nombre, ni l'âge des chancres, soit que ceux-ci aient été créés simultanément ou successivement, n'ont d'influence sur la durée de la cure. Tout au plus peut-on remarquer que, en cas d'auto-inoculation, le plus ancien des chancres, celui qui a donné naissance aux autres, est aussi celui qui exige un jour ou deux de plus pour sa guérison.

Cette méthode thérapeutique agit sans causer de douleur. C'est à peine si parfois, lors de la première application, le malade ressent une légère brûlure; la cuisson n'est intense que lorsqu'on a appliqué l'acide salicylique sur une trop grande étendue de tissus sains. En outre, cette méthode comporte une grande propreté. Aussitôt après l'application de la poudre, qu'on étale avec grande facilité au moyen d'une curette, la suppuration cesse et le peu de pus qui se forme est aussitôt absorbé par l'ouate qui prévient les auto-inoculations successives.

---

regarder sans émotion, tant sont poignants et cruels les souvenirs qu'elle évoque. Nous sommes au 5 septembre 1870, l'empire n'a sombré que depuis quatre jours, et déjà l'impératrice ne compte plus, et n'a pour la saluer, quand elle part pour l'exil, que le jardinier et la femme de chambre de M. Evans, qui se détournent à peine de leur besogne matinale en voyant monter en voiture leur souveraine de la veille. Les malheurs et les ruines allaient vite dans ce temps-là !

M. José Frappa a pour les moines la même affection exclusive que M. Veyrassat pour les chevaux de halage. Il nous a déjà montré des capucins dans toutes les postures où il a pu s'en égayer décemment; il est bien entendu que ses moines sont toujours les cordeliers ventrus et bons vivants des *Contes* de La Fontaine. Cette année-ci, c'est la *Chute du Sommelier* (n° 972), un sommelier qui a abusé de la dégustation en allant chercher du vin à la cave, et qui tombe à la renverse en remontant les escaliers. Excellente peinture, d'une intention inoffensive, mais d'un goût..... particulier; au surplus, le goût de pas mal de gens, car certaine catégorie du public commente joyeusement le tableau de M. Frappa, et il est rare qu'on n'entende pas dans les groupes quelque dilettante s'écrier : « Oh! oh! regard' donc! Il est rien rigolo, çui-là! » Un moine qui a trop bu et ne tient plus sur ses jambes, si ce n'est pas le dernier mot de l'art, c'est du moins le comble du rigolo.

Les visiteurs de cette opinion se trouveraient certainement parmi les politiciens que que M. Jean Béraud nous montre réunis *A la salle Graffard* (n° 181). Cette scène de la vie électorale des Parisiens est remplie de bonne humeur, et les types en sont autant de portraits pris sur le vif. Orateurs et auditeurs débordent de conviction, et l'on devine les apostrophes qui doivent s'entrecroiser à travers la fumée des pipes.

©BIU Santé

Mais l'avantage le plus important et le plus précieux du pansement salicylé des chancres simples consiste dans la suppression ou l'avortement des adénites suppuratives, des bubons chancrelleux. Le docteur Hebra affirme, en effet, qu'aucun des nombreux chancres simples qui ont été traités par lui au moyen de l'acide salicylique ne s'est compliqué ni de suppuration ni même de tuméfaction ganglionnaire. Est-ce heureux hasard? Est-ce action spéciale de l'acide salicylique? C'est ce que l'avenir décidera.

Dans un seul cas, Hebra eut à traiter un malade dont les ganglions inguinaux présentaient une sensibilité exagérée et un volume anormal. Il pense avoir eu affaire à un bubon imminent; or, après deux jours d'application de la poudre salicylée, la douleur disparut ainsi que la tuméfaction du ganglion.

La suppression du bubon chancrelleux ne me paraît pas démontrée par ce fait; car on sait qu'il arrive souvent que le repos fait disparaître les adénopathies simples développées à l'occasion de chancrelles; ensuite, même suppurés et ouverts à l'intérieur, les bubons inguinaux qui accompagnent les chancres simples de la verge, ne sont pas constamment virulents. Ce fait reste donc à prouver.

Quoi qu'il en soit, H. von Hebra publie, à l'appui de l'heureuse et rapide influence de son procédé, plusieurs observations suivies et détaillées.

Cette assertion, je le répète, mérite d'être contrôlée en raison du nom de celui qui l'a produite, en raison aussi de l'importance des résultats. De ceux-ci on peut se rendre compte en considéranl le nombre de semaines pendant lesquelles sont contraints de rester couchés les malades atteints de bubons suppurés; le nombre des malades qui, porteurs de chancres simples, ne peuvent être traités chez eux et se présentent, mais en vain — faute de lits vacants — à la porte des hôpitaux; enfin, le nombre d'inoculations accidentelles qu'évitera une promptitude aussi grande de la guérison.

Dr Barthélemy.

Instruction sur le mode de conservation des pièces anatomiques destinées à être examinées au microscope.

Ceux de nos confrères à qui il arrive, de temps à autre, de demander secours aux histologistes pour les éclairer sur la nature d'un tissu morbide,

---

M. Escalier nous en montre un fort beau, le long duquel se déroulent de charmants personnages, bien costumés et pleins de mouvement. Cela s'appelle la *Bonne Aventure* (n° 897), et la meilleure aventure que je voie dans cette affaire, c'est un tableau excellent, d'une exécution aussi élégante que la composition en est ingénieuse. Il paraît que c'est un panneau décoratif pour un vestibule; le vestibule qui contiendra une si jolie chose fera du tort au salon, où il ne sera permis de mettre que des chefs-d'œuvre.

On pourrait même s'en tenir au vestibule, si l'on pouvait y faire tenir aussi les superbes fleurs que M. Cesbron intitule : *Métempsychose* (n° 475). Ce sont « nos cendres inertes » que la nature reprend, selon Théodore de Banville, « pour en faire des forêts vertes et des bouquets resplendissants ». Le bouquet de M. Cesbron est bien resplendissant, et sans y voir absolument un effet de la métempsychose, on y voit une très poétique interprétation de la nature, ce qui se passe d'explication.

C'est l'art et l'industrie venant au secours de la nature que représente M. Horace de Callias dans la *Petite Sœur* (n° 429). Sous une allée d'arbres aux branchages noueux, une grande sœur garde sa petite sœur, couchée dans une voiture d'enfant, et se livrant à une occupation dont elle paraît s'acquitter assez mal. Elle tient entre ses lèvres inexpérimentées l'embouchure d'un biberon, et tout fait supposer qu'au lieu d'aspirer comme il faudrait, elle souffle dans son biberon comme dans une trompette. A moins que le gonflement des joues du nourrisson ne témoigne au contraire des excellents résultats de la nourriture au biberon. Ce biberon est sans doute du meilleur système, et peut-être lirons-nous quelque jour une réclame dans ce goût, dont je serais heureux de fournir dès aujourd'hui le texte aux intéressés : « Tout le monde a remarqué, au dernier Salon, le ravissant tableau de M. de Callias, et l'état de prospérité de l'enfant,

©BIU Santé

sont souvent très embarrassés sur le premier traitement qu'ils doivent faire subir à la tumeur qu'ils viennent d'enlever, à la pièce qu'ils ont recueillie dans une autopsie, avant de l'envoyer au laboratoire. La note suivante leur est destinée ; elle leur évitera bien des mécomptes.

Tous ceux qui ont fréquenté les laboratoires d'histologie ont pu se rendre compte du nombre considérable des pièces anatomiques qui sont perdues en raison du mauvais état dans lequel elles nous parviennent. Qu'il s'agisse de fragments de tumeurs provenant d'une opération chirurgicale ou de viscères recueillis dans une autopsie, les pièces offertes aux histologistes sont souvent impropres à toute étude, tantôt parce qu'elles sont déjà putréfiées, tantôt parce qu'elles ont été plongées dans les réactifs les moins appropriés. Ces inconvénients sont encore exagérés pendant l'été, le temps réglementaire qui précède les autopsies ayant souvent suffi à la putréfaction des éléments.

C'est pour essayer de mettre fin à cet état de choses que M. le professeur Cornil a vulgarisé dans une note récente les instructions élémentaires concernant la façon de recueillir et de transporter les pièces anatomiques ou les humeurs que l'on veut soumettre à l'étude histologique.

Nous allons résumer brièvement les points les plus importants de cette intéressante notice.

I. — *Pièces chirurgicales et anatomiques.* — Dès qu'une tumeur est enlevée, il faut détacher, avec un rasoir ou un bistouri, quelques fragments choisis au centre et à la périphérie de la tumeur. Ces fragments ne doivent pas dépasser 1 centimètre cube environ, et la surface de section sera aussi nette que possible ; de plus on s'abstiendra de presser ou de malaxer les régions où l'on veut faire porter ces coupes.

Les fragments recueillis, on les plonge dans un liquide approprié et représentant par sa masse vingt fois environ le volume des pièces de manière à faciliter l'imbibition de celles-ci. De plus on doit suspendre les pièces. On place au fond du vase du coton ou une petite éponge.

Le flacon sera bouché à l'émeri autant que possible, ou s'il ferme avec un bouchon de liège, celui-ci sera paraffiné et recouvert de cire pour prévenir les moisissures. Il est indispensable que le volume du flacon corresponde à celui des pièces qu'il doit contenir, et que son ouverture permette de les faire entrer sans pression.

Le choix du liquide varie avec les indications à remplir : s'il s'agit d'une *tumeur charnue* (épithéliome, carcinome, sarcome, myome, myxome, etc.), on peut employer l'alcool à 90° ou la liqueur de Müller (*20 gr. de bichromate de potasse, 10 gr. de sulfate de soude pour un litre d'eau*).

L'*alcool pur* à 90° convient pour presque tous les cas où l'on veut obtenir des coupes

---

« qui en était le principal sujet. Ce que l'on ne savait pas, et ce qu'il est bon de faire « connaître, c'est que le biberon employé par la petite sœur est celui de la Maison « Tournelait, renommé pour la simplicité de sa construction et sa facilité d'entretien. »

***

Mais il faut se hâter et accélérer cette dernière promenade, en laissant derrière nous encore bien des richesses. Un mot cependant pour les deux paysages de M. Japy, *Après l'orage* et *Matinée de mai* (nos 1274 et 1275). Un mot aussi, faute de mieux, pour les *Chérifas* de M. Benjamin Constant (n° 588), si langoureuses et si vraiment orientales, dans la tiédeur et le demi-jour du harem. Voici encore, en passant, le *Portrait de Mlle Zucchi*, par M. Clairin (n° 540), une pirouette en peinture, et les plâtres accumulés par M. Dantan dans son *Atelier de moulage* (n° 653), que l'on prendrait de loin pour un pavillon de l'école pratique, avec une collection de pièces anatomiques. Enfin, avant de partir, un coup d'œil sur le palier qui précède le salon carré, pour le tableau de M. Hynais (n° 1246), représentant les Tchèques unissant leurs efforts et apportant ce qu'ils ont de plus précieux pour élever un temple à la muse nationale. C'est un projet de rideau destiné au théâtre national de Prague, et toutes les représentations se termineront bien sur lesquelles descendra un rideau d'une aussi heureuse inspiration.

***

Les gardiens se modèrent dans leurs menaces d'expulsion, et nous avons le temps de voir un peu la sculpture, en cheminant tout doucement vers la sortie.

©BIU Santé

de ces tumeurs. Si l'on se propose au contraire de les dissocier ou de les traiter au pinceau, on emploie un mélange de *2 parties d'eau pour 1 partie d'alcool à 90°*.

La liqueur de Müller est préférable si l'on veut conserver le sang que contiennent les vaisseaux (dans les tumeurs érectiles par exemple).

II. — Ce que nous venons de dire des *pièces chirurgicales* s'applique également aux *pièces anatomiques*. Celles-ci seront recueillies aussitôt qu'on le pourra et plongées dans l'alcool ou dans la liqueur de Müller. Si l'on veut étudier les lésions de l'estomac, il sera bon de faire, à une époque aussi rapprochée que possible de la *mort dûment constatée*, des injections de liqueur de Müller à l'aide d'une sonde œsophagienne.

L'alcool pur à 90° convient pour tous les viscères. Mais la liqueur de Müller est préférable pour le rein et le foie.

L'alcool ou l'acide picrique (en solution concentrée) seront choisis de préférence pour les poumons. La rate, les ganglions lymphatiques seront plus avantageusement placés dans le mélange d'alcool et d'eau à 1/3.

Les muscles s'arrangent de tous les réactifs. Le tissu osseux exige des solutions saturées d'acide picrique (on prend soin de laisser des cristaux d'acide picrique en excès dans la solution), les fragments de 1 cent. sur 0,5 millim. y sont décalcifiés en une semaine environ.

Mais si l'on veut étudier dans tous leurs détails les altérations des cellules du foie, du rein, de la peau, etc..., il faut avoir recours à des solutions d'acide osmique à 1/100, dans lesquels on place *de très petits fragments* de ces organes. Pour que l'action de l'acide osmique se manifeste partout, les fragments ne devront pas avoir plus de 1/2 cent. à 1 cent. de long, sur 2 à 3 millimètres dans les autres dimensions.

Enfin, le système nerveux doit être l'objet d'une sollicitude particulière. Les petits rameaux nerveux, les tumeurs contenant des nerfs seront placés par petits fagments dans l'acide osmique.

La moelle, enlevée sans tiraillements et sans malaxations, sera placée dans une solution de bichromate d'ammoniaque à 4 ou 5 p. 100. Il en sera de même pour le cerveau.

Pour examiner les méninges avec la substance cérébrale, on enlève, à l'aide d'un rasoir, le sommet d'une ou de plusieurs circonvolutions avec la pie-mère qui les recouvre, et on place le tout dans l'alcool.

De très petits fragments de moelle ou de cerveau peuvent être placés dans l'acide osmique, si l'on veut étudier les fines altérations des cellules.

III. — Pour les humeurs dans lesquelles on veut rechercher des microbes, il suffit d'opérer de la façon suivante : on recueille une goutte du liquide que l'on étale sur une lamelle de verre, puis on la recouvre d'une autre lamelle. On sépare les lamelles en les faisant glisser, puis on les sèche à l'air ou à la lampe, et on les soumet ensuite aux réac-

---

Signalons un bon buste de M. Fauvel, par M. Le Duc (n° 3675); le *Sauveteur*, de M. Monbur (n° 3757), bonne étude bien campée; l'*Aurore*, de M. Delaplanche (n° 3447), qui monte en soulevant les voiles de la nuit, dans une attitude bien favorable à l'effet général et au développement des lignes.

M. Morice expose six bas-reliefs en bronze (n°s 3773 et 3774), probablement destinés au piédestal de la statue de la République, et qui peuvent passer pour des modèles du genre. Ce sont autant de tableaux animés, où ressortent vivement les principaux épisodes de la grande époque. Le talent considérable de M. Morice continue dignement les traditions artistiques de la ville de Nîmes, sa patrie.

Le *Mirabeau*, de M. Granet (n° 3565), a une belle pose et un beau mouvement; ce sera une statue remarquable, quand elle aura revêtu la forme définitive sous laquelle elle doit être érigée au Bignon-Mirabeau (Loiret). Voilà au moins un monument pour lequel on n'accusera pas le sculpteur d'avoir choisi un modèle d'une notoriété insuffisante et d'un rôle trop effacé dans notre histoire.

Je dirai avec empressement tout le bien que je pense du *Monument élevé à La Fontaine* (n° 3483) par M. Dumilâtre, parce que j'ai entendu formuler sur cette œuvre des critiques fort injustes, selon moi. D'abord, le buste de La Fontaine est sans défauts, d'une facture excellente, et rendant à merveille l'expression de bonhomie et de finesse qui était celle du fabuliste. Il est entouré d'animaux, que l'on a bien vite fait de qualifier de ménagerie. Et après, où est le mal? Rien de plus naturel que ces bêtes se pressant autour du compère qui les a fait parler; elles ont très bonne figure sur les degrés du monument, certain corbeau surtoutlqui écoute la harangue de maitre renard d'un air si spirituel, qu'on le croirait incapable d'avoir jamais lâché son fromage. Le lion est le moins

©BIU Santé

tifs appropriés aux recherches voulues. Ces lamelles desséchées, enveloppées de papier, peuvent être transportées sans aucun inconvénient. S'il s'agit du sang, il faut exposer les lamelles encore humides à des vapeurs d'acide osmique, de façon à fixer les globules rouges.

Enfin, les fragments de viscères que l'on prépare pour la recherche des microbes doivent toujours être mis d'emblée dans l'alcool pur à 90°.

En résumé, l'alcool pur à 90° est le liquide le plus généralement employé pour la conservation des pièces; il est le seul qui convienne aux recherches microbiennes.

La liqueur de Müller convient principalement à l'étude des épithéliums.

L'acide picrique sert surtout à la décalcification des os.

Le bichromate d'ammoniaque à 4 p. 100 ou 5 p. 100 est le liquide qui convient le mieux aux centres nerveux (moelle et cerveau).

Enfin, l'acide osmique s'applique aux petits fragments dans lesquels on veut étudier les altérations internes des cellules.

Armand Siredey.

BIBLIOTHÈQUE

Société des sciences médicales de Gannat. — Compte rendu des travaux de l'année 1882-83, par MM. Gilbert Trapenard et Mallat. — Paris, 1883; Delahaye et Lecrosnier.

C'est sous forme d'un in-8° que, par la plume et le zèle de leurs deux secrétaires, MM. Gilbert Trapenard et Mallat, nos confrères du département de l'Allier viennent de publier le compte rendu des travaux de leur Société, aujourd'hui dans sa trente-septième année. Ce corps savant a bien les attributs et l'âge de la maturité; on peut en juger par sa fécondité, par le nombre des travaux de ses membres et par leur importance scientifique.

En premier lieu, je signalerai un abrégé de l'histoire de cette Société, dans lequel M. Paul Fabre (de Commentry) rappelle ses titres à la reconnaissance du pays et aux encouragements des pouvoirs publics. Notre estimé confrère a dû éprouver un sentiment de légitime fierté en devenant, de par son titre mérité de président, l'avocat de cette Société à laquelle il prodigue tout son dévouement.

Parmi les communications qui font l'objet de cette publication, les plus importantes sont les suivantes:

1° *Quelques faits pratiques d'accouchement;* une observation d'*empoisonnement par des œufs d'oie couvis*, mémoires qui témoignent l'un et l'autre de l'esprit d'observation de M. Mignot;

---

réussi, à cause de cette crinière en bois que la sculpture donne à tous les lions, au lieu de la barbe touffue qui encadre si bien la figure du roi des animaux.

Quant au *Mineur*, de M. de Vasselot (n° 3954), on ne peut que le louer de grimper sur cette armoire pour en descendre le buste de M. Marmottan, qui y fait un si drôle d'effet.

P. Dubray.

Traitement de l'obstruction de la trompe d'Eustache. — Ladreit de Lacharrière.

Le traitement doit varier suivant les causes qui ont produit l'obstruction. En dehors des causes syphilitiques, l'auteur préconise l'iodure de potassium. Il le prescrit intus et extra: à l'intérieur, à dose assez élevée pour produire le catarrhe naso-pharyngien, qui caractérise les effets de l'iodure de potassium; à l'extérieur en pommade sur l'apophyse mastoïde, et enfin à la surface de la muqueuse, sous forme d'irrigations, plusieurs fois par jour.

Après quelques jours de ce traitement, on réussit souvent à faire pénétrer de l'air dans les caisses, alors que des tentatives d'insufflation avaient toujours échoué. — Lorsque les diverses médications auxquelles on a eu recours sont restées sans effet, et qu'une douche d'air énergique ne parvient pas à rétablir les voies, il ne reste plus qu'à intervenir directement par une opération chirurgicale. — N. G.

©BIU Santé

2° *De l'innocuité du séjour de l'urine dans les tissus cancéreux*, par M. Sahut;

3° *Herpès labial et fièvre éruptive*, par un infatigable travailleur, M. Lagout;

4° *Des observations sur les eaux de Châteauneuf*, nymphes préférées de M. Mignot, et auxquelles il manque, dit-il, un seul mérite qui n'en serait peut-être pas un à notre époque de démocratie : celui « d'avoir été visitées par de nobles et puissantes princesses »;

5° Deux cas intéressants de guérison d'anévrysmes qui font honneur à l'habileté chirurgicale de M. G. Trapenard : l'un, *anévrysme faux consécutif d'une branche de la fémorale;* l'autre, *anévrysme faux consécutif artérioso-veineux des vaisseaux tibiaux antérieurs;*

6° Deux observations de *fièvre typhoïde* à rechutes, et que M. Florain traita avec succès par les injections sous-cutanées de sulfate de quinine;

7° L'histoire d'un cas remarquable de *diathèse variqueuse* observé par M. Noir, et caractérisé par des hématémèses récidivantes, rebelles et mortelles;

8° *Un cas d'épilepsie guérie spontanément à la suite de crises douloureuses* chez un malade de M. Bourcillet;

9° Une observation de *hernie étranglée et de kélotomie* pratiquée avec succès par M. Regnier, neuf jours après le début des accidents d'étranglement;

10° Des considérations cliniques sur le *zona récidivant*, dont il n'est pas besoin de démontrer l'intérêt, puisqu'elles sont l'œuvre de M. Fabre, l'estimé lauréat de la Société de médecine d'Anvers;

11° *Des remarques sur le rôle des entozoaires dans la pathogénie de l'anémie pernicieuse et sur la gangrène symétrique des extrémités*, par le même observateur, dont l'activité scientifique ne se ralentit jamais, même quand il siège sur le fauteuil présidentiel;

12° Un sage mémoire critique de M. Trapenard sur le *salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme*.

Je m'arrête; mais il faudrait encore citer les analyses bibliographiques de MM. Cornillon, Lagout, G. Trapenard; le rapport sur les travaux de M. Mallat par M. Planchard, et enfin un long mémoire inspiré par un esprit convaincu, dans lequel M. Boudart demande la création d'*Instituts nationaux pour* L'ÉLEVAGE DES NOUVEAU-NÉS. Idée, à coup sûr originale, mais à mon avis de réalisation fort problématique.

L'année 1882-83 a donc été bien remplie, et, dans les annales de la Société de Gannat, marquera à coup sûr une époque de grande vitalité. Puisse une publicité moins tardive des comptes rendus de cette Société assurer aux travaux de ses membres le grand bénéfice d'être plus tôt connus des travailleurs, qui apprendront beaucoup de leur lecture. — C. E.

ÉTUDE SUR L'HISTOIRE DES FIÈVRES ÉRUPTIVES AVANT LE XVIIe SIÈCLE,
Par le docteur E.-L. LEVILLAIN. — Paris, 1884; Librairie J.-B. Baillière.

La thèse inaugurale du docteur E.-L. Levillain sera vivement goûtée de tous les bibliophiles, et appréciée des médecins qui voudraient se rendre compte de la confusion qui régna sur ce sujet jusqu'au XVIIe siècle. Dans ce travail plein d'érudition, on sent l'inspiration du professeur Laboulbène, et M. Levillain ne pouvait mieux faire que de suivre les conseils du savant historien « des médecins arabes et de l'Ecole de Salerne ». La multiplicité des documents, la citation des textes prouvent à quelles recherches a dû se livrer l'auteur, pour se faire une opinion, et dégager de ce chaos des conclusions aussi précises qu'intéressantes.

Dans le *premier chapitre*, nous assistons à l'origine des fièvres éruptives. Quoique décrites pour la première fois par Razès, elles ne sont pas d'origine arabe et paraissent remonter à la fin du VIe siècle de l'ère chrétienne. Mais, en réalité, l'examen des textes, le rapprochement des dates, les conditions géographiques du développement de ces pyrexies, leurs dénominations populaires semblent démontrer qu'elles existent en Europe depuis une époque extrêmement reculée, antérieure au VIe siècle, mais qu'il est impossible de préciser. Ce sont les médecins arabes qui les ont les premiers décrites, et l'auteur reproduit la description de Razès, qui fait le sujet du *deuxième chapitre*. Razès paraît, dans la variole, avoir été surtout frappé de l'importance de l'état général, et, s'il ne parle pas des vomissements de la période prodromique, en revanche il insiste sur « la fièvre et la douleur dorsale ». Il établit une différence importante entre la variole confluente et la variole discrète, et revient sur la nature, la marche et la durée de l'éruption à propos du pronostic. Le *troisième chapitre* nous montre que les Arabistes, comme Constantin l'Africain, et les médecins salernitains n'ont rien ajouté à la description de Razès. C'est Constantin qui appelle la maladie *iguis sacer* lorsque la vésicule est enflammée et qu'il y a mélange de sang et de pus. Dans le *quatrième et dernier chapitre*,

©BIU Santé

M. Levillain passe en revue les différents auteurs du XVIe siècle qui marquent une nouvelle étape, un léger progrès dans l'histoire des fièvres éruptives. Les médecins de la Renaissance en indiquèrent certaines variétés à peine mentionnées par leurs prédécesseurs, et l'épidémie de 1573 à Paris fut bien décrite par Baillou, qui distingue les *variolæ* des *morbilli*. Le traitement était à peu près celui de Razès, et l'on enveloppait les malades dans une pièce de drap rouge. Pour favoriser l'éruption, les uns employaient les sudorifiques intus et extra; Peter Van Forest, en Hollande, donnait une décoction de figues dans de la bière, d'autres faisaient des saignées copieuses et répétées!

Nous regrettons que M. Levillain ait arrêté cette étude historique à la fin du XVIe siècle, et nous l'engageons à la terminer; cette première partie en appelle une autre, et se recommande aux lecteurs par l'originalité des aperçus et la conpilation consciencieuse des textes authentiques.

Maurice NOTTA.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 juin 1884. — Présidence de M. ROLLAND.

M. le Ministre de l'instruction publique adresse une ampliation du décret par lequel M. le Président de la République approuve l'élection que l'Académie a faite de M. Louis Cailletet, pour remplir la place d'académicien libre, laissée vacante par le décès de M. du Moncel.

Il est donné lecture de ce décret.

Sur l'invitation de M. LE PRÉSIDENT, M. Cailletet prend place parmi ces confrères.

M. TRESCA donne connaissance de la lettre par laquelle Sa Majesté l'empereur Don Pedro le charge de « communiquer à l'Académie l'expression de ses sentiments de profond regret à l'occasion de l'immense perte que les sciences viennent de faire en la personne de M. Dumas ».

M. P. DUPONT adresse à l'Académie, par l'entremise de M. Larrey, un mémoire portant pour titre : *Statistique médicale de Rochefort en 1883* (30e année).

M. le duc DE BROGLIE, maire de la commune de Broglie et président de la Société d'agriculture, sciences, arts et belles-lettres de Bernay, invite l'Académie à se faire représenter, le 14 septembre prochain, à l'inauguration d'un monument qui sera élevé, dans la commune de Broglie, à la mémoire d'Augustin Fresnel.

M. VULPIAN présente une note de M. J. Babinski *Sur les lésions des tubes nerveux de la moelle épinière dans la sclérose en plaques.*

« L'absence des dégénérations descendantes et ascendantes de la moelle dans la sclérose en plaques est une des particularités les plus intéressantes de cette affection, parce qu'elle semble constituer une dérogation à la loi wallérienne.

« MM. Vulpian et Charcot, dans les travaux importants qu'ils ont faits sur ce sujet, ont montré que dans les plaques de sclérose un grand nombre de tubes nerveux se dépouillent de leur myéline, tout en conservant leur cylindre-axe, et c'est ainsi qu'ils ont cherché à expliquer cette apparente anomalie.

« Quant au processus qui conduit à la dénudation du cylindre-axe, voici comment on le conçoit actuellement : sous l'influence de l'inflammation interstitielle de la moelle, la névroglie s'épaissit; il se développe du tissu conjonctif de nouvelle formation qui comprime de tous côtés et étouffe les tubes nerveux; la destruction de la gaîne de myéline serait donc le résultat d'un travail purement mécanique.

« L'emploi d'une méthode, inconnue au moment où les premiers travaux sur la sclérose en plaques ont été publiés, m'a permis de constater plus nettement encore qu'on ne peut le faire à l'aide des anciennes méthodes la disparition de la myéline et la conservation d'un grand nombre de cylindres-axes; elle m'a donné, en outre, le moyen de suivre d'une façon précise le travail de destruction de la myéline, et m'a amené à concevoir autrement qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent la nature de ce processus.

« Voici la méthode que j'ai suivie : les moelles ont été fixées et durcies par le bichromate de potasse à 2 p. 1,000; il en a été fait des coupes transversales et longitudinales qui ont été d'abord traitées par le procédé récemment indiqué par M. Weigert, pro-

©BIU Santé

cédé dont le résultat est de teindre la myéline en brun ; les coupes ont été ensuite colorées à l'aide de l'hématoxyline préparée par le procédé de M. Ranvier, qui se fixe sur les noyaux, et montées, après déshydratation par l'alcool et éclaircissement par l'essence de girofle, dans le baume du Canada.

« Quoique par cette méthode la myéline se rapproche un peu des noyaux par sa coloration, il est facile de ne pas les confondre, et l'on peut reconnaître aussi, du moins sur les coupes longitudinales, les cylindres-axes et les distinguer des fibres du tissu conjonctif. Il est, du reste, utile de comparer ces préparations à des coupes faites dans les mêmes régions de la moelle et traitées par le picrocarminate d'ammoniaque.

« Voici les faits qu'on peut observer sur les coupes transversales. Dans le manteau de la moelle, la myéline a, par places et dans une étendue plus ou moins grande, complètement disparu ; des préparations comparatives colorées au picrocarmin font voir que, là où il n'y a plus trace de myéline, il reste encore un grand nombre de cylindres-axes. Dans la substance grise, on peut voir aussi que le réseau nerveux à myéline a été, dans certains points, complètement dépouillé de sa gaîne, et que les cylindres-axes ainsi que les cellules nerveuses sont conservés.

« Sur des coupes longitudinales, on voit sur le trajet des fibres de la moelle des interruptions de la myéline plus ou moins étendues en longueur et en largeur ; on distingue des groupes de tubes nerveux qui semblent disparaître et se perdre dans une plaque de sclérose pour reparaître ensuite.

« L'examen des plaques de sclérose sur les coupes longitudinales montre, dans beaucoup de points, et cela plus nettement encore que sur les coupes transversales, la persistance des cylindres-axes.

« L'étude des coupes transversales et longitudinales permet donc de voir d'une façon très nette que les cylindres-axes et les cellules nerveuses persistent dans des points où la myéline a complètement disparu.

« Mais c'est exclusivement sur les coupes longitudinales que l'on peut bien étudier les détails du processus de destruction de la myéline. Tout autour des cylindres-axes dépouillés de leur enveloppe, on trouve, suivant les régions qu'on examine, soit des fibres de tissu conjonctif, soit des cellules plus ou moins volumineuses, constituées par un protoplasma grenu contenant un noyau, soit enfin, et c'est là le point le plus intéressant, des cellules analogues aux précédentes, mais présentant en plus dans leur intérieur un nombre plus ou moins considérable de gouttelettes de myéline. Ces cellules, dans certains points, forment au cylindre-axe une gaîne complète que l'on voit se continuer directement au niveau des parties saines avec la gaîne de myéline. Il est assez facile de se convaincre, en examinant cette zone de transition, que la disparition de la gaîne de myéline coïncide avec l'apparition de ces cellules chargées de myéline, que ces deux phénomènes sont connexes, et que la destruction de la gaîne résulte de l'absorption de la myéline par le protoplasma de ces cellules.

« Quelle est la provenance de ces cellules? Se développent-elles aux dépens du protoplasma myélinique ; sont-elles des cellules de la névroglie en voie de multiplication, ou bien des cellules migratrices? On peut admettre qu'elles ont à la fois ces trois origines.

« Mais l'activité du protoplasma myélinique, qui joue le rôle essentiel dans la destruction de la myéline dans le bout périphérique d'un nerf sectionné, en admettant qu'elle intervienne ici, ne paraît être qu'accessoire.

« Les cellules de la névroglie et les cellules migratrices ont ici vraisemblablement un rôle prépondérant. En effet, dans ce cas, la fragmentation de la gaîne de myéline ne se présente pas sous le même aspect que dans le bout périphérique d'un nerf sectionné. Elle ressemble bien plus à celle qu'on peut observer dans le bout central du nerf au voisinage de la section. Or, M. Ranvier, qui a décrit les phénomènes qui se passent dans le nerf à ce niveau, a montré que la myéline était absorbée par les cellules migratrices qui s'insinuent entre la gaîne de Schwan et le cylindre-axe.

« L'absence de gaîne de Schwan dans les tubes nerveux de la moelle doit rendre encore plus facile l'action des cellules lymphatiques sur la myéline.

« La persistance d'un grand nombre de cylindres-axes dans les plaques de sclérose peut s'expliquer assez facilement : ces filaments nerveux, ayant conservé leurs connexions avec les cellules nerveuses d'où elles émanent, sont doués d'une vitalité qui leur permet d'opposer de la résistance à ce travail de destruction. Pourtant, on conçoit qu'à la longue un certain nombre de cylindres-axes cèdent et soient détruits à leur tour.

« En résumé, les préparations faites à l'aide de cette méthode, outre qu'elles permettent de constater d'une façon plus nette des faits qui ont été établis avec les mé-

BIU Santé

thodes anciennes, montrent en plus les détails des lésions. Elles font reconnaître ainsi que la destruction des gaînes de myéline, loin d'être sous la dépendance d'un phénomène mécanique, d'une compression exercée sur les tubes nerveux par le tissu conjonctif de nouvelle formation, est liée, au contraire, à un phénomène vital, et résulte principalement de l'activité nutritive des cellules de la névroglie et des cellules lymphatiques. »

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 15 AU 31 MAI 1884.

Du 15 au 20 mai. — Pas de thèses.

Mercredi 21. — M. Riberolles : Contribution à l'étude des phénomènes nerveux de la fièvre typhoïde. (Président : M. Potain.) — M. Favrel : De la lymphangite dans les maladies de la peau. (Président : M. Fournier.)

Jeudi 22. — Pas de thèses.

Vendredi 23. — M. Chambert : Matériaux pour servir à l'histoire des éclampsies puerpérales. (Président : M. Tarnier.) — M. Balaski : Du bichlorure et du bi-iodure de mercure en obstétrique. (Président : M. Tarnier.)

Samedi 24. — M. Beuve : Le sublimé en obstétrique ; cinq mois d'observation à la clinique d'accouchements. (Président : M. Pajot.) — M. Bordéremy : Des rémissions dans l'ataxie locomotrice. (Président : M. Hardy.) — M. Rosenblith : Etude sur quatre cas de cirrhose hypertrophique graisseuse. (Président : M. Germain Sée.) — M. Thomas : Contribution à l'étude du traitement de la teigne tondante. (Président : M. Peter.) — M. Tétard : Hématome du pavillon de l'oreille. (Président : M. Ball.) — M. Jalador : Alcoolisme et cirrhose ; rapports et étiologie. (Président : M. Jaccoud.)

Du 26 au 28. — Pas de thèses.

Jeudi 29. — M. Faille : Contribution à l'étude d'une complication rare du kyste hydatique du foie. (Président : M. Ball.) — M. Jaulin : Du traitement des néphrites par la digitale. (Président : M. Ball.) — M. Doit : De la blennorrhée traitée par les eaux sulfureuses de Bagnères-de-Luchon. (Président : M. Richet.) — M. Gentilhomme : Contribution à l'histoire de la simulation dans le service militaire. (Président : M. Peter.)

Vendredi 30. — M. Bouchut : Etude d'ophthalmoscopie dans la méningite. (Président : M. Vulpian.) — M. Moulinet : Des rapports entre la vaccine et certaines maladies de la peau. Influence réciproque. (Président : M. Fournier.) — M. Charles (Georges) : Des pulvérisations antiseptiques prolongées dans le traitement de quelques affections chirurgicales. (Président : M. Verneuil.) — M. Folliot : Contribution à l'étude des périostites gommeuses de l'omoplate. (Président : M. Verneuil.) — M. Lallot : Le typhus, ou peste d'Athènes. (Président : M. Laboulbène.) — M. Patino Luna : Etude sur les formes cliniques du cancer rénal. (Président : M. Laboulbène.)

Samedi 31. — Pas de thèses.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — A. Le registre d'inscriptions pour le quatrième trimestre de l'année scolaire 1883-1884 sera ouvert le mardi 1er juillet 1884. Il sera clos le samedi 19 juillet, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi : 1° inscriptions de première année, les mardi 1er, mercredi 2, jeudi 3 et vendredi 4 juillet 1884 ; 2° inscriptions de deuxième année, les mardi 8, mercredi 9, jeudi 10 et vendredi 11 juillet 1884 : 3° inscriptions de troisième et quatrième années, les mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18 et samedi 19 juillet 1884.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième année de doctorat, deuxième et troisième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du 15 juillet 1884.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établisse-

©BIU Santé

ment hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Le stage hospitalier obligatoire commence en novembre, à partir de la neuvième inscription de doctorat et de la cinquième d'officiat ; il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription. Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé : premier trimestre, novembre et décembre, cinquante-six jours ; deuxième trimestre, janvier, février et mars, quatre-vingt-six-jours ; troisième trimestre, avril, mai et juin, quatre-vingt-six jours ; quatrième trimestre, juillet à octobre, cinquante-six jours. Les inscriptions pour le stage sont reçues après l'inscription de juillet (huitième de doctorat et quatrième d'officiat), à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscriptions.

B. Les consignations pour examens auront lieu dans l'ordre suivant : 1° les élèves ajournés à la session de 1883, au premier examen de doctorat (nouveau mode) et aux premier, deuxième et troisième examens de fin d'année (ancien mode), devront consigner les 16 et 17 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 30 juin au 5 juillet ; 2° les élèves de première année (nouveau mode) qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances devront consigner les mercredi 25 et jeudi 26 juin. (Ils prendront la quatrième inscription dans la première semaine de juillet.)

Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre.

Les élèves de première, deuxième et troisième années (ancien mode) et les aspirants à l'officiat devront consigner pour les examens de fin d'année en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription. En cas d'ajournement, ces élèves (ancien et nouveau mode) pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 20 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 13 ou le mardi 14 octobre 1884, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

C. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 20 octobre 1884. MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat devront se faire inscrire avant les vacances, à l'École pratique, 2, rue Vauquelin. A cet effet, le bureau du chef du matériel sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, pendant la période des examens.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Eugène Fournier, docteur en médecine et docteur ès sciences naturelles, décédé à Auteuil, le 10 juin 1884, à l'âge de 50 ans.

— Le docteur Létiévant, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu (de Lyon), professeur de pathologie externe à la Faculté, vient de succomber à une attaque d'apoplexie qui l'a foudroyé, au milieu des apparences de la plus robuste santé, dans toute la plénitude de son activité scientifique.

Nommé chirurgien-major en 1867, il publiait, en 1873, son remarquable ouvrage *Sur les sections nerveuses*, question favorite, qu'il reprenait encore dans son cours à la Faculté, au commencement de la présente année scolaire. Il introduisait à Lyon le pansement de Lister qu'il était allé étudier sur place, et qui transformait du tout au tout, en quelques mois, les conditions sanitaires d'un hôpital ravagé par la septicémie sous toutes ses formes, en dépit des efforts de la plus habile chirurgie. Enfin, nos lecteurs, récemment saisis de ce procès, n'ont pas oublié qu'il a, le premier, conçu et pratiqué l'opération de la résection costale dans l'empyème ; ils savent que l'étiquette étrangère, sous laquelle on représente aujourd'hui cette ingénieuse méthode, consacre en réalité une erreur historique et un déni de justice.

Laborieux, dévoué, affable, ouvert et d'une bonhomie très fine, Létiévant emporte les regrets unanimes de ses collègues et de ses élèves.

École supérieure de pharmacie. — M. Chatin, profeseur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 22 juin, *dans les bois de Chaville-Versailles*.

Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à 11 heures pour la station de Chaville.

Dyspepsie-Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents sont rapidement modifiés par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez. — Exp. cliniques de MM. Archambault, Gubler, etc.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

©BIU Santé

Sommaire

I. R. Longuet : Les simulations thermométriques. — II. Revue des Journaux. — III. Sociétés médicales des départements. — IV. Correspondance. — V. Thèses de doctorat. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causeries.

Les simulations thermométriques.

« Certains individus, dit Boisseau, sont assez osés pour chercher à imiter l'accès fébrile lui-même; s'il était besoin, le thermomètre viendrait lever tous les doutes. »

L'auteur du *Traité des maladies simulées* comptait sans l'ingéniosité des fraudeurs, prompte à s'assimiler les perfectionnements de l'outillage diagnostique. Le procédé du coude au mur, les boissons stimulantes, le vin chaud à la cannelle et au girofle, les suppositoires à l'ail et au tabac, etc., tout cet arsenal un peu rouillé des vieilles ruses traditionnelles se trouve singulièrement distancé par la méthode toute scientifique qui consiste à actionner, suivant les besoins, le thermomètre lui-même.

M. Du Castel contait hier, à la Société médicale des hôpitaux (1), l'histoire piquante d'une malade qui atteignait à volonté les sommets vertigineux de l'échelle thermométrique. Son sujet n'a pas le mérite de la priorité; la fraude est ancienne, cosmopolite. Elle a fleuri en Allemagne, en Angleterre, en Italie. Il nous a paru intéressant de nous enquérir de ses fauteurs, de ses méthodes et de ses résultats.

I

En 1875, le docteur Teale, de Scaborough, communiqua à ses collègues de la Société clinique de Londres (2) une observation extraordinaire de « *température excessive et prolongée à la suite d'une lésion traumatique de la colonne vertébrale* » chez une femme victime d'un accident de cheval.

(1) Voir *Union médicale*, 29 avril 1884.

(2) *The British med. Journ.*, 6 mars 1875, p. 325, t. I., et *id.*, p. 347. — *Id.*, 1875, t. II, p. 57.

FEUILLETON

CAUSERIES

Sommaire : *A propos du rapport de M. Pozzi sur le Congrès des chirurgiens de langue française. — Un chroniqueur embarrassé prend tout ce qu'il trouve. — Le Congrès des « marcheurs ».*

Le rapport de M. Pozzi sur la création d'un Congrès annuel de chirurgiens de langue française a donné lieu à diverses interprétations qu'il serait trop long de passer en revue; mais je ne puis passer sous silence celle que lui a consacrée un éminent confrère de Lyon, toujours jeune malgré son âge, et toujours disposé à rompre une lance en faveur de quelqu'un ou de quelque chose, quand ce quelqu'un est un maître ou un élève qu'il aime et qu'on attaque, et ce quelque chose une idée qui lui paraît juste et que d'autres combattent. A plus forte raison, doit-on ne pas s'étonner de le voir rectifier une appréciation qui lui semble mauvaise, et prendre aujourd'hui en main la cause des chirurgiens lyonnais, dont M. Pozzi aurait, d'après lui, déprécié les mérites.

La phrase qui a fait naître cette confusion, car confusion il y a certainement, est la suivante : « Naguère encore, sauf de très rares exceptions, c'était à Paris que se trouvaient réunis ceux qu'on pouvait appeler les chirurgiens de profession. En province, les médecins ne cultivaient cette branche de l'art que d'une manière occasionnelle et fortuite, se bornant le plus possible aux opérations d'urgence et faisant appel aux maîtres de la capitale toutes les fois qu'ils le pouvaient. »

©BIU Santé

Il y eut d'ailleurs guérison. Pendant près de neuf semaines, la malade présenta des températures oscillant entre 108 et 122 degrés Fahrenheit (de 42° à 50° C.). Sept thermomètres furent successivement essayés avec des résultats identiques. 122° F. était d'ailleurs la limite de la graduation. Les températures rectale et axillaire donnèrent un jour respectivement 43°9 et 43°6 C. La malade ne voulut pas se prêter à l'observation de la température buccale. On remarquait qu'en dépit de ces températures hyperpyrétiques, les extrémités, le front restaient froids et même glacés.

Il y avait là bien des circonstances suspectes, mais qui ne donnèrent aucun éveil. On songea uniquement à la myélite; on prescrivit un traitement en conséquence; et, à la Société clinique, on discuta longuement, et avec le plus grand sérieux, sur l'intérêt capital d'un pareil fait et sa haute portée physiologique. Un membre enthousiaste, M. Greenhow, proclama que rarement une observation de semblable valeur avait été soumise à la Société, et, avec un grand à-propos d'érudition, il rappela que ce fait était le contre-pied de celui de Schrœder van der Kolk, qui, dans un cas de luxation de la première vertèbre dorsale, avait vu la température baisser à 28° C.

Il paraît bien cependant s'être produit quelques dissidences dont les procès-verbaux ne nous rendent pas compte, car le chroniqueur du *British medical Journal*, revenant quelques jours après sur ce fait, traite comme elle le mérite « la théorie des cruchons » émise par quelques sceptiques, et déclare que l'observation de Teale est de nature « à bouleverser toutes les notions ayant cours sur la thermogénèse vitale ».

La même année, le docteur Schliep, de Baden-Baden, observait, à l'hôpital allemand de Londres, une hystérique de 21 ans, atteinte d'ischurie spasmodique, qui marquait sans raison des températures de 39 à 42°, avec un pouls normal, un état général satisfaisant. Surveillée de près, la température était toujours normale. Schliep ne doute pas un seul instant de la simulation, et, pour lui, l'observation de Teale est bien une œuvre de haute mystification (1).

Sellerbeck a publié, dans le *Berliner klinik Wochenschrift*, une observation d'hyperthermie simulée que la *Revue des sciences médicales* (Hayem) et

(1) *Berlin. klin. Woch.*, 1875, p. 390.

Là-dessus, M. Diday s'enflamme comme au temps de sa belle jeunesse, rappelle les illustrations chirurgicales de Lyon, et demande à M. Pozzi : « Quand un chirurgien de Paris est-il venu, et quel chirurgien de Paris est venu opérer à Lyon? » Et il reproche vertement, quoique avec les formes les plus courtoises, à M. Pozzi d'avoir prononcé cette phrase et la Société de chirurgie de l'avoir laissée passer sans protestation.

Je ne sais si la Société de chirurgie et son honorable rapporteur répondront à M. Diday, ni ce qu'ils répondront, et je n'ai ni qualité ni mission pour le faire en leur lieu et place; mais j'ai assisté en simple curieux à la lecture du rapport et à sa discussion, et je n'ai pas compris les choses comme le savant doyen des majors de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Personne d'ailleurs ne s'y est trompé, et, bien qu'à la lecture à tête reposée, il semble que M. Diday ait raison, autour de moi on n'a jamais songé à faire table rase des chirurgiens lyonnais, dont tout élève qui connaît un peu ses classiques n'ignore ni le nom ni les travaux. Ponteau, Marc-Antoine Petit, Gensoul, Amédée Bonnet, voire même Viricel, sont aussi connus à Paris que les Maîtres de Paris eux-mêmes. J'en dirai autant de Montpellier et de Strasbourg, centres de chirurgie comme Lyon, et pouvant parfaitement vivre par eux-mêmes et sans faire appel à leurs confrères parisiens. Mais si nos maîtres n'ont jamais été appelés en consultation, et n'ont jamais opéré à Lyon même, je puis affirmer qu'il n'y a pas longtemps encore ils sont allés dans la contrée lyonnaise, et qu'ils vont souvent plus loin vers le midi, le sud-est et le sud-ouest. Quant à Bordeaux et à Marseille, on les y voit assez souvent pour qu'on n'ait pas besoin de demander quand on les y voit.

Néanmoins M. Pozzi, dans son rapport, n'a pas voulu dire que toute la chirurgie de province dût être subordonnée à la chirurgie parisienne, ce qui eût été un non-sens, à

©BIU Santé

Zuber, dans un bon article sur la physionomie nouvelle de la fraude dans l'armée moderne, ont fait connaître en France (1).

Il s'agit d'une malade qui présentait fréquemment des vomissements teintés de sang dilué ou en caillots, avec épigastralgie, accélération du pouls et de la respiration, hyperthermie (jusqu'à 39°3), tous symptômes ne relevant d'aucune cause appréciable et n'éprouvant de modification d'aucun traitement.

L'embonpoint conservé par la malade, en dépit de la gravité des accidents, était un autre motif de suspicion. En établissant la courbe thermométrique, on constatait encore qu'elle présentait les dessins assez insolites du type continu, puis rémittent normal, puis rémittent inverse.

Mais ce qui consomma la preuve de la simulation, c'est qu'on obtint un jour simultanément 38°5 dans l'aisselle et 37°8 dans le rectum. La malade, pressée, fit des aveux. Disons cependant, dès à présent, que la constatation d'une température rectale inférieure à la température axillaire ne dénonce pas forcément une hyperthermie simulée, mais qu'elle peut révéler, au contraire, une *dissimulation d'hyperthermie*. Cette proposition s'éclaircira plus tard. En l'espèce, la conclusion était juste.

Dès que le thermomètre était en place, la malade attirait dans l'aisselle un pli de sa chemise, où elle enfonçait profondément la boule du thermomètre, qu'elle serrait alors de toutes ses forces entre le bras et la cage thoracique, s'efforçant de lui imprimer des mouvements de rotation et de translation dans tous les sens.

En peu d'instants, affirme Sellerbeck, cette manœuvre habilement pratiquée fait affleurer la colonne thermométrique à 46° et au delà. Si on interrompt, le mercure baisse immédiatement pour demeurer stationnaire, pendant quelques minutes, au niveau des températures fébriles moyennes et revenir graduellement aux chiffres normaux. Après quelques tâtonnements, le simulateur est arrivé à faire coïncider très exactement les indications stationnaires du thermomètre, en hyperthermie acceptable, avec le moment de l'observation, et le résultat poursuivi est atteint.

(1) Sellerbeck. *Uber simulation v. Fieber.* (*Berl. klin. Woch.*, 1878, 21 janvier, p. 33; et *Revue des sciences médicales*, 15 septembre 1878.) — Zuber. *Revue militaire de médecine et chirurgie*, 1881-1882, p. 800.

---

mon avis. J'ai compris son rapport à peu près comme il suit : « Il y a en ce moment, dans tous les points de la France, ce qui n'existait pas il y a une vingtaine d'années, de nombreux confrères qui font de la bonne chirurgie ; un certain nombre d'entre eux pensent qu'il serait bon d'organiser un Congrès qui les réunirait tous les ans, et ont prié la Société de chirurgie de vouloir bien leur prêter le concours de son légitime crédit pour cette organisation. La commission dont je suis rapporteur trouve cette idée excellente; en conséquence, je vous propose de décider que les chirurgiens de province ou de Paris, qui acceptent cette idée, se réuniront dans le local de la Société au mois d'octobre prochain ; que ladite commission, à laquelle on adjoindra deux membres de la Société, constituera le bureau provisoire du Congrès ; qu'un nouveau bureau, nommé par le Congrès, remplacera le bureau provisoire ; qu'alors la Société de chirurgie disparaîtra, ses membres faisant ou ne faisant pas partie du Congrès, lequel décidera, comme il lui plaira, qu'il se réunira où et quand bon lui semblera. Le Congrès étant souverain et maître de ses actes, viendra à l'avenir à Paris s'il veut, comme les chirurgiens allemands se réunissent tous les ans à Berlin; ou à Lyon, à Bordeaux, à Montpellier, à Nancy; peu importe à la Société de chirurgie et à son rapporteur qui, une fois le Congrès constitué, redeviendront de simples chirurgiens parisiens comme devant. »

Ce n'est pas le seul point qui ait blessé M. Diday dans le rapport en question. Il demande encore à M. Pozzi « si les provinciaux se sentiront bien puissamment tentés de faire le voyage pour aborder un aréopage où on leur annonce, — ce sont encore les termes du rapport, — que les matériaux dus à leur activité seront recueillis, appréciés et parfois *jugés*. »

Mon Dieu, je ne vois pas ce qui, là-dedans, peut offusquer nos confrères de province.

©BIU Santé

Sans interposition de linge, l'ascension thermométrique est beaucoup plus laborieuse et plus lente. La transpiration est aussi un obstacle à la manœuvre, que favoriserait, au contraire, une onction huileuse.

« Ces déductions, dit Zuber, ne doivent être acceptées que sous bénéfice d'inventaire. Nous avons essayé à plusieurs reprises d'obtenir des élévations de la colonne mercurielle d'après le procédé indiqué; nous avons réussi..... à briser le thermomètre seulement. »

Il est bien certain qu'on détermine l'ascension rapide du thermomètre en frictionnant quelques instants seulement le réservoir avec une étoffe de laine; mais il y a loin d'une expérience élémentaire de physique aux conditions d'habileté et de mystère réclamées d'un simulateur opérant sous des couvertures.

Remarquons encore qu'il faut ici un thermomètre simple, non maximé, sans quoi l'index, à moins d'un nouveau tour de main, reste à marquer la plus haute température atteinte par l'instrument et trahit la fraude par l'exagération.

C'est précisément ce qui se passa dans le fait suivant, celui d'une malade observée à London-Hospital par Stephen Mackenzie (1).

C'était une névropathe de 42 ans, amputée de la cuisse, morphinomane, vieille habituée des hôpitaux. Son admission actuelle était motivée par de la gastro-entéralgie, un trajet fistuleux du moignon et beaucoup d'autres petits maux. Le fahrenheit, construit tout spécialement pour elle, marquait communément des degrés correspondant à 44, 45, 46, 47, 49,1, et même 55° centigrades; le tout avec un état général satisfaisant. La malade accusait bien de temps en temps, pour les besoins de la cause, quelque nouvelle incommodité; on acquit, d'autre part, la conviction qu'elle entretenait sa fistule; l'imposture était par trop évidente.

Devant le chef de service, la température était généralement normale; quand, après une constatation exorbitante, on reprenait la température en surveillant la malade, il n'y avait plus d'hyperthermie; pas plus qu'en enregistrant la température rectale ou buccale.

On remarqua un jour que la malade s'agitait sous ses couvertures dans

(1) *Med. Times and. Gaz.*, 5 novembre 1881, p. 541. *A case of excessively high temp.*, et au sujet de la même malade, *id.* p. 543, par Walter Rivington.

D'abord, s'ils sont jugés, et c'est là ce qui paraît offusquer beaucoup M. Diday, ils le seront non pas par la Société de chirurgie, comme il le croit encore, mais par leurs collègues de province, *dont le nom est légion*, comme par ceux de Paris, ni plus ni moins. Ensuite n'est-ce pas l'essence même d'une réunion scientifique quelconque, que la mise en discussion des faits ou idées qui sont exposés devant elle? Si certain d'entre eux sont *parfois jugés* sévèrement, je ne crois pas qu'ils ne l'aient pas mérité; et, dans l'appréciation à laquelle ils seront soumis, je parie bien que les provinciaux seront juges aussi bons et aussi sévères que les Parisiens. Et quand on arrêterait, par quelques paroles sensées, provinciales ou parisiennes, la hardiesse un peu aventureuse d'un opérateur quand même, comme cela a eu lieu il n'y a pas bien longtemps, et comme on en retrouve d'assez nombreuses traces dans les *Bulletins* de la Société de chirurgie, où serait le mal?

Mais je ne veux pas me faire passer pour plus mauvais avocat que je ne suis, et j'aime mieux en rester là, espérant voir bientôt tous ces petits malentendus s'expliquer et disparaître, le Congrès des chirurgiens de langue française s'organiser avec succès, et notre spirituel confrère de Lyon — resté *Maître* en l'art d'écrire — conserver encore longtemps son esprit et sa bonne plume.

*
* *

Les journaux politiques continuant à empiéter de plus en plus sur notre terrain médical, il viendra évidemment un jour où nous serons forcés, pour garder un côté d'originalité quelconque, de faire à notre tour de la politique scientifique. En attendant, enregistrons la manière peu remplie d'aménité pour nous dont ils engagent la polémique.

©SIU Santé

un moment où elle ne se croyait pas surveillée. Une autre fois, on trouva un globule de mercure réfugié dans la chambre supérieure du thermomètre.

Avec une longanimité toute britannique, on se contenta pendant de longs mois de morigéner la malade, qui joua l'indignation, et on dressa scrupuleusement la courbe de ses températures hyperboliques; neuf mois après son entrée, la comédie durait toujours, et la malade quittait le service sans avoir capitulé.

Stephen Mackenzie ne la perdait pas de vue; un an après, il tombait sur elle à l'improviste dans une infirmerie; là, on ne faisait pas usage du thermomètre; prise au dépourvu, on lui trouvait une température axillaire normale. Ce n'est cependant que plus tard qu'elle consentit à faire des aveux. Son procédé était des plus simples. Elle mettait au contact du réservoir du thermomètre des cataplasmes et des cruchons d'eau chaude; en un instant, l'index était amené aux degrés hyperpyrétiques, et s'y maintenait.

Mackenzie fait remarquer d'ailleurs que la mobilité de certains index leur permet de se déplacer au moindre choc, et que la température fébrile s'obtient ainsi avec la plus grande facilité (1).

Cette femme avait-elle fait école?

Presque simultanément, le docteur Mohamed se trouvait en présence, à Guy's hospital, d'une femme de 22 ans, hystérique et phthisique, dont il communiquait l'observation à la Société clinique de Londres, le 28 octobre 1881, sous le titre de: *Température paradoxale* (2).

Par un progrès marqué, cette femme allait même jusqu'à actionner un thermomètre placé dans la bouche. Comme la précédente, elle oscillait facilement dans les 50°, 53° centigrades.

Elle ne faisait pas difficulté de reconnaître la fraude, mais, se refusant à la faire connaître, elle disait, avec une pointe, qu'elle voulait laisser aux médecins l'honneur de cette découverte.

(1) Le docteur James Mc Craith a mieux précisé encore. Il suffit, dit-il, de quelques chiquenaudes avec l'ongle, sur le sommet du thermomètre, pour déterminer l'ascension de l'index. Pour éviter toute manœuvre, il veut qu'on fixe les bras du malade sur la poitrine. (*Medical Times and Gaz.*, 1882; 21 janvier, p. 78.)

(2) *Case of paradoxal temp.* (*Med. Times and Gaz.*, 1881, p. 560, t. II.)

Le secrétariat de la *Ligue populaire contre l'abus de la vivisection*, qui s'est si fortement remuée depuis quelque temps, a adressé aux journaux un factum pas très long, mais plus que violent, signé Edouard Mill et intitulé le « charlatanisme officiel »; il se termine ainsi :

« Le bon public, que les habiles font chanter de tant de façons, n'entendant qu'une cloche et qu'un son, entonnera un Hosanna patriotique et votera des pensions nationales aux empoisonneurs qui nous inoculent tous les virus répugnants et terribles d'venus la source de la dégénérescence physique des générations actuelles.

« Et les sycophantes de la science, voyant le bon sens décroître à mesure que s'accroissent leurs prébendes officielles et leur omnipotence sacerdotale, s'écrieront triomphants en riant sous cape de l'éternelle bêtise humaine :

« Vaccinez, vaccinez. Il en restera toujours quelque chose !

« Hélas ! oui, et les faits témoigneront longtemps en vain, en ce soi-disant siècle de lumière et de libre examen, contre les charlatans diplômés qui exercent, sous le manteau de nos facultés, le métier lucratif de microbiste et de vivisecteur. »

Evidemment, il y en a pour tout le monde, et tous ceux qui admettent les doctrines virulentes à l'ordre du jour et qui les ont défendues au sein de nos sociétés savantes, peuvent en réclamer leur part. *La France* rappelle avec raison la Ligue à ses moutons.

« Personnellement, dit ce journal, nous ne sommes point ennemi de la Ligue contre les abus de la vivisection. Nous lui dirons donc très franchement, qu'elle ferait peut-être mieux de s'en tenir au sujet indiqué par son titre même. Sur le terrain spécial des « abus de la vivisection » la « Ligue » compte, même parmi les savants, de nombreux amis (cette assertion me paraît risquée) qu'elle pourrait bien perdre si elle voulait

©BIU Santé

La malheureuse ne devait pas révéler son secret. Après dix-huit mois de mystifications continues, à l'aide d'un répertoire de fraudes extrêmement varié, elle finit par prendre son rôle d'ultra-fébricitante tellement au sérieux, qu'elle contracta la scarlatine dans les salles et mourut.

Mohamed a fait quelques expériences, desquelles il résulterait qu'on détermine facilement l'ascension de l'index en quelques secondes, en roulant entre le pouce et l'indicateur mouillés le réservoir du thermomètre, exerçant en même temps une légère pression. Pour ce qui est des températures buccales, il croit arriver au même résultat en enveloppant la bouche de plusieurs doubles d'une étoffe de soie; le thermomètre en place, on inspire par le nez et on expire par la bouche.

Nous avons répété l'épreuve sur ces indications, et, sans avoir toutefois jugé nécessaire de pousser l'expérience, sur un excellent thermomètre à maxima Walferdin, aussi loin que le docteur Zuber, nous devons déclarer que cette manœuvre s'est montrée, sous nos efforts, non moins ingrate qu'infructueuse.

Signalons encore une observation de Little (de Dublin) (1). C'est une femme de 23 ans non hystérique, mais d'un caractère intraitable, et qui a d'abord été soignée pour des accidents de méningite, à la suite d'une chute sur la tête. Elle a marqué jusqu'à 50°, 55° centigrades. On l'a surprise, se livrant à certaines manœuvres autour du thermomètre.

II

On rencontre assez souvent, dans les périodiques, la mention de températures paradoxales qui intriguent longtemps les observateurs, sans qu'ils songent à incriminer autre chose que l'exactitude des instruments, et à se poser la question de simulation.

Nous trouvons par exemple, dans le *Progrès médical*, l'analyse de trois observations d'hyperthermie, dont l'une au moins revient à notre sujet. C'est une hystérique de 23 ans, adonnée aux narcotiques, qui marque irrégulièrement 43°3, 44, 46 degrés de température. Un jour, l'aisselle gauche indiquait

(1) *Med. Times and Gaz.*, 1881, t. II, p. 561.

Erratum. — Numéro du 18 mai 1884: *Maladie de Friedreich*, p. 880, l. 14; au lieu de « flexion forcée des gros orteils », lire « *flexion dorsale* » (notre extension forcée.)

---

pousser les choses trop loin. Jenner et la vaccine de la petite vérole, M. Pasteur, ses microbes et son traitement préventif de la rage, peuvent être, ont été et seront discutés. Mais la « Ligue », que nous sachions, n'a pas grand'chose à voir là-dedans. Il est toujours imprudent et maladroit de diviser ses forces, de chasser deux lièvres à la fois, dirais-je, si ce proverbe vulgaire était applicable à une société qui, au contraire, se propose de sauver d'innocents lapins.

« Gardons-nous des excès de zèle », comme disait feu Talleyrand-Périgord.

* * *

La Ligue ferait bien mieux encore d'utiliser ses forces vives à empêcher les abus qui se commettent sur notre espèce humaine et sur la plus noble conquête que l'homme ait jamais faite..... j'ai nommé le cheval. On a crié si fort contre les combats de taureaux qu'on a réussi à les empêcher de s'installer dans nos murs ; c'est bien. Mais les chevaux qu'on a sauvés ainsi de la corne du taureau font-ils oublier ceux qu'on oblige tous les dimanches et jours de fête, sans compter les jours de la semaine à faire un certain nombre de kilomètres dans un nombre donné de secondes, en portant un nombre donné de kilogrammes et en recevant un nombre illimité de coups de cravache ? Je ne parle pas de ceux qui glissent, se cassent la jambe dans le parcours, et sont abattus (lisez assommés) séance tenante par l'équarisseur — ni des jockeys, qui n'ont que ce qu'ils méritent, car rien ne les oblige à risquer de se casser le cou. Je pense que d'ailleurs on les fera bientôt courir eux-mêmes, si la mode née en Amérique réussit à franchir l'Atlantique. En effet les Américains, lassés des concours de boxe, ce qui

©BIU Santé

47°2, l'aisselle droite 43°3. Un autre jour, il y a 43°3 dans l'aisselle gauche, 46°1 dans l'aisselle droite et 46°6 dans la bouche. La température ambiante varie entre 10 et 16°.

Cinq jours avant de quitter l'hôpital, on lui trouvait encore 47°2. La veille de sa sortie, la température est normale à 36°6. Il est de toute évidence qu'il s'agit là de températures feintes, bien que l'auteur et le critique n'en aient rien soupçonné. Les deux autres observations, beaucoup moins significatives (Brünnghausen et Schwering), signalent des oscillations de 2 à 3° chez des aliénés, en particulier, sans troubles fonctionnels susceptibles d'en rendre compte.

Cette supercherie est, on le voit, surtout en honneur chez les hystériques, ce qui, ainsi que le faisait remarquer M. Du Castel, doit faire redoubler de vigilance dans la comparaison, chez elle, des températures des deux moitiés du corps, en tant que de nature à démasquer les simulations d'hémiplégie. L'observation de M. Du Castel, qui rentre dans la catégorie commune, est encore trop présente à l'esprit des lecteurs de l'*Union médicale* pour que nous ayons à la reproduire. Les accidents hystériformes accusés par la malade à la veille de quitter le service où elle avait été admise pour une affection légère, ne paraissaient pas devoir être suspectés, au moins quant aux phénomènes objectifs; mais une température de 39-39°5 était pour infirmer le diagnostic. Le jour où le thermomètre marqua 43°4, on en soupçonna l'explication. Les thermomètres du service avaient été éprouvés et trouvés exacts. Les températures axillaire double et vaginale, prises simultanément, n'avaient pas montré d'écart notable. Il est probable, d'après cela, qu'il existait, en réalité, un certain degré de fièvre.

Le point original de l'observation réside dans l'idée ingénieuse de chauffer la malade en feignant de s'intéresser à une importante expérience. Alors, on obtenait 48°, puis 60°, 76°; la colonne mercurielle se fragmente et le tube capillaire se brise.

Le procédé employé est celui qu'avait déjà signalé James Craith: des percussions légères, réitérées, avec le doigt, à la partie supérieure du thermomètre, déterminent l'ascension de l'index. Nous répétons que tous les thermomètres ne se prêtent pas à cette manœuvre.

---

est un progrès humanitaire, quelle qu'en soit la cause, ont imaginé de faire lutter des « marcheurs ».

Voici le récit du dernier match de ce genre:

« Un certain nombre de chevaliers du jarret ont commencé à marcher dans le Madison Square Garden à la première heure de lundi dernier, pour déterminer qui ferait le plus grand nombre de milles dans la semaine; le vainqueur devait être récompensé par le titre de champion et le don d'une ceinture, sans parler du bénéfice pécuniaire. Plusieurs des concurrents ont reconnu que l'épreuve était au-dessus de leurs forces et se sont successivement retirés de la piste. Sept ont persévéré jusqu'au bout, mais il était évident depuis jeudi qu'il n'y avait lutte pour le premier rang qu'entre deux, un Irlandais, nommé Fitzgerald, et un Anglais, nommé Rowell.

« La différence de nationalité excitait grandement les passions, et l'Anglais, comme l'Irlandais, avait des partisans si déterminés que la police craignait de sérieux désordres pour le dernier jour. Rowell a eu l'avance les trois premiers jours, mais le quatrième il a été distancé par Fitzgerald. Un instant, vendredi, l'Irlandais a eu à son actif une vingtaine de milles de plus que l'Anglais; mais celui-ci a diminué peu à peu cette différence, et hier soir, à cinq heures, l'avance de Fitzgerald n'était plus que de quatre milles. Les parieurs grillaient d'émotion.

« Finalement, la victoire est restée à Fitzgerald, qui a atteint le chiffre sans précédent de 610 milles, laissant Rowell à 602.

« Panchot a eu la troisième place avec 566 milles. La course s'est terminée à huit heures, Rowell ayant renoncé à la partie, en voyant qu'il ne pouvait plus gagner.

©BIU Santé

III

Dans tous les faits qui précèdent, c'est l'hyperthermie que les prétendus malades se sont efforcés de réaliser, la simulation d'un état fébrile leur paraissant indispensable pour rappeler sur leur personne l'intérêt épuisé.

La fraude inverse, c'est-à-dire la dissimulation de la fièvre, est beaucoup plus rare, comme les circonstances d'ailleurs dans lesquelles le sujet peut avoir intérêt à la manifester.

Au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde dont nous avons fait l'histoire ailleurs (1), et dans laquelle le bain froid, comme dans tous les essais méthodiques et consciencieux qui en ont été faits, nous donna des résultats hors de pair, notre collègue, M. le docteur Boiron, nous signala quelques malades qui, pensant échapper au bain commandé par la température de 39°, s'aspergeaient l'aisselle d'eau froide.

Cette petite fraude manquait complètement son but; mais l'incident témoigne, pour le dire en passant, de la rare présence d'esprit conservée par des malades au troisième et quatrième septenaire de formes ataxo-adynamiques remarquablement régularisées par l'eau froide, et surtout du compte qu'on doit tenir de cette assertion si légèrement émise dans les dernières discussions de l'Académie, que « le grand avantage du bain froid, c'est qu'il plaît aux malades ».

Ainsi, c'était encore une petite malade, soumise au bain froid, qui donna à Valette (de Lyon) cette preuve d'une inquiétante précocité (2). L'enfant, d'une dizaine d'années, avait montré, dès le début du traitement, une grande répugnance pour l'eau. Valette apprend, un matin, qu'une défervescence brusque s'est produite, qui a fait interrompre le bain toute la journée; il s'étonne de constater que l'état général est loin de s'être parallèlement amélioré. Le lendemain, même situation: aggravation des symptômes généraux, et cependant température rectale de 36 à 38°. Valette, mis en défiance, constatait que l'enfant s'introduisait dans le rectum, au moment de l'observation, un morceau de glace! Ayant promis de cesser ce jeu, et

(1) *Recueil de mémoires de méd. et de chir. militaires;* novembre-décembre, 1879.
(2) *Lyon médical*, 1882, t. XXXIX, p. 113.

« Le *Courrier des Etats-Unis*, qui donne ces renseignements, fait, dans un autre numéro, une peinture assez peu flattée des lauréats :

« Ces hommes n'ont pu avoir que quelques heures d'un sommeil agité, fiévreux pendant leurs six jours de tourment. En Chine, une des tortures les plus exquises infligées jadis aux criminels condamnés consistait à les priver de sommeil jusqu'à ce que la mort terminât leurs souffrances. On comprend donc que ces 141 heures n'ont pas été des heures de délices pour les marcheurs. Dans leurs efforts pour gagner l'argent reçu à la porte, ils se sont soumis à une agonie comme l'inquisition en voyait rarement. Il faut un être obtus, un tempérament de brute pour résister à un semblable effort. Voyez le gagnant Fitzgerald. La nature l'a évidemment destiné à être un champion marcheur, non un alderman. Pas la moindre trace de sensibilité ou d'intelligence sur son rude visage. La table de multiplication doit être pour lui un incompréhensible mystère. Voyez Hazael, qui a fait 600 milles en six jours. Son visage, sa physionomie, ses mouvements sont ceux d'un gigantesque singe africain, et son bredouillement idiot est l'écho d'un siècle antérieur à l'époque de l'évolution... »

Je crois, décidément, que le progrès n'a pas encore plus dit son dernier mot en Amérique qu'en France. Ce que je regrette bien sincèrement, soyez-en convaincus, chers lecteurs.

SIMPLISSIME.

BIU Santé

d'ailleurs surveillée, le traitement reprenait son cours et l'enfant guérissait.

Enfin, on a des exemples de paralysie simulée, dans lesquels l'imposteur ajoute à la vraisemblance de son cas, en obtenant un abaissement notable de la température du membre.

Bérenger-Féraud et Bellot (1) ont publié l'observation extrêmement curieuse d'un matelot de 21 ans qui, revenant de convalescence pour une bronchite chronique dont on ne trouvait plus trace, se plaignait d'une faiblesse du bras droit dégénérant en paralysie, consécutive, d'après sa version, à deux fractures successives de l'avant-bras en un même point, que ne décelait d'ailleurs aucun cal.

La main était œdémateuse, cyanosée, d'une température inférieure de plus de 10° à celle du membre gauche, différence d'ailleurs très sujette à variation; la sensibilité paraissait abolie. Tout le bras était devenu peu à peu paralysé; cependant, les muscles répondaient énergiquement à l'électricité; ceux de l'épaule conservaient la contraction volontaire.

Une nuit, la température prise inopinément, on trouvait sur le membre malade une augmentation de 3°1 sur le côté sain. Dans une autre circonstance, on prit la température des deux membres de demi-heure en demi-heure, pendant dix-huit heures; elle se montra sensiblement égale aux deux bras. Mêmes résultats dans une expérience qui dura quarante heures, et qui consista à lui faire maintenir symétriquement les bras au-dessus du plan horizontal du lit, par trois larges bandes molles et élastiques; trois médecins se remplacèrent à ses côtés pour exercer la surveillance.

On avait déjà remarqué son insistance à se coucher sur le côté, le bras droit pris sous le corps; expérimentalement, on s'assura que cette simple attitude interrompait partiellement le courant sanguin dans l'humérale et devait, en conséquence, troubler les réactions physiologiques du membre. Mais on trouva un jour, errant dans l'aisselle, un gros crucifix métallique que portait le malade sous couleur de piété, et qui avait laissé, sur le trajet du paquet vasculo-nerveux, la trace d'une vigoureuse compression. Un autre compresseur original remplaça le crucifix mis en lieu sûr: le fourneau d'une grosse pipe en racine de buis. (Le malade ne fumait que la cigarette.)

Puis, on le surprit à frotter une allumette de la main droite; une mésaventure analogue le trahit au sortir du sommeil chloroformique.

La morale de cette histoire fut le retour au corps avec trente jours de prison, au bout desquels une guérison radicale lui permettait de reprendre son service.

M. Bérenger-Féraud (2) observait encore un engagé volontaire qui présenta, dans des conditions presque identiques, de l'œdème avec cyanose de la main droite et des différences de température avec la main gauche atteignant 6,9 et même 14°. On n'eut que le temps d'observer que, sous prétexte de sieste, il plaçait toujours la main droite sous le corps. Intimidé, il demandait précipitamment sa sortie, et, se déclarant mieux, convenait tacitement de sa fraude.

R. LONGUET

(1) *Note sur un cas de paralysie simulée*, par Bellot. (*Archives de médecine navale;* février, 1882.)

(2) *Deux cas de paralysie simulée de la main droite*, par Bérenger-Féraud. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale;* mai 1884.)

REVUE DES JOURNAUX

Recherches expérimentales sur les injections médicamenteuses dans le tissu pulmonaire, par E. FRANKEL. — Ces expériences, comme celles qui ont déjà été faites dans cette

©BIU Santé

direction, semblent témoigner d'une réelle tolérance du poumon à l'égard de divers agents irritants : solutions de 2 à 5 p. 100 d'acétate d'alumine, d'acide phénique à 1 et 5 p. 100, huileuse d'iodoforme à 5 p. 100. Les injections étaient faites tantôt plusieurs fois par jour, tantôt après des intervalles de plusieurs jours. Généralement il ne s'ensuit aucune réaction fonctionnelle; dans quelques cas exceptionnels, quelques quintes de toux, et alors seulement qu'on a percé une grosse bronche, car la tolérance de la plèvre et du parenchyme est complète. Anatomiquement, on trouve dans la cavité pleurable un épanchement sanguin qui ne dépassse jamais les proportions d'une cuillerée à café, le parenchyme pulmonaire est infiltré de sang sur une profondeur de 1 centimètre seulement, ce petit foyer se résorbe ou subit une régression donnant lieu à la production d'une légère cicatrice. L'auteur estime que ces données expérimentales doivent autoriser l'emploi des injections médicamenteuses dans les cas de phthisie où le processus est localisé et abordable; le tissu malade subira une modification substitutive devant hâter le travail de cicatrisation; au voisinage des foyers, on créera une zone cicatricielle formant un rempart contre l'envahissement du processus. (*Deutsch med. Wochenschrift*, n° 4, 1882.) — R. L.

Emploi thérapeutique du Piscidia erythrina. — Cette légumineuse arborescente croît en abondance aux Antilles et en particulier à la Jamaïque. Hamilton, de Plymouth, a rappelé, en 1844, qu'on l'utilise surtout, dans son lieu d'origine, en raison des singuliers effets qu'elle exerce sur le poisson. Son écorce pilée et jetée dans un cours d'eau, on voit en quelques instants la surface se couvrir de poissons, comme narcotisés, les plus gros ne tardent pas à reprendre vie, mais le fretin ne survit pas. Les produits de cette pêche facile sont consommés, paraît-il, sans inconvénient. Hamilton a essayé sur lui-même la teinture contre le mal de dents (4 grammes); il eut une vive sensation de chaleur intérieure, transpira abondamment, tomba dans un profond sommeil qui dura vingt-quatre heures et se réveilla dispos et sans aucune douleur. Ott, de Philadelphie, a institué récemment une série d'expériences desquelles il résulte que cette substance exerce une action puissante sur les centres nerveux, sans cependant indiquer une spécialisation thérapeutique bien déterminée. Il paraîtrait cependant qu'on s'en est servi avec avantage en Amérique dans le traitement des névralgies faciales, sciatiques, du rhumatisme chronique, de l'insomnie. (*Therap. Gaz.* et *London med. Rec.*, 15 juill. 1882.)

R. L.

Sociétés médicales des départements

Les travaux de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne pendant le premier trimestre de 1884.

La première séance de l'année, celle du 7 janvier, a été remplie par quatre communications intéressantes.

Voici d'abord celle de M. Boudet : elle est relative à l'*urticaire ab ingestis*, maladie bien étudiée dans ces derniers temps, mais présentant encore dans son histoire clinique des particularités peu connues. Ici, un coryza coïncidait avec l'éruption, commençant et cessant en même temps qu'elle. A ce propos, l'auteur remarque qu'on n'accorde peut-être pas toujours une importance pathogénique suffisante aux prédispositions individuelles, et trouve un appui à cette sage remarque dans l'opinion de MM. Raymondeau père et Mozard, qui déclarent avoir observé des cas où, dans une famille de plusieurs personnes prenant les mêmes aliments, une seule cependant était atteinte.

Après cette discussion, M. Raymondeau père fait le récit d'une *opération d'uréthrotomie interne pour extraire un corps étranger de l'urèthre*, et M. Louis Bleyne d'une observation des plus remarquables pour servir à l'histoire pathogénique des troubles hystériques.

Il s'agit d'une jeune femme qui fut atteinte d'*hématocèle rétro-utérine suivie d'hystérie convulsive*. Cette hématocèle paraissait guérie, au moment où elle consulta M. Bleyne. Cependant, par le toucher, on trouvait dans le cul-de-sac postérieur une masse indurée du volume d'une noix; de plus, à chaque époque menstruelle, cette femme éprouvait des crises hystériques violentes. Elle devint enceinte, et, dans la dernière semaine de sa grossesse, expulsait du sang et du pus. Quelques jours plus tard, elle accouchait normalement. Depuis cette époque, la tumeur du cul-de-sac postérieur a disparu, et cette femme est exempte de tout accident nerveux.

©BIU Santé

M. Bleyne a encore donné lecture de deux notes : l'une sur l'*opération césarienne dans un cas d'ostéomalacie*, avec rétrécissement du bassin, chez une femme dont les cinq premiers accouchements avaient été normaux ; l'autre sur un cas d'*enclavement du fœtus ayant nécessité la décollation*.

Dans la séance du 3 mars, M. Boudet a fait connaître une observation de *suppression menstruelle* durant trois mois. Aux époques menstruelles, la malade éprouvait des coliques utérines et un simple suintement ; le troisième mois, elle expulsa des débris d'une membrane charnue plus villeuse au dedans qu'au dehors. M. Boudet croit que cette membrane était de celles qui caractérisent la dysménorrhée membraneuse. Cette opinion n'est pas partagée par M. Raymond, qui la considère comme une caduque. Il est vrai qu'on n'a pu trouver l'ovule parmi les produits expulsés.

Enfin, M. Raymondeau père communique l'histoire d'un *anévrysme poplité spontané guéri par la ligature de la fémorale dans le triangle de Scarpa* chez une femme de 75 ans. Ce succès opératoire fait à nouveau grand honneur à l'habile bistouri de cet estimé chirurgien. — Ch. E.

CORRESPONDANCE

Paris 17 juin 1884.

Mon cher collègue,

Dans le n° 79, 31 mai 1884, l'*Union médicale*, sous le titre *Formulaire*, indique un traitement de l'ongle incarné au début, par l'isolement de l'ongle au moyen de charpie, de coton ou d'amadou et l'attouchement de l'ulcération avec la teinture d'iode, le perchlorure de fer, l'alun ou le tannin. Il faut y joindre le repos.

Je crois bon de rappeler, à cette occasion, une note que j'ai publiée dans l'*Union médicale* en 1880 (n° 147, p. 763) sur les bons résultats obtenus dans le traitement de l'ongle incarné au début par la cautérisation au moyen du nitrate d'argent sans isolement de l'ongle. Pendant les vingt dernières années de ma pratique, j'ai toujours traité l'ongle incarné de la façon indiquée dans cette note, et je n'ai plus eu besoin de recourir à l'extirpation de l'ongle.

Si la première application du nitrate d'argent est largement faite, de manière à cautériser profondément le sillon malade, il est bien rare que dès le lendemain l'opéré n'éprouve un soulagement tel que le repos absolu n'est pas nécessaire.

Le malade, pourvu d'une chaussure convenable, peut se servir, avec modération, de son pied.

Je viens de me traiter moi-même pour un début d'ongle incarné causé par une chaussure défectueuse. Une seule cautérisation a suffi pour amener la guérison sans que j'aie renoncé à ma vie active.

L'efficacité de ce traitement si simple est telle pour moi, que si la génération actuelle des chirurgiens voulait l'essayer, je suis convaincu que l'extirpation serait réservée pour des cas tout à fait exceptionnels.

Votre tout dévoué collègue,
G. Monod.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 1er au 15 juin 1884.

Du 1er au 4 juin. — Pas de thèses.

Jeudi 5. — M. Sagrandi : Contribution à l'étude de l'asthme permanent. (Président : M. Germain Sée.) — Mlle Coutzaride : De l'hydrorrhée et de sa valeur séméiologique dans le cancer de l'utérus. (Président : M. Jaccoud.)

Vendredi 6. — M. Bourrel : Contribution à l'étude de la syphilis hépatique. (Président : M. Potain.) — M. Faure : De l'épithélioma du plancher de la bouche. (Président : M. Verneuil.)

Du 7 au 11 juin. — Pas de thèses.

Jeudi 12. — M. Bellangé : Etude sur la cirrhose graisseuse. (Président : M. Ball.) — M. Tétard : De l'hématome du pavillon de l'oreille. (Président : M. Ball.)

Vendredi 13. — M. Mercier : De l'étiologie du scorbut dans les prisons. (Président : M. Bouchardat.) — M. Boissard : De la forme de l'excavation pelvienne considérée au point de vue obstétrical. (Président : M. Tarnier.)

©BIU Santé

Samedi 14. — M. Sourice : Etude sur quelques cas de malformations utérines considérées surtout au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. (Président : M. Pagot.) — M. Lambert : Etude sur un nouveau procédé de chloroformisation par les solutions titrées. (Président : M. Laboulbène.) — M. Humbert : De l'emploi du tube Faucher après les opérations pratiquées sur la langue. (Président : M. Le Fort.) — M. Houel : Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire compliquant les traumatismes cérébraux. (Président : M. Le Fort.)

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 7 juillet 1884, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 3 juillet 1884. Le registre d'inscriptions sera ouvert tous les jours de midi à trois heures. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— Un autre concours pour la nomination à une place de chef de clinique titulaire et à une place de chef de clinique adjoint des maladies des enfants s'ouvrira également le lundi 7 juillet 1884, à neuf heures du matin. Les conditions sont les mêmes que pour le concours ci-dessus, et la limite d'âge est également fixée à 34 ans, au jour d'ouverture dudit concours.

— Une session d'examens pour le baccalauréat ès lettres et pour le baccalauréat ès sciences complet et restreint s'ouvrira le samedi 5 juillet 1884. Le registre des inscriptions sera ouvert du 10 au 26 juin pour le baccalauréat ès lettres et du 16 au 28 juin inclusivement pour le baccalauréat ès sciences, au secrétariat de la Faculté, à la Sorbonne, tous les jours de dix heures à midi; le dernier jour il sera clos à quatre heures.

— M. Hanriot, agrégé, est chargé du cours de chimie médicale, en remplacement de M. Wurtz, décédé.

— A la suite de la démission de M. Gosselin, M. Le Fort, professeur à la Faculté de médecine (opérations et appareils), est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale.

Service du traitement a domicile. — Le dimanche 6 juillet 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du Ve arrondissement, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Assistance publique. — L'administration de l'Assistance publique a créé récemment un nouvel hôpital temporaire, l'Hôpital des Mariniers. Situé dans le quartier de Montrouge, sentier des Mariniers, d'où son nom, cet hôpital contient 200 lits. Le service médical en a été confié à M. le docteur Tapret.

L'Hôtel-Dieu annexe a été également ouvert de nouveau temporairement, il y a quelque temps; les trois services de médecine ont été placés sous la direction de MM. les docteurs Chauffard et Danlos, médecins du Bureau central.

Nécrologie. — Le corps médical d'Aix-les-Bains vient de faire une perte des plus douloureuses. Le docteur Frenoy, ex-chirurgien militaire, à peine âgé de 44 ans, a succombé mercredi dernier à une lente affection des organes digestifs, contractée, selon toutes probabilités, pendant son séjour en Afrique.

La bienveillance de son caractère, son empressement à rendre service, la loyauté, la discrétion et la sûreté de son commerce, les agréments de son esprit très cultivé, et, par dessus tout, la délicatesse et l'honorabilité scrupuleuse qu'il apportait dans l'exercice de sa profession, lui avaient conquis l'estime et la sympathie de tous. Depuis six ans qu'il passait les étés à Aix, ceux de ses confrères qui ont eu des relations avec lui sont devenus, sans exception, ses amis. Sa mort laisse d'unanimes regrets. — M. L.

Le gérant G. RICHELOT

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

©BIU Santé

Sommaire

I. L.-H. Petit : Influence de la syphilis sur la consolidation des fractures. — II. Maurice Notta : De la pathogénie du rhumatisme, et de la valeur de la théorie spinale. — III. Bibliothèque. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Courrier.

Influence de la syphilis sur la consolidation des fractures.

(Documents inédits.)

Les travaux relatifs à ce sujet mentionnent un fait de Beulac; mais tous les auteurs se contentent de le donner comme indication bibliographique, quand ils en donnent une : *Journal de médecine*, de Leroux, Boyer, Corvisart, 1812, p. 216, et rapportent le cas dans les mêmes termes que le recueil précité :

« M. Beulac a parlé d'une fracture qui existait depuis deux mois et dont la consolidation avait été uniquement retardée par le vice syphilitique dont le sujet était affecté. »

Ces lignes sont résumées d'un travail de Segaud, intitulé : *Exposé des travaux de la Société de médecine de Marseille pendant l'année* 1811. Malheureusement, la bibliothèque de notre Faculté ne possède ni ce travail, ni le compte rendu des travaux de la Société de médecine de Marseille, ni les *Bulletins* de cette Société, dont la collection ne commence qu'en 1820.

Désirant cependant beaucoup connaître l'observation originale de Beulac, j'ai prié mon excellent ami le docteur E. Laget, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, de vouloir bien chercher dans la bibliothèque de cette Ecole et dans les archives de la Société de médecine, le rapport de Segaud, et, s'il le trouvait, de me faire copier le passage relatif à cette observation. M. Laget, avec une bonne grâce et un empressement dont je ne saurais trop le remercier, a bien voulu faire ces recherches, dont le résultat a été des plus satisfaisants.

La bibliothèque de l'Ecole de médecine de Marseille n'est pas plus riche que la nôtre au point de vue qui nous intéressait, car M. Laget n'y a pas trouvé le document désiré; mais, en fouillant dans les archives de la Société de médecine, il a pu mettre la main non seulement sur le rapport de Segaud, mais encore sur les procès-verbaux manuscrits de 1811. Voici la reproduction intégrale de ces deux documents :

I. — *Séance publique de la Société de médecine de Marseille, tenue dans la grande salle du Musée*, le 17 novembre 1811. (Brochure in-8° de 54 pages.) Marseille; 1812.

—

En tête de la page 1 : *Exposé des travaux de la Société de médecine de Marseille pendant l'année médicale de 1811*, par M. Segaud, secrétaire général.

(Pages 21-22). — M. Beulac vous a encore donné connaissance d'une troisième observation, et qui est relative à la fracture de deux os de la jambe gauche, par cause externe, dont le sujet est un homme de 28 ans. Appelé quarante jours après que la fracture avait eu lieu, et voyant que la nature n'avait encore rien fait pour la formation du cal, notre collègue reconnut la cause qui s'opposait à cette formation dans un vice syphilitique ancien; c'est pourquoi il se hâta d'administrer les mercuriaux, dont il fit continuer l'usage pendant un mois et demi, époque à laquelle le cal fut entièrement formé.

Cette dernière observation a donné occasion à plusieurs d'entre vous de faire des réflexions sur la formation du cal dans différents états morbides, et notamment dans les affections scorbutiques. On a cité des cas de fracture, compliquée de scorbut, dont le cal a été longtemps à se former, et qui n'a pu avoir lieu qu'après avoir employé des antiscorbutiques.

M. Chrétien, votre associé, à cette séance, a rapporté des faits analogues.

©BIU Santé

II. — Volume relié en parchemin portant sur la couverture le titre : *Registre de la Société de médecine de Marseille, de 1808 à 1813.* (Le volume est entièrement manuscrit.)

Séance du 13 août 1811.

Le Secrétaire général présente à la Société M. Chrétien, l'un de ses membres associés, de passage dans cette ville.....

M. Beulac lit une observation relative à la fracture de deux os de la jambe gauche par cause externe; le sujet de cette observation est un huissier de *Béziers*, âgé d'environ 28 ans. Notre collègue ayant été appelé quarante jours après que cette fracture avait eu lieu, et voyant que la nature n'avait rien fait encore pour la formation du cal et que les pièces fracturées offraient, comme le premier jour de l'accident, un bruit de crépitation, crut reconnaître la cause qui s'opposait à cette formation dans un vice syphilitique. Le malade ayant avoué qu'il avait eu deux chancres vénériens, six ans auparavant, auxquels avait succédé, après un pansement simple, un bubon à l'aine droite, lequel disparut par l'application d'un emplâtre fondant, M. Beulac examina les diverses parties du corps et découvrit des pustules vénériennes bien caractérisées dans la région dorsale, et principalement dans le cuir chevelu. Le malade fut mis à l'usage de la liqueur de (nom illisible) pendant près d'un mois, sans qu'il en retirât aucun avantage.

La liqueur de *Van Swieten* ayant été substituée à la première, on s'aperçut au bout de quinze jours de l'efficacité de ce remède, qui fut continué pendant quarante jours, époque à laquelle le cal fut complet. Le malade n'a pu néanmoins se servir de sa jambe que cinq mois après sa chute.

Notre collègue pense que, si des praticiens ont obtenu la formation du cal chez des malades atteints de la syphilis, ce vice devait être local chez eux et non constitutionnel.

Cette observation donne occasion à plusieurs membres de faire des réflexions sur la formation du cal dans différents états morbides.

Le Secrétaire général observe qu'il a vu plusieurs cas de scorbut dans lesquels le cal se formait difficilement.

M. Saint-Rome dit avoir observé la même chose.

Signé : Delacourt, président.
Segaud, secrét. gén.

Ces deux documents, surtout le second, sont, je pense, à peu près inconnus de nos contemporains. Il n'était donc pas inutile de les reproduire. La version du registre manuscrit, restée jusqu'à ce jour inédite, est sans contredit plus précieuse que celle du rapport de Segaud, car elle contient des détails sur les antécédents vénériens du malade qui rendent incontestable la constitution syphilitique de celui-ci. Segaud disant simplement « notre collègue reconnut la cause qui s'opposait à cette formation dans un vice syphilitique ancien », on pouvait conserver des doutes sur ce vice syphilitique, sachant combien la syphilis était encore mal connue au commencement de ce siècle, et confondue avec d'autres affections vénériennes ou cachectiques; mais la relation manuscrite mentionnant : deux chancres six ans auparavant (bien qu'un seul eût suffi), un bubon inguinal ayant disparu (sans suppuration probablement) par l'application d'un emplâtre fondant, des pustules vénériennes bien caractérisées dans la région dorsale et dans le cuir chevelu, enfin la consolidation de la fracture par l'administration de la liqueur de van Swieten, — je crois qu'on peut être convaincu de l'existence de la syphilis chez ce malade, et de son influence sur la non-consolidation de la fracture.

Quoi qu'il en soit, je pense que nous pouvons nous féliciter, M. Laget et moi, d'avoir contribué à remplacer, dans la littérature médicale, le court résumé d'une observation intéressante par l'observation originale.

L.-H. Petit.

©BIU Santé

De la pathogénie du rhumatisme, et de la valeur de la théorie spinale.

On a beaucoup discuté sur la nature du rhumatisme, et il est probable que le champ si vaste des hypothèses est loin d'être clos sur ce sujet. Grâce aux travaux de Barthez, qui, dans son *Traité des maladies goutteuses*, rangea le rhumatisme parmi les maladies « congénères de la goutte des articulations », de Gan, qui distingua nettement le rhumatisme articulaire du rhumatisme musculaire, et de Chomel, qui borna exclusivement le domaine de la maladie aux systèmes musculaire et fibreux, on a pu distinguer plusieurs espèces de rhumatisme d'après le siège de la localisation rhumatismale. Mais la nature intime du rhumatisme spontané ou héréditaire, c'est-à-dire cette condition particulière de l'organisme qui rend l'individu apte à produire, sous l'influence de causes appréciables ou non, des manifestations morbides dites rhumatismales, est inconnue.

La diathèse rhumatismale est-elle une dyscrasie constituée par un excès d'acide urique, qui existerait dans le sang en plus grande quantité qu'à l'état normal, mais en moins grande quantité que dans la goutte (Edwards, Eisenmann)?

Est-elle due à un excès d'acide lactique, comme le veut Todd?

Peut-elle s'expliquer par une théorie miasmatique comparable à celle de la malaria (Maclagan)?

Ou bien serait-elle une affection médullaire, probablement de nature simple et hyperémique?

C'est à cette dernière théorie que certains auteurs paraissent aujourd'hui se rallier, s'appuyant sur les faits de manifestations spinales primitives, s'observant d'emblée avant l'attaque franche de rhumatisme articulaire aigu, et analogues à ceux que nous avons publiés dans ce journal (n° du 25 août 1883). Dans un travail paru dans l'*Alger médical* (1), M. Trolard, se fondant sur ce qu'il a souvent constaté des douleurs spinales, à la pression, au niveau des segments médullaires innervant les articulations malades, et que d'autre part il a vu des applications révulsives sur ces points spinaux douloureux suivies d'un effet très rapide sur les arthropathies, émet toute une théorie, fort ingénieuse et très séduisante assurément, mais qui, ne reposant, comme le dit l'auteur lui-même, « sur aucun fait », est purement hypothétique. Le savant professeur d'anatomie d'Alger pense qu'il s'agit d'une affection médullaire, siégeant probablement au niveau des cornes antérieures, débutant par un point quelconque d'un côté, se transmettant le plus souvent dans le même segment du côté opposé, puis se propageant aux segments supérieurs et inférieurs, d'abord d'un seul côté, puis de l'autre côté, et pouvant ainsi remonter jusque dans l'encéphale (rhumatisme cérébral). Quant à la nature de la lésion, il la détermine en s'appuyant sur l'expérimentation (exp. de Pourfour du Petit et de Cl. Bernard sur le grand sympathique), et en raisonnant par analogie. Il y aurait une lésion des nerfs vaso-moteurs, d'où la paralysie des vaisseaux, qui se traduit par la congestion des parties auxquelles ils se distribuent, la rougeur presque instantanée, la dilatation veineuse et l'élévation de la température: autant de symptômes du rhumatisme articulaire!

« Ne pouvons-nous pas admettre que, de même qu'une lésion de certaine partie de la « corne antérieure se traduit par une paralysie d'un muscle ou d'un groupe de muscles, « la lésion d'une autre partie de cette corne se manifestera par une paralysie des vaso- « moteurs? L'origine médullaire des vaso-moteurs n'est pas encore connue; mais n'est-il « pas probable que chaque segment médullaire, qui renferme l'origine des nerfs sensi- « tifs et moteurs synergiques, renferme aussi l'origine des vaso-moteurs correspon- « dants (2)? »

En dehors des phénomènes locaux articulaires, certains accidents ne peuvent guère s'expliquer que par une lésion des centres trophiques : telles sont la cachexie rhumatismale, l'hyperthermie du rhumatisme cérébral, la folie rhumatismale liée à une altération rapide et profonde de la nutrition, les éruptions cutanées elles-mêmes. En outre, la théorie spinale permet d'expliquer la marche régulière, progressive, symétrique (?) de la maladie et un grand nombre de symptômes.

L'action réflexe peut être invoquée dans les cas où l'action du froid, qui détermine l'attaque de rhumatisme, a été localisée aux membres inférieurs, et est tout aussi admissible que dans les cas cités par Charcot, lorsqu'un rhumatisme aigu ou chronique se développe à la suite d'un coup, d'une chute, d'un phlegmon, d'un panaris, et toujours en débutant par l'articulation la plus voisine du point lésé. Le rhumatisme blennorrhagique

(1) Le rhumatisme ; sa nature. — Janvier, 1884.
(2) P. 3, *loc. citat.*

©BIU Santé

lui-même pourrait être considéré comme déterminé par un acte réflexe qui, partant de l'urèthre enflammé, agit sur le renflement lombaire.

La théorie spinale est relativement ancienne, et si M. Trolard a eu le mérite d'y apporter des arguments nouveaux, des idées aussi ingénieuses qu'originales, il a laissé dans l'ombre un certain nombre d'objections, n'a pas pu résoudre celles mêmes qui se sont pour ainsi dire imposées à son esprit, et a édifié ses hypothèses sur un grand nombre de points d'interrogation, ou plutôt sur des faits qui demandent avant tout la sanction irréfutable de l'anatomie pathologique (comme l'origine médullaire des nerfs vaso-moteurs).

Déjà John Mitchell disait en 1831 : « Le rhumatisme n'est qu'une myélite à manifestations arthropathiques. » C'est là, croyons-nous, une exagération manifeste. Il y a longtemps qu'on a publié des observations de rhumatisme spinal dans lesquelles les accidents spinaux (paraplégies, contractures, etc.), apparaissant les premiers, alternèrent avec les arthropathies, et deux cas de Vallin donnèrent lieu à une discussion intéressante à la Société médicale des hôpitaux (séance du 25 janvier 1878). M. Rendu a opposé alors au rhumatisme spinal les faits d'arthropathie simulant le rhumatisme dans les maladies de la moelle, et dont la distinction est souvent très délicate à établir (Ollivier, Besnier).

Quelque séduisante que paraisse la théorie spinale, il nous semble qu'elle est passible d'un certain nombre d'objections. Pourquoi, comme le fait remarquer M. Trolard sans pouvoir résoudre le problème, s'il y a lésion des vaso-moteurs, les articulations sont-elles seules affectées ? Il y a peut-être là une question de tissus, de lieux de *minoris resistentiæ*, de vaisseaux plus exposés à la fatigue ; mais en réalité on n'en sait rien. D'autre part, n'est-il pas plus logique d'admettre, quand on est en présence de phénomènes médullaires, qu'il s'agit d'accidents spinaux du rhumatisme ? Que ces accidents soient primitifs, et constituent un début anormal du rhumatisme, ou qu'ils soient tardifs, apparaissant dans le cours même de l'affection, n'est-il pas plus naturel d'y voir une localisation médullaire de ce *nescio quid* qui constitue la diathèse rhumatismale ? Enfin il est loin d'être prouvé que les arthropathies soient d'origine spinale.

Quant au rhumatisme blennorrhagique, outre l'action réflexe, on a invoqué la métastase (Selle, etc.), la sympathie organique (Rollet), l'absorption du principe virulent de la blennorrhagie (de Castelnau), l'infection pyémique, etc. Mais, lorsque la blennorrhagie a précédé l'apparition d'un rhumatisme multi-articulaire, il est souvent très difficile de déterminer s'il y a simple coïncidence ou un rapport entre la blennorrhagie et le rhumatisme observé. Pour un grand nombre d'auteurs, le rhumatisme blennorrhagique, comme tous les rhumatismes secondaires des maladies générales et infectieuses (1), rentrerait dans la catégorie des faux rhumatismes auxquels on devrait réserver le nom d'arthrites : arthrite blennorrhagique, arthrite puerpérale, etc. « Il est certain que les déterminations morbides qui se font à la fois sur les séreuses et sur les jointures, n'appartiennent pas exclusivement au rhumatisme ; elles appartiennent également sous une forme modifiée, à des états morbides infectieux, tels que la blennorrhagie, la scarlatine, la dysentérie, etc., mais je crois qu'il ne faut pas vouloir établir une limite infranchissable entre le rhumatisme vrai et les pseudo-rhumatismes ; ici, comme ailleurs, la série des intermédiaires est importante à considérer, et ce n'est pas dans les opinions extrêmes que se trouve la vérité (2). »

La théorie spinale, pas plus que la diathèse urique, ne nous paraît capable à elle seule d'expliquer d'une façon complète et satisfaisante la nature du rhumatisme. Il est souvent très difficile de séparer dans un rhumatisme donné ce qui est sous la dépendance de la moelle, et ce qui n'est pas sous la dépendance de cet organe. Peut-être le système nerveux et le système sanguin concourent-ils l'un et l'autre à servir d'intermédiaire entre l'impression morbide et la détermination anatomique.

Ces questions sont jusqu'ici presque impossibles à résoudre, et montrent les difficultés cliniques que l'on trouve dans l'étude du rhumatisme spinal.

Maurice Notta.

(1) Bourcy. Th. de Paris, 1883.
(2) Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne*, t. II, p. 547.

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE COMPRENANT LA PATHOGÉNIE ET LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, par M. HALLOPEAU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Paris, J.-B. Baillère ; 1884.

S'il est vrai de dire que la science reste éternellement jeune, parce que son caractère propre est de se renouveler sans cesse, il ne l'est pas moins de dire aussi que les livres qui ont pour but de nous l'exposer et de nous l'enseigner vieillissent vite. Cette caducité rapide des livres est même une conséquence naturelle et une condition inévitable de ce perpétuel renouvellement de la science ; au bout de quelques années, elle a grandi, s'est développée, ses vêtements ne vont plus à sa taille, il faut les changer.

Les livres de pathologie ne sauraient échapper à la loi commune, depuis que la pathologie, ainsi que la physiologie, étudiée comme une science naturelle, au même titre que la physique et la chimie, en recevant le tribut de ces sciences, en a suivi naturellement le développement et les progrès. La plupart des traités de pathologie générale qui ont vu le jour dans ces vingt ou trente dernières années, ouvrages très estimables et qui ont rendu d'inappréciables services, sont aujourd'hui devenus insuffisants et ne présentent plus qu'un tableau incomplet de la science, au double point de vue des faits et des doctrines ; ils donnent à la lecture la sensation d'œuvres qui ne sont pas entrées franchement dans le mouvement qui emporte aujourd'hui la médecine hors de ses voies traditionnelles.

Ils ne font pas une place assez large aux résultats fournis par la micrographie, l'analyse chimique, la chimie biologique, l'expérimentation sur les animaux, la physiologie et la pathologie expérimentales ou de laboratoire.

On sait quelle importance ont prise, dans ces dernières années, les recherches de laboratoire, surtout sous l'impulsion de M. Pasteur, et quelle immense influence elles exercent sur la direction actuelle de la science.

Quelque opinion que l'on ait sur l'avenir qui attend les doctrines de M. Pasteur et leurs applications, que l'on en soit partisan ou adversaire, il n'en est pas moins vrai qu'elles ont remué et renouvelé le champ de la science, qu'elles ont suscité et suscitent tous les jours de nombreux travaux, que, grâce à elles, des résultats considérables et incontestables ont été acquis soit en pathogénie, soit en thérapeutique : prophylaxie des infections purulentes et septicémiques, de la fièvre ou infection puerpérale ; inoculation préventive ou vaccination du charbon bactéridien, du charbon symptomatique, de la clavelée, de la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine, du choléra des poules, de la rage peut-être, si l'on en croit la relation d'expériences nouvelles qu'une commission a été chargée de contrôler ; tel est le bilan encore incomplet des acquisitions actuelles dues aux travaux de M. Pasteur et de son école, et qui, s'il faut en croire l'enthousiasme de ses admirateurs, ouvrent à la pathologie et à la thérapeutique des horizons sans limites.

Or, dans nos livres classiques, nous ne trouvons nulle part une exposition claire, nette et complète de cet ensemble de faits et de doctrines qui a donné à notre science son impulsion et sa direction actuelles. Nul peut-être mieux que M. Hallopeau n'était capable de combler cette lacune ; jeune encore, et cependant mûri par la méditation, l'étude et la pratique, préparé par de nombreuses publications à des œuvres de plus longue haleine, à la fois très érudit et très ouvert aux idées nouvelles, mieux que personne il était à même de mener à bien un ouvrage de pathologie générale qui, tout en tenant grand compte des faits et des doctrines que nous a légués le passé, ouvrit une large place aux doctrines et aux faits récemment acquis à la science, qui fût un guide sûr dans ces voies un peu encombrées où nous tous, commençants ou médecins déjà mûris par l'âge et l'expérience, devons marcher aujourd'hui.

Le livre que nous nous trouvons très honoré de présenter aujourd'hui aux lecteurs de l'*Union médicale* et dont quelques pages détachées avant son apparition ont été déjà publiées dans le journal, le *Traité élémentaire de pathologie générale* de M. Hallopeau, se compose de cinq parties.

Dans la première partie, consacrée à l'*étiologie*, se trouvent exposés, dans un grand chapitre relatif aux maladies infectieuses et aux agents de ces maladies, les faits et les doctrines auxquels nous venons de faire allusion. Nous devons rendre hommage à l'impartialité avec laquelle l'auteur analyse et apprécie les travaux suscités par les questions si importantes qui se rattachent aux maladies infectieuses et virulentes. Entraîné visiblement vers les idées de M. Pasteur et de son école, il ne dissimule rien cependant des

©BIU Santé

difficultés et des obscurités qu'elles comportent, il met consciencieusement le pour et le contre sous les yeux du lecteur, en faisant les réserves commandées par l'état actuel de la science.

Voici comment il s'exprime à propos des agents infectieux:

« Ces agents organisés, dit-il, doivent-ils être considérés comme des parasites? Cette manière de voir semble avoir reçu, grâce aux travaux de Davaine, de MM. Pasteur et Koch, une démonstration pleine et entière pour le charbon, pour deux maladies des vers à soie, la flâcherie et la pébrine, pour le choléra *des poules* et, aussi, tout récemment pour la tuberculose, le rouget des porcs et la morve; on a trouvé constamment, dans les tissus des sujets atteints de ces affections, des corpuscules spéciaux, à l'état adulte ou à l'état de germe, et l'on a constaté que ces mêmes corpuscules, isolés et multipliés par des cultures successives, peuvent, quand on les inocule à un sujet, lui communiquer la même maladie spécifique. En présence de ces faits, rapprochés des données nouvelles qu'a fournies M. Pasteur sur le rôle actif des microbes dans les fermentations, des esprits hardis ne craignent pas d'appliquer à la généralité des maladies infectieuses ce qui est démontré seulement pour quelques-unes d'entre elles; ils voient partout des parasites, et ils les décrivent; l'infection n'est plus pour eux que du parasitisme. Si l'on mesure le chemin parcouru dans ces dernières années, on peut présumer que l'avenir viendra confirmer l'exactitude de ces vues; mais dans les sciences on ne peut pas se contenter du vraisemblable, il faut des preuves, et ces preuves n'ont été fournies jusqu'ici d'une manière complète que pour les affections indiquées plus haut, ce sont les seules pour lesquelles on ait démontré l'existence d'un microbe capable de reproduire la maladie après avoir été isolé et cultivé; et encore des pathologistes éminents professent-ils que ce microbe n'est que le vecteur du contage.

« Hatons-nous d'ajouter que des faits positifs permettent, dès à présent, de rattacher très vraisemblablement à la présence de micro-organismes la plupart des autres infections. Il en est ainsi, par exemple, du typhus récurrent, de la lèpre, de la fièvre intermittente, de la fièvre typhoïde, de l'infection puerpérale, de la blennorrhagie et du furoncle...

« Du moment où l'on constate que la présence d'un parasite coïncide constamment avec une maladie déterminée, il est permis d'admettre, alors même que l'on n'a pu faire des réinoculations, qu'il y a une relation entre les deux phénomènes, et il est bien peu vraisemblable que ce soit la maladie qui amène le développement du parasite. Il faut considérer aussi que la preuve complète de la nature parasitaire d'une maladie par la culture et la réinoculation est actuellement et sera peut-être toujours impossible à faire pour la plupart de ceux qui sont propres à l'espèce humaine, *car pour cultiver un microbe, il faut nécessairement un terrain favorable, et rien ne prouve que, pour beaucoup de contages, il en existe actuellement d'autre que le sang humain.*

« Si l'on accorde enfin que l'inoculation à l'homme n'est presque jamais praticable, on arrive à conclure que la preuve directe et complète de la nature animée des contages humains ne pourra être fournie que très exceptionnellement; mais à défaut de cette démonstration absolue, si l'on arrive à trouver constamment, dans chacune des maladies infectieuses, un microbe spécial, l'hypothèse que nous discutons atteindra un tel degré de vraisemblance qu'on devra la tenir pour vraie, si toutefois l'on a bien établi que ce microbe n'est pas un produit secondaire qui a envahi l'organisme transformé préalablement par la maladie en un terrain favorable à son développement. »

Voilà, si nous ne nous trompons, toute la question des microbes exposée comme le comporte l'état actuel de la science, avec ses faits positifs, d'une part, ses doutes, ses incertitudes, ses obscurités, d'autre part, dans un style simple et clair, aussi éloigné du ton affirmatif et tranchant des sectaires, que du parti pris de négation systématique des adversaires. N'est-ce point là une excellente page d'exposition doctrinale impartiale et de saine critique?

Après avoir indiqué les *caractères généraux* des microbes, l'auteur décrit avec soin les différentes espèces de ces agents qu'il divise en 6 catégories : 1° les *micrococcus*, cellules souvent groupées deux à deux, ou formant des chaînettes plus ou moins longues, ou agglomérées en masses plus ou moins volumineuses dites *zooglées ;* — 2° les *bactéries* ou bâtonnets ; — 3° les *bacilles* ou bâtons, plus allongés que les précédents ; — 4° les *leptothrix*, longs filaments ; — 5° les *spirilles* ou *vibrions*, filaments contournés en spirale ; — 6° les *spirochaètes*, filaments contournés en spirale comme les précédents, mais plus larges et plus flexibles. De ces diverses espèces l'auteur donne la description et la figure, fait connaître le mode de transmission et de pénétration, ainsi que le rôle pathogénique.

Il décrit et figure également la plupart des microbes que, dans ces dernières années,

©BIU Santé

les observateurs ont découvert ou cru découvrir, et il termine cette étude par l'exposition des données actuelles de la science touchant le mode d'action des microbes, en ne dissimulant pas que ces données, telles qu'elles résultent des travaux de M. Pasteur et de son école, sont contestées par des pathologistes des plus éminents tels que MM. Jaccoud, Peter, Charles Robin, etc.

Pour M. Jaccoud « les propriétés infectantes des bactéries ne sont que des propriétés d'*emprunt* provenant du milieu spécial où elles ont végété ; la bactérie émanant d'un varioleux ou d'un diphthéritique a, par suite, une action infectante qui manque à la bactérie similaire dont l'origine est autre, mais c'est là une vertu de seconde étape, issue du milieu originel ; l'individu infecté par le poison variolique, s'il porte en lui des bactéries, fait des bactéries varioliques ; il est variolique dans tout son être, et les organismes, *comme toute autre particule solide ou liquide de même provenance*, et plus puissamment encore en raison de leur faculté de reproduction, deviennent les agents de transport, les véhicules de la maladie à distance variable dans le temps et l'espace ; une fois devenue infectante de par son milieu originel la bactérie conserve cette propriété plus ou moins active, de génération en génération, et même par la culture artificielle. »

Suivant M. le professeur Peter, « les microbes qui nous entourent ne sont les agents de la transmission de la maladie qu'à la condition d'avoir passé par un organisme malade. Il n'y a pas un microbe de la rage, de la syphilis, mais bien un microbe qui a passé dans l'organisme d'un enragé, d'un syphilitique. »

D'après M. Charles Robin, « jusqu'à présent, dans l'observation des poussières, on n'est jamais tombé sur des germes nocifs ou meurtriers. On n'a trouvé dans ceux de l'air qui ont été soumis à la culture que des inoffensifs seulement. On n'a trouvé, cultivé et inoculé, en fait de cryptogamus meurtriers virulents ou autres, que ceux recueillis sur des malades ou des cadavres dans lesquels l'action pathogénique antécédente et la mort ont été supposées dues à ces cryptogames parasitaires. On est, par suite, obligé de croire que ces levûres ou ferments, *entrés inoffensifs, sortiraient meurtriers, virulents*, de l'organisme mort ou encore vivant, mais malade, varioleux, cholérique, etc. Ce ne pourrait être qu'en raison de leur imbibition molécule à molécule, ou pénétration nutritive par la substance même de l'animal devenue virulente, laquelle assimilée par les cryptogames, inoffensifs avant, conserverait en eux sa virulence, la communiquerait même à la leur, pendant et après chaque culture successive. Le cryptogame, entré en tant que levûre ou ferment inoffensif, en sortirait doué de propriétés virulentes rubéoliques, varioliques, infectieuses, cholériques, syphilitiques, c'est-à-dire en sortirait ferment virulent, infectieux.

Nonobstant ces importantes réserves formulées par des pathologistes aussi éminents, M. Hallopeau considère dès à présent comme démontrée la nature parasitaire du charbon, de la morve et de la tuberculose, pour ne parler que des maladies observées chez l'homme. Il fait justement remarquer que les produits des cultures en série avec lesquels on inocule ces maladies ne représentent qu'une fraction qui se chiffre par trillionièmes du virus à l'aide duquel la première a été faite ; dès lors peut-on admettre avec M. Robin que les microbes, dans ces conditions, se soient transmis une virulence qui serait d'emprunt ? Ce serait bien invraisemblable ; et d'ailleurs l'hypothèse de M. Robin est-elle complètement en désaccord avec la théorie parasitaire ? Si les microbes émanés des sujets infectés transmettent la maladie et s'ils se multiplient en quantité énorme chez les sujets atteints, ne peut-on pas dire qu'ils sont les propagateurs de l'infection et qu'ils se comportent comme de véritables parasites ? »

Ainsi se poursuit sur ce même ton d'exposition et de discussion claire, sereine et impartiale, l'œuvre considérable de M. Hallopeau. C'est en parcourant ces pages remarquables que l'on peut se faire une idée de la somme énorme de travail, de recherches, d'informations, de lectures d'ouvrages et de mémoires publiés tant en France qu'à l'étranger qu'a dû lui coûter un tel livre.

La deuxième partie est consacrée à l'étude des *processus morbides*, c'est-à-dire des *troubles, actifs ou passifs, déterminés directement ou indirectement par les causes morbifiques dans l'évolution des actes nutritifs*. Elle comprend l'hyperémie, l'inflammation, l'hémorrhagie, l'hydropisie, l'anémie locale, la thrombose et l'embolie, la mortification, processus caractérisés par des troubles de la circulation; l'atrophie, les dégénérescences, les concrétions, processus caractérisés par des troubles de la nutrition; enfin, les processus actifs de régénération, l'hypertrophie et les tumeurs.

Cette étude des processus constitue, avec les pages consacrées à l'étiologie, la partie la plus importante de l'ouvrage, c'est-à-dire la pathogénie et la physiologie pathologique sur lesquelles l'auteur a cru devoir attirer tout spécialement l'attention, puisqu'il la mentionne sur le titre même de son livre. Elle comprend, en effet, les questions où

©BIU Santé

se sont marqués le mieux les progrès accomplis par la pathologie dans ces dernières années, celles sur lesquelles le microscope, l'analyse chimique, l'expérimentation physiologique et pathologique ont répandu des lumières qui ont changé la face de la science. Partout on a serré le problème de plus près et fait un pas de plus dans la pénétration intime des actes morbides.

Il faut dire cependant qu'à certains égards, ces progrès ont consisté en un retour en arrière; ainsi, par exemple, en ce qui concerne le processus le plus important, l'inflammation, l'ancienne doctrine de l'*exsudat*, soutenue par M. Charles Robin, avait dû, il y a vingt ans, s'effacer et disparaître, pour ainsi dire, devant la théorie de la *prolifération cellulaire* de Virchow, partout triomphante; aujourd'hui la théorie cellulaire est ébranlée à son tour, et c'est l'exsudat qui prend le pas sur la cellule. Berlin a dû s'incliner devant Paris et Vienne.

Dans la grande et complexe question des *tumeurs*, les progrès de l'histologie ont fait disparaître l'ancienne division en *homœomorphes* et *hétéromorphes;* la science remontant jusqu'à l'origine et aux premiers linéaments de l'évolution embryonnaire a cherché la cause de ces processus dans le trouble de l'activité nutritive des éléments cellulaires primitifs; on a partagé les tumeurs en deux grandes classes, suivant que le tissu générateur provient du feuillet moyen ou des feuillets interne et externe du blastoderme. La description histologique succincte et complète des diverses espèces de tumeurs occupe, dans le livre de M. Hallopeau, d'excellentes pages, et des figures absolument indispensables à l'intelligence de ces descriptions en rendent la lecture aussi claire qu'instructive.

La troisième partie de l'ouvrage, et non la moins importante, est consacrée à l'étude des troubles fonctionnels ou symptômes. L'auteur y passe successivement en revue les troubles que les maladies suscitent dans les fonctions : 1° de l'appareil circulatoire: cœur, artères, capillaires, veines; 2° de l'appareil respiratoire; 3° de l'appareil digestif: estomac, intestin, foie, pancréas; 4° de l'appareil urinaire; 5° de la peau; 6° de l'appareil génital de l'homme et de la femme; 7° de l'appareil nerveux, où nous signalons plus particulièrement les articles *délire* et *aphasie.*

Cette troisième partie se termine par un chapitre consacré à l'étude de la *fièvre* et un autre au collapsus algide. Celui relatif à la fièvre peut se résumer dans les conclusions suivantes :

La fièvre est essentiellement caractérisée par une élévation durable de la température; — elle est liée surtout à une exagération des combustions organiques portant sur les substances albuminoïdes aussi bien que sur les substances hydro-carbonées; — cet excès de combustions dépend lui-même, dans beaucoup de cas, et peut-être dans tous, d'un trouble de l'innervation; — ce trouble est dû souvent à la pénétration ou à la formation dans le sang de matières pyrétogènes. — L'exagération des combustions ne suffit pas à expliquer les phénomènes; il faut faire intervenir en outre un trouble dans la régulation thermique; les pertes de calorique ne sont pas chez le fébricitant proportionnelles à la production; il y a donc, comme l'ont vu Marey et Traubé, rétention dans l'organisme d'une partie de la chaleur qui s'y développe.

La quatrième partie est intitulée: *De l'affection et de la maladie.*

M. Hallopeau appelle *affection* (παθος) l'*ensemble des phénomènes morbides qui évoluent sous l'influence d'une même lésion, abstraction faite de sa cause;* il appelle maladie (νοσος) l'*ensemble des phénomènes qui évoluent sous l'influence d'une même cause initiale:* la bronchite, la péricardite, l'hémorrhagie cérébrale, la gastrite sont des affections; la syphilis, l'asthme, la grippe, la *goutte* sont des maladies.

« Les anciens, dit Monneret (*Traité de pathologie générale*, t. I, p. 63), appelaient *affection*, παθος, παθημα, *affectio*, l'état général qui provoque l'état local auquel ils réservaient le nom de maladie νοσος, νοσημα, *morbus:* les exanthèmes, la rougeole, la scarlatine, la suette, la variole; le cancer, le tubercule, la fièvre typhoïde, la peste, la fièvre jaune, le choléra, le rhumatisme, la *goutte* sont des affections; les *déterminations locales* de l'état général ou affection sont des maladies. »

Il est facile de voir, par ces citations, que Monneret et M. Hallopeau n'entendent pas de la même manière la signification de ces deux mots telle que les anciens nous l'ont transmise: la goutte, par exemple, est rangée par l'un parmi les affections, par l'autre parmi les maladies.

Pour Monneret, l'affection est un état général; pour M. Hallopeau, c'est un état local, une lésion. Sans doute il s'écoulera beaucoup de temps avant que l'on parvienne à s'entendre sur la signification de ces mots, de même que sur les principes qui doivent présider à la classification des maladies. Avec tous les auteurs de pathologie générale qui l'ont précédé, M. Hallopeau nous donne à son tour sa classification; peut-être cet essai

©BIU Santé

sera-t-il considéré comme prématuré, vu l'état actuel de la science; ce qui nous porte à le croire, c'est le nom que l'auteur a cru devoir assigner au groupe morbide qui forme sa onzième et dernière classe: *maladies de cause inconnue*. Nous ne prétendons pas dire pour cela que, pour être prématurée, cette classification, entièrement nouvelle d'ailleurs et dans laquelle il ne reste à peu près rien du cadre des anciennes divisions, ne doive pas avoir son utilité; tout au contraire; il est évident qu'à une conception nouvelle de la pathologie, il faut une nouvelle classification des maladies. A ce point de vue, la tentative de M. Hallopeau nous paraît rationnelle et susceptible de rendre de véritables services pour l'étude si compliquée des états morbides si nombreux et si variés qui constituent le champ de la pathologie. Des considérations intéressantes sur l'évolution des maladies aiguës et chroniques, sur la convalescence et ses accidents, et enfin sur la mort, terminent cette quatrième partie.

La cinquième et dernière partie est consacrée à l'*étude générale de l'art médical* et comprend les principes généraux qui doivent guider le praticien dans le *diagnostic*, le *pronostic* et le *traitement* des maladies.

Elle nous a paru un peu écourtée, et nous avouerons sans détour que nous attendions davantage; mais nous nous sommes consolé en pensant que c'était là un laconisme voulu, prémédité; qu'après avoir consacré un volume à l'édification de la *science* médicale, à la pathogénie et à la physiologie pathologique, l'auteur avait voulu se recueillir quelque temps, achever de rassembler les matériaux d'une œuvre nouvelle, qui serait le complément de la première, et dans laquelle il nous donnerait une étude magistrale de la diagnose, de la prognose et de la thérapeutique, en un mot de l'*art médical* proprement dit. Un tel sujet nous paraît absolument digne de tenter les audaces d'une plume vaillante et savante, d'un esprit unissant dans une combinaison féconde les qualités de la jeunesse aux attributs de la maturité.

A. Tartivel.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juin 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Sommaire : De l'hystérectomie dans les cas de cancer de l'utérus. — Rapport sur un travail relatif à la conicité physiologique du moignon des amputés. — Communication sur l'opération de la fistule vésico-vaginale. — Présentation d'instrument : écarteur des paupières ; présentation de pièce pathologique : cancer du col utérin enlevé par l'anse galvano-caustique.

M. le Président annonce que M. le professeur Hergott (de Nancy), membre correspondant, assiste à la séance.

— M. Verneuil présente, de la part de M. le docteur Dudon (de Bordeaux), un mémoire contenant deux observations d'hystérectomie pratiquée par la voie vaginale pour des cas de cancer. Ce travail est renvoyé à M. Terrier, chargé de faire un rapport sur cette question.

M. le Secrétaire général donne lecture d'un travail de M. le docteur Demons, membre correspondant à Bordeaux, contenant 7 observations de même genre, y compris celles de M. le docteur Dudon, pour servir à l'histoire de l'hystérectomie vaginale. La conclusion de ce travail est que cette opération, sans être applicable à tous les cas de cancer utérin, mérite d'entrer dans la pratique chirurgicale où elle peut rendre de très grands services. Une malade, opérée depuis dix-huit mois, n'a pas eu de récidive et jouit d'une santé parfaite.

— M. Verneuil fait un rapport oral sur une communication de M. le docteur Kirmisson relative à un exemple de cette variété de conicité du moignon que M. Verneuil a décrite sous le nom de *conicité physiologique*.

Le sujet de cette communication est un jeune homme de 20 ans, amputé de la jambe à l'âge de 4 ans. La cicatrisation de la plaie d'amputation se fit sans encombre ; l'enfant marcha jusqu'à l'âge de 7 ans avec des béquilles ; de 7 à 14 ans, il porta un appareil prothétique qui ne provoqua aucun accident.

A cette époque, l'os commença à s'allonger ; à 16 ans, le jeune homme éprouva de la douleur dans son moignon qui s'ulcéra ; à 18 ans, l'allongement de l'os cessa, mais

©BIU Santé

la douleur alla en augmentant, de telle sorte que l'appareil devint extrêmement difficile et même impossible à supporter.

C'est alors que le malade se présenta à la consultation des hôpitaux et que M. Kirmisson le vit pour la première fois.

M. le rapporteur met sous les yeux de ses collègues le moule en plâtre de ce moignon tel qu'il était à ce moment. On voit sur ce moule que le moignon n'était pas exactement conique mais qu'il se terminait par deux petites pointes correspondant aux extrémités du tibia et du péroné synostosés.

Le malade demandait à être opéré de ce moignon défectueux et douloureux qui lui rendait la marche et tout travail impossibles.

M. Kirmisson pratiqua la résection de plusieurs centimètres des deux os de la jambe ; il eut beaucoup de peine à trouver le nerf tibial engagé et perdu dans la gangue qui les unissait et dont la compression était la cause des douleurs éprouvées par le malade. Etant parvenu à le dégager, il le réséqua à son tour. Un pansement de Lister fut appliqué ; la plaie suppura assez longtemps, puis la guérison s'effectua d'une manière complète et définitive.

M. le rapporteur fait l'historique de la question des moignons coniques, question dont les premiers vestiges datent de 1855, époque à laquelle Denonvilliers appela l'attention des chirurgiens sur ce sujet. Après lui, Guersant, Huguier, M. Marjolin en firent l'objet de quelques communications.

M. Verneuil fut amené à s'en occuper lorsque M. Ollier (de Lyon) eut publié ses belles recherches sur l'allongement des os à la faveur des cartilages épiphysaires. Il appliqua à la question des amputations pratiquées chez les enfants et les adolescents les données des expériences de M. Ollier. Il découvrit ainsi la loi qui préside à la formation des moignons coniques.

M. Verneuil met sous les yeux de ses collègues les moules de plusieurs spécimens de cette variété qu'il a décrite sous le nom de conicité physiologique. Ces moules ont tous été pris sur des sujets qui avaient été amputés dans leur enfance. Les moignons, ainsi qu'on peut le voir, ne sont pas exactement coniques, ils sont plutôt cylindro-coniques. Le moignon large et bien nourri à sa base et dans presque toute son étendue se termine par un petit bout qui ressemble à un mamelon, comme dans les monstruosités que l'on a rapportées à des amputations congénitales.

M. Kirmisson conclut de son observation et des faits analogues qu'il a recueillis : 1° qu'il faut éviter, autant que possible, de pratiquer les amputations dans le jeune âge ; 2° qu'il faut conserver dans le moignon la plus grande longueur possible de tissus pour se prêter à cet allongement en excès des os ; 3° qu'il est extrêmement difficile, dans ces conditions, d'obtenir la réunion immédiate.

M. le rapporteur propose en terminant : 1° d'adresser des remerciements à M. Kirmisson pour son intéressante communication ; 2° d'insérer son travail dans les *Bulletins* ; 3° d'inscrire dans un bon rang le nom de l'auteur sur la liste des candidats à la place de membre titulaire.

Ces conclusions sont adoptées à la suite d'une discussion à laquelle prennent part MM. Farabeuf, Trélat, Berger, Polaillon et Verneuil.

M. Farabeuf croit que les moignons coniques sont dus à l'inégale rétraction de la peau et des muscles à la suite des réunions immédiates trop bien réussies. La plaie cutanée se referme sur des muscles non complètement réunis et dont la rétraction ultérieure laisse saillante l'extrémité de l'os sous forme d'un petit manche ou d'une véritable mamelle.

M. Trélat ne saurait partager l'opinion que vient d'exprimer M. Farabeuf relativement au procédé de formation des moignons coniques. En effet, quand on pratique l'amputation à lambeaux et que l'on réussit la réunion immédiate, on obtient toujours l'accolement des parties profondes ; quand on manque cet accolement, on n'a que des *ponts* de peau recouvrant de véritables clapiers.

La réunion primitive réclame la méthode à lambeaux ; la méthode circulaire se prête peu aux affrontements parfaits.

Les moules présentés par M. Verneuil reproduisent des résultats d'amputations qui ont été pratiquées il y a vingt, trente ou quarante ans, alors que le mode de pansement ne permettait guère de réaliser les réunions immédiates parfaites que l'on obtient aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique.

Il n'est donc pas étonnant que l'on ne trouve pas sur les moignons d'amputations datant de cette époque les conditions de réunion profonde qui s'opposent à la conicité du

©BIU Santé

moignon résultant de la disproportion entre l'accroissement de l'os et le développement des parties molles profondes.

Il est possible qu'avec les conditions actuelles de pansement si favorables à la réunion immédiate, on parvienne à lutter avantageusement contre les causes qui produisent la conicité du moignon.

M. Berger dit qu'il existe des circonstances où la conicité du moignon se produit chez l'adulte, par suite de la production d'ostéophytes à l'extrémité de l'os sectionné. M. Berger en a observé un exemple à la Charité chez un jeune homme de 24 à 25 ans, entré dans cet hôpital pour une gangrène spontanée de cause inconnue, auquel, après délimitation de la gangrène, il pratiqua l'amputation de la jambe par la méthode à lambeaux. Les lambeaux taillés par M. Berger avaient deux ou trois fois plus de longueur qu'il n'en fallait pour recouvrir les extrémités osseuses. La cicatrisation s'effectua d'une manière régulière ; mais après quelques semaines, on vit les os s'allonger et, au bout de deux mois, il s'était formé une production d'ostéophyte énorme qui nécessita la résection. M. Berger pratiqua cette résection en ayant soin d'enlever avec l'os le revêtement périostique dans le but d'empêcher la reproduction osseuse.

M. Polaillon ne fait pas l'amputation par la méthode à lambeaux à laquelle il préfère la méthode ovalaire, et il obtient généralement de bons moignons. Suivant lui, on ne connaît pas la cause qui produit la conicité du moignon chez l'adulte, en dehors des cas où, comme dans celui de Berger, elle est déterminée par une efflorescence d'ostéophytes.

M. Berger estime que M. Farabeuf fait jouer un trop grand rôle aux muscles et à leur rétractilité dans la formation de la conicité du moignon. La preuve en est que l'on ne trouve, dans les moignons les mieux constitués, que de la peau et de la graisse; on n'y découvre ni muscles ni aponévrose.

M. Verneuil déclare que la conicité du moignon n'a aucun rapport ni avec la forme des lambeaux, ni avec la réunion immédiate. Toute la question est de savoir s'il y a ou non inflammation du moignon. M. Verneuil, pour sa part, ne fait pas la réunion immédiate, et cependant il obtient généralement des moignons irréprochables, comme il pourra, quand on le voudra, en montrer des exemples. Chose singulière! il n'a guère eu de moignons coniques que dans les cas où, contre son habitude, il a fait la réunion immédiate. Les amputés à moignon conique sont ou des individus cachectiques chez lesquels le moignon s'est atrophié, ou des individus dont le moignon s'est enflammé. Point de conicité sans inflammation du moignon, ou sans un état général mauvais amenant, par défaut de nutrition, l'atrophie des parties molles. Tout ce qui favorise l'*antiphlogistie*, si l'on peut se servir de ce néologisme, est un moyen d'éviter la conicité du moignon.

— M. Hergott (de Nancy), membre correspondant, communique une série de dix opérations de fistules vésico-vaginales qu'il a pratiquées suivant la méthode du chirurgien américain Bozeman, méthode qui lui paraît offrir de réels avantages dans ces opérations si délicates. Dans la plupart des opérations qu'il a pratiquées d'après cette méthode, il a obtenu la guérison du premier coup. Dans quelques-unes, il a été obligé d'opérer les malades à plusieurs reprises sans obtenir la guérison de l'incontinence.

— M. Terrier présente un nouvel instrument (blépharostat) destiné à tenir les paupières écartées pendant les opérations que l'on pratique sur le globe de l'œil. Cet instrument a été d'une grande utilité à M. Terrier dans les opérations de ce genre qu'il a eu à pratiquer dans ces derniers temps.

— M. Brouard (?) présente, au nom de M. le docteur Gallard, une pièce pathologique constituée par un col de l'utérus atteint de cancer dont l'ablation a été pratiquée au moyen de l'anse galvano-caustique. — A. T.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour les emplois vacants d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint des maladies mentales s'ouvrira, le mardi 15 juillet 1884, à neuf heures du matin.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours.

©BIU Santé

Un concours pour les emplois vacants de deux chefs de clinique obstétricale (un titulaire et un adjoint) s'ouvrira également le mardi 15 juillet 1884, à neuf heures du matin.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours.

Les candidats à l'un et l'autre concours devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 10 juillet 1884. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 13 juin, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade d'officier: M. Gentit, médecin-major de première classe, chef de l'ambulance de la première brigade du corps expéditionnaire du Tonkin.

Au grade de chevalier: M. Baudot, médecin-major de deuxième classe; M. Théophile Worms, pharmacien-major de deuxième classe.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Alphonse Gratiot, décédé à Paris, le 11 juin, à l'âge de 72 ans.

Conseil d'hygiène publique. — Le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine a désigné MM. Brouardel, Hardy et Bezançon pour le représenter au congrès international d'hygiène et de démographie qui s'ouvrira à La Haye le 17 août prochain.

Congrès international d'hygiène et de démographie. — Le ministre de la marine a désigné M. Rochard, inspecteur général du service de santé, pour représenter le département de la marine au congrès international d'hygiène et de démographie qui aura lieu à la Haye (Hollande) au mois d'août prochain.

Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lyon. — M. Morat, professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lille, est nommé professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lyon.

Concours. — Le jury du concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central, qui s'est ouvert le jeudi 19 juin 1884, est composé de MM. les docteurs Guyon, Després, Horteloup, Terrillon, Théophile Anger, Gillette et Ball.

Hôpitaux de marseille. — Dans le numéro d'avril, *le Marseille médical* reproduisait dans ses colonnes un mémoire adressé à M. le Préfet des Bouches-du-Rhône par la Société médico-chirurgicale des hôpitaux, relatif à la nomination de M. Hacks à la place de médecin-adjoint, contrairement à l'article 3 du règlement hospitalier, c'est-à-dire après et hors concours.

La Commission administrative rédigeait en même temps une longue réponse et le dossier était transmis au ministère. A Paris, on a jugé que la Société était dans le droit et la raison, et l'Administration supérieure a fait inviter la Commission des hospices à revenir sur sa décision.

Les membres de cette Commission ont adressé en réponse leur démission collective à M. le Préfet.

M. Cazelles a répondu le 15 mai, à cette démission en annulant la nomination de M. Hacks.

C'est en vain que, dans des journaux politiques de Marseille, les membres démissionnaires ont essayé d'invoquer à l'appui de l'acte frappé de nullité des précédents que le corps médical lui-même aurait créés.

Il reste acquis aux débats, que M. Hacks a été distancé de plus de 12 points par son adversaire; qu'il n'avait été d'aucune façon désigné à la Commission des hospices par le corps médical; que si ces faits se sont produits il y a longues années, ce qui n'est pas démontré, ce n'est pas une raison pour qu'ils se renouvellent; que le concours ainsi compris deviendrait une simple épreuve éliminatoire, laissant un champ libre à l'intrigue et au bon plaisir.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

©BIU Santé

Sommaire

I. Bulletin. — II. Revue d'obstétrique. — III. L'Epidémie cholérique en 1884. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de médecine de Paris. — V. Bulletin des décès de la Ville de Paris. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 25 juin. — Le public médical prévoyait-il une communication sur le choléra qui vient d'éclater à Toulon ? Nous avons pu le croire, en voyant une affluence comparable à celle des jours d'élection.

Les Français ont cru, l'année dernière, échapper au fléau ; ils ont rendu grâce aux quarantaines, maudit les Anglais, béni M. Fauvel. Et voilà que notre confiance est trompée, l'ennemi est dans nos murs ! Les quarantaines sont donc en défaut ? M. Fauvel ne veillait donc plus ? Où est-il et que va-t-il nous dire ?

L'éminent académicien, voyant qu'on attendait de lui quelques mots d'explication sur les faits alarmants que les journaux racontent et dont l'origine est encore incertaine, a cédé aux conseils du bureau de l'Académie, qui lui demandait de ne pas attendre huit jours avant d'exposer à la tribune son opinion déjà exprimée au sein du Comité consultatif d'hygiène.

M. Fauvel « ne se croit pas infaillible », comme il l'a dit lui-même, et huit jours de plus ne seront pas inutiles pour mieux juger les faits ; mais dès aujourd'hui son avis est formel, il ne s'agit pas du choléra asiatique. La manière dont le mal s'est développé, son évolution pendant les premiers jours, rien ne rappelle le fléau indien qui frappe d'emblée avec violence les grandes agglomérations, se diffuse avec une extrême rapidité, et attaque pour ainsi dire d'un seul coup tous les sujets susceptibles d'en être atteints. Tout semble démontrer que la maladie actuelle a son origine dans des circonstances locales, dans cette accumulation de vingt-cinq mille hommes de troupes, dans ces casernes où se trouvent réunies toutes les conditions d'une hygiène déplorable. Les épidémies de ce genre ont l'habitude de rester localisées et de s'éteindre sur place, voilà le point essentiel. Sans doute, il y a des objections ; mais il vaut mieux attendre que d'entamer une discussion qui, les faits étant mal connus, aurait de graves inconvénients. Nous saurons bientôt ce que pensent MM. Brouardel, Proust et Rochard, qui viennent de partir, et nous pourrons alors échanger nos idées.

M. Bouley apprend à ses collègues que MM. Straus et Roux sont à Toulon ; sans mission officielle et par simple dévouement, ajoute M. Béclard.

Telle est, en quelques mots, cette partie de la séance académique. Avant d'y assister, nous avions quelques phrases d'indignation toutes prêtes pour flétrir l'incurie des Français, qui proclament et démontrent l'utilité des quarantaines, s'emportent contre l'égoïsme des peuples non soucieux des mesures sanitaires, et un beau jour, mis en demeure d'agir au lieu de parler, reçoivent sans précautions un navire qui porte à son bord trois malades (c'était là une des versions accréditées), et se laissent envahir par le fléau contre lequel ils ont tant discouru. Mais, si nous en croyons M. Fauvel, il ne s'agit plus d'une importation ; c'est nous qui avons fabriqué le virus qui nous infecte. Qu'à cela ne tienne ! A Toulon, les casernes sont dans les plus mauvaises conditions d'hygiène ; l'état de la voirie n'a pas été modifié depuis de longues années ; les égouts manquent dans une partie de la ville, les matières fécales et les détritus de tous genres sont projetés dans les ruisseaux, circulent à l'air libre et viennent se déposer dans la vieille darse. On le voit, nous avons toujours de quoi nous indigner, car l'ineptie des administrations françaises ne perd jamais ses droits.

©BIU Santé

— A propos du clou de Biskra, nous avons reçu de M. le docteur Bordier les quelques lignes suivantes, empruntées à un excellent livre (1). Il n'est que juste d'attribuer à chacun ce qui lui revient dans l'élaboration des questions à l'ordre du jour, et de reconnaître à M. Bordier l'honneur d'avoir prédit ce nouveau microbe avec assez de confiance pour classer le bouton de Biskra parmi les maladies parasitaires.

« On pourrait se demander si, introduit dans l'économie, soit par les voies aériennes, soit par les voies digestives, il (le parasite) ne chemine pas, dans un but d'élimination, jusqu'à la surface cutanée. Ce qui porterait à admettre cette dernière hypothèse, c'est le développement du bouton longtemps après qu'on a quitté le pays où il règne, comme s'il y avait besoin d'une sorte d'évolution préalable du parasite d'abord absorbé; ce sont, en outre, ces phénomènes généraux qui précèdent l'éruption, et qui l'ont fait prendre pour une sorte de *fièvre éruptive*. L'apparition des boutons correspondrait donc à une étape ultime dans l'évolution du parasite, étape qui aurait pour conséquence sa mise au dehors sous une forme durable ou non, et la guérison après une période en rapport avec cette évolution.

« Le bouton de Biskra serait en somme produit par l'élimination d'un parasite par la peau, et la maladie, considérée dans son ensemble, serait plus comparable qu'on ne l'avait cru à une fièvre éruptive. » (P. 294 et suiv.)

Son hypothèse étant confirmée, M. Bordier peut s'attendre à voir se réaliser bientôt la prédiction qu'il a faite, quelques pages plus loin, au sujet de la *veruga:*

« De tout ceci, il résulte que le bouton de Biskra et la *veruga*, que je propose de nommer *bouton des Andes*, sont sans doute deux maladies similaires. Toutes deux seraient dues à un parasite qui, absorbé par les muqueuses, cheminerait dans l'économie et serait éliminé, après évolution, par la surface cutanée. » (P. 305.)

Voilà une nouvelle idée qui n'a pas encore dépassé la période de l'hypothèse; mais, dans la conviction du plus grand nombre, la méthode pastorienne permet d'annoncer la découverte des formes vivantes, comme les calculs de l'astronomie font prédire celle d'un corps céleste, en un point de l'étendue où sa présence est rendue nécessaire par les lois de l'équilibre universel. — L.-G. R.

(1) La *Géographie médicale*, par A. Bordier. — Paris; Reinwald, 1884.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Quelques considérations pratiques sur la déchirure du périnée après l'accouchement (1).

Combien de médecins, en lisant les lignes qui suivent, ne se rappelleront-ils pas un épisode de leurs débuts dans la carrière médicale, ou plutôt obstétricale?

Jeune praticien, on est appelé auprès d'une cliente pour l'accoucher; le travail marche parfaitement, l'expulsion se fait rapidement, trop rapidement. Après la sortie de l'enfant, on constate une déchirure du périnée; il y a une solution de continuité s'étendant à 2 ou 3 centimètres de la commissure. — La délivrance est opérée sans difficultés. — Que faire contre la déchirure périnéale? Aller suturer les parties désunies, mettre des fils, ou au moins des serre-fines ramenant au contact les bords de la plaie, tel est le premier mouvement, et c'est assurément le meilleur. — Mais l'accouchée va crier, elle va maudire son médecin, pour lequel elle est jusque-là pleine de reconnaissance. La famille, les assistants traiteront l'accoucheur de maladroit; cette mauvaise réputation va bientôt voler de bouche en bouche. — Le jeune praticien se rappelle que quelques auteurs se contentent, contre les déchirures du périnée, de lier ensemble les genoux,

(1) D'après un article publié par le docteur J. Alloway, dans l'*American Journal of obstetrics*, janvier 1884.

©BIU Santé

disant ainsi obtenir presque toujours la guérison de la rupture. Immédiatement les genoux de la patiente sont fixés l'un à l'autre, et le médecin, sans plus s'occuper de la vulve, heureux d'être sorti de ce mauvais pas, confie la guérison à la nature. — Les trois, quatre, cinq premiers jours, tout va bien; puis survient un frisson, une élévation de la température, on l'attribue à un courant d'air malencontreux qui sera venu frapper l'accouchée. Bref, des accidents septiques se déclarent; le médecin se contente d'une médication interne; il espère que la nature, à laquelle il s'est confié jusqu'à présent, viendra à bout du poison septique; une péritonite généralisée se déclare, la malade meurt, et, à moins que quelque confrère n'ait été appelé, ce n'est autre chose que le fameux courant d'air qu'il faudra accuser de la terminaison fatale !

Pourquoi cette femme est-elle morte? Parce qu'elle avait une déchirure du périnée qui, abandonnée à elle-même, est devenue la voie de pénétration du virus septique. Si des mesures antiseptiques rigoureuses avaient été prises, si la plaie périnéale avait été fermée à l'aide de sutures, cette femme n'aurait certainement pas succombé.

Quelle conduite tenir dans des cas semblables, et comment, en pareille occurrence, concilier les données scientifiques avec les exigences de la clientèle? Comment sauver à la fois ses clientes et sa réputation? A ces différentes questions, le docteur Alloway répond de la façon suivante :

Deux points de vue demandent à être traités ici : le scientifique et le social.

1° D'après les données actuelles de la science, vaut-il mieux suturer la plaie périnéale, ou simplement rapprocher les deux bords de la plaie en liant ensemble les membres inférieurs? Il est certain que, dans quelques cas, le simple contact des membres suffit pour amener la réunion de la plaie périnéale, mais c'est un moyen infidèle, et l'auteur en donne des exemples. Aussi la plupart des accoucheurs se prononcent-ils aujourd'hui pour les sutures.

Les sutures sont décidées; à quelle époque faut-il les pratiquer?

Ici, il faut distinguer les déchirures complètes et les déchirures incomplètes du périnée.

Dans les déchirures complètes, surtout quand les parties sont un peu contuses, la plupart des auteurs ne veulent intervenir qu'au bout d'un certain temps, six mois environ.

Dans les déchirures incomplètes, on est au contraire, en général, partisan de la suture immédiate.

Dans l'un et l'autre cas, Alloway se prononce pour la suture immédiate; et il rapporte deux observations de déchirure complète très étendues. Dans la première, opérée tout de suite après l'accouchement, la guérison fut rapide et complète; chez la seconde, opérée cinq ans après l'accident, la réunion échoua deux fois, et ne put être obtenue qu'à la troisième fois.

Par conséquent, quel que soit le cas, d'après l'auteur, il faut intervenir tout de suite.

2° On va intervenir; comment doit-on le faire? Ici survient le second point de vue, le point de vue social. Il faut opérer la malade de manière à ce qu'elle souffre le moins possible; que ni elle ni l'assistance ne s'aperçoive de l'intervention.

Dans les cas de rupture complète, l'opération est longue et pénible, et l'auteur ne donne aucun conseil nouveau pour la pratiquer.

Quand il s'agit d'une rupture incomplète, c'est-à-dire n'intéressant pas le sphincter anal, Alloway se contente d'*une seule suture passée à l'aide d'une aiguille courbe, jusqu'au fond de la plaie périnéale*. La soie est préférable au fil d'argent. Il est important de bien respecter le vagin, sans quoi, à l'endroit où le fil traversera la muqueuse vaginale, on verra facilement un petit abcès se produire. Grâce à cette suture unique, on a un moyen d'intervention prompt, peu douloureux, et qui suffit amplement à l'accollement des parties. On laisse la suture en place une huitaine de jours.

L'antiseptique auquel l'auteur donne la préférence, pour les lavages des suites de couches, est la solution de sublimé à 1/2000e.

AUVARD.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE EN 1884.

Le choléra à Toulon. — Les mesures sanitaires. — La nature de l'épidémie.

Dans ses deux derniers numéros, l'*Union médicale* était restée dans la réserve et n'avait publié aucun renseignement sur le début de l'épidémie toulonnaise. Cette réserve était motivée par les sollicitations officielles adressées aux journaux de Toulon et de Marseille,

©BIU Santé

et aussi par les doutes sur la nature de la maladie. Aujourd'hui, il n'en est plus de même après les informations publiées par nos confrères de la presse politique, les fantaisies de certains reporters et les articles à sensation de certaines feuilles, articles inspirés, dit-on, par des médecins, mais qui ne font guère honneur à la dignité professionnelle.

Le premier décès du samedi 14 est celui d'un matelot du *Montebello*, bâtiment-caserne des équipages de la flotte. On crut au choléra sporadique; mais de nouveaux cas se déclarant, on avertit le ministre par une dépêche en date du 18 juin. Du 14 ou 19, il n'y eut pas de décès; le 19, il y en eut 1; le 20, 2, celui d'un soldat d'infanterie de marine à l'hôpital, et celui d'un capitaine en retraite demeurant aux environs de la ville, en pleine campagne, à Dardennes. Il était venu la veille à Toulon, où il avait assisté à une représentation théâtrale.

Le 21, on compte 3 décès, parmi lesquels celui d'un lycéen, dont la mort en trois heures fut presque foudroyante; le 22, 13 décès, 3 dans les hôpitaux militaires et 7 en ville; le 23, 18 décès, d'après une dépêche *Havas* qui n'est pas confirmée, et 5 seulement d'après d'autres informations plus certaines. Ces décès appartiennent à la population civile, puisque d'après les renseignements officiels, il n'y aurait pas ici de mort dans les hôpitaux depuis le 22. Cependant, on y signale 14 cholériques, parmi lesquels 3 soldats d'infanterie de ligne atteints trois jours auparavant et déjà convalescents.

Mardi matin, jusqu'à midi, on ne comptait qu'un seul décès, celui d'une femme âgée de 74 ans, habitant la banlieue de Toulon; mais le nombre des cholériques en traitement dans les hôpitaux s'élevait à 22, dont trois nouvelles admissions à l'hôpital maritime.

Les mesures prophylactiques consistent: 1° dans l'éloignement des troupes casernées à Missiessy et dans le faubourg de Toulon, et dans leur dispersion sous la tente sur le plateau de Saint-Mandrier; 2° dans l'envoi sur rade des bâtiments de la première catégorie de réserve et la consignation, à bord de six pontons leur servant de caserne, des douze cents marins des équipages de la flotte; 3° dans le licenciement du lycée, des écoles communales et des enfants hospitalisés; 4° dans la mise à la disposition des habitants de tentes pour le campement dans des endroits choisis hors de la ville; 5° dans l'affectation aux malades des troupes de marine, du transport à voile l'*Entreprenante* où ils séjournent en observation avant leur envoi à l'hôpital, Saint-Mandrier ou à l'hôpita principal.

On s'est demandé quelle était l'origine de cette épidémie. Des transports revenant du Tonkin, le *Ben-Hoa*, le *Mytho* avaient leur patente nette. Un bruit populaire, mais que rien ne justifie en ce moment, attribue l'épidémie à un mécanicien de la *Sarthe* qui serait mort en route et dont on aurait négligé de brûler les hardes. Une dépêche du ministre défend, à moins d'un ordre spécial, de laisser monter à bord de ce navire qu'on a éloigné du port.

Les premières victimes font partie des équipages de la flotte dont les pontons de casernement sont voisins de la ville, où l'hygiène générale et la voirie laissent, comme on le sait, beaucoup à désirer. Dans le vieux Toulon, les égouts font défaut, et, construites sur pilotis, les maisons sont dépourvues de fosses d'aisance, de sorte qu'on y projette les matières fécales directement dans les ruisseaux des rues.

Entraînées avec les autres immondices dans la vieille darse, ces matières y forment des atterrissements qu'on drague de temps en temps pour prévenir l'exhaussement de cette partie du port. Pour éviter ce redoutable voisinage et ces émanations dont les dangers ont été maintes fois signalés sans pouvoir vaincre les résistances ou la négligence locales, l'administration de la guerre et de la marine ont depuis longtemps fait construire des casernes éloignées de ces quartiers et fait évacuer celles du vieux Toulon.

De là l'origine de doutes sur la nature asiatique de l'épidémie actuelle. Nous en trouvons l'expression dans le passage suivant d'une lettre de M. Fauvel au ministre du commerce: « La marche suivie par l'épidémie n'est pas celle du choléra asiatique ou « envahissant qui, introduit dans une agglomération d'hommes, comme celle qui existe « à Toulon, frappe comme la foudre et atteint très rapidement son extension pour se « terminer dans un temps très court.

« Rien de pareil ne s'est produit; la maladie s'est présentée avec le caractère qu'elle « revêt dans les épidémies de choléra nostras, nées sur place, de causes locales, n'ayant « aucune tendance à se propager et devant s'éteindre par la disparition des causes qui l'engendrent. » Cette opinion sera-t-elle celle des délégués du Conseil d'hygiène, MM. Proust et Brouardel? En tout cas, des mesures quarantainaires sont appliquées en Algérie et à Marseille aux navires venant de Toulon, et, en Espagne et en Italie, aux provenances des ports de France. Des dispositions ont été prises pour combattre la maladie à Marseille, où la panique est grande, et aussi à Paris. — C. L. D.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juin 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Henri Bergeron, demandant l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui le 12 février 1878, et relative au traitement de la diphthérie par les fumigations d'acide fluorhydrique. (Renvoyé à la commission du prix Saint-Paul.)

2° Un mémoire intitulé : *Considérations sur une épidémie de diphthérie observée à Marseillan* (Hérault), par le docteur Ernest Durand.

M. Bouley présente, au nom de M. Préterre, la 8e édition d'une brochure intitulée : *Le protoxyde d'azote, son application aux opérations chirurgicales.*

M. Jules Guérin présente, au nom de M. Dutrieux bey, une brochure intitulée : *Le choléra dans la Basse-Egypte en 1883.*

M. Léon Labbé présente, au nom de M. de Saint-Germain, un volume intitulé : *Chirurgie des enfants. — Leçons cliniques professées à l'hôpital des Enfants-Malades*, recueillies par M. le docteur Pierre Mercier.

M. Bergeron présente, au nom de M. Cadet de Gassicourt, le troisième volume de son *Traité des maladies de l'enfance.*

M. Théophile Roussel présente, au nom de M. le docteur George Harrisson, un ouvrage relatif à la législation sur les aliénés dans les divers Etats d'Amérique.

M. Constantin Paul présente, au nom de M. le docteur Brémond, une brochure intitulée : *Bains de vapeurs térébenthinées ; leur emploi contre les maladies par ralentissement de nutrition ; action de l'ozone.*

M. Marc Sée offre en hommage une brochure intitulée : *De l'entorse et de son traitement.*

M. Polaillon présente, au nom de M. le docteur Ladreit de La Charrière, l'article Surdi-Mutité. (Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*)

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Joseph Fayrer (de Londres), un opuscule en anglais intitulé : *Leçon clinique sur les abcès du foie.*

M. Yungfleisch présente, au nom de M. Houdé, pharmacien à Paris, un échantillon de colchicine cristallisée.

Communication sur l'épidémie de choléra de Toulon.

M. Fauvel croit devoir céder aux sollicitations qui lui ont été faites par ses collègues du bureau de renouveler devant l'Académie l'opinion qu'il a exprimée, au sein du Comité consultatif d'hygiène, au sujet de l'épidémie de choléra qui s'est déclarée à Toulon. Cette opinion est que l'épidémie actuelle de Toulon n'est pas le choléra asiatique. Tous les faits connus qui se rattachent à l'origine de cette épidémie semblent démontrer qu'elle est née de circonstances purement locales, au milieu d'une énorme agglomération de troupes réunies accidentellement à Toulon, et placées dans les conditions hygiéniques les plus déplorables.

Toutes les fois que des épidémies de ce genre ont été observées, bien qu'elles aient été très meurtrières, on n'a pas constaté chez elles de tendance à se propager ; elles sont restées locales et se sont éteintes sur place.

M. Fauvel ne se dissimule pas qu'une telle opinion soulève des objections ; mais il ne croit pas devoir se laisser arrêter par elles, et il prend la liberté de rappeler à l'Académie que toutes les fois qu'il a été amené à faire des prédictions au sujet du choléra, ces prédictions se sont toujours réalisées parce que ce n'étaient pas des prédictions fantaisistes émises à la légère, mais fondées sur l'observation des faits et sur l'expérience.

M. Fauvel demande à l'Académie de vouloir bien surseoir à toute discusssion en attendant que l'on ait pu recueillir des renseignements positifs. Dans huit jours, cette discussion pourra être ouverte, car MM. Brouardel, Proust et Jules Rochard sont partis pour

©BIU Santé

Toulon afin d'ouvrir une enquête dont les résultats seront soumis à l'appréciation de l'Académie; elle sera alors en mesure d'établir une discussion; mais M. Fauvel croit pouvoir dire d'avance que les résultats de cette enquête seront favorables à l'opinion qu'il vient d'exprimer. La manière dont l'épidémie de Toulon s'est développée et dont elle a évolué ne ressemble en rien au mode de développement des épidémies de choléra asiatique qui ont une marche envahissante extrêmement rapide et atteignent en quelques jours leur maximum d'intensité, ce qui n'est pas le cas de l'épidémie de Toulon.

M. Jules Guérin dit qu'il serait intéressant d'avoir non pas une opinion, mais des renseignements positifs sur l'état actuel de l'épidémie de Toulon, les faits étant toujours plus instructifs que de simples expositions d'opinions si éclairées et si fondées qu'elles puissent paraître. L'Académie serait donc heureuse d'entendre de la bouche autorisée de M. Fauvel les renseignements qu'il pourrait avoir à ce sujet.

M. Fauvel répond que les dernières nouvelles reçues de Toulon montrent l'épidémie en décroissance; le nombre des décès a déjà notablement diminué.

M. Bouley croit devoir annoncer que MM. Straus et Roux sont partis pour Toulon afin de se livrer aux examens histologiques que comporte cette question importante.

M. le Secrétaire perpétuel fait remarquer que MM. Straus et Roux sont partis pour Toulon de leur propre mouvement, sans commission administrative.

— M. Bucquoy lit une note intitulée : *Relation d'un cas de farcin aigu chez l'homme.*

Le sujet de cette observation est un garçon de 19 ans, entré le 9 novembre 1883 dans le service de M. Bucquoy, à l'hôpital Cochin.

Il exerçait, disait-il, la profession de cocher, mais à ses moments perdus seulement; c'était plutôt un rôdeur de barrière. Livré à des excès de tout genre, il s'adonnait surtout à la boisson; il était, paraît-il, constamment ivre.

A son entrée il avait, à la face interne du prépuce, les cicatrices récentes d'un chancre induré, avec la double pléiade ganglionnaire inguinale.

Une éruption prurigineuse lui couvrait tout le corps; elle était parasitaire et d'origine pédiculaire et n'avait rien de syphilitique. La syphilis, au reste, ne remontait pas à plus de deux mois.

Il entrait à l'hôpital pour une maladie toute récente, datant de quinze jours environ et présentant les apparences d'une fièvre typhoïde, à forme anormale toutefois.

Un examen minutieux conduisit M. Bucquoy à reconnaître à la partie externe de la jambe droite une petite ulcération arrondie, de la largeur d'une pièce de 20 centimes, à bords décollés et amincis, offrant une teinte violacée. Plus haut, sur la cuisse du même côté, existait un petit foyer circonscrit, gros comme une noisette, manifestement fluctuant, recouvert d'une peau amincie et violette, qui était, à n'en pas douter, un petit abcès identique à celui de la jambe encore incomplètement cicatrisé.

Le 13 novembre survint un phénomène nouveau d'importance capitale pour le diagnostic: le malade eut un frisson intense et prolongé qui précéda de vingt-quatre heures à peine l'apparition, autour de l'articulation tibio-tarsienne droite, d'une rougeur vive, avec gonflement œdémateux et manifestement phlegmoneux.

Dans les vingt-quatre heures qui précédèrent la mort, survint encore un phénomène nouveau, une éruption sur tout le corps de bulles de volume variable, depuis celui d'une petite lentille jusqu'à celui de bulles du diamètre d'une pièce de deux francs, remplies d'un liquide d'abord séreux, mais qui ne tarda pas à devenir purulent.

Le soupçon vint alors à M. Bucquoy qu'il s'agissait là d'une affection produite par l'inoculation du virus morveux, d'un farcin aigu, en un mot.

L'autopsie ne fournit pas des résultats probants; elle ne révéla que les lésions anatomiques de l'infection purulente ordinaire.

Une enquête provoquée par M. Leblanc apprit que, dans l'écurie où le malade avait été cocher, le loueur gardait depuis deux mois, avant le début de la maladie de cet homme, un cheval atteint de morve chronique.

Les résultats de l'inoculation pratiquée sur plusieurs animaux, en particulier sur l'âne, avec divers liquides pris sur le malade avant sa mort, ont donné la démonstration de la nature farcineuse de l'affection.

Le jour même de la mort du malade, avec un bistouri trempé dans le pus provenant d'un abcès situé au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, deux piqûres furent faites sur un âne, l'une sur la muqueuse nasale, l'autre en haut et à la partie interne de la cuisse.

Au bout de quelques jours, l'âne commença à présenter des phénomènes morbides,

©BIU Santé

les plaies d'inoculation formant des ulcérations grisâtres, à bords festonnés et renversés, sanieuses, irrégulières, d'où partaient, au membre inférieur principalement, des cordons durs et noueux aboutissant à des glandes et à des boutons farcineux. Du jetage et de l'engorgement des glandes complétèrent l'ensemble des symptômes caractéristiques de la morve aiguë, à laquelle l'animal succombait dix jours après l'inoculation.

Les lésions, à l'autopsie, furent celles de la morve: ulcérations chancreuses de la muqueuse nasale, adénites sous-maxillaires consécutives à ces ulcérations; poumons farcis de petits nodules morveux, ce qui avait manqué chez le malade.

Le mucus nasal de cet âne servit à inoculer un cobaye qui mourut quinze jours après, présentant une hypertrophie considérable de la rate et des nodules purulents disséminés en grand nombre dans le foie et dans les poumons. La muqueuse nasale ne fut pas affectée.

Une autre inoculation enfin fut pratiquée chez un second cobaye avec le pus séreux de l'articulation du genou du malade. L'autopsie, faite au bout d'un mois, donna également un très grand nombre de nodules morveux dans le foie et dans les poumons.

« Tel est, dit M. Bucquoy en terminant, le fait que j'ai tenu à soumettre à l'appréciation de mes collègues de l'Académie. J'ai pensé qu'il y avait intérêt à faire connaître ce nouvel exemple d'une maladie rarement observée à notre époque et que j'ai eu la bonne fortune de pouvoir étudier dans ses moindres détails. J'ai pensé aussi qu'il était bon de mettre en évidence ce qui ressort de cette étude: les difficultés que peut offrir le diagnostic du farcin aigu chez l'homme, et l'utilité de l'inoculation pour le contrôler. »

M. Bucquoy donne lecture d'une lettre de M. Leblanc contenant des renseignements sur les symptômes et les lésions présentées par le cheval qui avait communiqué la maladie.

Ces symptômes et ces lésions étaient bien de nature morveuse.

— M. DE VILLIERS lit un rapport sur deux mémoires de Mme Paquereau, sage-femme de 1re classe à Alger, qui propose l'établissement de sages-femmes de colonisation en Algérie.

Les conclusions de ce rapport doivent être discutées dans la séance prochaine.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 juin 1884. — Présidence de M. POLAILLON, puis de M. DUROZIEZ.

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

La correspondance imprimée comprend les journaux de la quinzaine : *Progrès médical; Revue des travaux scientifiques; Journal d'hygiène; Concours médical; Revue de thérapeutique médico-chirurgicale; Compte rendu général des Académies et Sociétés médicales; Journal des sages-femmes; Annales des maladies des organes génito-urinaires; Gazette médicale de Picardie; Revue médicale d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes.*

M. DUBUC dépose un exemplaire de sa brochure : *Observation d'uréthrotomie interne contre un rétrécissement très dur et très serré*, etc.

MM. DE BEAUVAIS et APOSTOLI s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

M. LE PRÉSIDENT annonce la présence de MM. Jacolot et Daremberg, membres correspondants.

A propos du procès-verbal, M. DUROZIEZ présente la note suivante *Sur les rapports de l'angine de poitrine avec l'asphyxie locale des extrémités.*

L'angine de poitrine nous étonne et nous terrifie quand elle tue en quelques minutes un individu en apparence bien portant. Attribuer toujours l'angine de poitrine à un rétrécissement athéromateux, à une oblitération athéromateuse des artères cardiaques, est évidemment excessif; si l'ischémie est la cause principale de l'angine, elle peut varier dans son étiologie.

Nous avons été frappé par la mort douloureuse et imprévue de Maurice Raynaud succombant subitement à une attaque d'angine de poitrine.

Dans un rapport pour 1874, sur un travail de M. Charpentier, médecin de la Salpêtrière, intitulé : *Sur une forme particulière d'asphyxie locale*, nous disions : « L'angine

©BIU Santé

de poitrine ne touche-t-elle pas souvent de bien près à l'asphyxie locale, et n'est-elle pas due aussi fréquemment à une névrose des nerfs périphériques qu'à une lésion du cœur? » Or, une sœur de Maurice Raynaud avait été le sujet et l'occasion de son mémoire *Sur la gangrène asphyxique des extrémités*, et Maurice Raynaud mourait, en 1882, d'une attaque d'angine de poitrine. N'y a-t-il pas là une singulière coïncidence?

Pour nous, l'angine de poitrine serait parfois une variante du doigt mort, de l'asphyxie locale des extrémités; de même que, chez le malade de M. Charpentier, la névralgie stomacale alternait avec l'asphyxie locale des extrémités, de même Maurice Raynaud constate l'alternance de l'asphyxie locale et des troubles de la vue, les troubles du fond de l'œil consistant en un rétrécissement de l'artère centrale de la rétine avec battements de la veine centrale s'étendant au delà de la papille. La cause serait l'exagération du pouvoir excito-moteur des parties grises de la moelle qui tiennent sous leur dépendance l'innervation vaso-motrice. On pourrait appliquer à l'angine de poitrine le traitement de Maurice Raynaud, les courants continus descendants sur la colonne vertébrale. M. Charpentier a réussi, dans l'asphyxie locale, avec le sulfate de quinine; y aurait-il lieu de l'employer?

M. Blondeau lit un travail *Sur le traitement des vomissements de la grossesse par l'emploi des préparations de cerium et d'iridin.*

Les médecins anglais emploient depuis longtemps, contre les vomissements nerveux, plus spécialement contre les vomissements de la grossesse, les préparations de *cerium*, pour mieux dire, *son oxalate*, introduit dans la thérapeutique par sir James Simpson (d'Edimbourg).

Un pharmacien de Paris, M. Paul Thibault, très au courant des pharmacopées étrangères, m'avait parlé des succès qu'il savait avoir été obtenus avec cette médication par des médecins de Paris, en me demandant si mon expérience personnelle ne m'avait rien appris à ce sujet. Sur ma réponse négative, et à la demande que je lui fis à mon tour de vouloir bien me la donner, M. Thibault me remit cette note, que je ne crois pouvoir mieux faire que de reproduire.

Le *cerium* est un métal contenu en assez grande proportion dans une roche nommée *cérite*. De ses sels le plus facile à obtenir, et partant le plus connu, est l'*oxalate* qui se présente sous l'aspect d'une poudre blanche insoluble, renfermant toujours des proportions assez notables de *lanthane*, de *didym* et de *fer*.

En raison même de cette impureté de l'oxalate, M. Thibault a imaginé de lui substituer le valérianate, dont l'apparence est la même, mais qui a l'avantage de pouvoir être obtenu dans un état de pureté presque absolu, et celui de combiner à l'action du métal, paraissant agir à la fois comme sédatif et comme tonique, celle de l'acide valérianique, dont on connaît les vertus antispasmodiques communes à tous les dérivés de la valériane.

L'occasion d'expérimenter le médicament s'offrit à moi pour une jeune femme de ma famille qui, depuis le commencement d'une troisième grossesse arrivée à la fin du deuxième mois, était tourmentée par des vomissements survenant chaque jour, à chaque repas, la jetant dans un malaise considérable qui menaçait de troubler profondément son état et de l'empêcher d'arriver à bonne fin.

Je lui prescrivis le *valérianate de cerium* sous forme de pilules de 0,10 centigrammes, dont elle prit une au commencement des deux principaux repas. L'effet ne s'en fit point attendre. Dès le troisième jour de ce traitement, les vomissements avaient cessé; afin d'assurer la guérison, la médication fut continuée en diminuant la dose de pilules, dont elle ne prit plus qu'une le soir pendant une semaine, jusqu'à épuisement de la petite provision des vingt qui avaient été fournies. A partir de ce moment, les choses sont entièrement rentrées dans l'ordre, la grossesse suit son cours régulier sans accident d'aucune sorte.

Tout unique qu'il soit dans ma pratique, ce fait, corroborant les bons résultats obtenus par les médecins anglais et français, m'a paru mériter d'être signalé à l'attention de mes confrères, comme je l'ai déjà fait à la Société de thérapeutique.

A propos de cette communication, mon éminent collègue et excellent ami, M. le docteur Henri Gueneau de Mussy, a donné de vive voix le résumé d'une note insérée dans le numéro de février 1884 du *Journal clinique et pathologique d'Edimbourg*, par le docteur Berry Hart, professeur d'accouchements à l'Université de cette ville, note intitulée : *Sur l'usage de l'iridin dans le traitement des vomissements de la grossesse commençante.*

J'ai pensé qu'il serait intéressant de la reproduire en la traduisant aussi exactement que me le permet ma connaissance assez peu étendue de la langue anglaise, en empruntant au docteur Berry Hart le préambule de son article : « Tous les praticiens sa-

©BIU Santé

"ent la résistance au traitement même « des plus petits degrés des vomissements de la grossesse commençante. Les remèdes ordinaires, tels que le cérium, le bromure « de potassium, etc., font si souvent défaut que malade et médecin ne comptent le plus « souvent pour la guérison que sur le temps et la patience. »

Contre une maladie aussi rebelle, on ne saurait avoir trop de moyens à sa disposition. A tous ceux qui ont été indiqués, le docteur Berry Hart ajoute donc l'*iridin*, poudre extractive fournie par la racine de l'*iris versicolor*, recommandée à titre de merveilleux cholagogue par le professeur Rutherford, dans sa remarquable monographie *Sur l'action physiologique des médicaments sur la sécrétion de la bile*. (*Royal Society transaction*. Edimbourg., vol. XXIX.)

Voici comment il fut conduit à essayer, dans les vomissements de la grossesse, un médicament jusqu'alors réservé pour toute autre indication, notamment contre le *bilious attack*, dont il est un admirable remède.

Le docteur Matthews Duncan, dans une intéressante leçon *Sur les affections du foie considérées au point de vue de la gynécologie et de l'obstétrique*, fait allusion à l'influence probable de cette glande sur les causes des vomissements de la grossesse, et à ce fait que, pendant la gestation, il se produit normalement une modification de cet organe. Nous savons dès lors que la grossesse, indépendamment des remarquables modifications éprouvées par l'utérus, exerce aussi une grande influence sur l'ensemble de l'organisme entraînant des changements dans le cœur, les reins, le système nerveux; enfin, ainsi qu'il vient d'être dit, dans le foie.

Beaucoup de malades affectées de vomissements présentant la teinte ictérique, le docteur Berry-Hart vit l'indication formelle d'un médicament agissant sur l'appareil biliaire. Rutherford, ayant démontré que l'*iridin* augmentait le flux de la bile, mais qu'un purgatif était nécessaire pour expulser celle-ci de l'intestin, le docteur Berry-Hart institua le traitement de la façon suivante :

La malade prend, le soir, *une* des pilules ainsi composées :

Iridin : 2 grains (soit 13 centigrammes des mesures françaises); conserve de roses, quantité suffisante pour faire *trois* pilules.

Le matin, elle prend soit un verre d'eau de Friedrichshall, soit une cuillerée à café de sel de Carlsbad, ou deux cuillerées à café de poudre de Sedlitz.

Cette médication peut être répétée deux ou trois fois s'il est nécessaire.

Les résultats qu'il en a obtenus ont été des plus satisfaisants, puisque, dans 9 cas, il en eut 8 de guérison.

Tout amené qu'il ait été par le raisonnement à instituer sa méthode, le docteur Berry-Hart n'a pas la prétention d'établir une théorie des causes des vomissements de la grossesse, pas plus que du mode d'action du remède qu'il recommande. Il engage seulement ses confrères à les essayer pour en établir la valeur.

C'est la même pensée qui m'a donné l'idée de publier cette note du médecin anglais. J'ajouterai que quelle que soit l'explication qu'on puisse imaginer, l'action des purgatifs dans le traitement des vomissements de la grossesse a d'ailleurs été démontrée depuis longtemps par l'expérience clinique. Ainsi Trousseau mettait, non pas, il est vrai, les cholagogues, mais les purgatifs salins, qu'il prescrivait alors à petites doses, au nombre des moyens thérapeutiques à employer dans une affection qui fait si souvent le désespoir des médecins.

M. Jacolot montre le mode d'emploi de son trocart trachéotome. Il se compose esssentiellement d'une canule à trachéotomie dans laquelle joue un trocart courbe, tranchant par son sommet et la partie concave de sa pointe, la partie convexe est mousse.

L'opération doit être faite à la partie la plus élevée de la trachée. Il faut saisir de la main gauche le larynx et faire saillir le haut de la trachée; par des mouvements de va et vient, on incise avec le trocart la peau, les parties molles, la trachée. Un trou dont le trocart est percé permet à l'air de s'échapper et avertit de l'ouverture de la trachée.

Le trocart sert d'embout pour faire pénétrer la canule, et au moment où on relève la tête du malade, le trocart bascule et tombe entraîné par son poids.

Pour éviter de faire pénétrer dans la trachée un instrument tranchant, M. Jacolot a imaginé un nouveau modèle dont la lame peut être cachée une fois l'incision faite, c'est une combinaison de son trocart et de la canule de Krishaber.

M. Jacolot pense qu'avec son instrument la trachéotomie peut être faite d'urgence, d'une main et sans aide. Il insiste sur la nécessité de la faire porter uniquement sur les premiers anneaux de la trachée.

M. Richelot : La trachéotomie est une opération dangereuse et aléatoire, chez

©BIU Santé

l'adulte. Trousseau, pour la faire adopter, a eu le tort d'exagérer sa facilité. Il faut la faire le plus haut possible et lui préférer, quand on le peut, la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Pour cette opération, M. Richelot serait disposé à employer le procédé de M. Jacolot; son instrument supprime le temps toujours dangereux de la dilatation; par l'emploi de l'embout coupant, il permet d'entrer la canule dans la trachée du même coup qu'on l'incise.

M. Blondeau : Trousseau a eu soin de faire ressortir que la trachéotomie, facile chez les enfants, était très difficile chez l'adulte.

M. Dubrisay : Je reconnais tous les avantages de la laryngotomie inter-crico-thyroïdiennne chez l'adulte ou de la laryngotomie cricoïdienne chez l'enfant. Mais l'instrument de M. Jacolot ne me paraît pas présenter tous les avantages que lui accorde l'inventeur.

La trachéotomie est une opération peu courante, le médecin aura peu d'occasion de se familiariser avec la manœuvre de l'instrument, et, si peu chirurgien qu'il soit, l'emploi du bistouri lui sera plus facile. L'extrémité du trocart est volumineuse, et par cela même peu coupante. Elle mord difficilement sur la surface de la trachée, surtout en raison des mouvements de va et vient dont celle-ci est animée. Il est difficile de porter la section sur la ligne médiane et de l'y maintenir; on risque une incision latérale et tous les accidents dont elle peut être la suite. On peut arriver à blesser la partie postérieure. Il est difficile de savoir si l'on est dans la trachée. M. de Saint-Germain dit qu'on le reconnaît à la sensation de vide, à la sortie de l'air après des mouvements de latéralité imprimés au bistouri; surtout quant il porte une rainure latérale, comme celui de Dubar; mais si l'opération est faite d'urgence dans un état de cessation de la respiration, la sortie de l'air peut ne pas se produire.

M. Richelot pense que l'instrument de M. Jacolot coupe suffisamment pour une laryngotomie inter-crico-thyroïdienne; il suffit d'inciser légèrement la membrane, l'embout fera son chemin. Il ne sait s'il en serait de même chez un enfant ou pour un adulte dont la trachée est ossifiée.

M. Jacolot : J'ai opéré avec mon instrument chez l'adulte et chez l'enfant et n'ai jamais eu de difficultés à opérer la section en imprimant à mon tranchant un mouvement de va et vient. L'épaisseur et la forme conique de la lame ont l'avantage de faire bailler la plaie et permettent à la canule de mieux pénétrer. Une injection d'air, lancée dans la canule au moyen d'une poire en caoutchouc, me permet, en cas de mort apparente, de m'assurer si je suis dans la trachée.

Mon instrument a les avantages de s'appliquer à la trachéotomie d'urgence, d'éviter la dilatation, de faire opérer d'une seule main, l'autre maintenant l'organe, et ne le lâchant que quand la canule est en place.

M. Deligny est nommé membre titulaire à l'unanimité des suffrages.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 15 au 20 juin 1884.

Lundi 16. — Pas de thèses.

Mardi 17. — M. Humbert : De l'alimentation artificielle. (Président : M. Le Fort.) — M. Houel : Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire compliquant les traumatismes cérébraux. (Président : M. Jaccoud.) — M. Motel : Etude sur un cas de mort subite par embolie pulmonaire. (Président : M. Jaccoud.)

Mercredi 18. — M. Verchère : Des portes d'entrée de la tuberculose. (Président : M. Verneuil.) — M. Hernandez : Hémorrhagies successives, hémophylie. (Président : M. Verneuil.) — M. Bonnet : Du sublimé en obstétrique et en particulier dans la putréfaction fœtale. (Président : M. Tarnier.)

Jeudi 19. — M. Valette, application de la loi Roussel dans le Calvados. Ses résultats. (Président : M. Brouardel.) — M. Testelin : Des œdèmes dans la diathèse arthritique. (Président : M. Peter.)

Vendredi 20. — M. Benoît : Des formes cliniques de la fièvre intermittente chez les

©BIU Santé

enfants. (Président : M. Potain.) — M. Bouchet : De la folliculite blennorrhagique chez la femme et de son traitement. (Président : M. Damaschino.) — M. Coudray : Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose. (Président : M. Trélat.) — M. Portafax : Quelques considérations sur la dissolution de la pierre dans la vessie. (Président : M. Guyon.)

THÈSES POUR LE DOCTORAT, SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON PENDANT LES MOIS DE MARS, AVRIL, MAI 1884.

Dressy (Georges) : Étude des annexes de l'œil au point de vue médico-légal. — Ogier (Jean-Marcel) : De l'iris au point de vue médico-légal, — Etevenon (Aubert) : Nouvelles recherches sur l'acidité de l'urine à l'état physiologique et dans la fièvre.— Boyer (Benoît) : Étude sur la thyroïdectomie. — Vasser (Constantin) : Recherches sur les modifications de la température par les onctions générales dans les maladies fébriles des enfants .— Bertrand (R.) : Contribution à l'étude de la blennorhagie chez l'homme. — Desprez (A.) : Nouvelles recherches sur l'élimination de l'iodure de potassium par les urines. — Charles (Jacques) : Considérations sur l'hygiène générale de la ville de Saint-Étienne. Étude sur la mortalité. — Galliot (H.-Léon) : Recherches historiques, ethnographiques et médico-légales sur l'avortement criminel — Pourcelot (Georges) : Recherches expérimentales sur le mode de formation de l'hémorrhagie dans l'infarctus embolique du poumon. — Berthet (Louis) : Vaccine et variole. Contribution à l'étude de leurs rapports. — Bournet (Albert) : De la criminalité en France et en Italie. — Parizot (Louis) : De l'excision des rétrécissements calleux de l'urèthre suivie de réunion immédiate. — Robin (Paul). Essai sur les troubles psychiques consécutifs aux maladies de l'oreille. — Pitrat (A.) : Du rhumatisme articulaire aigu. Fièvre rhumatismale. Ses localisations pleurales et pulmonaires. — Cénas (L.) : Recherches sur la capacité des oreillettes dans quelques maladies chroniques. — Lemoine (Georges) : Anatomie générale du cordon ombilical.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 13 au 19 Juin 1884. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1000. — Fièvre typhoïde, 32. — Variole, 1. — Rougeole, 27. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 31. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 8. — Auutres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. aiguë) 53. — Phthisie pulmonaire, 206. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affection générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchite aiguë, 30. — — Pneumonie, 65. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 35 ; au sein et mixte, 18 ; — inconnues, 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 90 ; circulatoire, 39 ; respiratoire , 61 ; digestif, 43 ; génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulat. et muscles, 15. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 7.

Le service de la Statistique municipale a compté pendant la semaine actuelle, exactement 1,000 décès au lieu de 956 qui avaient été enregistrés la semaine dernière.

La comparaison des chiffres des dernières semaines fait surtout remarquer la diminution de la fréquence de la Rougeole et de la Diphthérie.

La Rougeole (27 décès au lieu de 34), n'est actuellement fréquente que dans quelques quartiers du sud de Paris ; le quartier Picpus (2 décès), de la Gare (4 décès) et tout le XIVe arrondissement (7 décès) sont les seuls qui soient notablement atteints.

La Diphthérie (31 décès au lieu de 46), continue à décroître, et sa fréquence actuelle ne peut plus être qualifiée d'épidémique, étant donnés les progrès que cette maladie a faits à Paris depuis une vingtaine d'années.

Pendant la semaine actuelle, elle ne s'est montrée fréquente que dans un seul quartier, celui de La Chapelle (4 décès, dont 2 dans la même famille). Parmi les autres quartiers de la ville, il n'en est pas un seul qui compte plus de 1 décès. Tels sont notamment les quartiers du XVIe arrondissement ; l'épidémie locale que nous constatons depuis six semaines, s'y affaiblit depuis quelque temps déjà.

La Fièvre typhoïde (32 décès au lieu 23) s'est relevée pendant la semaine actuelle. On remarque sa fréquence persistance dans le quartier Saint-Georges, qui, après être resté indemne de cette fièvre pendant les quatre premiers mois de l'année, présente depuis le commencement de mai presque régulièrement 2 décès typhoïdiques par semaine. Le

©BIU Santé

quartier des Quinze-Vingts (4 décès) et celui de la Villette (3 décès), présentent aussi une fréquence élevée de la fièvre typhoïde.

La Variole (1 décès au lieu de 2) et la Scarlatine (3 décès au lieu de 4) continuent à être très rares à Paris. On nous signale dans le quartier Necker une épidémie de Varicelle qui, d'ailleurs, n'offre aucune espèce de gravité.

La Coqueluche (10 décès au lieu de 11), l'Érysipèle (9 décès au lieu de 6) et les affections puerpérales (8 décès au lieu de 11) n'ont subi que des variations sans importance.

La Bronchite (30 décès au lieu de 21) et la Pneumonie (65 décès au lieu de 55) ont subi une recrudescence notable. L'Athrepsie des jeunes enfants, au contraire, a diminué (56 décès au lieu de 70), résultat heureux que la fraîcheur relative de la saison explique aisément.

Il a été notifié au service de Statistique municipale 387 mariages et 1,153 naissances d'enfants vivants (602 garçons et 551 filles) dont 862 légitimes et 291 illégitimes ; parmi ces derniers, 52 ont été reconnus par l'un des parents ou par les deux.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Faculté de médecine de paris. — Le *Journal officiel* publie des arrêtés déclarant vacantes les chaires de pathologie externe et de chimie médicale de la Faculté de médecine de Paris.

— Par décret en date du 21 juin 1884, M. Duplay, profeseur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, est transféré, sur sa demande, dans la chaire d'opérations et appareils à ladite Faculté, en remplacement de M. Le Fort, nommé professeur de clinique chirurgicale.

Faculté de médecine de lyon. — Par décret, en date du 16 juin, M. Teissier, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

On lit dans la *Méditerranée* :

« Le jury de médecine de l'Exposition internationale de Nice, adoptant à l'unanimité les conclusions du rapport du docteur René Serrand, médecin consultant à Cauterets, vient de décerner le diplôme d'honneur aux Eaux sulfureuses de Cauterets (Hautes-Pyrénées).

« Cette récompense, la plus élevée de toutes, a d'autant plus de valeur que, dans ce concours intenational, Cauterets se trouvait en présence des eaux minérales de toute l'Europe ; mais cette station pyrénéenne renferme un si grand nombre de sources remarquables par les cures qui y sont obtenues chaque année, qu'elle a pu l'emporter sur toutes les eaux sulfureuses les plus en renom de l'Allemagne, de la Suisse, de l'Italie et même de l'Espagne, qui avait envoyé une exposition fort remarquée. »

Faculté de médecine de montpellier. — Par arrêté ministériel, en date du 18 juin, la chaire de physiologie de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

Société de médecine de Paris. — Séance du 28 juin 1884. — *Ordre du jour :* 1. M. de Beauvais : Rapport sur la candidature de M. le docteur Gros (d'Alger) au titre de membre correspondant. — 2. M. Thevenot : De la lithiase biliaire dans ses rapports avec la métrite. — 3. Communications diverses.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos, par le docteur Richelot, ancien président de la Société de médecine de Paris, chez G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120. — Prix : 2,50

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

©BIU Santé

Sommaire

I. A. Dehenne : Du traitement des granulations conjonctivales par le thermo-cautère. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. L'Epidémie cholérique en 1884. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causeries.

Du traitement des granulations conjonctivales par le thermo-cautère,

Par le docteur A. Dehenne.

La thérapeutique des granulations (conjonctivite granuleuse, pannus, etc.) est toujours à l'ordre du jour de la chirurgie oculaire. Un recueil d'ophthalmologie ne paraît pas sans qu'on y trouve quelque moyen nouveau préconisé contre cette terrible maladie. Depuis quelques années, les Congrès ont consacré au traitement des granulations une ou plusieurs séances, et tout récemment (janvier 1884) la Société française d'ophthalmologie l'avait mis en tête de son programme; la discussion eut pour point de départ l'emploi du jéquirity, médicament encore fort discuté, et qui ne laisse pas que de présenter de grands inconvénients à côté d'incontestables avantages. Je laisserai de côté tous les traitements prônés et vantés, depuis que l'on a connu et soigné l'ophthalmie granuleuse. Je ne m'attarderai pas à parler de la granulation, de son évolution et de ses modes de terminaison le plus souvent si terribles. Je me contenterai de dire quelques mots d'un traitement que j'emploie depuis trois mois à ma clinique, et qui, jusqu'à présent, ne m'a donné que d'excellents résultats.

Un travail d'ensemble est en préparation sur cette question. Mais, en attendant d'avoir les matériaux nécessaires à son parfait achèvement, je n'hésiterai pas plus longtemps à engager mes confrères à suivre la même voie, et à essayer les *cautérisations superficielles* de la *conjonctivite granuleuse* à l'aide du *thermo-cautère à pointe très fine*.

Deux cas peuvent se présenter tout d'abord. Ou la conjonctive seule est malade, ou la cornée est déjà envahie consécutivement.

Dans les deux cas, le fer rouge est indiqué :

1° *Attouchements répétés* de la surface granuleuse avec la pointe fine (dix à douze pointes de feu tous les deux jours).

FEUILLETON

CAUSERIES

Comme on a remarqué que la grande revue des troupes, au 14 Juillet, n'était pas sans inconvénients pour la santé des soldats, on a discuté sur les moyens d'y remédier, et décidé pour cela qu'au lieu d'une seule revue il y en aurait trois le même jour. Entendons-nous cependant; ces trois revues ne s'ajouteront pas les unes aux autres, et ne mettront pas sur pied un plus grand nombre d'hommes que l'unique revue des années précédentes; les troupes seront seulement réparties entre trois emplacements : Longchamp, les Champs-Elysées et la place du Trône; ce qui permettra sans doute d'assigner chacun de ces points aux régiments ayant le moins de chemin à faire pour s'y rendre.

C'est une diminution de peine pour les soldats; ils feront une marche plus courte pour gagner le terrain de la revue, ils stationneront et piétineront moins longtemps avant le moment solennel, ils resteront enfin un moins grand nombre d'heures ficelés, harnachés, exposés au soleil ou à la pluie, et cette journée si longue et si fatigante pour les troupiers sera quelque peu abrégée par le fractionnement de la revue. D'autre part, mêmes avantages pour les spectateurs, qui pourront choisir leur revue suivant le quartier qu'ils habitent et les moyens de transport à leur portée.

Eh bien, malgré les excellentes intentions que révèle cette façon de débiter en plusieurs tranches la revue du 14 Juillet, ce n'est pas encore l'idéal, et, pour l'atteindre,

2° *Cautérisations péricornéennes* tous les cinq ou six jours.

Un troisième cas se présente fréquemment : c'est l'*atrésie de la fente palpébrale*, si commune chez les granuleux, et en même temps si nocive, puisqu'elle favorise le frottement des granulations, et par conséquent l'opacification de la cornée. Il faut pratiquer la canthoplastie.

Les granuleux ne sont pas gens à pouvoir perdre beaucoup de sang. De plus, la suture est souvent douloureuse et difficile à pratiquer; dans la plupart des cas, trois points sont nécessaires. Le thermo-cautère remédie à ces inconvénients. Il supprime la petite hémorrhagie; il est presque indolore, et il évite les points de suture.

Quatrième cas. Ici, le trichiasis accompagne les granulations. La destruction des bulbes pileux, à l'aide de la pointe fine, est des plus aisées. Le procédé est facile, exempt de dangers, et supérieur à toutes les sutures et à toutes les autoplasties, dont les résultats sont annihilés un mois ou deux après l'opération.

On peut donc mener à bien les conjonctivites granuleuses simples et compliquées à l'aide du fer rouge seul.

La destruction du bulbe pileux à l'aide de la pointe rougie est connue de longue date. Les cautérisations péricornéennes ont déjà été employées par nombre d'ophthalmologistes. Ce que je crois pouvoir donner comme choses inédites, c'est :

1° La canthoplastie à l'aide du thermo-cautère. J'accorde tout de suite qu'ici le manuel opératoire diffère seul des procédés employés jusqu'à présent.

2° Le traitement et la guérison des granulations par le thermo-cautère; ce qui, à mon avis, a beaucoup plus d'importance.

L'appareil instrumental, tout le monde le connaît. Il est simple, facile à manier, même sans aide.

La réaction inflammatoire est nulle.

De douleur, il n'y en a pas.

La résorption du tissu granuleux se fait avec rapidité.

Si l'on a affaire à des granulations récentes, il n'y a pas à craindre la formation d'un tissu cicatriciel. La conjonctive reprend ses caractères normaux.

Si les granulations sont anciennes, on peut constater l'existence de la cicatrice granuleuse antérieure à l'emploi du thermo-cautère (trachome).

---

il n'y avait qu'une seule résolution à prendre : supprimer complètement toute espèce de revue, et ne plus en passer ni en gros ni en détail.

Voyons un peu les raisons pour et contre la revue, et de quel côté sont les meilleures.

On allègue d'abord que l'armée doit figurer, pour une part importante, dans les divertissements ou exhibitions de la fête nationale. C'est uniquement parce que l'armée est la seule corporation qui sache s'aligner correctement et défiler en bon ordre. Car, autrement, pourquoi la revue des troupes ne serait-elle pas remplacée de temps en temps par une autre cérémonie également imposante et d'un genre tout nouveau? Quelle attraction, par exemple, qu'un monôme formé des grands corps de l'Etat, le Sénat, la Chambre des députés, le Conseil municipal, les cinq classes de l'Institut, le Conseil d'État, la Cour des comptes, etc., tous revêtus de leurs insignes ou de leurs costumes et se répandant dans les rues de Paris, aux acclamations d'un peuple immense! Chacun aurait ainsi son tour dans l'embellissement du programme de la fête nationale, et l'on trouverait dans cette combinaison une juste répartition des charges et des honneurs de cette belle journée, dont l'armée a fait jusqu'ici tous les frais.

Le peuple, dit-on, est content de voir les soldats, il les admire, il les applaudit, et il n'y a pas de meilleure occasion que la fête nationale pour faire connaître l'armée aux contribuables qui s'y intéressent et qui la paient. Mais l'occasion ne serait pas moins bonne pour montrer aux citoyens les sénateurs, les députés et autres autorités, auxquels la foule donnerait assurément des marques du plus vif intérêt. On voit assez souvent des soldats montant la garde ou marchant au pas, mais on voit très difficilement les ministres, les sénateurs et les députés dans tout leur prestige; car, assister à une séance de l'une des Chambres, c'est un bonheur interdit au commun des mortels, les

©BIU Santé

Je ne veux pas dire que le fer rouge est la panacée universelle des granulations. Il est évident que l'on rencontrera des cas probablement réfractaires. Mais la question est à l'étude et, jusqu'à présent, je n'ai pu que me féliciter de l'avoir employé.

Comment ai-je été amené à utiliser cette méthode thérapeutique? Tous les moyens usités jusqu'à ce jour n'ont qu'un seul but, c'est de détruire. Or je ne connais pas de meilleur moyen de destruction que le fer rouge. Les méthodes plus récentes ont eu pour objectif le microbe de la granulation. Le meilleur microbicide n'est-il pas encore le fer chauffé à blanc? Ces deux considérations n'ont peut-être pas un caractère extrêmement scientifique, quelque justes qu'elles me paraissent. Une troisième considération m'a aussi guidé. Le tubercule, le lupus, les fongosités articulaires, les granulations conjonctivales sont des tissus qui ont entre eux quelque air de famille. Ils sont, en général, le produit de la misère physiologique qui, elle-même, est la résultante de toutes les misères physiques; ou, pour parler un langage plus moderne, les causes dépressives, quelles qu'elles soient, créent un terrain favorable à leur développement. L'ignipuncture, dans les articulations fongueuses, ne date pas d'hier; elle a fait ses preuves. Les remarquables résultats obtenus à l'hôpital Saint-Louis par M. E. Besnier démontrent l'action incontestable sur les lupus des scarifications ignées interstitielles (galvano ou thermo-cautère), la destruction rapide de la néoplasie, la conservation des tissus dans un état d'intégrité presque parfait, et l'absence de tissu cicatriciel rétractile, déformant. A mon avis, dans tous ces cas, le fer rouge agit non seulement par son contact direct, mais encore à distance, en amenant une véritable résorption des tissus malades autour du point touché. Quelle que puisse être la valeur des considérations que je viens de présenter, et il peut se faire qu'elles n'en aient aucune, j'ai pu constater l'amélioration rapide des granuleux par l'emploi du thermo-cautère.

Et voici comment les choses se passent.

D'abord le malade ne se doute nullement le premier jour de ce qu'on lui fait. Les dix ou douze pointes de feu sont appliquées très rapidement et très superficiellement. La douleur est presque nulle. Le patient l'avoue immédiatement et préfère de beaucoup ce qu'on vient de lui faire à n'im-

---

séances n'ayant pas lieu les dimanches et fêtes, seuls jours où le peuple serait libre de voir fonctionner sous ses yeux la machine parlementaire. Il faut surtout renoncer depuis quelque temps à pénétrer au Sénat, où la palpitante question du divorce fait salle comble à toutes les représentations. Pour tous ces motifs, la revue militaire serait avantageusement remplacée par une revue civile, tous les pouvoirs publics ayant les mêmes titres que l'armée à rehausser l'éclat de la fête nationale par leur participation active.

Les soldats jouiraient alors de la fête, autrement qu'en y attrapant des courbatures et des coups de soleil, et ce serait la première fois que le 14 Juillet serait une fête pour eux, au lieu de leur imposer à eux seuls une lourde corvée, tandis que tout le monde se repose et s'amuse.

* * *

Si l'on admet qu'une grande démonstration militaire est indispensable parmi les réjouissances de cette journée, c'est en amoindrir singulièrement la portée que de fractionner la revue, comme on fait pour les feux d'artifice. Supposons qu'il se dégage réellement de ce spectacle une émotion salutaire, un espoir, quelque mouvement intime de patriotisme, alors il faut s'en tenir à la grande revue d'autrefois; elle ne conservera sa haute signification qu'à la condition de rester unique, d'englober en une seule masse acteurs et spectateurs unis dans les mêmes pensées. L'effet moral n'existe plus s'il y a *des revues* au lieu de *la revue;* ou bien l'une d'elles restera la revue de première qualité, où se portera la foule, tandis que les autres seront des petites revues d'occasion, auxquelles manqueront le nombre et l'étendue, et dont troupiers et badauds se désintéresseront également.

BIU Santé

porte quel genre de cautérisation, surtout à la pierre bleue, que j'emploie du reste journellement.

Aussitôt après qu'on lui a remis les paupières en place, il ouvre librement les yeux et ne sent absolument rien. Pas de photophobie, pas de larmoiement. Il est surtout heureux d'éviter ces sensations douloureuses qui durent quelquefois plusieurs heures après l'emploi du sulfate de cuivre, ou du sous-acétate de plomb liquide. Il revient le lendemain, et ne présente pas la moindre réaction inflammatoire. C'est à peine si, en retournant les paupières, on retrouve les traces de la cautérisation de la veille.

Les pointes de feu peuvent sans inconvénient être appliquées tous les deux jours. Après cinq ou six cautérisations, le malade éprouve une amélioration très marquée. L'œil s'ouvre plus facilement ; la sensation si pénible de graviers a notablement diminué, etc. A l'examen des paupières, on constate nettement que les granulations, d'abord uniformément étendues sur toute la conjonctive, se sont réunies en deux ou trois petits îlots, où l'on continuera à les poursuivre, jusqu'au jour où il n'en restera plus traces. Dans les cas où la cornée commence à perdre son poli, les cautérisations conjonctivales suffisent pour enrayer la marche du pannus, et faire disparaître les petits vaisseaux partant de la conjonctive et s'infiltrant entre les lamelles cornéennes. Lorsque le pannus est plus ancien et plus étendu, il subit aussi l'influence bienfaisante des cautérisations conjonctivales, soit que la disparition des granulations enraie tout naturellement sa marche progressive, soit que l'action traumatisante du cautère actuel exerce son action à distance sur l'infiltration cornéenne, comme dans les cas que nous avons signalés il y a quelques années (traumatisme curatif du pannus).

BIBLIOTHÈQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MÉNINGO-MYÉLITE EXPÉRIMENTALE, par le docteur J. DAGONET. Paris, 1884 ; A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Ce travail fait partie d'une série de recherches entreprises sous la direction du docteur Quinquaud et dans son laboratoire de l'hospice des Ménages. Ces recherches ont

---

Ce que l'on gagne donc, pour le bien-être des soldats, en multipliant les revues, on le perd au point de vue de la satisfaction du public et du caractère de la cérémonie. Et comme le chauvinisme n'est pas mort en France, je crois que les soldats aimeraient encore mieux l'ancien système que le nouveau. On leur dirait : Voulez-vous ne pas trop vous déranger, ne pas avoir trop chaud, et figurer tranquillement à une revue d'amateurs, où on ne tirera pas le canon, où il n'y aura pas de grands personnages, et où tout se passera en famille ? Ou bien aller très loin, perdre votre journée, rentrer fourbus et harassés, mais vous entendre acclamer par tout Paris et recevoir des ovations tout le long du chemin ? Devant ces deux alternatives, les soldats n'hésiteraient guère, et préféreraient une belle revue éreintante à une revue anodine, mais sans éclat.

* * *

A la grande revue, il y avait l'armée ; aux petites revues, il n'y aura plus que des régiments. A l'une, il y avait de l'enthousiasme ; aux autres, il n'y aura plus que de la curiosité. Renoncer à la première et adopter les secondes, c'est descendre d'une cérémonie à de simples exhibitions, c'est reconnaître en principe que les défilés de troupes sont offerts aux Parisiens non plus pour remplir leurs cœurs de joie et d'orgueil, mais seulement pour remplir la journée, comme les bals publics et les concerts en plein vent. Il est dès lors facile de trouver d'autres distractions, et de pousser la logique jusqu'au bout en laissant les soldats complètement tranquilles le 14 Juillet.

Sans mettre en cause les vertus guerrières des Parisiens, qu'ils savent prouver en temps et lieu, rien ne prouve qu'ils aient absolument besoin d'assister à une revue pour

©BIU Santé

pour but l'étude des variations de l'exhalation de l'acide carbonique sous l'influence de conditions pathologiques ou expérimentales déterminées.

Conclusions :

I. Pour produire la méningo-myélite chez les chiens, nous avons, avec un trocart, ponctionné la moelle et injecté dans son épaisseur 10 à 20 gouttes de liqueur de Fowler, dont le professeur Leyden recommande l'emploi.

La liqueur de Fowler est un agent infidèle : les lésions qu'elle produit s'étendent rarement et guérissent presque toujours. L'action de l'huile de croton, en solution alcoolique, est plus sûre.

II. Après la lésion de la moelle lombaire, le nombre des mouvements respiratoires augmente. Le temps nécessaire à l'animal pour respirer 25 litres d'air, diminue ; l'oxydation des tissus, c'est-à-dire la production de l'acide carbonique, augmente. (Il est admis que la production de l'acide carbonique est égale à son élimination par les poumons.)

L'angmentation de l'acide carbonique atteint son maximum aussitôt après la lésion médullaire, et persiste le second jour ; le plus souvent, après les injections de liqueur de Fowler, la lésion se limite, et la quantité d'acide carbonique redevient normale, après quelques oscillations.

L'huile de croton détruit rapidement la moelle ; elle détermine de la lenteur de la respiration, et une diminution considérable de l'acide carbonique. Cette période de dépression est propre à la méningo-myélite diffuse ; elle est précédée des phénomènes qui suivent la lésion médullaire. En effet, le premier jour, l'acide carbonique augmente ; le second jour, on peut encore noter cette augmentation, mais le chiffre de l'acide carbonique est moins élevé qu'après l'injection de liqueur de Fowler. Cette différence tient à une complication : le phlegmon, qui est provoqué par l'huile de croton dans les parties molles, fait diminuer la quantité d'acide carbonique.

Dans cette phase de dépression, on note une hypothermie considérable et un abaissement de la pression artérielle.

III. La destruction de la moelle lombaire ne modifie pas la réaction des urines, qui sont acides pendant l'alimentation normale et l'inanition.

Les urines sont plus denses et en moindre quantité. On n'y trouve ni sucre, ni albumine.

IV. La miction et la défécation se font régulièrement quand les lésions ne descendent pas au-dessous de la première vertèbre lombaire.

La piqûre de la moelle à la hauteur de la deuxième et de la troisième vertèbre lombaire, provoque aussitôt la miction et la défécation, suivies de troubles durables de ces fonctions. (Paralysie de la vessie, du rectum et du sphincter anal.)

Dans un cas, la paralysie du sphincter anal a été immédiate. (Obs. VII.)

---

que la fête soit complète. Ils ont, au contraire, tant de bonne volonté en fait d'amusements, qu'on peut les contenter à peu de frais. Il y aurait mille façons de remplacer la revue, sans se creuser la tête pour être sûr de réussir. Le jour du Grand Prix, il y a autant de monde à Longchamps et dans le bois de Boulogne que pour la revue, et ce n'est pas l'amour du pantalon rouge qui attire là cette cohue. Les théâtres donnent, le 14 Juillet, des représentations gratuites ; pourquoi ne donnerait-on pas aussi des courses de chevaux gratuites, où seraient courus des prix importants, de façon à leur conserver tous les attraits des réunions ordinaires, et afin qu'il n'y manque ni une horizontale ni un book-maker? Etant donné le goût du public pour ce genre d'exercices, personne ne se plaindrait de l'innovation, et ces courses seraient tout de suite aussi populaires que la revue.

Cela, ou autre chose. Car l'essentiel, pour un jour de grande fête, ce n'est pas qu'il se passe précisément telle chose dans un endroit déterminé ; il suffit qu'il se passe quelque chose, et 200,000 personnes se transportent immédiatement n'importe où pour y voir n'importe quoi. Il n'y a donc pas de raisons majeures pour que le clou de la fête nationale soit exclusivement une grande revue. Il y a en outre de bonnes raisons pour qu'il n'y ait pas de revue, ni grande ni petite.

* * *

Tandis que les bons bourgeois n'ont d'autre préoccupation que leurs drapeaux et leurs lampions pour faire bonne figure dans la fête, pour le soldat le travail commence la veille ; il lui faut astiquer à fond son fourniment, après quoi il dort peu, se lève de

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

Le jamaïca Dogwood, par le docteur Zitcke. — Ce médecin publie une série de cas dans lesquels il l'a employé avec succès. Le premier est un cardiaque atteint d'hypertrophie avec insuffisance valvulaire, chez lequel le bromure de potassium associé à la digitale était sans effet. Le bromure fut remplacé par une dose de dix gouttes d'extrait de jamaïca Dogwood et l'insomnie disparut. Le second cas est celui d'un individu cachectique depuis longtemps, atteint de purpura, d'épistaxis fréquentes et surtout d'insomnies rebelles. L'extrait de jamaïca Dogwood fut employé de préférence à l'opium et à ses alcaloïdes. Le troisième malade éprouvait une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Le médicament fut administré en même temps que l'acide salicylique à titre d'hypnotique et de calmant. Ses effets furent favorables, de sorte que l'auteur considère l'extrait de cette plante comme un agent utile de la médication calmante. (*The therapeutic Gazette*, p. 160, avril 1884.) — C. L. D.

L'épidémie cholérique en 1884.

La morbidité et la mortalité cholériques à Toulon. — La nature de l'épidémie, l'opinion des médecins de la marine et du corps médical toulonnais. — Sporadique ou asiatique? — Mesures de désinfection à Toulon, de prophylaxie en France et à l'étranger. — Le blocus quarantainaire de la France.

Le nombre des décès était de 6 le 23 juin : 5 en ville (3 hommes de 83, 30 et 48 ans, 2 femmes, dont 1 de 82 ans); 1 à l'hôpital maritime (1 homme âgé de 46 ans). La mortalité du 24 avait fait espérer une atténuation de l'épidémie. En effet, elle n'était que de 5 décès : 4 en ville et 1 à l'hôpital Saint-Mandrier. Il n'existait pas de nouveaux cas parmi les troupes de l'armée de terre, et on comptait seulement 11 entrées à l'hôpital Saint-Mandrier parmi les marins. Il est vrai que, d'après une autre dépêche, le nombre des entrées dans les hôpitaux de la marine se serait élevé à 23.

Le 25, la situation est plus grave; dès le matin, on évalue le nombre des cas à une soixantaine et, le soir, on enregistre 8 décès, dont celui d'un marin à l'hôpital Saint-Mandrier; 11 cas nouveaux en ville; 3 à l'hôpital civil, 7 à l'hôpital central et 6 à l'hôpital Saint-Mandrier. Ce dernier établissement contient 17 cholériques en traitement; l'hôpital maritime, 29; et le nombre des cas nouveaux s'élève à 14 dans la population militaire. On ignore quel il est dans la population civile.

Le 26 au matin, il existait 34 cholériques à l'hôpital principal et 24 à l'hôpital Saint-Mandrier. A neuf heures du soir, on comptait 6 décès cholériques : 2 en ville, 2 dans les faubourgs; 1 à l'hospice civil et 1 à l'hôpital principal.

---

grand matin, et a déjà *pivoté* pas mal avant de sortir de sa caserne. Viennent ensuite une marche, très longue pour quelques-uns, puis une station encore plus longue sur le champ de courses, le tout sous le soleil, avec la gêne des vêtements bien ajustés et le poids du bagage militaire. Toutes les précautions sont prises pour atténuer ces causes de fatigue, repas plus substantiel, halte à l'ombre dans le bois, etc. Malgré cela, la revue du 14 Juillet n'est pas inoffensive pour les soldats. Les coups de soleil et les véritables insolations y ont été parfois si nombreux, que le professeur Lacassagne a pu y recueillir tous les éléments d'un des travaux les plus complets que nous possédions sur ces accidents. Mais ils se terminent généralement par quelques heures, ou au plus, quelques jours d'indisposition.

Ce qu'il y aurait de plus grave à redouter et à prévoir, ce serait que la revue devint l'occasion d'un surcroît de fièvres typhoïdes dans l'armée de Paris. Toute fatigue, tout excès de travail, tout exercice prolongé est facilement une cause de fièvre typhoïde chez les soldats ; on voit ainsi apparaître, dans le courant de l'endémie typhoïde inhérente au milieu militaire, des cas dont l'origine première ou la détermination remonte à une faction, à une manœuvre, à toute circonstance exagérant la dépense des forces. La revue du 14 Juillet rentre au premier chef dans cette catégorie, et il y a lieu de se demander s'il ne serait pas plus sage de la supprimer complètement, la santé des soldats pouvant en souffrir, sans avantage réel à aucun point de vue sérieux.

L'indication serait encore plus pressante s'il se produisait à Paris quelque chose d'analogue à ce qui vient d'éclater à Toulon, une constitution médicale donnant lieu à une épidémie de choléra nostras.

Enfin si ce choléra indigène, tel qu'il a été reconnu jusqu'ici par nos plus savants

©BIU Santé

La municipalité poursuit l'assainissement de la ville, fait laver et balayer les rues, curer les fossés, et ferme les dépôts d'os, de chiffons ou de débris animaux. « Mieux vaut tard que jamais ! » Puisse ce zèle ne pas cesser avec l'épidémie, et les édiles toulonnais se souvenir des projets de voirie, déjà bien anciens, qui dorment paisiblement dans les archives de la ville !

On annonce l'établissement d'ambulances dans divers quartiers de la ville. Quatre sont spécialement affectées au faubourg et, depuis hier, une ambulance fonctionne sur la place Saint-Jean. Chacune est dirigée par trois conseillers municipaux, et possède pour personnel sanitaire plusieurs médecins et des porteurs volontaires ou rétribués.

Parmi les précautions qui donnent jusqu'ici les meilleurs résultats, il faut signaler la dissémination des troupes de la garnison; on l'a vu par leur faible morbidité, tandis que la mortalité est élevée parmi les marins des pontons, puisque sur le seul ponton le *Montebello*, on compte 5 cas dont le premier décès. Les troupes de terre bivouaquent sous la tente, dans les environs de Toulon, et ces campements ne manquent pas de pittoresque, d'après les informations qui nous sont transmises. C'est ainsi que 600 hommes du 61e de ligne campent sur les coteaux de Six-Ponts; 400 à Saint-Mandrier et 80 hommes de la caserne des Capucins, à Brégaillon. L'infanterie de marine doit être depuis hier installée au Mourillon. Dans le même but, on a fermé les établissements d'instruction religieuse ou laïque, la maison des frères, et on évacue la prison civile.

Les informations ne sont pas seulement en désaccord entre elles sur la morbidité et la mortalité réelles de l'épidémie ; elles diffèrent aussi sur l'origine de la maladie. Dans l'hypothèse d'une stricte application des règlements par les autorités sanitaires, il est difficile en effet d'incriminer le navire la *Sarthe*. D'après les renseignements du commissariat de la marine, quatre matelots de son équipage succombèrent bien au choléra en Cochinchine. Mais, envoyé au cap Saint-Jacques, ce navire fut désarrimé et désinfecté, et quittait Saïgon avec une patente nette. Sa traversée dura 44 jours et pendant ce temps aucun cas de maladie ne se déclarait à bord. Depuis le 4 juin, jour de son entrée dans le port de Toulon, aucun homme de l'équipage n'a été atteint. Cette déclaration est donc contraire à l'opinion populaire que nous signalions jeudi dernier et qui attribuait à la *Sarthe* l'origine de l'épidémie.

Dans la réunion des médecins de Toulon, civils et militaires, à laquelle assistaient MM. Brouardel et Proust, les avis ont été partagés sur la nature de l'épidémie. Dans le récit de cette séance que nous empruntons au compte rendu très complet publié par le *Petit Marseillais*, les médecins toulonnais considèrent le choléra comme asiatique ; leur opinion se base sur les cas foudroyants, les crampes et la réaction typhoïdique, sur la formation d'un foyer à bord du *Montebello* où, d'après M. Barthélemy, médecin en chef de la marine, trois cas, dont deux mortels, se déclarèrent coup sur coup et au voisinage duquel les autres navires-casernes furent contaminés ; sur l'autopsie de la première victime qui fut

---

maîtres en épidémiologie, prenait par la suite des allures de choléra asiatique, ce n'est pas seulement la revue, c'est toute la fête du 14 Juillet à laquelle il faudrait renoncer, par convenance et par prudence ; une semblable journée, avec ses déplacements, ses mouvements de voyageurs, et les écarts qu'elle entraîne dans les habitudes de chacun, donnerait infailliblement une énorme poussée à la diffusion d'une épidémie de choléra.

P. Dubray.

Pommade contre la kératite scrofuleuse. — Von Arlt.

Précipité blanc.	0 gr. 80 centigr.
Extrait de belladone.	1 gr.
Axonge	10 gr.

F. s. a. une pommade avec laquelle on frictionne toutes les deux heures le bord libre des paupières dans la kératite scrofuleuse. Sangsues aux tempes s'il existe beaucoup de chaleur et de congestion. Purgatifs à l'intérieur. — N. G.

©BIU Santé

pratiquée par M. Liebert ; enfin sur l'analogie avec l'épidémie toulonnaise de 1865. A cette époque, le choléra procédait aussi par des temps d'arrêt qui tout à coup étaient suivis de périodes où la mortalité s'élevait quotidiennement à 75 et 84 décès. Dans cette réunion, la majorité des médecins s'est donc prononcée en faveur du choléra asiatique, adoptant l'opinion de M. Geslin, directeur du service de santé de la marine, qui reconnaît avec franchise qu'au début il avait espéré être en présence du choléra sporadique. Depuis, il a été obligé, dit-il, de se rendre à l'évidence et de déclarer qu'on est en présence du choléra asiatique.

Par contre, MM. Proust et Brouardel, dans cette discussion et dans leurs rapports télégraphiques adressés au ministre, sont moins affirmatifs. On a pu le voir par la communication faite aux Chambres dans la séance du 26 juin. Ces délégués officiels demandent quelques jours pour se prononcer définitivement.

Or, cette question n'est pas seulement d'administration intérieure. Elle possède auss une grande importance pour nos relations internationales. En effet, si le choléra est asiatique, les autorités sanitaires françaises et le ministre encourent une grave responsabilité pour avoir, du 14 au 22 juin, fait délivrer des patentes nettes aux navires quittant Toulon. De là, pour l'avenir, une atteinte à la confiance des étrangers dans la valeur des patentes nettes de santé délivrées dans les ports français. Ce sentiment n'est pas platonique, et on peut en juger par l'empressement des gouvernements étrangers a ouvrir la quarantaine pour les provenances françaises, et à considérer la maladie comme de nature asiatique.

A Vienne, à Constantinople, à Lisbonne, à Alexandrie d'Egypte, il en est ainsi; on parle même de fermer le canal de Suez aux navires français. A Athènes, treize jours d'observation sont imposés aux navires venant de Toulon, et cinq à ceux de Marseille. De plus, en Italie et en Espagne, les Conseils supérieurs de santé ont prescrit la visite des voyageurs et la désinfection des marchandises venant de France par les frontières de terre.

Les villes voisines du littoral méditerranéen : Draguignan, Cannes, Nice, Brignolles, Aix, Montpellier, prennent des mesures de précaution. A Marseille, où l'émotion est vive, la municipalité vient de publier une ordonnance et les recommandations d'usage en temps d'épidémie. Mais, mesure plus efficace, elle fait visiter les garnis et les habitations ouvrières. Cette inspection démontre l'existence de véritables foyers d'infection. Un de ces garnis contenait quatre-vingt-dix lits et avait pour habitants une population d'indigents et de vagabonds. A l'étonnement de certains de nos confrères de la presse politique, on croirait à une révélation. Il ne s'agit pas cependant d'une nouvelle découverte de l'Amérique! Que ne dépensent-ils un peu de leur encre pour réclamer l'évacuation des chambrées de certains quartiers parisiens, qui à l'heure actuelle et malgré les ordonnances de police sont les équivalents des garnis marseillais.

A Lille et à Bordeaux, les mêmes dispositions préventives sont prises dans les quartiers ouvriers. A Lyon, le Conseil municipal vient de voter une première allocation de 18,000 francs dans ce but. Enfin, dans les ports français de l'Océan, des quarantaines sont imposées aux provenances de Toulon. C'est ainsi qu'à Rochefort, malgré l'état sanitaire satisfaisant du transport la *Moselle*, ce navire a été mis en quarantaine à l'île d'Aix, et que le Conseil de santé a fait jeter à la mer des sacs de riz venant de Toulon.

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 juin 1884. — Présidence de M. Rolland.

L'Université John Hopkins (de Baltimore) fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de la médaille offerte à M. le professeur Sylvester pour consacrer le souvenir de l'enseignement de l'illustre géomètre à l'Université John Hopkins.

M. Quet prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats à la place devenue vacante dans la section de physique, par suite de la nomination de M. Jamin aux fonctions de secrétaire perpétuel.

M. Ch. Brame prie l'Académie de le comprendre parmi les candidats à la place devenue vacante dans la section de chimie, par suite du décès de M. Wurtz.

©BIU Santé

M. Pasteur présente une note de M. B. Ratimoff, intitulée: *Recherches sur les substances antiseptiques et des conséquences qui en résultent pour la pratique chirurgicale.*

« Les microbes choisis pour les expériences sont principalement des microbes pathogéniques bien définis et qui se distinguent très clairement par les caractères de leur vie biologique: l'un aérobie, la bactéridie charbonneuse, et l'autre anaérobie, les bactéries de la septicémie aiguë des animaux.

« *Première série.* – J'ai pris une série de flacons bien bouchés avec de la ouate et toujours stérilisés: dans les uns j'ai mis 10 gr. de chair musculaire fraîche que j'ai divisée en petits morceaux; dans les autres, j'ai mis 10 cc. de sang de bœuf toujours frais; les derniers étaient remplis de la même quantité de bouillon de veau stérilisé; dans chaque flacon j'ai introduit deux gouttes d'eau délayées avec de la terre, puis j'ai ajouté 10 cc. de solutions antiseptiques de concentration différente bien déterminée. Tous ces flacons ont été placés dans une étuve à la température constante de 33°-34°.

« Les expériences ont montré que l'addition, par exemple, de 1/400 d'acide phénique à du bouillon de veau prévient tout développement des microbes; mais, pour obtenir le même résultat dans le sang, il faut augmenter la quantité jusqu'au 1/250, et dans la chair musculaire jusqu'à 1/160. Cette différence de doses des antiseptiques est encore plus frappante pour le sublimé, l'azotate d'argent et l'iode; le premier empêche la reproduction des germes dans le bouillon à la dose 1/13300, et dans la chair à 1/500, l'azotate d'argent empêche à 1/10000 dans le bouillon et à 1/225 dans la chair et l'iode à 1/8000 dans le bouillon et à 1/225 dans la chair; ainsi il faut 26,44 et trente-cinq fois plus de substance antiseptique pour la chair que pour le bouillon.

« *Deuxième série.* — Pour apprécier l'action des substances antiseptiques sur les bactéridies charbonneuses, je ne me suis servi que du bouillon de veau. Comme dans les expériences précédentes, j'ai pris 10 cc. de ce dernier et j'y ai semé les bactéridies d'une goutte de sang pris sur un cobaye charbonneux mort peu de temps auparavant; puis j'ai ajouté les solutions antiseptiques en les variant de poids jusqu'au moment où la liqueur reste stérile, c'est-à-dire ne donnant pas de culture.

« Voici les résultats de ces recherches : un bouillon additionné de 1/800000 de sublimé ne cultive pas les bactéridies, qui meurent rapidement, tandis que des proportions plus faibles, comme 1/1000000, retardent leur développement sans l'entraver absolument. En parcourant la table de mes résultats, on voit que, pour tuer les bactéridies, il faut prendre, par exemple, du thymol à la dose de 1/35000, c'est-à-dire qu'elle sera dix-sept fois moindre que pour prévenir le développement des microbes communs ; l'azotate d'argent à 1/200000, ou vingt fois moins; le sulfate de cuivre à 1/23520, ou vingt et une fois moins. Parmi les substances actives examinées, l'iode seul fait exception; il ne tue qu'à la même dose que nous avons obtenue dans la première série d'expériences, c'est-à-dire à 1/8000. D'autres substances, telles que l'acide phénique, le chloral hydraté, etc., possédant en général les plus faibles propriétés antiseptiques, ne présentent pas dans ce cas une grande différence d'action sur les bactéridies.

« D'après cela, il résulte que, pour tuer les bactéridies, la quantité d'antiseptique est toujours moindre que pour empêcher le développement des microbes communs de la terre.

« Pour avoir des germes d'une certaine résistance, j'ai semé du sang frais charbonneux dans le bouillon et l'ai exposé à la température de 34°; au bout de dix à quinze jours, j'ai eu des spores bien formées, et, avant d'en faire des expériences, j'ai soumis cette culture dans un bain-marie pendant dix à quinze minutes à la température de 70° à 80° pour tuer les bactéridies.

« Ces germes ainsi obtenus, je les ai mis au contact de divers antiseptiques dans des flacons contenant 10 cc. de bouillon; après vingt-quatre heures, il s'est trouvé que le bouillon sans antiseptique donna la culture, tandis que l'autre, additionné d'une dose convenable, resta stérile; alors, prenant une petite quantité (5 à 6 gouttes) de ces spores, je les ai semées dans du bouillon de veau neuf, et, au bout d'un, deux ou trois jours, on observe les résultats; en variant les doses, on peut arriver à ce qu'une partie de ces flacons reste stérile pendant que l'autre donne la culture.

« De cette manière, j'ai trouvé les limites d'action, pour quelques substances antiseptiques, pour détruire les germes. Ces limites sont très éloignées des limites pour les bactéridies. Ainsi le sublimé, malgré sa grande activité, ne détruit les germes des bactéridies qu'à la dose de 1/8000, dose cent fois plus forte que pour eux-mêmes. Mais, pour obtenir les mêmes résultats avec l'azotate d'argent et l'iode, il sera suffisant d'augmenter le premier de vingt fois et de huit fois le second. Dans ce rapport, ces agents jouent un rôle relativement plus efficace que le sublimé. Le thymol et l'acide phénique

©BIU Santé

restent presque inactifs contre les germes; ils commencent à agir, le premier dans la proportion de 1/100, et l'acide phénique 1/12, quantité qui agit plutôt d'une manière caustique.

« Quant à l'alcool, il ne produit aucune influence sur les germes qui, soumis à son action pendant vingt-quatre heures et semés dans le bouillon, ne tardent pas à se reproduire.

« J'arrive à l'action des antiseptiques sur les bactéries septiques; mais, comme ces recherches sont très longues et compliquées, je me suis borné pour le moment à quelques essais, réservant une étude plus complète à publier ultérieurement.

« J'ai opéré avec le sang septique que m'a fourni M. Pasteur, le sang très virulent qui tue le cobaye dans l'espace de vingt-quatre heures.

« Mes expériences ont montré que le sublimé tue les bactéries septiques à la proportion de 1/66700, l'azotate d'argent à 1/50000, le sulfate de cuivre à 1/2000 et l'acide salicylique à 1/1000. En comparant ces doses à celles pour les bactéridies, on voit que les bactéries septiques sont plus résistantes que les bactéridies charbonneuses. Toutes ces expériences prouvent que les divers microbes morbides diffèrent dans leurs résistances envers les agents antiseptiques.

« Dans la pratique ordinaire, il est inutile de chercher à tuer les microbes ou leurs germes; il suffit d'empêcher leur reproduction. C'est ainsi qu'il faut expliquer les bons résultats obtenus par les divers pansements antiseptiques : acide phénique, alcool, chlorure de zinc, thymol, bichlorure de mercure, etc., pansements dans lesquels les solutions antiseptiques ne sont pas suffisantes pour tuer les germes, mais suffisantes pour prévenir le développement des organismes. »

Les ouvrages adressés aux concours dont la clôture est fixée au 1er juin 1884, sont les suivants :

« Traité d'hygiène navale », par J.-B. Fonssagrives. — « De la mort de Socrate par la ciguë; — Recherches sur les *solanum* des anciens; — Des suites de l'empoisonnement arsénical », par le docteur Imbert-Gourbeyre. — « La Géographie médicale », par le docteur A. Bordier. — « Recherches expérimentales sur les conditions de l'activité cérébrale et sur la physiologie des nerfs », par H. Beaunis. — « Du principe de la rage et de ses moyens de guérison », par L. Mond. — « Etude sur les angiomes des muqueuses », par H. Arragon. — « Recherches expérimentales sur l'action des antiseptiques et sur deux antiseptiques nouveaux », par M.-G. Lebon. — « Sur la régulation de la température chez les animaux à sang chaud; — De l'influence de la respiration sur la circulation (1re partie); — Les oscillations respiratoires de la pression artérielle chez le chien; — Contribution à l'étude de la fièvre traumatique chez le chien; — Sur l'autotomie », par L. Fredericq. — « Influence du système nerveux sur la régulation de la température chez les animaux à sang chaud », par L. Fredericq. — « Maladies chirurgicales des nerfs et opérations qui se pratiquent sur les nerfs », par E. Nicaise. — « Contribution à l'étude des affections cutanées d'origine trophique; — Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur les altérations nerveuses, etc., etc. », par M.-H. Leloir.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons avec chagrin la mort de M. le docteur Moreau (de Tours), qui a succombé le 26 juin, à six heures du matin, à la maladie d'estomac dont il souffrait depuis longtemps. Il était dans sa quatre-vingt unième année.

Le service aura lieu aujourd'hui samedi, à midi, en l'église Saint-François de Sales, rue Brémontier.

Tout le corps médical sentira vivement la perte de cet éminent confrère. Pour notre part, nous adressons à son fils, M. le docteur Paul Moreau (de Tours), l'expression de nos regrets les plus sincères et les plus affectueux.

École supérieure de pharmacie. — M. Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 29 juin, aux environs de Bouray-Lardy.

Le départ s'effectuera de la gare d'Orléans à six heures et demie pour la station de Bouray.

Fin du Tome XXXVII (Troisième série).

Le Gérant : G. RICHELOT.

©BIU Santé

TABLE DES MATIÈRES DU TOME XXXVII

(TROISIÈME SÉRIE)

JANVIER, FÉVRIER, MARS, AVRIL, MAI, JUIN 1884.

A

Académie de médecine. (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique.) Bulletins sur l' — et comptes rendus des séances, 5, 61, 63, 97, 104, 145, 152, 186, 191, 233, 238, 280, 329, 364, 415, 441, 449, 495, 543, 591, 628, 666, 711, 761, 793, 860, 910, 957, 992, 1040, 1072.

Académie des sciences. (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique.) Comptes rendus des séances, 33, 77, 118, 172, 185, 253, 295, 343, 379, 426, 463, 532, 558, 605, 642, 678, 734, 774, 811, 871, 922, 970, 1003, 1053, 1068, 1089, 1136.

Accidents. Des — vertigineux et apoplectiformes dans le cours des maladies de la moelle épinière, Giraudeau, anal. Ch. E., 884. — cérébraux de la syphilis héréditaire tardive, v. Syphilis. — nerveux, v. Variole. — spinaux par un ancien foyer de myélite infantile, Ballet et Dutil, anal. R. L., 895.

Accouchement, v. Curette.

Acide. L'— phénique et la fièvre typhoïde, A. Robin (Acad. de méd. et Bull.), 357.

Acné. Pommade contre l'—, Bartholow, 675.

Actinomycose. L'—, R. Longuet, 406, 417. — —, Bizzozero, anal. Millot-Carpentier, 894.

Adénites tuberculeuses, v. Tumeur.

Adonis vernalis. De l'— comme tonique du cœur et diurétique, Bubnoff, anal. C. L. D., 773.

Affection calculeuse. Traité de l'— du foie, Jules Cyr, anal. G. Richelot père, 649.

Albumine. Les nouveaux réactifs de l'— dans les urines et leur valeur clinique comparative, Ch. E., 333.

Albuminurie. L'— consécutive aux hémorrhagies, Quincke de Kiel, anal. R. L., 206. — chloroformique, v. Injection. — physiologique, Coignard, 937; discussion, Cyr, de Beauvais, de Ranse, Christian, Thorens (Soc. de méd.), 391.

Alcoolisme. Recherches expérimentales sur l'—, Dujardin-Beaumetz (Acad. de méd.), 593; discussion, Maurice Perrin, Dujardin-Beaumetz, Berthelot, Colin (d'Alfort), Jules Guérin (Ibid.), 711.

Aliénés. Projet de loi sur les —, rapport de Blanche (Acad. de méd.), 154; discussion Billod, Luys (Ibid.), 282; Mesnet (Ibid.), 331; Lunier (Ibid.), 335; Ball (Ibid.), 416; Blanche (Ibid.), 495. —, v. Asiles.

Allochirie. L'—, R. Longuet, 513.

Amblyopie. De l'— toxique, Panas, 657.

Aménorrhée. Conclusion des recherches du docteur A. Petit sur la conception au cours de l'—, anal. Stapfer, 340. —, pilules, 1055.

Anatomie pathologique. Traité inédit sur l'—, Laënnec, introd. et premier chapitre précédés d'une préface par V. Cornil, anal. G. R., 952.

Anchylostome. L'— duodénal et l'anémie des mineurs, H. Barth, 525.

Anémie. Les bruits cardiaques de l'—, Paul Le Gendre, 197. — des mineurs et anchylostome duodénal, H. Barth, 525. — pernicieuse, son traitement, Conti, anal. Millot-Carpentier, 708.

Anesthésie par le mélange titré d'air et de chloroforme, appareil de M. Paul Bert; discussion à l'Acad. des sciences, Paul Bert, 119; Gosselin, 173; Richet, 207; (Bull.), 185.

Anesthésiques, v. Anesthésie.

Anévrysme. — de l'aorte ascendante guéri par la galvano-puncture, Francesco Brancaccio, anal. Millot-Carpentier, 434. — diffus de l'artère fémorale, Desprès; discussion, Trélat, Verneuil, M. Perrin, Tillaux, Berger, Terrier (Soc. de chir.), 533. — cirsoïde de l'extrémité des doigts, Desprès; discussion, Terrier, Verneuil, Trélat, Pozzi, Marc Sée, Chauvel (Soc. de chir.), 661; Berger (Ibid.), 699; Polaillon, Desprès (Ibid.), 783. —, deux observations, Trélat (Soc. de chir.), 745. — artério-veineux de la cuisse, Schwartz, 973.

Anévrysmes. Les — miliaires de l'estomac, Gallard (Soc. méd. des hôp.), 353. — inguinaux et leur traitement, Kirmisson, rapport de Berger (Soc. de chir.), 1062.

Angine. De l'— typhique ulcéreuse, E. Rapin, anal. C. L. D., 21. — de poitrine, H. Barth, 221. —, mort subite après une injection de morphine, Runeberg, anal. C. L. D., 627. — de poitrine rhumatismale, A. Martinet, anal. C. L. D., 893. — diphthéritique, nouveau cas traité par la résorcine, Jules Besnier (Soc. de méd.), 1005. — de poitrine, rapports avec l'asphaxie locale des extrémités, Duroziez (Soc. de méd.), 1123. —, v. Croup, Résorcine, Diphthérie.

Angines. Des — de poitrine, Huchard (Acad. de méd.), 63.

Antimoine, v. Dermatoses.

Antisepsie, v. Séquestre.

Antiseptique, v. Méthode.

Antiseptiques. Recherches sur les substances — et les conséquences qui en résultent pour la

pratique chirurgicale, Ratinoff (Acad. des sc.), 1136. — v. Méthodes.
Aorte, v. Anévrysme, Maladies.
Aphasie. De l'—, Hallopeau, 369. — transitoire de la fièvre typhoïde, R. Longuet 717, 729. — passagère, note de Lutaud; discussion, Finot, Prat (Soc. médico-prat.), 933. — v. Orchite.
Apoplexie. Foyers multiples d'— pulmonaire, rétrécissement mitral, oblitération complète de l'artère pulmonaire et des veines pulmonaires, Desplats (Soc. méd. des hôp.), 861.
Appareils. Présentation d'— d'exploration laryngoscopique, Gouguenheim (Soc. méd. des hôp.), 45. — dits respirateurs, leur emploi dans le traitement des affections de la poitrine, Mœller, anal. Warlomont, 640.
Appendice. Rupture de l'— iléo-cœcal, péritonite, etc., Polaillon, 14.
Arcade dentaire, v. Ulcérations.
Arsénisation. L'— systématique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et la théorie de Buchner, Ch. Eloy, 49.
Artère. — pulmonaire, v. Rétrécissement, Apoplexie. — fémorale, v. Anévrysme.
Artérite. Contribution à l'histoire de l'— aiguë consécutive à la fièvre typhoïde, Barié, anal., 884.
Asiles publics d'aliénés, 308.
Asphyxie locale des extrémités, v. Angines.
Assainissement, v. Comité.
Assistance publique. Circulaire de M. Quentin (Bull.), 441. — v. Legs.
Association. Séance annuelle de la Société centrale de l'— générale des médecins de France, 236. — générale des médecins de France, bienfaiteurs, 596, 876. — générale des médecins de France, son projet de réforme de la loi sur l'exercice de la médecine, Ch. E., 602. — générale des médecins de France, Sur la séance annuelle (Bull.), 705; Compte rendu in extenso, 813. — des médecins du département de la Seine, Assemblée générale annuelle, 839. — française pour l'avancement des sciences, 740. — générale, circulaire relative aux syndicats médicaux, 972.
Ataxie. — héréditaire, v. Maladie de Friedreich. —, v. Tabes.
Atrophie musculaire progressive infantile, Ch. Eloy, 765.
Auvard, v. Obstétrique, Spondylizème, Périnée.
Avortement. De l'— provoqué par les vers intestinaux, Vodiagni, anal. C. L. D., 604.

B

Bacilles, v. Tuberculose, Ulcère.
Barth (H.), v. Angine, Anchylostome, Trichine, Filaire.
Barthélemy, v. Chancre.
Bassin. Note sur un cas de — ostéo-malacique, observé à la Maternité de Paris, Auvard, anal. Stapfer, 342. — vicié par spondylolisthésis, Neugebauer, anal. Stapfer, 859.
Beauvais (de), v. Duparcque.
Béribéri. Le microbe du —, de Lacerda, rapport de Rochard (Acad. de méd.), 192; (Bull.), 186.
Besnier (E.), v. Teigne.
Bibliothèque, 17, 31, 77, 103, 117, 167, 188, 205, 249, 276, 293, 301, 328, 410, 447 591, 614, 649, 690, 698, 733, 771, 782, 831, 846, 884, 892, 908, 921, 929, 952, 966, 1012, 1087, 1109.
Blépharostat. Nouveau — de Faucher, présenté par Terrier (Soc. de chir.), 1115.
Botanique et plantes médicinales, Antonin Bossu, anal. M. L., 328.
Bouchard, v. Dilatation.
Bouillaud. La statue de — (Feuill.), M. L., 97.
Bouton de Biskra. Recherches expérimentales sur le microbe du —, Duclaux; discussion, Legouest, Blot, Colin (d'Alfort), Larrey, Bouley (Acad. de méd.), 1041; (Bull.), 1033; Colin (d'Alfort), A. Fournier (Acad. de méd.), 1073.
Bronchite. La — fibrineuse, Escherich, anal. R. L., 835.
Bruits. Les — cardiaques de l'anémie, Paul Le Gendre, 197. — cardiaques, leurs variations, v. Murmures. — intra et extra-cardiaques, origine et théorie auriculaire, Ch. Eloy, 865.
Budin (P.), v. Grossesse.
Bulletins L. G. R., 13, 61, 97, 145, 185, 233, 273, 321, 357, 405, 441, 489, 537, 585, 621, 789, 985, 1033, 1069, 1117.
Bulletins des décès de la ville de Paris, Bertillon, 59, 96, 155, 195, 232, 283, 319, 367, 403, 438, 498, 547, 606, 632, 667, 703, 751, 787, 851, 900, 959, 983, 1043, 1078, 1127.
Bureaux de bienfaisance. Le service médical des — de Paris en 1883, C. E., 343. —, la question du personnel médical devant le Conseil municipal de Paris, C. L. D,, 606, 688. —, nominations de médecins, 608, 1068.

C

Calcul uréthral extrait par la taille périnéale, Folet (de Lille), rapport de F. Guyon (Soc. de chir.), 88.
Calculeux. Deux observations de —, Delefosse, 443; discussion, Rougon, Duroziez, Reliquet (Soc. de méd.), 243.
Cancer. — pharyngo-laryngien, Gouguenheim (Soc. méd. des hôp.), 263. — de l'utérus, v. Néphrite. — primitif enkysté du foie, cancer secondaire des lymphatiques, etc., G. Hayem et A. Gilbert, anal., 413. — chez les syphilitiques, Ozenne, anal., 615. —, considérations sur l'étiologie et la prophylaxie, Van den Corput, anal. Warlomont, 639. — v. Pseudo-Cancer, Utérus.
Cannabine. Du tannate de — comme agent hypnotique, Pusinelli, anal. C. L. D., 627.
Capacité cérébrale. De la — à la ville et à la campagne, Ranke, anal. R. L., 22. — respiratoire vitale, augmentation par le traitement aux eaux du Mont-Dore, J. Nicolas, anal. G. Richelot père, 690.
Cardia. Valvule cicatricielle du —, Quincke, anal. R. L., 22.
Cardiopathies. Quelques considérations relatives au traitement des —, Finny, anal. L. D., 11.
Carmedik. Un amer nouveau, le —, Matthew Lay, anal. R. L., 909.
Causeries. — Paul Dubray, 157, 245, 333, 417, 501, 669, 765, 1129. — Simplissime, 25, 109, 285, 453, 549, 633, 717, 801, 913, 997, 1093.

©BIU Santé

Cautérisation thermo-galvanique de la prostate, Bottini, anal. Millot-Carpentier, 190.
Céphalée. De la — des adolescents, Keller, anal. C. E., 771.
Cerium, v. Vomissements.
Cerveau. De la locomobilité ou des changements de position du — suivant les différentes attitudes du corps, Luys (Acad. de méd.), 544; discussion, Colin (d'Alfort), 592; J. Béclard, Luys, J. Guérin, Colin (d'Alfort), Lagneau, Noël G. de Mussy, Gariel, 631; Luys, Trélat, Sappey, Constantin Paul, 762; Marc Sée, 910; Sappey, Luys, 957.
Chancre. Guérison rapide du — simple, Barthélemy, 1081.
Charpentier, v. Variole.
Chlorhydrate de morphine, v. Globules.
Chloroforme, v. Anesthésie, Injection.
Cheveux, v. Chûte.
Cholécystotomie, Lawson Tait, anal. R.L., 22.
Choléra. Le — en 1884, Ch. E., 702, 727, 775, 798, 887, 956. — en Egypte en 1883, Iconomopoulos, anal. Ch. Eloy, 968. — de Toulon en 1884, C. L. D., 1119, 1134; Fauvel, J. Guérin, Bouley (Acad. de méd.), 1121; (Bull.), 1117.
Chorée. De la —, Henoch, anal. C. L. D., 909.
Christian, v. Troubles oculaires.
Chromidrose. Communications sur la —, Le Roy de Méricourt (Acad. de méd.), 543; Dechambre, 592; discussion, Colin (Ibid.), 592.
Chûte. Mélanges contre la — des cheveux, Hébra, 35.
Circonvolution de Rolando et mouvements des membres, A. Voisin (Acad. de méd.), 1074.
Circulation. Des troubles de la — dans les maladies des reins, Hallopeau, 345.
Cirrhose. La — du système sus-hépatique d'origine cardiaque, Sabourin, anal. 341. — v. Veine.
Cirrhoses. Contribution à l'étude anatomo-pathologique des — graisseuses, Sabourin, anal. R. L., 895.
Cirsoïde, v. Anévrysme.
Clientèle. L'exercice de la — civile par les médecins militaires, C. L. D., 930.
Climatologie. Contribution à la — médicale; des climats tempérés et des climats froids, Chaudeborne, anal. G. Richelot père, 967.
Clinique et critique chirurgicales, P. Reclus, anal. L.-H. Petit, 77.
Cloisons, v. Valvules.
Clou de Biskra, v. Bouton de Biskra.
Cœur, v. Lésions, Maladies.
Coignard, v. Albuminurie.
Collyre. — pour dissoudre les parcelles de fer, Rodrigues, 330. — contre le pannus, Warlomont, 619. — contre la contusion oculaire, G. Martin, 1052.
Colonisation, v. Cosmopolitisme.
Commission. Les impressions de voyage d'une — scientifique à travers les Universités de l'Europe, C. L. D. (feuill.), 1045.
Comité. Le — de défense des riverains de la Seine et l'assainissement du fleuve, C. E., 206. — de résistance à la voirie de Bondy, Ch. E., 715.
Compte rendu des travaux de la Soc. de méd. en 1883, Thorens, 734, 836.
Conception, v. Aménorrhée.
Concours. — de l'internat, 12. — pour deux places de médecin à l'Hôtel-Dieu de Lyon, 320. — de l'Acad. des sciences, arts et belles-lettres de Caen, 368. — pour trois places de médecin du Bureau central, 392, 404, 620, 912, 924. — pour deux places de chirurgien du Bureau central, 439, 888, 1068, 1116. — de internes en pharmacie, 608. — pour une place d'accoucheur des hôpitaux, 620. — de l'Académie de médecine de Belgique, 776, 996. — de l'adjuvat, 1032. — du clinicat, 1068 1104, 1115. — v. Prix.
Congrès. Troisième — de médecine interne de Berlin, 368. — des Etats-Unis, les trichines, C. L. D., 523. — otologique, 536. — d'hygiène industrielle à Rouen, 852. — annuel des chirurgiens français, proposition de Demons, rapport de Pozzi; discussion, Desprès, Trélat, Verneuil (Soc. de chir.), 981, 1028. — international d'hygiène et de démographie de La Haye, 1055, 1116. — périodique international des sciences médicales, 8e session, Copenhague, 1079.
Conicité physiologique du moignon, Kirmisson, rapport de Verneuil; discussion, Trélat, Farabeuf, Berger, Polaillon (Soc. de chir.), 1113.
Conseil. — d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, 106, 219, 307, 497, 606, 812, 1116. — supérieur de l'instruction publique, 716, 800.
Conseils sanitaires, v. Choléra.
Contagion. La question de la — tuberculeuse au siècle dernier, R. L., 621. — v. Fièvre typhoïde.
Contusion. Collyre contre la — oculaire, G. Martin, 1052.
Convallaria maïalis. Note pour servir à l'histoire du —, Drummond, anal. C. E., 772.
Coqueluche. Sur la nature de la — et son traitement par la résorcine, Moncorvo (Soc. de méd.), 230; anal. Ch. Eloy, 921. —, potion, D.-Beaumetz, 607.
Corps étranger. Variété rare de — du genou, Lenepveu; discussion, Trélat (Soc. de chir.), 896.
Corps étrangers du rectum, Fürbringer, anal. R. L., 835.
Corps fibreux, v. Hystérectomie, Enucléation.
Corps thyroïde, v. Exophthalmie.
Corps de santé. — militaire, règlements, nominations, etc., 220. — de la marine, règlements, nominations, etc., 220, 608.
Correspondance. — C. Tanret, 414. — Dr Th. Bénard, 463. — Dr Ad. Nicolas, 761. — Dr Arthur Chervin, 783. — Prof. Ch. Robin, 811. — Dr G. Eustache, 931. — L. Pasteur, 956. — Dr Regnault, 1002. — Dr Hameau, 1067. — G. Monod, 1103.
Cosmopolitisme. Le non — de l'homme et la colonisation de la Guyane, C. E. (Feuill.), 369.
Cotteau (Edmond). De Paris au Japon à travers la Sibérie (Feuill.), G. Richelot père, 597.
Couches. Introduction au manuel des — pathologiques, Winckel, trad. Ribemont-Dessaignes, anal. Stapfer, 340.
Couleurs. Expériences sur la perception différentielle des —, Aug. Charpentier (Acad. des sciences), 971.
Courbatures. Les — fébriles et leur traitement, Ch. Eloy, 913.
Crâne, v. Kyste.
Crémation, 156, 548.

©BIU Santé

Croup. Traitement du — par les vapeurs de goudron et de térébenthine, Cadet de Gassicourt ; discussion, Féréol, Descroizilles, d'Heilly (Soc. méd. des hôp.), 945.
Cubital, v. Nerf.
Cuivre. De l'emploi du sulfate de — en obstétrique, Charpentier (Acad. de méd.), 415.
Curette. De l'emploi de la — tranchante en gynécologie et en accouchements, anal. Stapfer, 342.

D

Daga, v. Rubéole.
Décès de la ville de Paris, v. Bulletins.
Déchirure, v. Périnée.
Décollement. Etude préventive sur le traitement du — de la rétine, Castorani, anal. Millot-Carpentier, 317.
Déformations. Note sur les — du pied par impotence musculaire, Thorens; discussion, Richelot, Dubuc, de Ranse, Duroziez (Soc. de méd.), 594; Richelot, Thorens (Ibid.), 723. — goutteuses, leur traitement, Bouloumié ; discussion, Fraigniaud, de Beauvais, Charpentier, Blache, Duroziez, Polaillon (Soc. de méd.), 1006.
Deheune, v. Granulations.
Delefosse, v. Lithotritie.
Délire. Traitement du — aigu, Ball et Chambard, 404.
Délivrance. De la — par tractions et par expression, Ribemont-Dessaignes, anal. Stapfer, 276.
Déontologie. Un point de — médicale, lettre à Gustave Droz (Feuill.), M. Notta, 197. —, question relative aux établissements d'eaux minérales (Bull.), 273, 321. —, la question des eaux minérales, Bonnet de Malherbe, 360.
Dermatoses. De l'emploi de l'antimoine dans le traitement de quelques —, Malcom Morris, anal. C. L. D.
Désarticulation. De la — inter-scapulo-thoracique, L.-H. Petit, 1.
Déviations. Du pronostic des — rachidiennes au point de vue de leur curabilité, Pravaz (Soc. de chir.), 348.
Diabète. Lipémie dans le —, Fraser et Logan, anal. R. L., 118. — sucré et son traitement, travaux récents des médecins italiens, C. L. D., 809. —, v. Epithélioma.
Diabètes. Transfusion du sang dans les — sucrés, Dieulafoy (Soc. méd. des hôp.), 180.
Dialyse. Sur la — de l'acide du suc gastrique, Ch. Richet (Acad. des sciences), 558.
Dilatation. De la — intermittente et progressive de la trompe d'Eustache, Ménière (Acad. de méd.), 6. — de l'estomac, Sanctuary, anal. C. L. D., 11. — de l'estomac combinée de tétanie généralisée, Dujardin-Beaumetz et Œttinger, 169, 209 ; discussion, Debove, Guyot, Millard, Gallard, (Soc. méd. des hôp.), 46. — de l'estomac chez les enfants et son traitement, Moncorvo, anal. Ch. Eloy, 921. — cardiaque, action de la strychnine, Maragliano, anal. L. Du., 806. — de l'estomac, son rôle pathogénique et ses relations cliniques avec divers accidents morbides, Bouchard ; discussion, Dujardin-Beaumetz, Dumontpallier (Soc. méd. des hôp.), 1065, 1075.
Diphthérie. D'un traitement spécifique de la —, Delthil (Acad. de méd.), 546; discussion, d'Heilly, Féréol (Soc. méd. des hôp.), 863. — pharyngienne, emploi de la résorcine, Leblond; discussion, Perrin, de Ranse, Jules Besnier (Soc. de méd.), 924.
Diplopie, v. Gelsémium.
Distinctions honorifiques, 60, 84, 120.
Divulsion des orifices de l'estomac, Loreta, anal. Millot-Carpentier, 894.
Doigt. Le — à ressort, Maurice Notta, 949.
Douches contre la sclérite goutteuse, Galezowski, 228.
Dubuc, v. Uréthrotomie.
Dujardin-Beaumetz, v. Dilatation.
Duparcque. Eloge de —, de Beauvais (Soc. de méd.), 566, 651.
Duroziez, v. Souffle.

E

Eau. De l'influence de l'— potable sur la santé publique ou recherches sur l'hygiène, Michel, anal. Ch. E., 447.
Eaux. De la part des — potables dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, H. Gueneau de Mussy, anal. G. Richelot père, 698. — potables de Sologne, étude générale, E. Burdel, anal. M. L., 892.
Eaux minérales. La question des —, Bonnet de Malherbe, 360. — dans les affections chirurgicales, E. Rochard, anal. L.-H. Petit, 494. —, en particulier celles du Mont-Dore, pendant la grossesse, Joseph Nicolas, 1024. — de France et de l'étranger, traité de Durand-Fardel, anal. G. R., 908. — du Mont-Dore, v. Mont-Dore. —, récompenses, 776. —, v. Déontologie.
Echinocoques, v. Kystes.
Ecole. — de médecine de Nantes, séance de rentrée, G. R., 188. — de médecine d'Alger règlements, nominations, etc., 208. — des sciences d'Alger, règlements, nominations, etc., 256. — de médecine de Marseille, règlements, nominations, etc., 244. — de Salerne, v. Médecins.
Eczéma. Poudres contre l'— goutteux des paupières, Galezowski, 83. — de l'oreille, v. Glycéré.
Elections. — à l'Académie de médecine, 6, 331, 441. — à l'Académie des sciences, 33, 78, 172, 207, 427, 1055. — à la Société de chirurgie, 11. — à la Société de médecine, 48. — à la Société médicale des hôpitaux, 354. — à la Société de biologie, 440. — à la Société de médecine légale, 788.
Eléphantiasis. De l'— et de son traitement par l'électricité, Vieira de Mello, anal. Ch. Eloy, 782.
Elongation du nerf optique dans le tabes, Kümmel, anal. R. L., 835.
Eloy (Ch.), v. Arsénisation, Société, Vitiligo, Atrophie, Bruits, Courbatures.
Elytrotomie, v. Grossesse extra-utérine.
Empoisonnement. Note sur l'— des poules par le jéquirity, Cornil et Berlioz (Acad. de méd.), 193.

©BIU Santé

Empyème. Résection costale thoraco-plastique dans l'— chronique devenu fistuleux, Bouilly, rapport de Berger (Soc. de chir.), 9; discussion, Lucas-Championnière, Verneuil, Monod, Desprès (Ibid.), 54; Périer, Lucas-Championnière, Monod, M. Sée, Trélat, Verneuil, Berger (Ibid.), 173. — pulsatile total, opération d'Estlander, Féréol (Ac. de méd.), 281. — chronique datant de cinq ans, opération d'Estlander, Bouilly (Soc. de chir.), 536. — v. Pleurésie pulsatile.
Enchaînements. Les — du monde animal dans les temps géologiques fossiles primaires, A. Gaudry, anal. M. L., 967.
Endartérite, v. Rétrécissement.
Endocardite. Microbes dans l'— ulcéreuse, Grancher (Soc. méd. des hôp.), 945, 1065.
Enucléation. De l' — des moyens utérins, L.-G. Richelot, 997, 1009.
Epanchements. Des — pleuraux consécutifs à l'ablation des tumeurs du sein, Verneuil (Acad. de méd.), 958. — pleuraux, v. Tensions. — péritonéaux, v. Pilocarpine.
Epidémie. — à Emersleben, v. Trichinose. — à Smyrne, v. Variole. — de peste en Mésopotamie, C. L. D., 799; v. Lettres d'Orient. — de fièvre typhoïde à Genève, 840. — de peste de Bédra, Stékoulis, 845, 873. —, v. Choléra.
Epidémies. Des formes diverses d'— puerpérales, Ch. Maygrier, anal. Stapfer, 33. — récompenses, 764. — puerpérales, leur influence sur le terme de l'accouchement, Hervieux, anal. Stapfer, 859.
Epilepsie.— syphilitique chez le singe, Martineau; discussion, Guyot, Féréol, Legroux, Dumontpallier, Laboulbène (Soc. méd. des hôp.), 352.
Epithélioma buccal, glycosurie, etc. Verneuil; discussion, Desprès, Terrier (Soc. de chir.), 847.
Ergot de seigle. De certaines propriétés de l'—, Maurice Notta, 693.
Ergotine. De l'— d'Yvon dans le goître, et surtout de l'injection parenchymateuse de cette substance, Bauwens, anal. Warlomont, 642. — en injections sous-cutanées contre les convulsions, Carrigau, anal. C. L. D., 773.
Eruptions. Des — vaccinales généralisées (vaccinides) et de quelques dermatoses suscitées ou rappelées par la vaccination, Dauchez, anal. Ch. E., 564.
Estlander. Opération d'—, L.-G. R. (Bull.), 537. —, v. Empyème.
Estomac, v. Dilatation, Pseudo-Cancer, Anévrysmes, Résection, Ulcère, Divulsion.
Etablissements scolaires, v. Médecins.
Ether, v. Injection.
Ethérisation, v. Hernie.
Etranglement de l'intestin grêle à travers une déchirure du mésentère, E. Lévêque, 424.
Exophthalmie. Tumeur du corps thyroïde avec —, Berger; discussion, Richelot, Tillaux, M. Sée, Chauvel (Soc. de chir.), 580.
Exposition internationale de géographie à Toulouse, 680.

F

Faculté de médecine de Paris, thèses de doctorat, 35, 107, 194, 271, 320, 380, 451, 546, 679, 1019, 1043, 1091, 1103, 1126. — de médecine de Paris, règlements, nominations, etc., 35, 72, 196, 256, 307, 308, 380, 404, 416, 524, 1091. — de médecine de Bordeaux, règlements, nominations, etc., 440. — de médecine de Lille, thèses de doctorat, 132; règlements, nominations, etc., 220, 500. — de médecine de Lyon, règlements, nominations, etc., 220, 608, 1116; thèses de doctorat, 451, 1127. — de médecine de Montpellier, règlements, nominations, etc., 196. — de médecine de Nancy, thèses de doctorat, 219. — de médecine de Nancy, règlements, nominations, etc., 12, 196. — de médecine de Pise, C. L. D., 23. — des sciences de Lyon, règlements, nominations, 244. — des sciences de Montpellier, règlements, nominations, etc., 244, 840. — des sciences de Paris, règlements, nominations, 500. —, v. Concours.
Faradisation. Sur un nouveau procédé de — utérine, Apostoli, rapport de Thevenot (Soc. de méd.), 266; discussion, Thevenot, Apostoli, Baraduc (Ibid.), 471.
Farcin. Relation d'un cas de — aigu chez l'homme, Bucquoy (Acad. de méd.), 1122.
Favus. Solution contre le —, Hébra, 704.
Fécondation artificielle. Note sur la — à propos d'un jugement du tribunal de Bordeaux, Leblond, anal. Stapfer, 341.
Fibrome utérin, v. Hystérie, Enucléation.
Fièvre. Observation de — intermittente d'origine vermineuse, Rousseau, 363. — chez le lapin, Frédéricq, anal. Warlomont, 641. — jaune, nature microbienne et vaccination préventive, Domingos Freire, rapport de J. Rochard; discussion, Bouley (Acad. de méd.), 795; (Bull.), 789.
Fièvre typhoïde. De la perforation dans la —, Byers, anal. R. L., 205. — contagion dans les hôpitaux, Laveran (Soc. méd. des hôp.), 352. — épidémie en 1882, études statistiques, Durand-Claye, anal. C. Eloy, 448. —, Vuillet, anal. Ch. E., 530. —, danger des purgatifs dans le troisième septénaire, Maheut (Acad. de méd.), 628. — qui a régné à Nancy pendant les années 1878-1879, Daga, anal. G. Richelot père, 831. — à Genève, 840. —, v. Artérite, Eaux, Acide phénique, Aphasie.
Fièvres. Traité des — palustres, avec la description des microbes du paludisme, A. Laveran, anal. Lubanski, 929. — éruptives, leur histoire avant le XVIIe siècle, Levillain, anal. M. Notta, 1088.
Filaire. La — du sang et les maladies filariennes, Henri Barth, 669.
Fistule. — uréthro-prostatique périnéale et rectale, guérison, Reliquet, 465; discussion, Duroziez, de Ranse, de Beauvais, Polaillon (Soc. de méd.), 306. — sterco-purulente, Fontan, rapport de Nepveu; discussion, Desprès, Berger, Verneuil, Gillette (Soc. de chir.), 942; Trélat, Gillette (Ibid.), 980.
Fistules. — anales chez les tuberculeux, Jeannel, rapport de Verneuil (Soc. de chir.), 9.

©BIU Santé

— vésico-vaginales opérées suivant la méthode de Bozeman, Hergott (Soc. de chir.), 1115.
Flèches. Rapport médical sur les accidents qui ont suivi plusieurs blessures par — prétendues empoisonnées dans les îles du Pacifique, etc., 691.
Fleury, v. Tumeurs.
Foie, v. Cancer, Affection.
Forceps. Des diverses espèces de —, leurs avantages et leurs inconvénients, Poullet, anal. Stapfer, 278. —, applications sur l'extrémité podalique, Ettole Truzzi, anal. Stapfer, 858, 911, 948, 960, 971, 1020, 1052, 1055, 1087.
Fournier (Alfred), v. Syphilis.
Formulaire, N. G., 35, 60, 70, 83, 101, 120, 201, 220, 228, 252, 330, 340, 362, 404, 548, 607, 619, 644, 675, 704, 757, 775, 799, 840, 864, 871, 911, 948, 960, 971, 1020, 1052, 1055, 1087.
Fournier (Alfred), v. Syphilis.
Fracture. — spontanée chez un syphilitique, Debove (Soc. méd. des hôp.), 751. —, v. Plaie.
Fractures. Traité complet des — et des luxations, Hamilton, trad. Poinsot, anal. L.-H. Petit, 117. — spontanées dans le tabes, Bruns, anal. R. L., 118. — des membres, étude clinique sur le traitement, Philippe, anal. (Bull.), 405. — de l'humérus, paralysies du nerf radial et opérations qu'elles comportent, Mondan (Revue de chir.), anal., 558. — de l'extrémité inférieure du radius vicieusement consolidées, Bouilly; discussion, Verneuil, Trélat, Gillette (Soc. de chir.), 897; Desprès, Trélat, Terrier, Verneuil, Tillaux (Ibid.), 942. —, influence de la syphilis sur leur consolidation, documents inédits, L.-H. Petit, 1105.
Fraigniaud, v. Suette.

G

Gale. Pommade contre la —, E. Vidal, 911.
Galvano-puncture, v. Anévrysme.
Ganglions. Etude anatomique et pathologique des — péri-trachéo-laryngiens, Gouguenheim (Acad. de méd.), 366. —, v. Tumeur.
Gastro-stomie. Sur quelques points de l'histoire de la —, L.-H. Petit, 309. — dans un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, Terrillon; discussion, Berger, Tillaux, Desprès, Larger (Soc. de chir.), 578; Tillaux (Ibid.), 616. — dans les rétrécissements de l'œsophage, J.-M. Dausse, C.-L. Vitringa, anal. L.-H. Petit, 832.
Gelsémium. Un cas de ptosis et de diplopie consécutifs à l'administration du —, Parkinson, anal. L. Du., 941.
Genou, v. Corps étranger.
Genu valgum. Traitement du —, de Saint-Germain; discussion, Desprès, M. Sée (Soc. de chir.), 52. — opéré par le procédé de Mac Even, J. Bœckel (Soc. de chir.), 1032.
Géographie médicale. Essai de — de Nossi-bé près la côte nord-ouest de Madagascar, Deblenne, anal. G. R., 205.
Gheel, v. Lettres.
Gingivite. Topiques contre la —, Magitot, 220.
Globules de chlorhydrate de morphine pour les injections hypodermiques, Legroux; discussion Dujardin-Beaumetz (Soc. méd. des hôp.), 58.
Glossite. De la — parenchymateuse de cause rhumatismale, Bianchi, anal. Millot-Carpentier, 189.
Glycéré contre l'eczéma de l'oreille, Gruber, 228.
Glycosurie, v. Epithélioma.
Goître, v. Ligature, Exophthalmie, Ergotine.
Goîtreux. La ville des —, C. L. D., 356.
Goutte, v. Déformations.
Granulations. Du traitement des — conjonctivales par le thermo-cautère, Dehenne, 1129.
Graviers. De l'arrêt des — rénaux dans l'uretère, Patezon, anal. C. E., 448.
Grossesse. Présentation du dos dans un cas de — gémellaire, Budin, 121. — extra-utérine, extraction d'un fœtus par élytrotomie, guérison, Pinard (Acad. de méd.), 330. — extra-utérine, laparotomie, guérison, Porro, anal. Millot-Carpentier, 709. — v. Péritonite, Vomissements, Eaux minérales.

H

Hallopeau (H.), v. Pneumonie, Circulation, Aphasie.
Helminthologie. Fragments d'—, Henri Barth, 525, 609, 669.
Hémichorée. Contribution à l'étude de l'— symptomatique dans les lésions corticales, Mabboux, anal., 414.
Hémisphères cérébraux, v. Localisations.
Hémoglobine. Note relative à l'—, Hayem (Acad. des sc.), 427.
Hémorrhagies. — scorbutiques, étiologie, Seeland, anal. R. L., 44. —, v. Albuminurie.
Hérédité. De l'— morbide et des manifestations vésaniques dans la paralysie générale, J. Sauton, anal. C. L. D., 448.
Hermet, v. Surdité.
Hernie. Ethérisation locale dans la — étranglée, Finkelstein, anal. R. L., 21.
Homolle (Georges), notice lue à la Soc. méd. des hôp., Rendu, 465.
Hôpital. Une visite dans un — de Boston, C. L. D., 120.
Hôpitaux. — de Bordeaux, règlements, nominations, etc., 96. —, de Lyon, règlements, nominations, etc., 96. —, de Nantes, règlements, nominations, etc., 232.
Humérus, v. Fractures.
Hydarthrose. Sur l'emploi des lavages phéniqués intra-articulaires dans l'— chronique, Léon Labbé; discussion, J. Guérin, Colin (d'Alfort) (Acad. de méd.), 1043; (Bull.), 1034. — traitement par la compression élastique, Marc Sée (Acad. de méd.), 1073; (Bull.), 1069.
Hydrocèle. De l'incision antiseptique de l'—, Julliard (Revue de chir.), anal., 558.
Hydronéphrose, v. Hystérectomie.
Hydropisie. Pilules contre l'—, Fonssagrives, 948.
Hygiène. — des saisons, Foissac, anal. M. L., 410. — v. Conseil.

©BIU Santé

Hypérémie. Solution contre l'— de la conjonctive, Warlomont, 799.
Hyperthermie, v. Simulation.
Hypertrophie du cœur, v. Néphrite.
Hypnotique, v. Cannabine.
Hystérectomie. Corps fibreux de l'utérus avec hydronéphrose, —, etc., Pozzi (Soc. de chir.), 747. —, v. Utérus.
Hystérie. Observation d'— grave guérie par l'ablation d'un kyste de l'ovaire et d'un fibrome utérin, Pozzi; discussion, Terrier, Reclus, Gillette, Polaillon (Soc. de chir.), 437; Terrier, Marjolin (Ibid.), 482. — chez un homme, Debove; discussion, Gérin-Roze, Joffroy, Lacombe, Cuffer, Du Castel (Soc. méd. des hôp.), 664.
Hystérique, v. Simulation.

I

Imperforations. Sur les — du rectum et leur traitement par la méthode de Littre, L.-H. Petit, 622.
Incontinence, v. Uréthrotomie.
Indigestion, v. Troubles.
Infection. De l'— puerpérale à l'étranger, L. Du (Rev. des journ.), 978, 1013.
Inhalations. Du traitement de la leucémie et de la pseudo-leucémie par les — d'oxygène, Kirnberger, anal. C. L. D., 449.
Injection. Etude expérimentale sur la mort qui succède à l'— sous-cutanée du chloroforme et sur l'albuminurie chloroformique, Bouchard (Acad. de méd.), 281. — d'éther dans une variole simple, paralysie consécutive, Charpentier, 381. — contre l'otite parasitaire, Ladreit de La Charrière, 644. — d'éther, névrite sciatique et mal perforant consécutif, Polaillon (Soc. de méd.), 791. —. de morphine contre le mal de mer, Vincent Philippe, anal, L. Du, 940. — contre le prurit des organes génitaux, Chéron, 1020.
Injections. Emploi des stimulants en — sous-cutanées, Zuelzer, anal. R. L., 835. — médicamenteux dans le tissu pulmonaire, recherches expérimentales, E. Frankel, anal. R. L., 1101. — hypodermiques, v. Globules.
Inoculation de la tuberculose chez l'homme, Verneuil (Acad. de méd.), 153; (Bull.), 145.
Inoculations. Quelques — de nodules lépreux, Campana, anal. Millot-Carpentier, 312.
Inspection. — des établissements dangereux, insalubres et incommodes, 196. — des pharmacies, projet de loi, C. L. D., 318.
Instruction sur le mode de conservation des pièces anatomiques destinées à être examinées au microscope, Cornil, anal. A. Siredey, 1084.
Instruction publique, nominations de membres du Conseil départemental, 256.
Insuffisance aortique, v. Souffle.
Intestin. Gros —, v. Valvules. — grêle, v. Etranglement.
Inversion puerpérale chronique complète du corps de l'utérus, amputation de l'organe par la ligature élastique, Mazzucchelli, anal. Millot-Carpentier, 434.
Iodoforme. De l'action curative de l'— dans les lésions organiques du cœur, Bal. Testa, anal. Millot-Carpentier, 432. —, son influence sur le poids des phthisiques, Ransome, anal, C. L. D., 604.
Iridin, v. Vomissements.

J

Jamaïca Dogwood. La —, Zitcke; anal. C. L. D., 1134.
Jéquirity. Le — et son principe phlogogène, Bruylants et Venneman, anal. Warlomont, 641. — v. Empoisonnement.
Journal des journaux, v. Revue.

K

Kairine. Les inconvénients de la — dans le traitement de la pneumonie, Riegel, anal. C. L. D., 627.
Katatomie. De la —, Hammond, anal. C. L. D., 772.
Kyste. — hydatique de la base du crâne, Bucquoy; discussion, Dujardin-Beaumetz, Ollivier, Gérin-Roze, E. Labbé (Soc. méd. des hôp.), 67 — de l'ovaire gauche, Périer, 75. — hydatique développé dans la paroi de l'abdomen, Polaillon; discussion, Forget, Duroziez, de Beauvais (Soc. de méd.), 141. — de l'ovaire gauche inclus dans le ligament large, ovariotomie, Terrier, 149. — hydatique de la paroi abdominale, ponction, suppuration de la poche, guérison, Polaillon, 300. — de l'ovaire, compression de l'uretère, Terrillon; discussion, Pozzi, Monod (Soc. de chir.), 402. — ovarique multiloculaire, ovariotomie, guérison, Berger, 696. — ovarique multiloculaire énorme, ovariotomie, guérison, Terrier, 904. — dermoïde de l'ovaire, ablation, guérison, Berger, 1070. — de l'ovaire, v. Hystérie, Tumeur, Kystes.
Kystes. Deux cas de — à échinocoques de la mamelle, G. Franceschi, anal. C. Eloy, 18; Millot-Carpentier, 189. — ovariques multiloculaires, double ovariotomie, guérison, Terrier, 324. — hydatiques de l'orbite, traitement, Chauvel, 775.

L

Laboulbène, v. Médecins.
Ladreit de Lacharrière, v. Teigne.
Laparotomie, v. Grossesse.
Lardy (E.), v. Lettres.
Lasègue (Ernest-Charles). Eloge de — prononcé par M. Desnos (Soc. méd. des hôp.), 221, 233.
Lavages phéniqués intra-articulaires, v. Hydarthrose.
Lee (W.), v. Lettres.
Le Gendre (Paul), v. Bruits.
Légion d'honneur. Nominations dans la —, 72, 308, 332, 440, 608, 752, 864, 888, 984, 1068, 1116.
Legs. — de M. Depaul, 208. — de M. William Galignani, 440, — de M. Houzé de l'Aulnoit, 464. — de M. Du Moncel, 532. — de la baronne Alquier, 1068.

©BIU Santé

Lèpre. — linguale, Campana, anal. Millot-Carpentier, 312. —, étiologie parasitaire, Ferrari, Barduzzi, Moretti, anal. Millot-Carpentier, 313.

Lépreux. Les — du Turkestan, C. L. D., 655.

Lésions. Contribution à l'étude de l'hémichorée symptomatique dans les — corticales, Mabboux, anal., 414. — organiques du cœur, action curative de l'iodoforme, Bal. Testa, anal. Millot-Carpentier, 432. — de l'orifice aortique, modifications du retard du pouls, Maurice Rivals, anal. C. L. D., 591.

Lettres. — de Suisse et d'Allemagne, Lardy, 114, 685. — d'Orient, Stékoulis, 845, 873, 970, 992, 1052. — d Amérique, W. Lee, 336. — de Belgique, Warlomont, 638. — médicales sur Gheel, Peeters, anal. C. E. (Feuill.), 753.

Leucémie. Du traitement de la — et de la pseudo-leucémie par les inhalations d'oxygène, Kirnberger, anal. C. L. D.

Lévêque (Emile), v. Etranglement.

Ligature. De la — des artères dans le goître, Arthur New, anal. C. L. D., 449.

Lipémie dans le diabète, Fraser et Logan, anal. R. L., 118.

Littre. Méthode de —, v. Imperforations.

Lithotritie. Des applications de la — au traitement des corps étrangers de la vessie chez l'homme, Henriet, rapport de Monod (Soc. de chir), 400. — rapide et taille périnéale, Delefosse, 443; discussion, Rougon, Duroziez, Reliquet (Soc. de méd.), 243.

Localisations. Etude critique et clinique de la doctrine des — motrices dans l'écorce des hémisphères cérébraux chez l'homme, J.-M. Charcot et A. Pitres, anal., 413.

Lochies. Etude sur les — dans l'état normal et pathologique, G. Eustache, anal. Stapfer, 342. — et organismes inférieurs, Doléris, anal. Stapfer, 860.

Loi. Projet de — relatif à l'inspection des pharmacies, C. L. D., 318. — sur l'exercice de la médecine devant le Parlement, C. E., 714, 710. — sur l'exercice de la médecine, projet de réforme de l'Association générale des médecins de France, Ch. E., 602.

Longévité. La — et les moyens de l'acquérir, Richardson, anal. C. L. D., 448.

Longuet (R.), v. Toux, Parquets, Actinomycose, Allochirie, Aphasie, Maladie, Simulations.

Looch fébrifuge, Delioux, 871.

Lotion contre le prurit vulvaire, T. Fox, 555.

Lubanski, v. Rubéole.

Lupus. Des avantages comparatifs du raclage et des scarifications dans le traitement du —, Malcolm Morris, anal. C. L. D., 20. — vulgaire, diagnostic et traitement, Bœck, anal. C. L. D., 743.

Luxation du poignet, Dieu; discussion, Chauvel, Richelot (Soc. de chir.), 661.

Lymphangiectasie et lymphorrhagie, Paul de Nieden, anal. R. L., 909.

M

Macrochilie, v. Macroglossie.

Macroglossie. La — et la macrochilie, Clemens Paster, anal. R. L., 118.

Main, v. Mutilations.

Mal de mer, v. Injection.

Mal perforant consécutif à une névrite sciatique produite par une injection interstitielle d'éther, Polaillon (Soc. de méd.), 792.

Malades. Transport des — dans Paris, C. L. D. 875.

Maladie. La transfusion du sang appliquée au traitement de la — de Bright, Dieulafoy; discussion, Dujardin-Beaumetz, A. Robin (Soc. méd. des hôp.), 92; Hayem (Ibid.), 177. — de Thomsen, Pierre Marie, anal., 414. — d'Addison, anatomie pathologique, Maguire, anal. C. L. D., 604. — de Friedreich (ataxie héréditaire), Longuet, 877.

Maladies. Les — des reins, Bartels, trad. Edelmann, préface de Lépine, anal. Ch. E., 19; (Soc. méd. des hôp.), 70. — paludéennes à la Guyane, Maurel, anal. L.-H. Petit, 103. — puerpérales, F. Siredey, anal. P. Le Gendre, 249. — épidémiques, rôle des parquets dans leur production et leur propagation, Longuet, 285. — des reins, troubles de la circulation, Hallopeau, 345. — puerpérales et méthode antiseptique, Maurice Notta, 477. — générales, influence sur l'appareil de la vision, Panas, 501. — du cœur et de la crosse de l'aorte, traité de Peter, anal. Ch. E., 953. — cutanées, v. Solution. — de la moelle épinière, v. Accidents.

Mamelle, v. Kystes.

Médecin. Le — maure du Frais Vallon, Maurice Notta (Feuill.), 901.

Médécine. Histoire de la —, d'Hippocrate à Broussais et ses successeurs, Guardia, anal. L.-H. Petit, 301.

Médecins. Histoire des — Arabes et de l'Ecole de Salerne, Laboulbène (Feuill.), 145, 185, 321, 357, 381, 393. — de la réserve et de l'armée territoriale, avancement, 156. — inspecteurs des établissements scolaires de la ville de Paris, Ch. Eloy, 764. —, v. Ordre, Clientèle.

Méningite. De la — tuberculeuse, Wortmann, anal, L. Dn, 650.

Méningo-myélite. Contribution à l'étude de la — expérimentale, Dagonet, anal., 1132.

Menoxénie, Rouxeau, 660.

Méthode. La — antiseptique et les maladies puerpérales, Maurice Notta, 477.

Méthodes. Des — antiseptiques en obstétrique, Bar, anal. Stapfer, 31.

Microbe. Le — du béribéri, v. Béribéri. — de la fièvre jaune, v. Fièvre.

Microbes, v. Fièvres, Endocardite ulcéreuse, Bouton de Biskra.

Microcoque. Le — de la pneumonie fibrineuse en Allemagne et en Italie et les théories parasitaires, Ch. E., 157.

Microscope, v. Instruction.

Migraine, v. Salicylate de soude.

Miryachit, nouvelle maladie du système nerveux, Hammond, trad. et anal., 706.

Mixture. — stimulante et expectorante, Fothergill, 71. — diurétique, Bartholow, 757.

Moelle épinière, v. Accidents, Sclérose.

©BIU Santé

Monstre pseudencéphalien, Monod (Soc. de chir.), 618.
Mont-Dore. De l'augmentation de la capacité respiratoire vitale par le traitement aux eaux du —, J. Nicolas, anal. G. Richelot père, 690. — v. Eaux minérales.
Morbidité. La — et la mortalité militaires en France et en Algérie, C. Eloy, 450.
Morphine. Mort subite après une injection de — contre un accès d'angine de poitrine, Runeberg, anal. C. L. D., 627. —, v. Injection.
Morphinisme. Le — chez les enfants, Cripps Lawrence, anal. R. L., 117.
Mortalité, v. Morbidité.
Moutard-Martin (R.), v. Pleurésie.
Mouvements. Sur la distinction physiologique de deux classes de —, Couty (Acad. des sc.), 559.
Murmures. Des variations dans les — cardiaques et de leur disparition, Hyla Greves, anal. C. L. D., 745.
Mutations dans le service médical des hôpitaux, 81.
Mutilations. Pronostic des — de la main, Guermonprez, rapport de Richelot; discussion, Marjolin, Polaillon, Verneuil, Gillette (Soc. de chir.), 786.
Myélite. De la — aiguë centrale survenant chez les syphilitiques à une époque rapprochée du début de l'affection, Déjerine, anal., 885. —, v. Accidents.
Myocardites. Les — aiguës et chroniques, Maurice Notta, 549, 561, 587.
Myome. Extirpation d'un — intra-utérin, Fabri, anal. Stapfer, 859. — v. Enucléation.

N

Narines. Oblitération d'une des — produite par la saillie de l'extrémité antérieure du vomer, Berger; discussion, Verneuil, M. Sée (Soc. de chir.), 849.
Nécrologie. — Morin, 12. — Gérard, 71. — A.-H. Raymond, Giraud, 84. — Vignard, 108. — Popow, 156. — Fabre, Morel, 168. — Nicolle, 196. — Ragaine, Commarmont, Cuvillier, Follet, Michaux, Gerin, Bartoli, Bamprun, Comte, Chevrel, Ercolani, Lesseliers, Lelong, 208. — Maingault, Mme Martina Castells de Constanti, 244. — Gonduin; Ernest Legendre, 284. — Mendez Alvaro, Houzelot, 296. — Du Moncel, 344. — Marmy, Rapon, Elisha Harris, 380. — Pierre Lebled, François-Etienne Leroy, 416. — Chateau (J.-D. Ern.), 428. — Manec (P.-J.), 440. — Marmy, 452. — Cangrain, 464. — Larcher, 548. — Hubert-Valleroux, 560. — Barrière, Frese, J. Hall Davis, Fontan, H. Rigaut, 596. — Hubert-Valleroux, Lereboullet (O.), Léard, 608. — E. Simonin, Ricard de Morgny, 620 — Bertrand de Saint-Germain, 644. — J.-B. Dumas, 668. — Rouffy, 704. — Jean Kabatte, 716. — Aubert-Roche, 752. — Bergonié, Sarzaud, Lalanne, 775. — Viollet, 788. — G. Beauregard, 812. — Wurtz, 852. — Gazagniaire, 936. — Quissac, Lemoyne, Angus Smith, Bouisson, 960. — A. Blondon, 972. — Simonet, 1032. — Bénicy, Rabutin, Bigaud, Pouillet, Vivant, 1055. — Gsupil des Pallières, 1080. — E. Fournier, Letiévant, 1092. — Frenoy, 1104. — Gratiot, 1116. — Moreau (de Tours), 1138.
Néphrectomie, v. Utérus.
Néphrite. De la — déterminée par la compression des uretères dans le cours du cancer de l'utérus et de l'hypertrophie du cœur, Artaud, anal., 399.
Néphrorrhaphie. La — comme cure du rein mobile, A. Ceccherelli, anal. Millot-Carpentier, 895.
Nerf. Sur le réflexe douloureux du — cubital dans les affections gastro-intestinales, Treille (Soc. méd. des hôp.), 266. — radial, paralysies liées aux fractures de l'humérus, et opérations qu'elles comportent, Mondan (Revue de chir.), anal., 558. — optique, élongation dans le tabes, Kümmel, anal. R. L., 835.
Neuropathologie. Etudes cliniques de —, José Armangué y Guset, anal. Ch. Eloy, 733.
Névrite, v. Injection.
Névroses. Contribution à la pathologie des — intestinales, Cherchewsky, anal., 399.
Nicolas (Joseph), v. Eaux minérales.
Nitrite. Du — d'éthyle, Lenck, anal. C. L. D., 449.
Nodosités. Les — sous-cutanées rhumatismales, Troisier, 385, 393, 429, 453; discussion, Féréol, Cuffer, Ollivier (Soc. méd. des hôp.), 56; lettre de Ch. Fritz, 69; discussion, Troisier, Rathery, Ollivier, Féréol, Gérin-Roze, Millard (Ibid.), 70.
Nodules lépreux, v. Inoculations.
Notta (Maurice), v. Déontologie, Myocardites, Ergot de seigle, Doigt, Rhumatisme.
Nouveau-nés, v. Valvules.

O

Oblitération, v. Narines.
Observatoire. Un — sous-marin, 404.
Obstétrique. Des méthodes antiseptiques en —, Bar, anal. Stapfer, 31. —, récents travaux allemands, Auvard, 274. —, revue trimensuelle, Stapfer, 339, 854. —, emploi du sulfate de cuivre, Charpentier (Acad. de méd.), 415. —, Revue générale, Eustache (de Lille), anal. Stapfer, 854.
Obstruction. Traitement de l'— de la trompe d'Eustache, Ladreit de Lacharrière, 1087.
Œdème. — éphémère de nature arthritique, Chauvet (Soc. méd. des hôp.), 263. — cutané circonscrit aigu, Allan Jamieson, anal. R. L., 909.
Œsophage, v. Gastro-Stomie.
Œttinger, v. Dilatation.
Ophthalmologie. Société française d'—, session de 1884, 377.
Orchite. — ourlienne atrophiante, complications cérébrales, aphasie légère mais prolongée, Sorel, anal. C. L. D., 21. — typhoïdique, contribution à son histoire, A. Ollivier, anal., 399.
Ordre. De l'institution d'un — des médecins, Surmay, 460, 479, 490, 509, 564.
Oreille. Lésions de l'— moyenne d'origine pa-

©BIU Santé

ludéenne, Lotz, anal, R. L., 117. —, v. Glycéré.
Oreillons. Traitement des —, Laveran, 960.
Orifice aortique, v. Pouls.
Otite. Traitement de l' — furonculeuse, Ladreit de La Charrière, 101. — parasitaire, injection, Ladreit de La Charrière, 644.
Otopiésis, v. Pseudo-méningite.
Ovariotomie, v. Kyste, Kystes, Tumeur.
Ovariotomies. Remarques cliniques sur une deuxième série de vingt-cinq —, Terrier (Revue de chir.), anal. 557. —, relation de 110 cas, Martin, anal. Stapfer, 860.
Oxygène, v. Inhalations.

P

Paludisme, v. Fièvres.
Panas, v. Rétinites, Amblyopie, Rhumatisme.
Pannus. Collyre contre le —, Warlomont, 619.
Paraldéhyde. La — et ses propriétés hypnotiques, C. E., 85. —, contribution à son étude, Riggi, anal. C. L. D. 733.
Paralysie. Considérations sur quelques points de la — générale, Th. Grégoire, anal. C. L. D., 294. — générale, hérédité morbide et manifestations vésaniques, J. Sauton, anal. C. L. D., 448. — générale, troubles oculaires du début, Christian, 645; discussion, Peyrot, Michel, Perrin, Julliard (Soc. médico-prat.), 565. — radiale par compression, Joffroy; discussion, Féréol, Gallard, Bucquoy, Millard, Cuffer (Soc. méd. des hôp.), 861. — générale spinale curable de l'adulte, Bernhardt, anal. R. L., 896. — v. Variole.
Paralysies, v. Nerf.
Paraphimosis. Nouvelle méthode pour la réduction du —, Zakharevitch, anal. L. Dn., 773.
Parquets. Du rôle des — dans la production et la propagation des maladies épidémiques, Longuet, 285.
Parrot (Jules). Éloge lu à la Société médicale des hôpitaux, Troisier (Feuill.), 441.
Pâte arsénicale forte, Redier, 864.
Pathogéniques. De l'utilité des notions — au point de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique, leçon de Bouchard, P. Le Gendre, 539.
Pathologie expérimentale. De l'utilité, du rôle et des limites de la —, leçon d'Hallopeau, anal. Le Gendre, 573.
Pathologie générale. Traité élémentaire de — Hallopeau, anal. Tartivel, 1109.
Paupières, v. Eczéma.
Perception, v. Couleurs.
Perforation, v. Fièvre typhoïde.
Périer, v. Kyste.
Périnée. Considérations pratiques sur la déchirure du — après l'accouchement, Auvard, d'après J. Alloway, 1118.
Périnéorrhaphie. Sur quelques points du manuel opératoire de la —, Trélat; discussion, Verneuil, Richelot (Soc. de chir.), 700; Monod, Verneuil, Trélat, Guéniot, Pozzi, Polaillon, M Sée (Ibib.), 785.
Périostite. Contribution à l'étude de la — albumineuse ou exsudative Catuffe, anal., 615.
Péritonite. De la — développée pendant la grossesse, Mégrat, anal. Stapfer, 339. —, v. Appendice.
Pessaire en bois conservé pendant six ans et demi, Apostoli (Soc. de méd.), 475; discussion, de Beauvais, Richelot (Ibid.), 594.
Peste, v. Epidémie, Lettres d'Orient.
Petit (L.-H.), v. Désarticulation, Gastrostomie, Syphilis.
Pharmacies, v. Loi.
Pharmacopée. Quelques formules de la — brésilienne, C. E., 739.
Pharyngite. De la — chronique rhumatismale, Gellé (Soc. médico-pratique), 935.
Phlébite. — variqueuse oblitérante de la région hypogastrique, Troisier (Soc. méd. des hôp.), 665. — rhumatismale, Schmitt, anal. Ch. E., 846.
Phthisiques, v. Iodoforme.
Pièces anatomiques, v. Instruction.
Pied, v. Déformations.
Pied plat. Variété non encore décrite de — valgus douloureux, Terrillon; discussion, Trélat, Monod, Desprès, Lannelongue (Soc. de chir.), 89; Le Fort, Verneuil, Trélat, Tillaux, M. Sée, de Saint-Germain, Desprès (Ibid.), 137; Chauvel, Desprès, Trélat, Terrillon, Tillaux (Ibid.), 260.
Pigments. Les — de l'urine et les moyens de les reconnaître, C. L. D., 975.
Pilocarpine. De l'emploi de la — contre les épanchements péritonéaux, Dominicis, anal. C. L. D., 627.
Pilules. — apéritives, Dujardin-Beaumetz, 548. — contre l'hydropisie, Fonssagrives, 948. — contre l'aménorrhée, 1055.
Piscidia erythrina. Emploi thérapeutique du —, anal. R. L., 1102.
Plaie d'arme à feu, fracture comminutive de l'humérus, etc., Pasini, anal. Millot-Carpentier, 313.
Plantes médicinales, v. Botanique.
Pleurésie. — pulsatile, Féréol (Soc. méd. des hôp.), 485.— hémorrhagique chez un homme de 74 ans, guérie après une seule ponction, Moutard-Martin, 597.
Plumassières. Etude sur une variété de toxicodermie observée chez les —, P. de Molènes et Larmoyez, anal. Ch. E., 1039.
Pneumonie. Agent infectieux de la —. Hallopeau, 109. — fibrineuse, son microcoque et les théories parasitaires en Allemagne et en Italie, Ch. E., 157. — chronique et tuberculose, diagnostic différentiel chez les vieillards par la recherche des bacilles, Debove; discussion, Du Castel, Bucquoy, Féréol, Ollivier (Soc. méd. des hôp.), 178.
Poison, v. Flèches.
Polaillon, v. Appendice iléo-cœcal, Kyste, Mal perforant.
Polype naso-pharyngien récidivé, Verneuil; discussion, Desprès, Tillaux, Trélat (Soc. de chir., 483).
Polypes. Poudre contre les — de l'oreille, Gruber, 840.
Pommade. — antiseptique, E. Lucas-Championnière, 60. — contre l'acné, Bartholow, 675. — contre la gale, E. Vidal, 911.
Potion. — tonique apéritive, Farquharson, 201. — expectorante, Bamberger, 340. — contre la coqueluche, Dujardin-Beaumetz, 607.
Poudre. — laxative, 252. — contre les polypes de l'oreille, Gruber, 840.

©BIU Santé

Poudres contre l'eczéma goutteux des paupières, Galezowski, 83.
Pouls. Modifications du retard du — dans les lésions de l'orifice aortique, Maurice Rivals, anal. C. L. D., 591.
Présentation, v. Grossesse.
Prix. — de la Société de chirurgie pour l'année 1883, 230. — de la Société protectrice de l'enfance, 440. — de l'Académie des sciences, 811. — de la Faculté des sciences de Montpellier, 840. — de la Soc. de méd. de Toulouse pour 1885, 1044.
Promenades au Salon, P. Dubray, 789, 853, 865, 1033, 1081.
Prostate. Cautérisation thermo-galvanique de la —, Bottini, anal. Millot-Carpentier, 190.
Prurit. Lotion contre le — vulvaire, T. Fox, 555. — des organes génitaux, injection, Chéron, 1020.
Pseudo-cancer. — de l'estomac, Godlewski (Soc. de méd.), 231; discussion, de Beauvais, Thorens, L.-G. Richelot, Duroziez (Ibid.), 242.
Pseudo-méningite. De la — des jeunes sourds-muets (otopiésis pseudo-méningitique), Boucheron (Acad. des sciences), 1053.
Ptosis, v. Gelsémium.
Purgatifs, v. Fièvre typhoïde.
Pyléphlébite. Etude sur la — suppurative, Gendron, anal. C. E., 17.
Pylore. Résection du —, Southam, anal. R. L., 21.

R

Rachialgie. De la —, Ernest Lemoine, anal. C. L. D., 18.
Raclage, v. Lupus.
Radial, v. Nerf.
Radius, v. Fractures.
Rage. Nouvelles recherches sur la —, Pasteur, Chamberland et Roux (Acad. de méd.), 365; (Acad. des sciences), 379. — chez les oiseaux, Bouley et Paul Gibier (Acad. des sc.), 379. —, recherches expérimentales, Paul Gibier (Acad. des sc.), 556, 677. —, communication de M. Pasteur, 901.
Raideur. Cas singulier de — cadavérique, Ogston, anal. R. L., 908.
Rate. Tumeur hypertrophique de la —, splénotomie, mort, Terrier (Soc. de chir.), 1064.
Réactifs. Les nouveaux — de l'albumine dans les urines et leur valeur clinique comparative, Ch. E., 333.
Récompenses honorifiques, 24, 208, 296, 308, 416, 440, 596, 764, 776.
Rectum, v. Imperforations, Corps étrangers.
Réflexe. Sur le — douloureux du nerf cubital dans les affections gastro-intestinales, Treille (Soc. méd. des hôp.), 266; rapport de Lereboullet, 584.
Rein. Extirpation du —, Rosenbach, anal. R. L., 20. —, v. Néphrorrhaphie.
Reins, v. Maladies.
Reliquet, v. Fistule.
Renaudot (Théophraste), d'après des documents inédits, Gilles de la Tourette, anal. L.-H. Petit, 467.
Rendu, v. Rétrécissement.
Résection. — costale thoraco-plastique dans l'empyème chronique devenu fistuleux, Bouilly, rapport de Berger (Soc. de chir.), 9; discussion, Lucas-Championnière, Verneuil, Monod, Desprès (Ibid.), 54. — du pylore, Southam, anal. R. L., 21. — de l'estomac, Zamboni, anal. Millot-Carpentier, 710.
Résorcine, v. Coqueluche, Diphthérie, Croup, Angine.
Rétinites hémorrhagiques, Panas, 501.
Rétrécissement. — non congénital de l'artère pulmonaire, endartérite végétante, Rendu, 257, 297; discussion, C. Paul, Ollivier, Ball (Soc. méd. des hôp.), 81. — mitral, v. Apoplexie. — v. Uréthrotomie, Gastrostomie.
Revaccination. Rapport sur la — obligatoire dans les lycées et collèges, Dumontpallier; discussion, Ollivier, Tenneson, Desnos (Soc. méd. des hôp.), 94.
Revue des journaux, 20, 44, 117, 189, 203, 312, 398, 413, 434, 449, 557, 604, 650, 660, 708, 733, 744, 772, 809, 835, 884, 893, 908, 940, 978, 989, 1013, 1039, 1052, 1101. — trimensuelle des journaux d'obstétrique, Stapfer, 339, 854.
Revue de médecine, analyse des numéros d'octobre-décembre 1883, 398, 413; numéros de janvier, février 1884, 884.
Renault (Alex.), v. Rhumastisme.
Rhumatisme. Observation de — polyarticulaire à début exceptionnel et à complications viscérales multiples, Alex. Renault, 99. — oculaire, Panas, 681. —, pathogénie, valeur de la théorie spinale, Maurice Notta, 1107.
Richelot (L. G.), v. Enucléation.
Roetheln, v. Rubéole.
Rousseau, v. Fièvre.
Rubéole. Contribution à l'étude de la —, Lubanski, 4. — ou Rœtheln des Allemands, Trastour, 73. —, Daga, 75. —, note additionnelle, R. L., 117.

S

Salicylate de soude. De l'emploi du — contre la migraine, Devlezersky, anal. C. L. D., 21. —, mode d'administration, Kennedy, C. L. D., 604.
Salon, v. Promenades.
Salubrité, v. Conseil.
Sang, v. Transfusion.
Saut. Mécanisme du —, Giraud-Teulon (Acad. de méd.), 105.
Scapulum, v. Tumeurs.
Scarifications, v. Lupus.
Schwartz, v. Anévrysme.
Sclérite. Douches contre la — goutteuse, Galezowski, 228.
Sclérodermie généralisée, Alpago-Novello, anal. Millot-Carpentier, 893.
Sclérose. Sur les signes cliniques de la — du poumon, Du Castel (Soc. méd. des hôp.), 487, 582. — en plaques, lésions des tubes nerveux de la moelle, Babinski (Acad. des sciences), 1089.
Scrofuleux, v. Syphilis.

©BIU Santé

Scorbut, hémorrhagies scorbutiques, étiologie, Seeland, anal. R. L., 44.
Seigle, v. Ergot.
Sénat. A Messieurs du —, J. Lecerf (Feuill.), 961.
Septicémie. — gangréneuse, Chauveau et Arloing; discussion, J. Guérin, Colin (d'Alfort) (Acad. de méd.), 794; Trélat, Bouley, Verneuil (Ibid.), 993. — puerpérale, v. Infection.
Séquestre profond des os du crâne, antisepsie dans les cavités nasales, C., 245.
Service. Les réformes dans le — sanitaire d'Egypte, C. L. D., 22. — médical des Bureaux de bienfaisance de Paris en 1883, C. E., 343. — de santé militaire en Autriche, C. L. D., 497. — médical des Bureaux de bienfaisance devant le Conseil municipal, C. L. D., 688.
Simplissime, v. Causeries.
Simulation d'hyperthermie par une hystérique, Du Castel (Soc. méd. des hôp.), 749.
Simulations. Les — thermométriques, R. Longuet, 1093.
Singe, v. Epilepsie.
Siredey (Armand). v. Tuberculose.
Sirop tonique ferrugineux, Goodell, 120.
Société. — de chirurgie, 9, 52, 88, 136, 227 (séance annuelle), 260, 314, 348, 400, 435, 481, 533, 578, 616, 661, 699, 745, 783, 847, 896, 942, 980, 1028, 1061, 1113. — médicale des hôpitaux, 43, 56, 66, 79, 91, 177, 263, 304, 351, 485, 581, 663, 749, 861, 945, 1065, 1075. — de médecine, 24, 39, 46, 125, 140, 181, 230, 242, 266, 306, 391, 471, 593, 723, 734, 797, 923, 1005, 1016, 1123. — médico-pratique, 214, 475, 565, 932. — médicale de Saint-Etienne et de la Loire, Ch. Eloy, 11. — médicale de Reims en 1883, Ch. Eloy, 82. — médicale d'Amiens, Ch. Eloy, 212, 1015. — centrale de l'Association générale des médecins cins de France (séance annuelle), 236. — impériale de médecine de Constantinople, C. E., 279. — d'anthropologie de Bordeaux et du sud-ouest, 284. — française d'ophthalmologie, 377. — académique de Nantes, travaux de la section de médecine pendant l'année 1883, Ch. Eloy, 872. — de médecine du département du Nord, ses travaux pendant le premier trimestre de 1884, Ch. E., 955. — de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne, ses travaux, Ch. E., 969, 1102. — de médecine de Toulouse, ses travaux pendant le premier trimestre de 1884, Ch. E., 991. — protectrice de l'enfance de Lyon, 1068. — des sciences médicales de Gannat, compte rendu des travaux de l'année 1883, C. E., 1087. —, v. Prix, Concours.
Solution. — contre les maladies cutanées parasitaires, T. Fox, 362. — contre le favus, Hébra, 704. — contre l'hypérémie de la conjonctive, Warlomont, 799.
Souffle. Du — sibilant au deuxième temps dans l'insuffisance aortique, Duroziez, 37.
Souffles cardiaques, v. Murmures.
Sourds-muets, v. Pseudo-méningite.
Spina bifida, discussion à la Soc. de chir., Lannelongue, Pozzi, Trélat, 481.
Splénotomie, v. Rate.
Spondylizème et Spondylolisthésis, Anvard, 759.
Spondylolisthésis. Contribution à l'étude du bassin vicié par —, Neugebauer, anal. Stapfer, 859.
Statistique. — des grandes opérations faites à l'hôpital Beaujon (service de M. Tillaux) en 1883, 535. — des opérations faites à l'hôpital Bichat (Service de M. Terrier), 646.
Stimulants, v. Injections.
Suc gastrique, v. Dialyse.
Suette. De la — miliaire, rapport de Fraignaud (Soc. de méd.), 1016.
Suggestion. De la — dans l'état hypnotique et dans l'état de veille, Bernheim, anal. C. L. D., 930.
Sulfate, v. Cuivre.
Sulfure de carbone. De l'emploi du — comme topique, Ibanez, anal. Ch. E., 1052.
Surdité. De la — dans le tabes syphilitique, P. Hermet, 1045.
Surmay, v. Ordre.
Sympathique. De la pathologie du — cervical, Mobius, anal. C. L. D., 989.
Symphyséotomie. De la —, Robert P. Harris, anal. Stapfer, 342.
Syndicats, v. Association.
Syphilis. La — chez les scrofuleux, Ramonat, anal., 614. — héréditaire tardive, accidents cérébraux, Alfred Fournier, 741, 753, 777, 841, 889, 925, 961, 1021, 1057. —, son influence sur la consolidation des fractures, documents inédits, L.-H. Petit, 1105. —, v. Epilepsie.
Syphilitique, v. Fracture.
Syphilitiques, v. Cancer, Myélite.
Système nerveux, v. Miryachit.

T

Tabes. Fractures spontanées dans le —, Bruns, anal. R. L., 118. — bulbaire primitif et formes qui s'écartent du type décrit par Duchenne sous le titre d'ataxie locomotrice, G. Rummo, traduc. et anal., 986. — dorsarlis, étiologie, Erb, anal. R. L., 1039. —, v. Elongation, Surdité.
Taille périnéale, v. Calcul, Calculeux.
Teigne. Note sur le traitement de la — tondante, Ladreit de Lacharrière, 25; réclamation d'E. Besnier, 61.
Teignes. Traitement des —, Cramoisy, rapport de Besnier (Acad. de méd.), 66.
Températures locales, v. Thermomètres.
Tensions. Des — intra-thoraciques et de leurs rapports avec la symptomatologie et le traitement des épanchements pleuraux, A. Dumont, anal. C. E., 531.
Terre glaise. Sur l'emploi nouveau en thérapeutique électrique de la —, Apostoli (Soc. médico-prat.), 214.
Terrier, v. Kyste, Kystes, Tumeur.
Tétanie, v. Dilatation.
Thérapeutique. Traité élémentaire de — et de pharmacologie, Rabuteau, anal. C. L. D., 834.
Thermo-cautère, v. Granulations.
Thermomètres pour prendre les températures locales, Constantin Paul (Acad. de méd.), 281.
Thèses de doctorat, v. Faculté de médecine.

©BIU Santé

Toux. La — nasale, R. Longuet, 133.
Toxicodermie, v. Plumassières.
Trachée, v. Trachéotomie, Ulcération.
Trachéotomie. — pour un corps étranger de la trachée, Jeannel, rapport de Verneuil (Soc. de chir.), 9. —, rejet des liquides par la plaie trachéale. Lalesque (Soc. méd. des hôp.), 80. —, v. Ulcération.
Transfusion. — du sang appliquée au traitement de la maladie de Bright, Dieulafoy; discussion Dujardin-Beaumetz, A. Robin (Soc. méd. des hôp.), 92; Hayem (Ibid.), 177. — du sang dans les diabètes sucrés, Dieulafoy (Soc. méd. des hôp.), 180. — péritonéale chez l'homme, Hayem (Ac. de méd.), 543.
Trastour, v. Rubéole.
Trichine. La — et la trichinose, H. Barth, 609.
Trichines. Les — au Congrès des Etats-Unis, C. L. D., 523.
Trichinose. Epidémie de — observée à Emersleben, Brouardel et Grancher; discussion, Wurtz, Colin (d'Alfort), Le Roy de Méricourt (Acad. de méd.), 7; Bouley, Grancher, Chatin, Brouardel (Ibid.), 64; Chatin, Brouardel (Ibid.), 104. —, rapport de Proust (Acad. de méd.), 192; discussion, Lunier, 193; Colin (d'Alfort), Chatin, Proust, Leblanc, L. Le Fort, 239; (Bull.). 187, 233. —, expériences sur les viandes de provenance étrangère, Pennetier (Bull.), 234. — v. Trichine.
Trinitrine. Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la —, L. Marieux, anal., C. E., 18.
Trocarttrachéotome, Jacolot; discussion, Richelot, Blondeau, Dubrisay (Soc. de méd.), 1125.
Troisier, v. Nodosités.
Trompe d'Eustache, v. Dilatation, Obstruction.
Troubles. Des — nerveux dans l'indigestion, Hénoch, anal. C. L. D., 21. — de la circulation dans les maladies des reins, H. Hallopeau, 345. — oculaires au début de la paralysie générale, Christian, 645; discussion, Peyrot, Michel, Perrin, Julliard (Soc. médico-prat.), 565.
Tubes nerveux, v. Sclérose.
Tubercule. Recherches expérimentales ayant pour but de transformer le — vrai ou infectieux en corps étranger inerte, Parrot et H. Martin, anal., 398.
Tuberculeux. La séparation des — dans l'armée allemande, 392. —, v. Fistules.
Tuberculose. Discussion sur la — et les bacilles de Koch, Germain Sée, Colin (d'Alfort), Villemin (Acad. de méd.), 105. —, inoculation chez l'homme, Verneuil (Acad. de méd.), 153; (Bull.), 145. —, préparation des bacilles, Armand Siredey, 163. — et pneumonie chronique, diagnostic différentiel chez les vieillards par la recherche des bacilles, Debove; discussion, Du Castel, Bucquoy, Féréol, Ollivier (Soc. méd. des hôp.), 178. — des voies urinaires, Féréol (Soc. méd. des hôp.), 264. — péritonéo-pleurale subaiguë, Fernet (Soc. méd. des hôp.), 264. —, faits cliniques et expérimentaux pour servir à l'histoire de son hérédité, Landouzy et H. Martin, anal., 413. —, prophylaxie, Villemin (Soc. méd. des hôp.), 486. —, diagnostic précoce et dans les cas douteux, Grancher (Soc. méd. des hôp.), 581. — v. Contagion, Arsénisation, Ulcère.
Tumeur. Extirpation d'une — ganglionnaire du cou, Poulet, rapport de Chauvel; discussion, Desprès, Verneuil, Richelot, Trélat (Soc. de chir.), 314; Trélat, Desprès, Verneuil, Richelot, Chauvel (Ibid.), 348; H. Cazin (Ibid.), 436. — ovarique polykystique, ovariotomie, Terrier, 517. — du corps thyroïde, v. Exophthalmie. —, v. Rate.
Tumeurs. Contribution à l'étude clinique des — solides du scapulum, R. de Langenhagen, anal. M. Notta, 293. — dures de la voûte palatine, diagnostic différentiel, Magitot; discussion, Delens, Th. Anger, Tillaux (Soc. de chir.), 616. — à la cuisse, deux observations, Fleury, 1035. — cirsoïdes, v. Anévrysme. — du sein, v. Epanchements.
Tympanisme sous-claviculaire dans la pneumonie, Laveran (Soc. méd. des hôp.), 664.

U

Ulcération mortelle de la trachée après la trachéotomie, d'Heilly (Soc. méd. des hôp.), 663.
Ulcérations tuberculeuses de la voûte palatine et des arcades dentaires, Beaumetz; discussion, Rendu, Gérin-Roze, Debove, Du Castel (Soc. méd. des hôp.), 304.
Ulcère. — tuberculeux de l'avant-bras diagnostiqué par la recherche des bacilles, Hanot (Soc. méd. des hôp.), 353. — simple de l'estomac, traitement, Debove; discussion, Duguet, Gérin-Roze, Bucquoy (Soc. méd. des hôp.), 749.
Urée. Nouvelles recherches sur le lieu de formation de l'—. Gréhant et Quinquaud (Acad. des sciences), 1004.
Uretère, v. Kyste de l'ovaire, Graviers.
Uretères, v. Néphrite.
Uréthrotomie. Opération d'— interne employée contre un rétrécissement très dur et très serré compliqué d'incontinence d'urine, Dubuc, 801; discussion, Richelot, Reliquet (Soc. de méd.), 724.
Urine, v. Albumine, Pigments.
Utérus. Extirpation d'un — cancéreux par le vagin, néphrectomie, etc., J. Bœckel; discussion, Verneuil, Terrier, Polaillon, L.-Championnière, Trélat, Bouilly (Soc. de chir.), 1029, 1061. —, v. Inversion.

V

Vaccin. Comparaison méthodique du — animal et du vaccin humain dans les revaccinations pratiquées dans les lycées et collèges de l'Etat, Armaingaud (de Bordeaux), présentation de Bucquoy (Soc. méd. des hôp.), 66.
Vaccination, v. Eruptions, Fièvre, Revaccination.
Vaccinides, v. Eruptions.
Vaginite. Leçons sur la — blennorrhagique, Martineau (Soc. méd. des hôp.), 351.

©BIU Santé

Valgus, v. Pied plat.
Valvule cicatricielle du cardia, Quincke, anal. R. L., 22.
Valvules ou cloisons imperforées placées dans le gros intestin chez des nouveau-nés, Lannelongue ; discussion, Marchand, Trélat, Tillaux, Verneuil (Soc. de chir.), 400 ; Lannelongue, Trélat (Ibid.), 435 ; Larger, Pozzi, Lannelongue, Trélat (Ibid.), 481.
Varices. Que deviennent les — chez la femme enceinte, lorsque le fœtus succombe ? Rivet, anal. Stapfer, 342.
Variole. L'épidémie récente de — à Smyrne, C. L. D., 255. —, injection d'éther, paralysie consécutive, Charpentier, 381. — et varioloïde, accidents nerveux, C. Gros, anal. C. E., 772.
Vers intestinaux, v. Avortement.
Vertige. Du — de Ménière dans ses rapports avec les lésions des fenêtres ronde et ovale, Gellé (Soc. médico-prat.), 475.
Vessie, v. Lithotritie.
Vin diurétique, 60.
Vitiligo. De la valeur diagnostique et de la signification pronostique du —, Ch. Eloy, 634.
Voies urinaires. Tuberculose des —, Férêol (Soc. méd. des hôp.), 264.
Vomer, v. Narines.
Vomissements. Des — dans la grossesse, Torino, anal. C. L. D., 744. — de la grossesse, traitement par les préparations de cérium et d'iridin, Blondeau (Soc. de méd.), 1124.
Voûte palatine, v. Ulcérations, Tumeurs.

W

Wurtz. L.-H. Petit, 853 ; Acad. des sc., 871. —, ses travaux, 876.

X

Xanthine. Synthèse de la —, Gautier (Acad. de méd.), 1073.

Y

Yerba Reuma. De l'— dans le catarrhe naso-pharyngé, Herr, anal. L. Dn, 773.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.