Bibliothèque numérique
medic@

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

1885, Troisième série, n° 40. - Paris : aux Bureaux du journal, 1885.
Cote : 90068

PARIS biu Santé

(c) Bibliothèque interuniversitaire de santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90068x1885x40

©BIU Santé

90068



L'UNION MÉDICALE

©BIU Santé



Paris. Imprimerie ALCAN-LEVY 18, passage des Deux-Sœurs.

©BIU Santé

90068

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 QUARANTIÈME

90068

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

rue de la Grange-Batelière, 11

—

ANNÉE 1885

©BIU Santé



©BIU Santé

Sommaire

I. Maurice Notta : Accidents puerpéraux chez une multipare. — II. L'Erysipèle en province. — III. Société allemande de chirurgie. — IV. Bibliothèque. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de médecine de Paris. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Accidents puerpéraux chez une multipare. — Infection par une fosse d'aisances. — Embolies pulmonaires. — Pleurésie gauche. — Endopéricardite. — Guérison.

Par Maurice Notta, interne des hôpitaux, membre de la Société clinique.

Madame X..., 26 ans, d'une bonne santé, d'une forte constitution, a eu trois grossesses normales, qui se sont terminées par trois accouchements naturels, à terme, sans aucune complication. — Les trois enfants sont vivants et bien portants.

Le 6 juin 1884, la malade accouche d'un enfant à terme ; il n'y a pas de déchirure du périnée. L'accouchement est des plus simples, et la délivrance est naturelle.

Dans la journée la malade ressent quelques coliques, et le lendemain nous la trouvons ayant de la céphalalgie, et se plaignant de coliques continuelles. La nuit a été assez agitée. L'utérus est douloureux à la pression, et remonte jusqu'à l'ombilic. Le ventre n'est pas ballonné ; la malade n'a eu ni nausées, ni frissons ; les lochies ne sont pas fétides.

Le soir, la malade a de la fièvre. T. 38°4. P. 100. (Sulf. de quinine 0,60 centigr.),

8 juin. — Même état. L'utérus est un peu revenu sur lui-même. Les lochies sont légèrement fétides, et l'utérus toujours douloureux à la pression. T. 38°6. P. 120. (Sulf. de quinine 0,60 centigr. Injections vaginales phéniquées. Potion de Todd.). — Le soir, le ventre est légèrement ballonné. La malade a eu des sueurs assez abondantes. T. 39°. Pas de frissons.

9 juin. — La malade a eu dans la nuit une sensation de froid, qui n'est pas allée jusqu'au frisson ; mais, à la suite de *huit selles diarrhéiques copieuses et très fétides*, elle a éprouvé un véritable bien-être et a un peu dormi. Sueurs abondantes. T. 38°6. P. 100. L'utérus revient sur lui-même ; il y a toujours un peu de sensibilité au-dessus du pubis. Les lochies ne sont plus fétides. (Sulf. de quinine 0,75 centig. Todd. Injections phéniquées).

Le soir, la malade se trouve beaucoup mieux, et demande à manger. Elle a eu dans la journée une garde-robe bilieuse et fétide. T. 38°. P. 90.

Depuis deux jours, nous recherchions en vain la cause de l'infection, qui avait déterminé ces symptômes d'infection puerpérale. L'accouchement avait été pratiqué en observant toutes les règles de la plus minutieuse antisepsie (vaseline phéniquée, compresses phéniquées, etc.), et la sage-femme comme l'accoucheur étaient absolument à l'abri de tout soupçon, ayant pris toutes les précautions voulues, et n'ayant aucune puerpérale dans leur clientèle. A force d'interroger la malade, et de chercher, nous finîmes par savoir que la malade avait été prise *quinze jours avant son accouchement* d'une diarrhée assez intense, dont la fétidité était semblable à celle de ses huit garde-robes diarrhéiques, et rappelait l'odeur provenant des émanations d'une fumière, située à l'extrémité du jardin. L'odeur de cette fumière, qui servait aussi de fosses d'aisances, arrivait dans la maison et dans la chambre de la malade, dès que le temps était humide. Nous pûmes bientôt constater nous-mêmes ces émanations putrides, qui nous parurent suffisantes pour expliquer les accidents puerpéraux survenus chez notre malade sans cause appréciables à la suite d'un accouchement des plus simples, et nous fîmes désinfecter la fumière avec du chlore.

10 juin. — La malade a eu dans la nuit une garde-robe fétide, et a été prise une demi-heure après, vers minuit, d'un accès subit de dyspnée intense, avec anxiété très grande et vive douleur dans le côté gauche. En même temps, elle a des nausées, est très agitée, et a un redoublement de fièvre. Cet état dure trois heures, puis se calme, et est suivi d'un léger frisson sans claquement de dents et de sueurs profuses. T. 38°4. P. 120. (Sulf. de quinine 0,80 centigr. 1/4 lavement phéniqué. Todd, lait).

Le soir, amélioration notable. T. 37°2. P. 100.

11 juin. — La nuit a été assez agitée ; la peau est chaude et sèche. La malade a eu des douleurs dans l'épaule gauche. T. 39°4. P. 100. (Sulf. de quinine 0,80 centigr. Todd, lait).

Le soi, amélioration sensible. La malade a eu dans la journée une selle assez fétide. T. 37°8. P. 90. (1/4 lavement phéniqué).

12 juin. — Nuit excellente. T. 37°2. P. 72.

La malade est prise à deux heures de l'après-midi, tout à coup, sans cause appréciable de douleurs dans la poitrine s'accompagnant d'une anxiété et d'une oppression telles qu'elle se lève à plusieurs reprises croyant étouffer. La sage-femme qui assistait à cette crise a constaté que le pouls était très irrégulier. Quand nous voyons la malade à cinq heures du soir, le pouls est à 88 et régulier ; la respiration est courte et accélérée, le faciès assez pâle. A dix heures du soir, même état ; la malade se plaint toujours d'une vive douleur de côté. T. 38°4. P. 100. (Ip. morphine. Immobilité absolue).

13 juin. — Malgré une fièvre très intense (le pouls s'est élevé jusqu'à 140), la nuit a été assez calme. La respiration est courte, mais il y a moins d'oppression qu'hier. La douleur persiste dans le côté gauche. Nous constatons à la percussion une diminution du son dans les deux tiers inférieurs de ce côté et, à l'auscultation, un affaiblissement notable du murmure vésiculaire. T. 38°2. P. 104. (Application de ventouses sèches sur le côté gauche. Sulf. de quinine, 0,75 centigr. Todd, lait.)

Le soir, même état. (Nouvelle application de ventouses.)

14 juin. — La nuit est relativement calme, et la malade a moins d'oppression. A la suite d'un verre d'eau d'Hunyadi janos, elle a sept garde-robes n'ayant aucune odeur. Le ventre est souple et indolent. T. 39°. P. 120. (Sulf. de quinine, 1 gramme. Todd, Champagne.)

Le soir, le pouls est petit et fréquent. La malade a une toux sèche, et ses crachats sont semblables à du blanc d'œuf battu. Nous constatons tous les signes d'un vaste épanchement, dont la matité occupe les trois quarts de la hauteur du poumon. Il n'y a plus rien du côté de l'utérus, absolument indolent et revenu à son état normal. T. 39°. P. 120. Respiration, 30. (Vésicatoire volant de 20 centim. sur 16.)

15 juin. — La nuit a été calme, mais les douleurs dues au vésicatoire ont empêché la malade de dormir. Amélioration notable; la douleur de côté a beaucoup diminué. (Sulf. de quinine. 1 gr. Todd.) T. 38°5. P. 108.

Le soir, la malade a eu quelques nausées et quelques frissonnements. T. 38°4. P. 100. Respiration, 24.

16 juin. — Même état. T. 38°4. P. 96. Respiration, 24.

Le soir, la respiration est plus libre, mais les bruits du cœur sont un peu sourds, et la matité précordiale est assez étendue. (Vésicatoire volant sur la région précordiale.) T. 38°2. P. 92.

A partir de ce jour, l'état de la malade a toujours été en s'améliorant et la convalescence n'a présenté dans sa marche rien d'anormal. L'épanchement pleurétique a mis assez longtemps à se résorber, malgré la réapplication d'un nouveau vésicatoire, le 21 juin, et l'emploi de fréquents badigeonnages de teinture d'iode. La matité précordiale a peu à peu disparu, et les bruits du cœur sont redevenus normaux et bien frappés.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante au point de vue de la pathogénie de l'infection, qui, légère en apparence, a suffi pour imprégner, envahir l'organisme de notre malade, et déterminer chez elle des manifestations multiples et très graves, alors même que les accidents locaux (sensibilité de l'utérus, fétidité des lochies, etc.) avaient disparu. Nous ne mettons pas en doute que l'état puerpéral n'ait favorisé l'éclosion des accidents, n'ait produit l'*état de réceptivité*, mais nous croyons que l'agent infectieux est venu du dehors, et qu'il faut attribuer aux émanations putrides de la fumière l'infection de la parturiante. Comment

©BIU Santé

admettre, en effet, qu'elle ait pu s'infecter elle-même? Sa constitution était très bonne, sa grossesse avait été normale, son accouchement des plus simples. Son organisme ne semble donc avoir été déprimé que secondairement, et par le fait de l'infection. Nous avons cherché le contage *en dehors de la malade*, et, en le trouvant, nous avons eu l'explication de ces accidents, dont la cause nous paraît bien démontrée.

Nous rappellerons en terminant que, dès 1855, Charrier (1) avait bien déterminé certains symptômes propres aux pleurésies puerpérales, et observés chez notre malade : l'élévation de la température survenant du sixième au huitième jour après l'accouchement, la dyspnée souvent considérable, la rapidité presque foudroyante avec laquelle se produit l'épanchement, etc. Quant à la localisation des manifestations morbides sur la plèvre et l'endocarde, peut-être faut-il invoquer, outre l'état puerpéral, la diathèse arthritique, dont est entachée la constitution de la malade, issue de parents goutteux, et sujette à de légères douleurs rhumatismales erratiques, surtout au moment de ses couches?

Quoi qu'il en soit, ce petit fait confirme, comme les nombreuses observations de notre excellent maître, M. Siredey, la doctrine de l'hétéro-infection, et fournit un nouvel exemple de cette infection de cause externe que Robert Barnes appelle l'*exosepsie*. Il montre, en outre, qu'une infection relativement légère peut être le point de départ d'accidents graves, dont la durée, parfois très longue, comme chez notre malade, n'est nullement en rapport avec la désinfection rapide du foyer pathogène, avec la disparition de la cause infectieuse, mais paraît dépendre de la réaction et du degré d'infection de l'organisme atteint.

L'érysipèle en province.

Charny (Yonne), 22 juin 1885.

Mon cher maître,

Cette observation est-elle utile à l'histoire de l'érysipèle ?

M. X***, âgé de 50 ans environ, paraplégique depuis 25 ans, ayant des eschares aux régions trochantériennes et sacrée, est pris, le 28 avril, d'un frisson violent avec fièvre et délire. Un érysipèle ambulant se déclare et envahit successivement et alternativement les membres inférieurs et le tronc. — Guérison le 20 mai.

Ma femme, accouchée le 3 mai, a dû, dix jours après, cesser l'allaitement pour des gerçures et des abcès du sein droit; pansement antiseptique. — Le 1er juin, frissons violents, vomissements, temp. 41°8; érysipèle ambulant parti du sein malade, allant, le 12 juin, s'éteindre au niveau de l'épaule gauche, après avoir contourné le tronc.

Y a-t-il eu coïncidence ? Ai-je eu tort de ne pas faire l'antisepsie ? Il me semblait qu'à la campagne l'antisepsie n'était pas utile; j'aurais pu chèrement payer cette erreur.

En même temps, je soignais une malade atteinte de gangrène de la jambe par embolie cardiaque; il n'y a pas eu d'accident, grâce, il est probable, au pansement chloralé employé depuis longtemps.

Agréez, etc.

Dr G. Roché.

Société allemande de chirurgie.

QUATORZIÈME CONGRÈS ANNUEL, TENU A BERLIN DU 8 AU 11 AVRIL 1885.

MM. Langenbeck, président; Sirs James Paget et Joseph Lister, présidents d'honneur; Volkmann, vice-président; Gurlt et Schœnborn, vice-présidents.

(1) Th. de Paris; 1855.

©BIU Santé

La question principale discutée au Congrès fut la *tuberculose au point de vue chirurgical*, question étudiée avec soin par M. Volkmann.

Après avoir établi les différences qui existent entre l'expérience du médecin et celle du chirurgien au point de vue de la tuberculose, M. Volkmann passe en revue les localisations de cette affection sur les différents tissus et organes accessibles à l'action du chirurgien.

1° *Tuberculose de la peau et du tissu cellulaire.* — Le lupus est assurément une tuberculose de la peau, dont il constitue une variété spéciale, affectant principalement les sujets chez lesquels il n'y a que peu ou pas de tendance héréditaire à la tuberculose. On la distingue cliniquement des autres affections tuberculeuses de la peau par sa tendance à la récidive locale, et par son début sous forme de petits noyaux brunâtres.

Les abcès tuberculeux se distinguent par une membrane particulière, de couleur violette ou gris jaunâtre, qui constitue leur paroi. Cette membrane acquiert, au bout d'un temps assez court, une épaisseur de plusieurs millimètres, et renferme des tubercules miliaires en nombre incalculable. On la sépare facilement par la dissection des tissus voisins, qui, sauf une légère induration, sont sains. On ne trouve cette membrane que dans les abcès tuberculeux, et sa présence a une valeur diagnostique absolue.

Dans la discussion de cette partie du mémoire, M. Langenbeck dit qu'il avait toujours pensé que le lupus et la tuberculose de la peau étaient des affections identiques, puisque toutes deux présentaient le même bacille.

M. Volkmann répondit que, bien qu'elles fussent identiques au point de vue du bacille, il y avait cliniquement entre elles une différence très importante au point de vue du pronostic.

M. Kœnig ne regarde pas la présence de la membrane contenant des tubercules miliaires comme caractéristique, puisqu'il se forme souvent, secondairement, une membrane semblable dans l'ostéo-myélite.

M. Doutrelepont (de Bonn) reconnait une différence entre le lupus et les autres tuberculoses cutanées et admet la classification de Neisser en lupus, scrofuloderme, et ulcères tuberculeux. Ces derniers surviennent chez les malades tuberculeux vers la fin de la vie, et doivent être regardés comme des lésions métastatiques secondaires.

M. Lassas (de Berlin) pense qu'on n'est pas en droit d'affirmer que le lupus est une véritable affection tuberculeuse. Des sujets, jouissant en apparence d'une santé parfaite, présentent souvent une infiltration circonscrite de la peau de la face, sans que la tuberculose se généralise. D'autre part le raclage de cette plaque de lupus est toujours suivi de récidive, tandis que les autres tuberculoses locales peuvent être guéries par l'opération.

M. Esmarch (de Kiel) rappelle que le lupus apparaît souvent au voisinage immédiat de ganglions cervicaux caséeux, d'eczéma scrofuleux de la face, de conjonctivites, de kératites phlycténulaires, portes d'entrée que les bacilles franchissent facilement. Il pense que les rechutes fréquentes après les opérations pour le lupus sont dues à la présence de bacilles dans les glandes sudoripares et peuvent être prévenues par la cautérisation étendue ou par l'excision de toute l'épaisseur de la peau.

2° *Affections tuberculeuses des muqueuses accessibles au chirurgien.* — La tuberculose de la langue existe sous la forme d'ulcérations, ou de noyaux profonds, qui au bout d'un certain temps deviennent caséeux à leur centre. D'autres parties de la bouche peuvent être le siège de la tuberculose, que l'on confond souvent avec la syphilis congénitale. Il y a aussi un ozène tuberculeux dû à la présence d'ulcères de la muqueuse nasale. Cette affection doit être distinguée avec soin de la soi-disant rhinite scrofuleuse, affection très commune et dépendant d'une inflammation catarrhale. Sur les lèvres, l'auteur a vu deux fois des ulcères tuberculeux. La fistule à l'anus, qui peut naître d'ulcères de cette nature, a pour caractères une tendance aux granulations fongueuses et à des fusées étendues sous-muqueuses et sous-cutanées. Enfin la périty phlite peut survenir par perforation dans la tuberculose intestinale.

M. Maas (de Würzburg) dit qu'il est souvent extrêmement difficile de distinguer la tuberculose du cancer de la langue, puisque la première atteint souvent un tel degré de

©BIU Santé

tuméfaction qu'on peut facilement la prendre pour un cancer ou une gomme. Le pronostic de la tuberculose linguale est relativement bon.

M. Kœnig décrit une forme de tuberculose nasale que l'auteur n'a pas mentionnée, le fibrome tuberculeux : c'est une tumeur composée de tissu fibreux contenant de nombreux tubercules. Elle a souvent une grande ressemblance avec un polype muqueux. M. Riedel (d'Aix-la-Chapelle) a enlevé une tumeur de ce genre de la cavité nasale, et une autre de l'épaisseur de la langue.

3° *Tuberculose des organes génito-urinaires.* — La tuberculose du testicule survient le plus fréquemment chez l'enfant et chez l'adulte, mais n'est pas absolument inconnue chez le vieillard. Les deux testicules sont généralement affectés, quoique pas toujours en même temps. Lorsque le cordon est pris secondairement, l'affection se présente soit comme un épaississement uniforme, soit comme de petites tumeurs granuleuses sur le trajet du canal déférent. La tuberculose de la vessie, des uretères, est une des formes les plus typiques et les plus graves de la maladie. Mais l'auteur ne se prononce pas sur la question de savoir si l'intervention opératoire est ou n'est pas de quelque avantage pour le patient. La présence des bacilles tuberculeux dans l'urine offre un moyen de diagnostic précoce et certain. La tuberculose de la mamelle est très rare; elle doit être traitée par l'amputation du sein et l'ablation des ganglions axillaires.

M. Kœnig pense qu'il faut faire une distinction dans la tuberculose du testicule suivant qu'elle est primitive ou secondaire; la première forme comporte un pronostic plus favorable; lorsque l'affection testiculaire survient consécutivement à la tuberculose du rein, la castration est inutile.

M. Langenbeck est opposé à la castration chez les enfants et les sujets jeunes, et ne la conseille que chez les vieillards lorsque la suppuration est abondante. Le traitement antiscrofuleux par l'iode, l'huile de foie de morue, les bains de mer, etc., donne les meilleures espérances de guérison. S'il faut opérer, il préfère la conduite de Malgaigne, qui enlevait les noyaux malades et laissait intacte la partie saine du testicule.

M. Schede, de Hambourg, est d'avis que la castration est le moyen qui met le mieux à l'abri des récidives; toutefois dans beaucoup de cas il suffirait d'enlever le point malade. Il est souvent arrivé que la maladie était une périorchite tuberculeuse, et que le testicule lui-même ne participait que peu, ou pas à la lésion.

M. Güterbock (de Berlin) n'a jamais vu un cas de tubercule du testicule sans que la prostate, la vessie et les reins soient aussi envahis. Il admet la castration chez l'adulte lorsque le testicule est très altéré, mais regarde le pronostic comme mauvais. Cependant M. Volkmann dit avoir pratiqué la castration dans beaucoup de cas, et avoir obtenu une guérison définitive.

4° *Tuberculose des os, des articulations et des gaines tendineuses.* — A peu d'exceptions près, toutes les affections désignées autrefois sous les termes de carie osseuse, pseudarthrocace, spina ventosa, inflammations scrofuleuses des os et des articulations, tumeur blanche, maladie articulaire strumeuse, inflammations fongueuses des articulations et des os, sont maintenant reconnues comme véritablement tuberculeuses. L'arthrite tuberculeuse peut commencer soit dans l'os, soit dans la synoviale; la première forme est plus fréquente chez les enfants, la seconde chez les adultes. La tuberculose des os, sans envahissement des grandes articulations, est représentée par plusieurs formes cliniques: 1° le spina ventosa (pseudarthrocace); 2° la nécrose et la carie tuberculeuse de la portion orbitaire du maxillaire supérieur avec l'ectropion secondaire caractéristique siégeant à la paupière inférieure; 3° l'abcès froid du cuir chevelu; 4° la carie des côtes; 5° le mal de Pott. La tuberculose des os longs, chez l'adulte, ne survient presque jamais dans la diaphyse, et l'ostéite chronique et la périostite de celle-ci ne peuvent être ordinairement rapportées à d'autres causes qu'à l'infection tuberculeuse. Les abcès en connexion avec la tuberculose des os ou des articulations peuvent être ouverts largement, sans danger, avec les précautions antiseptiques. Les opérations pour l'ablation de portions d'os tuberculeuses semblent parfois donner lieu à une infection générale par suite de la pénétration du virus dans les vaisseaux sanguins.

5° *Tuberculose des ganglions lymphatiques.* — Dans toutes les affections dont il vient

d'être question, les ganglions lymphatiques peuvent être envahis secondairement. Chez les sujets scrofuleux, toutefois, il peut survenir une tuméfaction hyperplasique ou inflammatoire des ganglions, mais qui n'est pas tuberculeuse. Qu'il puisse y avoir une dégénérescence caséeuse, non tuberculeuse, des ganglions, cela est encore sujet à discussion.

Faute de temps, la plus grande partie du mémoire de M. Volkmann n'a pu être mise en discussion, et a dû être renvoyée à la session prochaine.

M. Kœnig (de Gœttingue) a lu un mémoire sur la *résection du cou-de-pied pour tuberculose de cette articulation*, qu'on peut rapprocher de la communication précédente.

Après avoir passé en revue les diverses opinions soutenues par différents chirurgiens au sujet de l'opération qui convient le mieux à cette affection, et énuméré les indications de la résection, l'auteur expose son procédé opératoire. Il fait deux incisions comprenant toute l'insertion antérieure de la membrane synoviale ; la première commence à la face antérieure du tibia, à environ 3 centimètres au-dessus du cartilage articulaire, passe au-dessus du col de l'astragale et se termine au niveau de l'articulation de l'astragale avec le scaphoïde ; la seconde est faite d'une manière analogue sur l'autre côté de la jointure. Le lambeau est alors renversé en arrière et la face antérieure du tibia mise à nu. On enlève la partie antérieure de la synoviale et la partie altérée du tibia, au moyen du ciseau, en ayant soin cependant de conserver les malléoles. On doit s'efforcer de laisser en place l'astragale, si c'est possible, parce que son absence augmente la difformité et empêche le rétablissement de la mobilité articulaire. Il faut naturellement enlever tous les foyers tuberculeux qui se trouvent dans l'os, mais l'orateur préfère le faire avec la gouge ou la cuiller tranchante plutôt que de sacrifier tout l'astragale.

Quelques opérés furent présentés pour montrer les résultats fournis par ce procédé.

M. Volkmann dit que la seule chose nouvelle dans cette opération est la conservation des malléoles, mais il doute qu'elle contribue beaucoup au rétablissement des mouvements de l'articulation. Il s'élève contre une résection trop précoce du cou-de-pied, qui n'est nullement toujours nécessaire, et qui n'est que rarement indiquée chez l'enfant.

M. Langenbeck s'étonne des résultats favorables obtenus par l'auteur du mémoire, car son expérience est toute différente. Il a presque toujours été obligé d'en arriver ensuite à l'amputation, aussi conseille-t-il de procéder tout d'abord à cette dernière.

M. Volkmann pense que les résultats annoncés maintenant sont meilleurs parce que la capsule articulaire est complètement enlevée, tandis qu'autrefois on n'y touchait presque pas.

M. Kœnig attribue en grande partie ses succès à l'emploi de l'iodoforme à forte dose.

M. Riedel, partisan de l'opération de Kœnig, donne les résultats des résections du cou-de-pied qu'il a pratiquées. Cette opération tend à se vulgariser depuis qu'on l'a simplifiée sans sacrifier aucun de ses principaux éléments.

M. Bessel-Hagen fait alors une communication sur *l'extirpation de l'astragale dans le pied-bot :* il conseille l'extirpation complète dans les variétes congénitale et acquise. Il présente deux cas dans lesquels il a fait disparaître la difformité par cette opération, mais le patient marche encore avec une claudication marquée.

M. Hirschberg ne pense pas que cette opération soit la meilleure pour remédier au pied-bot ; il enlève un fragment d'os en forme de coin et pense que les résultats obtenus par ce moyen sont meilleurs.

M. J. Wolff n'a pas l'extirpation de l'astragale en grande estime. Il pense que le pied-bot peut être guéri sans elle et montre à l'appui de cette opinion un sujet de 19 ans, auquel il a pratiqué la section du tendon d'Achille.

Mentionnons encore un mémoire présenté par M. Kümmel sur la *résection ostéoplastique du pied.*

Voies urinaires. — M. Grimm (de Berlin) a fait avec M. J. Munk une série d'expériences sur un malade atteint de *chylurie*, d'où il résulte que les matières grasses excrétées dans l'urine correspondent exactement à celles qui sont introduites dans l'intestin, et ces

©BIU Santé

auteurs ont conclu par suite que le liquide est du chyle et non de la lymphe, comme Mansen l'avait supposé.

M. Fehleisen (de Berlin) montre, par un certain nombre de coupes de cadavres congelés, que le feuillet prévésical du péritoine est repoussé plus en haut par le rectum distendu que par la vessie pleine. Il en conclut donc à la nécessité de tamponner le rectum avant de procéder à la taille hypogastrique.

M. von Antal (de Buda-Pesth) décrit une modification de cette opération qui consiste à faire une incision oblique, et non verticale, à la paroi de la vessie. De cette manière, la cicatrisation de la plaie vésicale par première intention est plus facile, parce que les surfaces opposées sont plus larges et se réunissent mieux.

M. Maas (de Wurzbourg) préfère la taille périnéale médiane à la taille sus-pubienne. Le principal danger de cette dernière est de conserver la vessie aseptique, malgré la désinfection complète faite au moment de l'opération. La taille médiane est plus sûre, plus facile et doit être l'opération de l'avenir pour les tumeurs et calculs vésicaux.

M. Sonnenberg (de Berlin) a pratiqué deux fois la résection partielle de la vessie : une fois pour l'ablation d'une tumeur et l'autre pour rupture de l'organe. Les deux sujets moururent, et on présenta les pièces au Congrès.

M. von Hirsch (de Vienne) rapporte un cas d'extirpation du rein pour une tumeur datant de deux ans, chez un homme de 40 ans. Guérison.

Le même chirurgien a fait aussi avec succès l'extirpation d'une rate.

M. Claus (d'Elberfeld) relate un cas d'ablation d'une tumeur rénale par la laparotomie. On avait cru à une tumeur de l'ovaire, et le diagnostic ne fut rectifié qu'après l'ouverture de l'abdomen. La malade guérit.

M. Kœnig a pratiqué l'an dernier douze fois la gastrotomie pour tumeur du rein. Il fit une large incision au feuillet postérieur du péritoine, et n'éprouva aucune difficulté à terminer l'opération.

En cas d'hydronéphrose, M. Landau préférerait créer une fistule.

Voies digestives. — A propos d'un cas d'uranoplastie et de staphylorrhaphie communiqué par M. J. Wolff (de Berlin) et dans lequel la voix ne fut nullement améliorée, l'auteur inventa un obturateur qui permet à l'opéré de parler naturellement. Il pense qu'en pareil cas, l'opération faite et l'obturateur placé, il faut encore exercer le sujet à parler.

M. Kœnig vante beaucoup l'obturateur qui lui a donné de beaux résultats dans un cas; M. Langenbeck, pensant que l'obstacle à la parole siège souvent dans les muscles palatins, conseille de les électriser; MM. Rydygier et Schede recommandent l'exercice de l'articulation des mots et des mouvements des lèvres, et M. Winiwarter une sorte de massage des lèvres et des muscles pharyngiens, qui a rendu inutile l'emploi de l'obturateur.

M. Albrecht (de Bruxelles) lut ensuite un mémoire sur la signification morphologique des diverticules pharyngiens, qui existent normalement chez certains quadrupèdes; il en résulte que Ziemssen et autres ont tort d'attribuer leur présence chez l'homme à l'effet de la pression d'un corps étranger ou à la rétraction d'un ganglion cicatrisé.

M. Hacker a fait une communication sur la gastro-entérostomie; M. Lauenstein sur la résection du pylore, et M. Kraske sur l'extirpation du rectum.

Le traitement opératoire de l'invagination intestinale a été ensuite abordé par M. Braun (d'Iéna). Après avoir comparé les statistiques des différentes opérations, l'auteur en a conclu qu'il fallait pratiquer aussitôt que possible la laparotomie et essayer de réduire la portion invaginée. Si la réduction ne réussit pas, il faut réséquer la partie étranglée ou pratiquer un anus artificiel; mais cette conduite, bonne chez l'adulte ou les adolescents, n'est pas permise chez les jeunes enfants.

Mentionnons enfin un mémoire de M. Bramann (de Berlin) sur un cas d'*anévrysme variqueux de l'aisselle*, enlevé avec quelque difficulté après ligature des vaisseaux au-dessus et au-dessous du sac; — de M. Gærtner sur l'*action désinfectante des solutions aqueuses d'acide phénique* (une solution à 3 p. 100 suffit pour tuer tous les micro-organismes auxquels le chirurgien peut avoir affaire); — de M. Kümmel sur l'*infection par*

©BIU Santé

contact et par l'intermédiaire de l'atmosphère dans la pratique chirurgicale; — de M. Bergmann sur la *compression de la substance cérébrale* (il soutient des opinions contraires à celle d'Adamkiewicz); — de M. Tillmann sur l'*ostéome des fosses nasales*, et enfin, du même auteur, sur la *réunion des bouts séparés d'un nerf.*

BIBLIOTHÈQUE

ETUDE HISTORIQUE ET MÉDICALE SUR SAINT-HONORÉ-LES-BAINS, par le docteur Henry COLLIN, médecin consultant. Paris 1885.

La thèse inaugurale de M. Henry Collin est un travail sérieux et fait avec beaucoup de conscience. La note « Extrêmement satisfait » qu'elle a obtenue et dont la Faculté n'est pas prodigue, est un hommage rendu à celui qui l'a composée, en même temps qu'à son inspirateur. Le docteur E. Collin, médecin inspecteur de Saint-Honoré depuis vingt-cinq ans, était, sur le terrain de la pratique médicale et sur celui de l'honorabilité professionnelle, un bon guide pour notre jeune confrère. Nous le félicitons d'avoir si bien réussi en le suivant avec un respect filial.

L'étude de M. Collin comprend la description générale et l'historique des thermes de Saint-Honoré, l'exposé des propriétés physiques et chimiques de leurs eaux, leur mode d'administration et les effets physiologiques qu'elles produisent, leurs applications thérapeutiques et leurs contre-indications. Voici les principales conclusions de l'auteur :

1° Les eaux de Saint-Honoré-les-Bains sont les seules eaux thermo-sulfureuses, sodiques et arsenicales du centre de la France.

2° Leur situation géologique, leurs caractères physico-chimiques ainsi que leurs effets thérapeutiques les rapprochent beaucoup des sources des Pyrénées et en particulier des Eaux-Bonnes...

3° Les résultats obtenus depuis de nombreuses années et expliqués par la présence dans ces sources de composés sulfureux et arsenicaux permettent de les considérer comme très favorables au traitement des affections chroniques chez les sujets entachés surtout de scrofule ou d'herpétisme.

Dans ces conditions, les manifestations cutanées et viscérales sont toujours heureusement influencées.

4° Les eaux de Saint-Honoré devront être recommandées spécialement dans toutes les affections des voies respiratoires, chez les herpétiques et les strumeux. On doit rapporter surtout dans ces cas leur puissance curative à l'inhalation de leurs principes volatils.

5° Les eaux employées, suivant les circonstances et les individus, en inhalations, douches de pieds, bains, grandes douches, donnent d'excellents résultats dans le traitement des localisations viscérales de l'arthritisme, chez les rhumatisants affaiblis, surtout lorsque chez eux des manifestations herpétiques ou scrofuleuses accompagnent les manifestations arthritiques.

6° On les emploie avec succès dans le traitement des accidents tertiaires ou de la cachexie syphilitique... — L.-G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juin 1885. — Présidence de M. BERGERON.

M. Constantin PAUL présente, au nom de M. Durand-Fardel, un exemplaire de la 2e édition de ses *Leçons sur les eaux minérales et l'hydrothérapie.*

M. LUYS : « J'ai l'honneur de présenter à l'Académie, tant en mon nom personnel qu'en celui de Mme Vasilicos et de M. le docteur Descourtis, auteur de ce travail, le modèle en plâtre d'un cerveau humain.

©SIU Santé

« Ce modèle, grandi environ quatre fois, est la représentation exacte d'un cerveau naturel qui a servi de type et qui a été modelé lui-même sur la nature. Il mesure, suivant son diamètre antéro-postérieur, 65 centimètres et, suivant son diamètre vertical, 39 centimètres.

« Je crois que c'est la première fois qu'un pareil travail a été exécuté en France dans ces conditions. Il existe bien, dans le musée de la Société d'anthropologie, un modèle analogue de cerveau en plâtre, fait sous la direction de Broca, mais ce modèle n'est pas la reproduction d'un cerveau naturel, c'est une synthèse d'éléments multiples empruntés à des cerveaux différents, destinée à former un cerveau idéal conforme aux descriptions classiques.

« Je n'ai pas besoin d'insister sur l'apparence naturelle que présente le modèle ci-joint ni sur les avantages qu'il est destiné à offrir pour la vulgarisation dans les cours publics des différents détails si ardus de la topographie cérébrale, d'autant plus qu'il peut être reproduit à un nombre indéfini d'exemplaires. Il s'impose en quelque sorte de lui-même aux yeux à l'aide des colorations diverses affectées à chaque circonvolution et donne, dans son ensemble, une idée aussi nette que possible de la réalité des choses. »

M. Gavoy présente un modèle de stéthoscope destiné à transmettre les bruits recueillis et renforcés dans une caisse sonore.

Sur la proposition de M. le Président, l'Académie décide qu'elle ne se réunira pas le mardi 14 juillet, jour de la fête nationale.

M. le docteur Nicaise lit un travail intitulé : *Hygroma de la cuisse à grains riziformes; nature tuberculeuse des hygromas et des synovites à grains fibrineux.*

L'auteur rapporte trois faits d'hygromas ou de synovites à grains riziformes observés dans son service, tous les trois de nature tuberculeuse.

Il ajoute que MM. Poulet et Vaillard ont observé un quatrième fait dans lequel ils ont encore rencontré des follicules tuberculeux.

« En est-il toujours ainsi? dit M. Nicaise. Les hygromas et les synovites à grains riziformes sont-ils tous de nature tuberculeuse? Il serait prématuré de l'affirmer.

« Dans les faits que je viens de rapporter, la nature tuberculeuse est démontrée par le follicule tuberculeux, par le bacille et, je pense, par l'inoculation sur les animaux qui seront examinés en temps utile.

« On peut donc croire qu'il existe une inflammation tuberculeuse spéciale des membranes séreuses qui donne lieu à la formation d'une grande quantité de masse fibrineuse.

« C'est le dernier point que je devrai aborder.

« Non seulement chez ma malade le siège de la tumeur est anormal, non seulement l'on constate que la lésion est de nature tuberculeuse ; mais nous trouvons que le processus inflammatoire qui accompagne les tubercules a quelque chose de remarquable, puisque nous avons comme produit inflammatoire une masse fibrineuse de près de 400 grammes, sans exsudat séreux ni purulent. Il s'agit là d'un mode particulier des rapports de l'inflammation et de la tuberculose. Il n'y a pas simple prolifération des cellules ou diapédèse des globules blancs, autour du tubercule ; le microbe pyogène n'est pas venu s'ajouter au tubercule ; il y a autre chose : le tubercule s'accompagne d'une inflammation qui produit un exsudat considérable de matière fibrineuse.

« Il y a quelques mois, un de nos malades, atteint d'arthrite fongueuse du genou, avait en même temps autour de l'articulation une sorte de gomme tuberculeuse de voisinage, mollasse et semi-fluctuante ; je l'incisai pour enlever le foyer tuberculeux et je tombai sur une masse fibrineuse sèche, rougeâtre, translucide, remplissant exactement une cavité dont les parois renfermaient des follicules tuberculeux ; j'avais cru, au contraire, trouver des fongosités suppurées. C'était en petit ce que j'ai trouvé dans de plus grandes proportions chez ma malade au kyste fémoral. »

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Villemin, Cornil, Trélat.

M. Constantin Paul lit un rapport sur un mémoire intitulé : *Note sur le respirateur élastique de M. le docteur Basile Féris, dans l'emphysème pulmonaire.*

L'appareil de M. Féris est un bandage élastique tout à fait semblable à un bandage inguinal double qu'on met à l'envers, c'est-à-dire les pelotes relevées vers le haut. Les deux ressorts prennent point d'appui en arrière sur les côtés de la colonne vertébrale et les pelotes viennent se placer en avant, au niveau de la jonction des cartilages costaux avec les côtes.

Cet appareil a été appliqué par l'auteur sur 27 malades emphysémateux ; il n'y a eu d'insuccès que sur deux vieillards dans le thorax avait perdu beaucoup de sa mobilité.

M. le rapporteur l'a expérimenté sur lui-même, et il conclut de ses expériences que le respirateur élastique de M. le docteur Basile Féris exerce sur la poitrine une pression qui vient remédier à l'atonie des muscles respirateurs. Les muscles inspirateurs n'en éprouvent pas de fatigue si cette compression est équivalente et non supérieure à la tonicité normale des expirateurs.

Cet appareil doit être placé de manière que son point d'appui soit sur les côtés de la colonne vertébrale et les points d'action à la hauteur du deuxième espace intercostal, au niveau de la jonction des côtes et des cartilages costaux.

Cet appareil soulage la dyspnée habituelle; il est encore utile quand la dyspnée est intense; il ne devient insuffisant que quand la dyspnée est excessive, comme dans certaines attaques d'asthme. Cet appareil est peu coûteux, il est d'un usage facile, il rendra donc de véritables services.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. C. Paul lit un deuxième rapport sur un mémoire intitulé : *De la coniose biliaire et de ses symptômes*, par M. le docteur Merle (de la Ferté-Alais).

Il arrive souvent que la lithiase biliaire ne peut être diagnostiquée avec certitude faute d'indications pour aller saisir la gravelle au passage.

M. Merle prétend que les malades atteints de lithiase biliaire sont pris à certains moments de coliques impérieuses suivies de garde-robes répétées coup sur coup, et que, si on examine les garde-robes, on trouve que les matières évacuées, solides d'abord, deviennent de plus en plus liquides et qu'elles contiennent de plus en plus du sable biliaire.

Pour constater ce sable facilement, M. le docteur Merle se borne à ajouter à la garde-robe une certaine quantité d'eau chaude. Cela suffit pour détacher un certain nombre de grains qui tombent au fond du vase tandis que les fèces surnagent. Une simple décantation et un lavage permettent d'isoler le sable biliaire.

M. le docteur Merle, qui a d'abord observé le fait sur lui-même, l'a ensuite constaté chez d'autres, et il rapporte, dans son travail, quatre observations à l'appui de cette thèse.

Nous devons savoir gré à M. le docteur Merle, dit M. le rapporteur, d'avoir appelé l'attention sur des symptômes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic de la lithiase biliaire, plus fréquente sans doute que les gros calculs.

Les observations de M. le docteur Merle sont bien peu nombreuses et son travail n'est qu'une ébauche. M. le rapporteur demande donc que l'Académie veuille bien l'encourager à poursuivre ses recherches. (Adopté.)

— A quatre heures un quart, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Lunier sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 juin 1885. — Présidence de M. Gillebert d'Hercourt père, vice-président.

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

La correspondance imprimée comprend les journaux et revues de la quinzaine : le

©BIU Santé

Progrès médical, le *Journal des Sociétés scientifiques*, le *Journal d'hygiène*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, le *Journal des sages-femmes*, les *Annales des maladies de l'oreille*, les *Annales médico-chirurgicales*, la *Revue médicale d'hydrologie*, la *Gazette médicale de Picardie ;*

Les tomes V à VI de la *Revue des travaux scientifiques*, envoyés par le ministère de l'instruction publique ;

Une brochure de M. le docteur David : *De la règlementation de l'art dentaire en France.*

La correspondance manuscrite comprend : des lettres de M. de Beauvais, président, et Thorens, secrétaire général, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

Une lettre de M. le Président de l'Association française pour l'avancement des sciences, invitant la Société de médecine à se faire représenter aux séances du congrès qui auront lieu cette année, à Grenoble, du 12 au 20 août ;

Une lettre de M. le docteur Gérardin, lauréat du Val-de-Grâce et de l'Académie de médecine, aide-major de 1re classe au Val-de-Grâce, ex-chef de clinique, qui demande le titre de membre titulaire de la Société. Cette candidature est appuyée par MM. Polaillon et Dehenne.

M. Dubuc offre à la Société une brochure intitulée : *Rétention d'urine de cause prostatique. Difficultés du cathétérisme.*

M. Dehenne fait hommage d'une brochure : *Sur l'avancement musculaire dans les paralysies oculaires.*

M. le docteur Guiter (de Cannes), membre correspondant, assiste à la séance.

COMMUNICATIONS.

M. Dehenne lit un travail intitulé : *De l'intervention chirurgicale dans les luxations du cristallin.* (Sera publié.)

M. Polaillon lit un mémoire ayant pour titre : *Contribution à la cheiroplastie.* (Sera publié.)

M. Dehenne : L'opération limitée qu'a cru devoir faire M. Polaillon n'expose-t-elle pas plus aux récidives que ne l'aurait fait une opération plus étendue ?

M. Polaillon : Cela est possible. Mais il y a une si grande importance à conserver à l'opéré le plus possible de sa main, qu'il vaut mieux, je crois, courir le risque d'une récidive éventuelle, que de faire d'emblée une amputation du poignet ou de l'avant-bras.

M. Dehenne : Il s'agit donc d'une opération *palliative*, qui, dans certains cas, peut devenir *curative*.

M. Polaillon : L'opération que j'ai faite, je ne l'ai nullement envisagée comme purement *palliative ;* je ne l'ai tentée que parce que j'en espérais un résultat définitif. La principale règle pour moi, quand j'ai affaire à une tumeur maligne, est d'enlever tout le mal en dépassant très largement ses limites. La première ablation avait été pratiquée d'après ce principe. Le mal a récidivé promptement contre notre attente. La seconde opération a été plus large encore. La récidive n'a pas eu lieu jusqu'à présent et n'aura peut-être jamais lieu.

M. Duroziez lit une observation de *Rétrécissement uréthral chez une femme ayant une affection calculeuse du foie.* (Sera publiée.)

M. Apostoli présente à la Société, au nom de M. le docteur Monin, un volume intitulé : *Essai sur les odeurs du corps humain dans l'état de santé et dans l'état de maladie*, couronné par la Société de médecine pratique (1885).

M. le Président annonce le résultat du scrutin sur la candidature de M. le docteur Bovet (de Pougues). M. Bovet est élu membre correspondant à l'unanimité.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, J. Christian.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 19 juin 1885, M. le docteur Gourdan-Fromentel, membre et secrétaire du conseil général de la Haute-Saône, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Bureau de bienfaisance. — Par arrêté ministériel, en date du 9 juin 1885, M. le docteur Doury est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du XVe arrondissement de Paris.

Société protectrice de l'enfance. — *Question de prix pour l'année 1885.* — Le prix sera de 500 francs. — Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les établissements, ainsi que la nature de l'industrie qu'on y exploite, quelle influence ont pu avoir sur la santé des mères et des enfants : 1° le repos auquel dans quelques fabriques sont astreintes les ouvrières, pendant la quinzaine qui précède et celle qui suit l'accouchement ; 2° l'établissement d'une crèche à proximité de la fabrique.

Question de prix pour l'année 1886. — Le prix sera de 500 francs. — Exposer dans des observations personnelles les causes de l'ophthalmie purulente chez les nouveau-nés, ses symptômes, son traitement et les précautions à prendre pour prévenir la contagion.

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés francs de port, avant le 1er novembre 1885 pour la première question et avant le 1er novembre 1886 pour la deuxième question, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Blache, rue des Beaux-Arts, 4.

Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs, ils pourront seulement en faire prendre copie à leurs frais.

Les membres du conseil d'administration sont seuls exclus du concours.

Les concurrents ne devront pas se faire connaitre; ils joindront à leur envoi un pli cacheté contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Charles Masson, décédé à l'âge de soixante-six ans, après une longue et douloureuse maladie.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Nicolas est nommé chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Etienne.

Chemins de fer d'Orléans. — La Compagnie d'Orléans vient d'organiser entre Paris et Laqueuille un double service d'express, de jour et de nuit, par Limoges et Ussel, qui est appelé à rendre les plus grands services aux baigneurs se rendant à la *Bourboule* et au *Mont-Dore*.

Les trains affectés à ce service comprendront des voitures de 1re et de 2e classe qui feront le trajet entier sans transbordement. Les billets seront délivrés depuis le 15 juin jusqu'au 15 septembre, époque à laquelle ces express seront supprimés ; ils donneront droit au parcours sur le chemin de fer jusqu'à la station de Laqueuille et dans la voiture en correspondance avec le chemin de fer, de cette station au Mont-Dore et à la Bourboule.

Le prix des places de Paris à ces deux stations est le même : 60 fr. 60 c. en première classe et 45 fr. 60 c. en deuxième classe.

L'express de jour quitte Paris à 7 h. 30 du matin pour arriver à Laqueuille à 8 h. 21 du soir.

L'express de nuit part de Paris à 8 h. 21 du soir et arrive à Laqueuille à 7 h. 46 du matin.

Pour le retour, les départs de Laqueuille ont lieu à 11 h. 15 du matin et 4 h. 32 du soir, et l'arrivée à Paris se fait à 11 h. 46 du soir et à 4 h. 38 du matin.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Panas : Dermoïdes de l'œil. — II. Bibliothèque. — III. L'Epidémie cholérique de 1885. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie.

Clinique ophthalmologique de la Faculté.

Dermoïdes de l'œil.

Leçon faite à l'Hôtel-Dieu par le professeur PANAS;

Recueillie par le docteur de Lapersonne, chef de clinique.

Messieurs,

Vous venez de voir à la consultation un jeune homme qui présente, au niveau du limbe scléro-cornéen, une tumeur que nous allons enlever tout à l'heure. Je vous rappelle sommairement les caractères cliniques qu'elle présente. Cette petite tumeur siège au niveau de l'extrémité externe du grand diamètre horizontal de la cornée; elle occupe le limbe scléro-cornéen de l'œil gauche, et elle empiète également sur la conjonctive et sur la cornée; elle est lisse à sa surface, de forme arrondie, du volume d'une grosse lentille, de coloration blanc jaunâtre au centre, rosée à la périphérie. Elle paraît avoir une consistance fibreuse et est intimement adhérente aux tissus sous-jacents. Si on examine sa surface avec une loupe, on voit que son centre est parsemé de petites dépressions d'où émergent quelques poils follets décolorés. Tous ces caractères morphologiques permettent, je me hâte de vous le dire, de faire rapidement le diagnostic de dermoïde. L'affection est, du reste, fort peu douloureuse, à peine gênante, à tel point que c'est pour une tout autre affection que le malade s'est présenté à l'hôpital.

Il nous dit que cette grosseur a toujours existé; mais ses parents ont parfaitement remarqué que la tumeur avait commencé à grossir vers l'âge

FEUILLETON

CAUSERIE

Un nouveau microbe en Allemagne. — Celui des oreillons à l'Académie. — La théorie des germes dans Fracastor. — Mésaventure arrivée à un confrère du temps de Tallemant des Réaux.

La lutte pour l'existence entre les microbes et les macrobes (c'est l'homme ici que je veux dire) devient de plus en plus acharnée. Tantôt c'est l'homme qui est le plus fort, quand il découvre un vaccin, un antiseptique ou antimicrobique, quand il atténue le virus du choléra pour en faire un préservatif contre ce terrifiant fléau; mais tantôt, et c'est bien le plus souvent, par malheur, l'homme découvre une nouvelle maladie à microbes, dont il n'avait pas jusqu'alors soupçonné même l'existence, et, vainqueur d'un côté, il est vaincu d'un autre.

Aux dernières nouvelles, un nouveau microbe nous arrivait d'Allemagne. C'est, disent les journalistes, un bacille; mais vous savez que je n'ai pas grande confiance dans les journalistes; quant à la maladie produite par cet infiniment petit, ce serait, d'après les uns, une raideur, et, d'après les autres, un engourdissement ou une anesthésie de la nuque; en allemand, la maladie s'appelle *Genickstarre*, et comme *Starre* peut se traduire aussi bien par engourdissement que par raideur, ceux qui n'ont pas vu les malades peuvent se prononcer pour une version aussi bien que pour une autre.

de 15 ans et, en quelques mois, elle avait pris un accroissement rapide. Depuis deux ans environ elle reste stationnaire.

Vous avez vu, Messieurs, que l'étude attentive que nous avons faite de ce malade n'avait pas porté seulement sur l'examen de l'œil; nous avons recueilli des renseignements dont l'importance vous semblera plus manifeste tout à l'heure, lorsque nous parlerons de la pathogénie de ces productions morbides. En étudiant avec beaucoup de soin les deux côtés de la face, nous avons pu constater un certain degré d'asymétrie. Le front est plus fuyant, la narine plus aplatie, l'arcade dentaire moins courbée à gauche, côté de la tumeur. C'est surtout par l'angle de la mâchoire que se manifestent principalement les différences : à gauche, il est plus obtus et se rapproche de l'ouverture de l'angle de la mâchoire d'un enfant; de telle sorte que sa distance à la commissure labiale et à l'apophyse orbitaire externe mesure 2 centimètres de moins qu'à droite. Enfin, au devant de l'oreille, il existe une petite tumeur arrondie, rosée, ayant la forme d'un mamelon, et qui semble être un tragus supplémentaire; il paraît qu'à la naissance il existait là une bride se rattachant au reste de l'oreille et qui a été excisée par la sage-femme : l'oreille elle-même est très déformée.

Nous allons tout à l'heure procéder à l'ablation de la petite tumeur oculaire, qui sera examinée histologiquement dans notre laboratoire, mais je suis convaincu d'avance qu'on retrouvera une structure identique à celle que l'on rencontre toujours dans ce genre de maladie.

C'est la première fois, cette année, que j'ai l'occasion de vous présenter un dermoïde de l'œil; il y a deux ans, nous avons pu en étudier plusieurs cas, et M. Vassaux (1), notre chef de laboratoire, a publié un travail intéressant sur cette question dans les *Archives d'ophthalmologie*. Cette affection étant assez rare et décrite imparfaitement dans les livres classiques, j'ai cru utile pour vous d'en faire le sujet de cette leçon.

(1) Vassaux : Sur quatre cas de dermoïde de l'œil. (*Arch. d'ophthalmologie*. III, n° 1, p. 16. 1883.)

Quoi qu'il en soit, la maladie règne depuis quelque temps à Berlin, et y fait de nombreuses victimes. On peut voir un bon nombre de patients affligés de ce mal dans les salles de l'hôpital de la Charité de Berlin, dirigé par le professeur Leyden. Ce qu'il y a de plus curieux, paraît-il, au dire des journalistes qui trouvent cela curieux, c'est que cette maladie, souvent mortelle, s'attaque de préférence aux hommes d'une forte complexion, rarement aux hommes de constitution faible, et plus rarement encore aux femmes. On croit que cette maladie est causée par une espèce de bacille qui, quand on respire, entre dans le nez ou dans le cou et pénètre (admirez la force de cet être !) dans le cerveau ou dans la moelle en perçant les os de la gorge !

Eh bien, je dois vous avouer que cela me laisse assez froid. Jusqu'alors, je ne connaissais qu'un microbe nasicole funeste à l'espèce humaine, c'est celui de l'érysipèle, dont M. Verneuil a si humouristiquement indiqué les mœurs et coutumes au Congrès de chirurgie française; il paraît qu'il en existe un autre dans le nez des Allemands, soit; je ne vois pas quel mal il y a à cela. Nous savons déjà que la déplorable hygiène de ce peuple savant, mais sale (ou malpropre, si l'épithète de sale vous choque), acclimate chez lui des maladies rares chez nous, la trichine, par exemple; eh bien, je ne me sens nullement frémir de terreur en apprenant qu'on a découvert dans sa cervelle ou dans sa moelle une nouvelle maladie causée par un microbe nouveau ; je suis persuadé que ce microbe trouvera dans le milieu de culture allemand où il prospère des conditions bien plus favorables à son existence que dans une arrière-gorge et dans des fosses nasales françaises, et qu'il ne nous frappera pas plus que celui de la trichine.

©BIU Santé

Dans leurs caractères cliniques, les dermoïdes de l'œil se présentent toujours dans les mêmes conditions, à part peut-être certaines formes anormales. Ce qui frappe surtout dans l'examen clinique, c'est le siège au niveau du limbe scléro-cornéen, soit du côté nasal, soit du côté temporal, mais empiétant également sur la cornée et la conjonctive. Vous savez que cette région a une véritable spécialité et est le siège favori d'un certain nombre de tumeurs.

Il arrive fréquemment que le dermoïde se développe beaucoup plus en dehors vers l'angle extérieur, ou même dans un des culs-de-sac, pouvant ainsi passer inaperçu. Il existerait donc deux variétés de tumeurs différentes suivant leur siège, l'une conjonctivale, l'autre cornéenne. C'est, en effet, ainsi que les décrivent les livres classiques, qui les placent dans deux chapitres séparés. A mon avis, cette division ne doit pas être conservée : ce dermoïde présente des caractères toujours analogues, quel que soit son siège; il n'y a qu'un dermoïde de l'œil.

Leur volume est variable, depuis le diamètre de la tête d'une épingle jusqu'aux dimensions d'un haricot, qu'ils ne dépassent guère; ici, la tumeur est à peu près du volume d'un gros grain de chènevis. Elles offrent un aspect lisse et poli, et semblent faire partie intégrante de l'œil; leur adhérence avec la conjonctive et le tissu épiscléral est, en effet, très intime. Si on examine de plus près une de ces petites tumeurs, on remarque que, malgré cette apparence lisse de la saillie, il existe une série de petites dépressions, quelquefois très nombreuses, qui donnent un aspect guilloché; ces dépressions occupent plus particulièrement le centre de la tumeur; il n'est pas rare de voir sortir d'une ou de plusieurs de ces dépressions de petits poils follets, qui ne sont guère visibles qu'au moyen du grossissement d'une loupe; enfin, on peut voir partir du centre même de la tumeur de véritables poils, drus, raides, comme des cils, de couleur brune ou décolorés. Vous comprenez facilement que la présence de ces poils, irritant l'œil, peut amener de fréquentes conjonctivites, et c'est bien souvent pour cette espèce de trichiasis que les malades viennent consulter, plutôt que

---

Ce qui me plaît encore dans ce microbe, c'est qu'il s'attaque de préférence aux hommes de forte complexion. Eh! eh! Mais, tant mieux! des Allemands de forte complexion de moins, qui s'en plaindra chez nous? Et quand je songe que M. le prince de Bismarck est un Allemand de forte complexion! et que son point faible est justement la face, atteinte de névralgie! Mon Dieu, si le microbe de la *Genikstarre* pouvait se greffer sur le point faible de cet homme fort!

Allons, taisez-vous! il ne faut souhaiter la mort de personne.

Cependant, si les journalistes voulaient me faire plaisir, mais, là, grand plaisir, un vrai plaisir, ce serait de répéter tous les jours que le nouveau microbe fait des progrès extrêmement rapides dans les grandes villes de l'Allemagne, et surtout dans les villes d'eaux. Ce serait une belle revanche des cris de paon poussés l'an dernier par la presse allemande quand le choléra nous a fait cette peu gracieuse visite que vous savez. Tous les hôtels d'Allemagne affichaient sur toutes les portes de leurs chambres des dépêches annonçant des milliers de morts, à Paris, tous les jours; et naturellement les étrangers riches qui font chaque été leur petit tour d'Europe, et passent par Paris avant de rentrer chez eux, faisaient vite un crochet ou restaient en Allemagne. Si nous rendions à ces bons Teutons la monnaie de leur pièce? Hein, qu'en dites-vous, messieurs les journalistes qui jouissez d'une plume légère et d'un fort tirage? Je vous assure que je vous pardonnerais bien des choses, si vous arriviez à épouvanter les voyageurs tentés d'aller à Carlsbad, Marienbad, Wiesbad, ou autre Bad quelconque.

pour la tumeur, qui peut être cachée dans un des culs-de-sac. M. Vassaux a présenté un fait de ce genre; chez notre malade, les poils sont très fins, mais il nous a été possible d'en compter au moins trois. Si à ces caractères morphologiques nous ajoutons la coloration blanc jaunâtre, nous aurons donné tous les signes qui permettent de reconnaître facilement ces tumeurs.

Mais un fait intéressant de l'histoire des dermoïdes de l'œil, c'est leur accroissement assez rapide vers l'âge de 12 à 15 ans, au moment de la puberté. On pourrait alors ne pas penser à l'origine congénitale de ces tumeurs : les parents ne l'ont peut-être pas remarquée, soit à cause de son petit volume, soit à cause de son siège sous l'une des paupières, et ils affirment que la grosseur s'est développée seulement depuis quelques mois. Il est donc possible de croire à la formation d'une tumeur beaucoup plus récente. Il y a quelques mois, un de nos distingués confrères, M. le docteur Parinaud (1), publiait dans les *Archives d'ophthalmologie*, sous le nom de dermo-épitheliomes de l'œil, une variété de tumeurs fort rare ; ne serait-il pas possible de rattacher ces affections aux dermoïdes congénitaux ? Cela nous paraît assez rationnel, en tenant compte de l'accroissement plus rapide au moment de la puberté et de la difficulté que l'on a à s'en rapporter aux renseignements fournis par les malades ou même leurs parents. — Il n'est pas rare de voir des dermoïdes augmenter si rapidement de volume que leur épithélium forme dans l'épaisseur de véritables globes épidermiques. — Est-il besoin pour cela de faire une nouvelle variété, d'autant plus que tous les autres signes sont les mêmes : coloration rosée, consistance charnue, absence de repullulation ?

C'est surtout le système pileux qui se développe à cette époque, des poils apparaissent sur la tumeur et, si vous voulez me permettre l'expression, il semble qu'il lui pousse de la barbe. La complication de trichiasis s'ajoutant à la néoplasie est un des faits les plus curieux et peut-être les moins connus de l'histoire de ces tumeurs.

(1) Voir *Archives d'ophthalmologie*, t. IV, n° 4, p. 349, juillet-août 1884.

*
* *

Pendant qu'en Allemagne on trouvait une maladie nouvelle à mettre à l'actif des microbes, notre savant ami M. le docteur Aug. Ollivier arrivait à ranger dans la classe des maladies à microbes essentiellement contagieuses une maladie sur la pathogénie de laquelle on discute depuis Hippocrate : vous avez nommé les oreillons. Voilà que MM. Capitan et Charrin, puis M. Bouchard, dont M. Ollivier a confirmé les résultats par ses recherches et ses observations, ont trouvé dans la salive et dans le sang des ourliens des petits bâtonnets de 2 à 3 millièmes de millimètre et des micrococcus. Puis ces micro-organismes, cultivés dans le bouillon de Liebig, s'y développèrent à merveille. Puis... mais là s'arrêtèrent les résultats, sinon les expériences. On inocula bien ces microbes à des animaux, mais ceux-ci, peu intelligents comme toujours, ne comprirent pas la portée de ces inoculations et restèrent réfractaires à toutes les tentatives. Il aurait fallu inoculer des enfants pour le moins; mais si ces choses-là se font en dehors de nos frontières, à l'intérieur, Dieu, merci! on est encore innocent de ce crime de lèse-humanité commis au nom de la science.

Cette lacune n'enlève rien toutefois à la portée des recherches de nos savants compatriotes; aussi la communication de M. le docteur Ollivier à l'Académie a-t-elle été accueillie avec toute la faveur qu'elle méritait.

*
* *

Comme il n'y a rien de nouveau sous le soleil, même en fait de contagion, rien

©BIU Santé

Depuis longtemps leurs caractères anatomiques et leur origine congénitale avaient été étudiés ; Wardrop parle le premier de ces tumeurs, et Græfe les désignait sous le nom de nœvus pileux ; tous les auteurs qui les ont suivis ont reconnu l'origine congénitale et la présence de poils, mais il faut arriver à Ryba et à Virchow pour trouver une étude plus approfondie de ces tumeurs : depuis ce moment, les caractères anatomiques sont assez bien connus. Je vais vous les résumer d'après le travail le plus récent, celui de M. Vassaux.

Sur les coupes, on reconnaît que le dermoïde est composé de trois couches. La première est épidermique : elle est formée par un épithélium pavimenteux stratifié, dont les cellules sont disposées sur plusieurs couches, les superficielles aplaties, les profondes allongées, comme pour la peau : çà et là on rencontre des dépressions utriculaires revêtues d'épithélium. — Au-dessous on trouve un véritable derme avec ses papilles, ses alvéoles et ses faisceaux de fibres élastiques. Ces éléments sont disposés d'une façon variable. Tantôt la couche papillaire est extrêmement hypertrophiée, ses vaisseaux très volumineux, l'intervalle des papilles est rempli de leucocytes et même de noyaux embryoplastiques; tantôt au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, ce sont les fibres élastiques qui sont plus nombreuses; on trouve leurs faisceaux dissociés et on peut suivre très bien leurs plus fines ramifications : c'est donc une couche dermo-papillaire. La troisième couche est constituée par le tissu cellulaire sous-cutané dont les éléments sont plus ou moins remplis de graisse : si la couche dermique est assez fine, on peut voir par transparence la couche profonde qui lui donne un aspect jaunâtre.

Comme on le voit par la description qui précède, les différences entre les dermoïdes tiennent surtout à la prédominance d'un des éléments constituants : l'épithélium prolifère-t-il rapidement, on pourra avoir affaire au dermo-épithéliome de M. Parinaud ; si c'est le tissu conjonctif, on pourrait penser à un fibrome ; si c'est la graisse qui, par son abondance, donne l'aspect caractéristique, on est peut-être en présence de ce que l'on trouve encore

---

d'étonnant à ce qu'on trouve au XVIe siècle un livre très intéressant sur cette question.

C'est un de nos confrères de province, M. le docteur Meunier (de Pontoise), qui, dans *le Praticien*, vient d'attirer l'attention sur cet ouvrage, dont l'auteur est assez illustre pour ne pas risquer de tomber dans l'oubli. Cet auteur est Jérôme Fracastor, et son livre est intitulé : *De la contagion, des maladies contagieuses et de leur traitement* (*De contagione, de morbis contagiosis et eorum curatione libri tres*. Lyon, 1550). Un fragment de ce livre, relatif à la syphilis, a été traduit par M. le professeur Fournier et joint à sa traduction du poème de Fracastor sur le même sujet.

La syphilis se trouve là en compagnie de *la rage*, des fièvres lenticulaires (fièvre typhoïde), de la gale, de la *phthisie contagieuse*, etc. C'est donc un petit traité des maladies infectieuses contagieuses où, dit M. Meunier, les questions actuelles de germes, de contages, d'infection, sont étudiées avec la plus grande méthode par un médecin du XVIe siècle. M. Meunier a cru intéressant d'analyser cet ouvrage, de comparer les idées qu'il renferme aux idées régnantes sur la contagion, et d'essayer de faire sentir qu'une place doit être réservée à Fracastor dans l'historique de la théorie pastorienne et de la contagiosité de la phthisie.

On ne peut que savoir gré à notre confrère d'avoir tenté cette épreuve, et le seul reproche que nous nous permettrons de lui adresser, c'est de ne pas être entré dans de plus longs développements, qui auraient certainement augmenté encore l'intérêt de son étude.

décrit sous le nom de lipomes congénitaux. Mais toutes ces variétés rentrent dans la classe des dermoïdes.

L'examen histologique nous fait reconnaître dans ces tumeurs des éléments plus nobles. D'abord les poils, de volume et de nombre variables ; ensuite les glandes sébacées. Celles-ci sont généralement petites, disposées par paires à la base du bulbe pileux ; en d'autres points on rencontre des glandes sébacées plus volumineuses s'ouvrant directement à la surface de la tumeur : il n'est pas rare de voir des dilatations kystiques assez volumineuse, qui s'expliquent par l'oblitération d'un conduit excréteur et l'inflammation des culs-de-sac glandulaires. C'est là encore une terminaison de ces tumeurs. Jusqu'à ces derniers temps, il n'avait pas été possible de rencontrer des glandes sudoripares, seul OEller les avait observées chez le porc. M. Vassaux a eu la bonne fortune de les voir pour la première fois chez l'homme ; dans l'une de ses observations, il signale une belle glande sudoripare dont le tube de la portion glomérulée plongeait dans la couche profonde et contenait la double couche épithéliale caractéristique, les cellules fusiformes basales et les cellules cubiques centrales. Ainsi se trouvent représentés tous les éléments constitutifs de la peau, si on ajoute les vaisseaux et les nerfs.

A quoi doit-on attribuer la formation de ces tumeurs ? quelle est leur origine ? Tout d'abord il faut signaler la très grande fréquence de colobomes palpébraux coïncidant avec les dermoïdes, la tumeur siégeant exactement au niveau du bec de lièvre palpébral. Pour expliquer le dermoïde, on a dit que c'était le lambeau conjonctival resté au contact de l'air qui peu à peu prenait les propriétés du tégument cutané. D'autres auteurs ont pensé que cet état coïncidait avec la formation des paupières et qu'il y avait là une adhérence anormale des bourrelets palpébraux avec la conjonctive ou la cornée. Enfin on pourrait invoquer comme cause la théorie des germes inclus qui est vraie pour les kystes dermoïdes de l'ovaire, du testicule, mais qui ne paraît pas possible à soutenir pour ces petites productions dermoïdales.

*
* *

Si les journalistes nous critiquaient toujours aussi spirituellement que leur modèle (je veux dire celui qu'ils devraient prendre pour modèle), Tallemant des Réaux, dont je vous ai déjà donné bien des extraits, je ne songerais pas à m'en plaindre. Aujourd'hui, je vais vous dire une aventure arrivée à Pellot, intendant de M. de Metz, depuis duc de Verneuil.

« Ce garçon avait du bien et de l'esprit ; j'ai vu d'assez bons vers de sa façon. Il tomba dans une mélancolie qui lui fit haïr la vie. Il envoie quérir son médecin et lui demande sérieusement quel genre de mort lui semblerait le plus doux ; que, pour lui, il avait dessein de sortir de la vie, et qu'il avait pensé à se couper la gorge avec un rasoir.

« Ne faites pas cela, dit le médecin ; quelquefois on ne se coupe pas la gorge qu'on croit se l'être coupée ; on guérit, mais on souffre beaucoup.

« — Si je me jetais d'un troisième étage sur le pavé ? — J'en ai vu qui se sont estropiés seulement. Mais voici le plus sûr : je vous purgerai plusieurs fois, car il est aisé de feindre une maladie, et après, sous prétexte d'insomnie, je vous donnerai de l'opium ; vous mourrez en dormant. »

L'intention de ce bon docteur était de le délivrer tout doucement de cette humeur mélancolique. Il le purge trois ou quatre fois avec succès ; le malade devenait plus gai et ne se plaignait plus, que de ne point dormir ; notre médecin lui donna de l'opium,

©BIU Santé

Je crois qu'il faut chercher ailleurs l'explication de ces faits. Toutes les fois que vous aurez à examiner des colobomes palpébraux ou des dermoïdes, voyez si vos malades n'ont pas d'autres malformations congénitales qui, au premier abord, ne paraissent avoir aucune relation avec la maladie qui nous occupe. Vous pourrez alors vous assurer, comme chez deux de nos malades, d'un arrêt de développement de la face qui s'accuse surtout par l'ouverture plus grande de l'angle de la mâchoire. Chez celui que vous avez vu, il existait en outre, en avant du tragus de l'oreille gauche, une sorte de petite cicatrice, reste d'une tumeur enlevée à la naissance; chez un autre il y avait une fente buccale plus prononcée, sorte de bec de lièvre commissural, aboutissant à une cicatrice ; chez d'autres malades, on a rencontré de véritables becs de lièvre. Cette coïncidence des dermoïdes avec les colobomes avait frappé les auteurs et plusieurs explications en ont été données.

Dans ces derniers temps, M. Van Duyse (de Gand) (1) a émis une nouvelle opinion qui paraît s'accorder avec les faits. S'appuyant sur les cas déjà signalés d'adhérences du capuchon céphalique de l'amnios avec l'extrémité céphalique de l'embryon, il admet que les dermoïdes de l'œil et le colobome de la paupière qui les accompagnent si souvent, sont dus à des adhérences intra-utérines entre l'amnios et le tégument externe qui recouvre chez l'embryon la vésicule oculaire. Le dermoïde correspond au point où la bride amniotique demeure soudée à la membrane qui s'étend au-devant de l'œil fœtal : suivant l'époque de la rupture de cette adhérence, il y aura ou il n'y aura pas de colobome palpébral.

Telle est la théorie nouvellement émise; elle me paraît très séduisante, mais elle mérite encore d'être contrôlée par un plus grand nombre de faits; cinq cas à peine ont été déjà publiés sur la coïncidence des colobomes avec d'autres malformations de la face : deux appartiennent à notre clinique.

(1) Bride dermoïde oculo-palpébrale et colobome de la paupière, avec remarques sur la Genèse de ces anomalies, par le docteur Van Duyse (*Ann. soc. méd. de Gand*, 1882).

croyant seulement lui donner du repos. Il le va voir ; on lui dit : « Il dort ! » — Il y retourne : « Il dort encore ! » — « Loué soit Dieu ! » A la troisième, trouvant qu'il avait assez dormi, il voulut le réveiller, mais il n'était plus temps ; ce bon homme, sans y penser, tint mieux parole à son malade qu'il n'avait cru. »

A la vérité, Tallemant dit en note que Pellot mourut un peu brusquement, mais pour avoir fait quelque excès de bouche ; qu'il avait trop mangé de melon, et qu'il était vieux et incommodé ; ce qui décharge d'autant la conscience du médecin. Mais je suis sûr que celui-ci n'aurait pas voulu que sa mésaventure ne fût racontée avec tant d'esprit, quoiqu'un peu à son désavantage.

Les auditeurs, ayant ri, auraient été désarmés et auraient absous le coupable.

Simplissime.

Poudre contre le chancre phagédénique. — Terrillon.

Acide pyrogallique.....	20 grammes
Poudre d'amidon.....	80 —

Mêlez avec soin. — Dans les chancres phagédéniques anfractueux avec prolongements multiples, on insuffle cette poudre, au moyen d'un soufflet, dans les profondeurs de la plaie. Les pansements sont renouvelés deux fois par jour. — La préparation employée doit être fraîche, et conservée à l'abri de l'humidité, dans un flacon bien bouché.

N. G.

Le traitement de ces productions dermoïdales est des plus simples. Si elles restent stationnaires et ne sont pas gênantes, on peut les laisser; si, au contraire, elles prennent un accroissement rapide et gênent par leur volume, il faut les enlever; cette indication devra surtout être formelle dans le cas d'irritation de l'œil, de conjonctivite par les poils qui garnissent quelquefois le dermoïde. Il vaut mieux employer le bistouri que le thermocautère, la dissection de ces petites tumeurs étant assez délicate. L'expérience a, en effet, démontré que ces tumeurs pénètrent profondément dans le tissu de la cornée ou de la sclérotique; si on pratiquait une dissection trop profonde, on serait exposé à perforer l'œil avec toutes ses conséquences de hernie de l'iris, qui compliquerait singulièrement une affection très bénigne. Dans ces conditions, lorsqu'on est bien sûr de la nature dermoïdale de la tumeur, qu'on a pu s'assurer qu'elle ne présente pas les caractères des tumeurs malignes, il suffira d'abraser la tumeur sans essayer de la détruire jusqu'à sa face profonde. Une dernière question se pose. Y a-t-il des exemples de récidive? Dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas de repullulation, tout au plus verrait-on se former quelques bourgeons saillants qu'il suffirait de réprimer. Quant au cas intéressant de M. Fuchs, de dermoïde repullulé, il est resté isolé et me semble devoir être contrôlé.

BIBLIOTHÈQUE

MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE (pathologie, symptômes, diagnostic, traitement), par J. ALTHAUS, médecin de l'hôpital des épileptiques de Londres, traduit de l'anglais par J. MORIN. — Paris; F. Savy, 1885.

Cet ouvrage ne répond pas à son titre; c'est en vain que l'on y chercherait une étude d'ensemble des maladies de la moelle épinière; il n'y est question ni des hémorrhagies, ni des tumeurs, ni des phlegmasies aiguës de cet organe, ni même de ses inflammations chroniques diffuses; l'auteur s'est proposé seulement de décrire les scléroses, et son travail, à ce point de vue restreint, est encore fort incomplet.

Que faut-il entendre par *sclérose*? « *C'est*, dit Althaus, *un processus morbide de nature irritative occupant une place intermédiaire entre l'inflammation et l'atrophie simple...* » Nous avouons que cette définition, dont on ne contestera pas la nouveauté et l'originalité, nous paraît en contradiction avec les notions que la pathologie générale nous fournit sur l'inflammation et l'atrophie; nous ne concevons point un processus intermédiaire à ces deux actes morbides.

La seule sclérose dont l'histoire soit exposée par Althaus d'une manière suffisante est celle des cordons postérieurs. On lira avec intérêt les chapitres consacrés à la pathogénie de cette affection et à la physiologie de ses symptômes, bien que les conclusions de l'auteur soient plus d'une fois contestables. Considérons, par exemple, le phénomène *ataxie*: l'auteur l'attribue à une *interruption des tractus entre les racines postérieures et les ganglions centraux du cerveau par suite d'une sclérose des cordons postérieurs*. Il est vrai que le trouble de la coordination motrice peut s'expliquer par un obstacle à la transmission des excitations centripètes, mais rien ne prouve que les ganglions cérébraux interviennent dans sa production; il est possible que tout se passe dans la moelle elle-même; d'une autre part, on n'est pas en droit de dire que la sclérose des cordons postérieurs est la cause prochaine de ce trouble sensitif, car la physiologie expérimentale démontre que ces faisceaux ne sont pas nécessaires à la transmission des sensations.

Ces citations suffisent à montrer que les vues personnelles à l'auteur ne doivent pas être acceptées sans réserves.

Nous ajouterons que l'auteur ne paraît connaître qu'imparfaitement notre littérature

©BIU Santé

médicale et qu'il lui arrive de nous prêter bien gratuitement des opinions erronées : le lecteur français apprendra ainsi, non sans étonnement, qu'il méconnaît l'importance des signes fournis par l'exploration des réflexes rotuliens chez les tabétiques.

Quoi qu'il en soit, il est toujours utile de nous tenir au courant de ce qui se publie à l'étranger et nous félicitons M. J. Morin de son excellente traduction. — H. Hallopeau.

Des affections vénériennes traitées par les eaux sulfureuses de Luchon, par le docteur Lambron; publié par le docteur Doit-Lambron, médecin consultant à Bagnères-de-Luchon. — Paris, 1884, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Ce livre a été écrit par notre regretté confrère le docteur Lambron, à la suite d'une pratique médicale de trente années dans la station de Luchon. Son neveu, le docteur Doit-Lambron, l'a mis en ordre et publié.

Après un exposé didactique de pathologie vénérienne, qui sert en quelque sorte d'introduction aux « Études et observations propres à l'auteur », celui-ci nous montre l'action des eaux de Luchon sur les syphilis compliquées, récidivantes, rebelles, etc., qui sont aggravées, révélées, améliorées tour à tour; il établit que ces eaux sont auxiliaires des médicaments spéciaux de la syphilis (mercure, iodure de potassium, arsenic), et dans un dernier chapitre intitulé : *Emploi thérapeutique des eaux sulfureuses sodiques naturelles et des médicaments antisyphilitiques*, il compare l'administration séparée des eaux sulfureuses et des médicaments spéciaux de la syphilis avec le traitement qui lui est propre, et qui consiste dans l'administration simultanée et combinée des sulfureux et des mercuriaux. Il étudie enfin, non plus seulement ce « traitement double ou sulfuro-hydrargyrique », mais le traitement triple ou « sulfuro-hydrargyro-ioduré » par l'administration simultanée des eaux sulfureuses et des mercuriaux combinés, puis de l'iodure de potassium donné à part deux heures après les précédents, au commencement des repas. — L.-G. R.

L'Épidémie cholérique de 1885.

A mesure que le choléra espagnol augmente l'étendue de ses ravages, les vaccinations anticholériques font moins parler d'elles. Et cependant, par un revirement de l'opinion officielle, M. Ferran pratique ses inoculations plus librement, et, missionnaire cholérifuge, se transporte de ville en ville pour en multiplier le nombre.

L'épidémie n'en continue pas moins de frapper les pays visités par le vaccinateur, qui prend soin de délivrer aux inoculés un certificat dont la formule mérite de prendre place dans l'histoire anecdotique du choléra en 1885. Ce document singulier est une carte qui rappelle, aux circonstances près, ces cartes de civisme des mauvais jours de la Commune. Sur le recto, on y lit les lignes suivantes :

« Numéro du registre..... M. X... s'est soumis à l'inoculation préventive contre le cho-
« léra (méthode Ferran). »

Sur le verso, d'après la *Gazette des sciences médicales de Montpellier*, on trouve, en forme d'avis, des indications constituant pour ainsi dire la profession de foi et le *credo* ferranien :

« 1° La vaccination anticholérique est basée sur des études de laboratoire; nous ne
« pouvons donc la présenter autrement au public.

« 2° Cette opération est fondée sur les principes scientifiques qui ont servi à l'émi-
« nent Pasteur pour découvrir la vaccine du charbon, du choléra des poules, du rouget
« du porc et de la rage; ces découvertes, après expériences faites, ont passé dans le
« domaine des faits positifs.

« 3° La vaccination anticholérique, pareillement aux autres vaccines, n'a pas la faculté
« d'empêcher d'une manière abolue l'attaque du mal, mais donne à espérer que l'at-
« taque sera bénigne, et il faut croire qu'elle prévient absolument un dénouement fatal
« de la maladie.

« 4° Il est à supposer que l'immunité que peut donner la vaccine anticholérique n'est
« pas d'une durée illimitée. Il en est de même pour les autres vaccines, celle de la

« petite vérole par exemple. En tout cas, la vaccine anticholérique préserve l'organisme « pendant un certain temps dont la durée n'est pas encore déterminée. Il serait bon, « par conséquent, que, en cas d'épidémie, les personnes déjà vaccinées se soumissent de « mois en mois à de nouvelles inoculations.

« 5° Attendu que la vaccination demande un certain temps pour procurer l'immu- « nité à la personne inoculée, on remarquera que toute attaque de choléra survenue « pendant les premiers cinq jours après l'inoculation se trouve en dehors de l'in- « fluence préservatrice de la vaccine, dont l'action ne peut être constatée avant l'expi- « ration de cinq journées.

« 6° L'existence d'une épidémie cholérique dans une localité quelconque ne constitue « pas un obstacle pour l'inoculation; tout au contraire, elle devient encore plus oppor- « tune, aussi bien que la vaccine, pendant les épidémies de petite vérole.

« 7° La vaccination anticholérique ne peut jamais être la cause d'une attaque de « choléra.

« 8° Aucun des moyens préservatifs, employés jusqu'à présent contre le choléra, « n'offre les garanties que donne l'inoculation préventive.

« 9° Les pauvres qui prouveront leur indigence seront vaccinés gratuitement. »

Tout se trouve donc dans ce singulier document, depuis le nom honoré de M. Pasteur jusqu'aux promesses de gratuité en faveur des indigents, toutes promesses habituelles aux déclarations de ce genre. Ces allures de prospectus peuvent satisfaire nos confrères de la presse espagnole qui nous reprochent notre froideur à l'égard de leur compatriote. De ce côté des Pyrénées, elles confirment bien, ce me semble, les préventions des médecins français contre ces vaccinations et leur réserve relativement aux vertus prophylactiques des liquides inoculés.

Il en est d'ailleurs de cela comme des cordons sanitaires. Les passes de santé qui permettent de les franchir s'obtiennent dans certaines localités moyennant la modique somme de quelques centimes. Le journal espagnol de médecine qui signale cet abus ajoute même que certains alcades les délivrent en blanc à tout demandeur.

Ce n'est pas tout ; les soldats des cordons sanitaires, appartenant au régiment de Tétuan, ont été logés dans les maisons des cholériques. Ils sont ainsi devenus les agents de véhiculation de l'épidémie qu'ils ont mission de circonscrire ! Ces faits montrent donc, une fois de plus, le danger de telles mesures soi-disants préventives.

Saragosse a été envahie le 23, la province de Tolède le 24, et celle de Terragone le 27. Du 23 au 29 la morbidité cholérique officielle totale de la péninsule s'est élevée à 5,771 cas, et la morbidité à 2,780 décès. Toutefois ces chiffres sont au-dessous de la réalité, car nombre de familles dissimulent la maladie et n'en informent pas les autorités municipales.

En diminution dans les capitaineries de Murcie et de Castellon, l'épidémie est en augmentation dans la ville et la province de Valence où on comptait 318 cas le 23, 629 le 27, et 570 le 28. Un foyer très actif, celui d'Aranjuez, menace les environs de la capitale : le 28, le nombre des cas signalés dans cette localité était de 201 et les décès s'élèvent à 70. Par contre l'épidémie reste stationnaire à Madrid.

Enfin, circonstance plus grave et qui mérite l'attention de nos autorités sanitaires maritimes dans la Méditerranée, les équipages de la flotte à Carthagène et ceux des navires ancrés dans le port de Valence sont contaminés. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. LE PRÉSIDENT prononce les paroles suivantes :

« J'ai la triste mission d'annoncer à l'Académie une nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Tresca, membre de la section de mécanique, décédé le 21 juin. M. Tresca était un de nos confrères les plus sympathiques. Sorti l'un des premiers de l'École polytechnique en 1835, c'est du côté de l'industrie qu'il tourna d'abord

son activité ; mais, quand la fortune lui devint contraire, il retourna à la science qui lui est restée toujours fidèle. C'est à elle, en effet, qu'il a dû d'occuper dans l'enseignement les hautes situations auxquelles il s'est élevé et de réunir les titres qui lui ont ouvert, en 1872, les portes de l'Académie des sciences. L'Académie perd dans M. Tresca l'un de ses membres les plus assidus et les plus actifs. »

Sur la proposition de M. le Président, l'Académie décide que la séance publique sera levée immédiatement après le dépouillement de la correspondance par M. le Secrétaire perpétuel.

M. Paul Bert communique une note *sur l'appareil du* docteur Raphaël Dubois *pour les anesthésies par les mélanges titrés de chloroforme et d'air.*

« Lorsque j'ai présenté, l'année dernière, à l'Académie les premiers résultats des chloroformisations faites sur l'homme par ma méthode des mélanges titrés de chloroforme et d'air, les principales objections qui me furent faites eurent trait au dispositif instrumental. Je me servais alors de gazomètres d'un grand volume, que l'on accusa, non sans raison, d'être trop encombrants. J'avais des reproches plus importants à leur faire : il était difficile avec eux de modifier le titrage du mélange, et leur emploi exigeait l'intervention d'un aide très attentif et très expérimenté.

« Je fis appel à l'ingéniosité des constructeurs, leur demandant d'imaginer un appareil portatif, peu fragile, facile à manier, permettant aisément les changements de titrage, mesurant les doses d'une manière très exacte et, surtout, opérant le titrage d'une façon automatique. Ce dernier point est le plus important; car, s'il faut, pour anesthésier chirurgicalement un chien, employer la dose de 10 gr. de chloroforme vaporisés dans 100 litres d'air, celle de 20 gr. le tue en cinq minutes : ce qui montre bien le danger de l'intervention de l'homme, toujours sujet à erreur. J'exigeais enfin, comme condition dernière, que tous les dérangements de l'appareil, que tous les accidents, de quelque nature qu'ils fussent, eussent pour résultat de faire respirer au patient de l'air pur, sans que jamais la dose voulue de chloroforme pût être dépassée.

« Ces diverses conditions sont parfaitement réalisées par l'appareil qu'a imaginé M. le docteur Raphaël Dubois et qu'a construit M. Tatin. Je le fais fonctionner sous les yeux de l'Académie. Il consiste en un cylindre métallique de 20 litres de capacité, percé d'un orifice sur chacune de ses bases, et dans lequel se meut, dans le sens vertical, un piston, mis en jeu par un engrenage et une manivelle. Grâce à une poulie de renvoi et à une chaîne sans fin, chaque fois que le piston monte ou descend, il entraîne dans son mouvement un petit godet, qui puise dans un récipient la quantité voulue de chloroforme et la déverse ensuite dans un vase situé sur le trajet de l'air aspiré par le piston. Il en résulte que, à chaque mouvement de celui-ci, les 20 litres d'air qu'il aspire sont titrés très exactement, et que simultanément il projette au dehors les 20 litres d'air qui ont été titrés dans la course précédente.

« Cet air arrive aux orifices respiratoires du patient par un tuyau de caoutchouc et un masque bordé d'une membrane qui assure un contact exact avec les contours du visage. Aucune soupape : en telle sorte que, si par impossible la machine ne fournissait pas l'air en quantité suffisante, le malade ne courrait aucun risque d'asphyxie, et respirerait de l'air pur à travers les larges trous du masque.

« Cet appareil a été expérimenté avec le plus grand succès, à Paris, dans les services de MM. Labbé, Lannelongue, Panas, Péan; à Bruxelles et à Gand. C'est chez M. le docteur Péan que les opérations ont été de beaucoup les plus nombreuses; elles ont atteint aujourd'hui le nombre de 400.

« On commence par donner à l'opéré la dose de 10 gr. de chloroforme pour 100 litres d'air; cependant, s'il s'agit d'un enfant, on débute par 8 gr. Par excès de prudence, s'il peut y avoir excès en telle matière, au bout d'une dizaine de minutes, l'anesthésie étant bien complète et la saturation obtenue, je fais remplacer le godet primitif par celui à 8 pour 100, auquel, si l'opération dure plus de vingt minutes, on substitue celui à 6 pour 100, qui suffit pour entretenir l'anesthésie pendant tout le temps nécessaire.

« Les résultats de ces observations déjà nombreuses ont été conformes à ce que

©BIU Santé

j'avais antérieurement annoncé à l'Académie. Je ne puis mieux faire pour les résumer que d'emprunter les expressions mêmes de M. le docteur Thiriar, professeur agrégé à l'Université de Bruxelles, qui a exécuté une hystérectomie et trois ovariotomies avec l'aide de l'appareil Dubois:

« A part le vomissement survenu au bout de quatre minutes chez une malade qui avait mangé copieusement une heure avant l'opération, rien n'est venu entraver la marche de l'anesthésie; celle-ci a été obtenue au bout de six à sept minutes. Les patientes n'ont eu aucun de ces phénomènes de toux, de suffocation ou d'angoisse, si fréquents lorsqu'on anesthésie par les procédés ordinaires. La période d'excitation a été très peu prononcée. Une fois obtenue, l'anesthésie a été continue, régulière, complète, sans aucune interruption. Le pouls est resté normal, la respiration était calme et paisible; le réveil des opérées a été calme et sans rien de remarquable.

« En résumé, nos opérées se sont trouvées placées dans des conditions extrêmement favorables, puisque nous leur avons procuré une anesthésie continue et régulière, avec une dose de chloroforme si faible qu'elle serait insuffisante pour procurer l'anesthésie complète. »

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Réal (de Paris) et de M. le docteur Velut, d'Estissac (Aube).

Souscription. — Suite de la souscription pour offrir à l'Hôtel-Dieu un buste de M. Noël Gueneau de Mussy :

M. M. Henri Huchard.....	50 francs
Labadie-Lagrave.....	50 —

Les cotisations peuvent être adressées aux membres du Comité d'initiative : MM. Féréol (8, rue des Pyramides); Fernet (28, rue de la Boëtie); Huchard (67, avenue des Champs-Elysées).

École de médecine d'Alger. — Un concours s'ouvrira le lundi 19 octobre 1885 pour une place de chef de clinique chirurgicale. Les candidats, docteurs en médecine, âgés de moins de trente-quatre ans, Français ou naturalisés Français, pourront se faire inscrire au secrétariat des Écoles d'enseignement à Alger jusqu'au 1er octobre prochain.

Un concours pour une place de chef de clinique obstétricale s'ouvrira le jeudi 22 octobre 1885. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au 15 octobre prochain au secrétariat des Écoles d'enseignement d'Alger. Les conditions d'admissibilité sont les mêmes que pour le précédent concours.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 6 juillet 1885, à 4 heures très précises, au Palais de justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour* : 1. Election de quatre membres titulaires. — 2. Election d'un membre correspondant étranger. — 3. Communication de M Daillet, pharmacien à Auxerre. — 4. M. Danet : A quelles causes attribuer la fréquence des acquittements en cour d'assises, en matière d'attentats contre les personnes. — 5. Sur un cas de monomanie lubrique. Rapport par M. Trochon, avocat, membre correspondant. — 6. Communications diverses.

Herborisation. — 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 5 juillet, dans la forêt de Montmorency.

Le départ s'effectuera de la gare du Nord à 8 heures 55, pour la station d'Ermont.

Dyspepsies. — Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez. — Exp. de MM. Archambault, Gubler, etc. (*Envoi franco échantillons.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. DEHENNE : De l'intervention chirurgicale dans la luxation du cristallin. — II. BIBLIOTHÈQUE. — III. REVUE DES JOURNAUX. — IV. Rapport sur les travaux de la Société de médecine de Paris, pendant l'année 1885. — V. SOCIÉTÉS médicales des départements. — VI. FORMULAIRE. — VII. COURRIER.

De l'intervention chirurgicale dans la luxation du cristallin.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 13 juin 1885,

Par le docteur DEHENNE.

Messieurs,

Permettez-moi de vous faire passer sous les yeux une pièce anatomique qui m'a paru devoir vous intéresser. Ce n'est pas qu'elle soit absolument rare; il s'agit de la luxation spontanée d'un cristallin siliqueux ayant amené des accidents très douloureux, pouvant agir sympathiquement, et ayant nécessité l'énucléation. Mais elle nous invite à étudier le meilleur mode d'intervention chirurgicale dans les luxations du cristallin en général. Dans une communication récente (1), je vous faisais remarquer qu'en chirurgie il fallait quelquefois sortir des sentiers battus, et savoir avec opportunité enfreindre les règles en apparence le mieux établies. Cette manière de voir me paraît s'imposer pour le cristallin luxé, qui alors devient un véritable corps étranger. Il paraît tout naturel que son extraction suffise à conjurer les accidents. C'est là une erreur. Le remède serait le plus souvent pire que le mal. J'espère vous le démontrer par la suite.

Je reviens à ma pièce anatomique, dont voici l'histoire en quelques mots :

M. X..., âgé de 65 ans, vient me consulter le 20 mai 1885. Il habite les environs de Paris, et exerce la profession de cultivateur. Sa santé générale a toujours été excellente. Il est très vigoureux. Depuis six mois, il souffre beaucoup de l'œil gauche et de toute la tête du même côté. La nuit, il y a exaspération des douleurs, d'où absence complète de sommeil. Tout mouvement de l'œil est le point de départ de crises douloureuses insupportables. Il y a augmentation de la tension du globe, qui du reste ne paraît pas enflammé. A l'éclairage latéral, on aperçoit les traces d'une iridectomie pratiquée, au dire du malade, il y a sept ans. A cette époque, il ne souffrait pas, mais, sa vue baissant journellement, on lui avait proposé une opération qu'il avait immédiatement acceptée. L'hypothèse d'un glaucome s'imposait, hypothèse justifiée par l'examen ophthalmoscopique. Derrière l'iris, on apercevait une masse blanche nacrée, ayant la forme et les dimensions d'un gros pois à surface irrégulière, se déplaçant à chaque mouvement de l'œil, sans toutefois tomber dans la chambre antérieure. Lorsqu'on forçait le regard du malade en haut, le déplacement du cristallin par en bas était tel qu'on pouvait, au-dessus de lui, parfaitement apercevoir le fond de l'œil à l'ophthalmoscope, et constater l'existence d'une papille blanche, complètement excavée et dépourvue de vaisseaux. Il n'y avait pas trace de perception lumineuse. Le malade, à grands cris, demandait à être débarrassé le plus vite possible de ses douleurs.

Le mécanisme de cette luxation avait été des plus simples. Sous l'influence des modifications circulatoires amenées par le glaucome, le cris-

(1) De la sclérotomie rétro-iridienne. (*Union médicale*, 3e série, 1885.)

©BIU Santé

tallin s'était opacifié, et de la façon spéciale qui est la caractéristique des cataractes consécutives aux affections des membranes profondes; il était devenu siliqueux, par conséquent très lourd, et avait tiraillé la zonule déjà distendue par le processus glaucomateux primitif. Le cristallin s'était donc abaissé, et, malgré la mobilité très grande dont il jouissait, il restait en contact presque permanent avec la zone dangereuse de l'œil, le corps ciliaire, ce *Noli me tangere* toujours en jeu quand il s'agit d'une affection oculaire grave. L'œil est l'organe tolérant par excellence jusqu'à la région ciliaire exclusivement. On ne saurait trop le répéter, car, dans les opérations, c'est autour d'elle que manœuvrent les instruments, et elle se révolte aussitôt qu'on la touche. Il faut savoir la respecter.

L'augmentation de tension, les douleurs, en un mot l'état glaucomateux actuel était suffisamment expliqué par l'irritation ciliaire provoquée par le cristallin luxé. Une intervention immédiate s'imposait. Fallait-il extraire le corps étranger? La logique semblait répondre oui, tandis que la clinique disait énergiquement *non*. Et c'est là que gît le paradoxe chirurgical auquel je faisais allusion en commençant. L'extraction des corps étrangers est chose banale en chirurgie générale. En chirurgie oculaire, il n'en va pas absolument de même; et voici pourquoi :

Chaque fois que j'ai vu pratiquer l'extraction d'*un cristallin luxé en arrière de l'iris*, j'ai toujours constaté l'atrophie consécutive de l'œil réduit à un moignon informe souvent dangereux, ou, bien plus souvent encore, le phlegmon de l'œil amenant des douleurs atroces, et nécessitant rapidement l'énucléation. J'ai vu faire au moins quinze tentatives de ce genre et par des chirurgiens aussi habiles qu'expérimentés, le résultat a toujours été déplorable. Au début de ma pratique, j'ai tenté cette extraction une seule fois, et je me suis promis de ne jamais recommencer. Après la section de la cornée, le corps vitré est tout prêt à sortir en masse.

Le cristallin flottant n'a aucune tendance à sortir spontanément. On est obligé d'en faire l'extraction avec une curette; il fuit devant l'instrnment. Presque toujours les manœuvres doivent être longtemps prolongées. La curette se promène dans l'œil, contusionne les bords de la cornée, froisse et déchire la région ciliaire, etc. D'où suppuration des bords de la plaie, malgré toutes les précautions antiseptiques, irido-cyclite, irido-choroïdite, atrophie du globe, phlegmon de l'œil. Je le répète, c'est une opération qui, non seulement ne me paraît pas susceptible d'un succès, mais qui toujours amène des accidents graves. Que la luxation du cristallin soit traumatique ou spontanée, *il vaut mieux*, en thèse générale, *enlever l'œil que d'essayer d'extraire le cristallin*. Heureusement on n'est pas toujours obligé d'en arriver à cette extrémité. D'abord il faut faire une exception en faveur du cristallin luxé dans la chambre antérieure. A travers une simple incision à la cornée, le cristallin sort sans effort et pour ainsi dire sans traumatisme. Il n'en est plus de même lorsque le cristallin est luxé en arrière de l'iris (1). Et ici il faut distinguer les cas où l'on n'a plus aucun service à attendre de

(1) On a voulu diviser les luxations en trois sortes : 1° Luxations dans la chambre antérieure; 2° luxations dans la chambre postérieure; 3° luxations dans le corps vitré. Pour moi, les deux dernières n'en font qu'une, et j'ai adopté la division suivante :

1° Luxation en avant de l'iris;

2° Luxation en arrière de l'iris.

D'abord l'anatomie ne reconnaît pas de chambre postérieure, et la clinique ne tient compte que de la position du cristallin en avant ou en arrière de l'iris.

© BIU Santé

l'œil malade, de ceux au contraire où, le cristallin ayant cessé d'être dangereux, l'œil peut encore être très utile. A mon sens, dans le premier cas, il n'y a pas à hésiter. Il faut énucléer. L'organe est inutile maintenant, et, dans l'avenir, il est extrêmement douloureux, et peut tout à coup devenir le point de départ d'accidents sympathiques.

Pour les raisons énoncées plus haut, il ne faut pas songer à enlever le cristallin; il n'y a donc qu'à énucléer. C'est ce que j'ai fait, du reste, au malade sujet de cette observation. Depuis son opération, il n'a plus souffert un instant; son moignon est parfait, et, avant peu, il aura un œil artificiel dont l'aspect sera certainement plus séduisant que celui de l'organe que j'ai l'honneur de vous présenter. Mais, lorsque l'œil est intact et par ses milieux et par ses membranes profondes, quelle est la conduite à suivre? Faut-il pratiquer immédiatement l'énucléation? Non, certes. Faut-il pratiquer l'extraction du cristallin luxé? Encore moins.

D'abord, *si le malade ne souffre pas, l'abstention doit être la règle*. Mais, s'il survient des douleurs vives, si la tension intra-oculaire augmente, il faut pratiquer l'opération la plus simple qui amène la détente du globe, sans lui faire courir aucune espèce de danger, j'ai nommé la *sclérotomie*. Cette opération calme immédiatement la douleur, empêche l'action de l'hypertonie sur le nerf optique, et modifiant rapidement les conditions de la circulation intra-oculaire, *peut faire abandonner au cristallin la zone dangereuse et le faire descendre dans le corps vitré*, où sa présence est beaucoup plus facilement tolérée. Si quelques jours après, les douleurs reprennent, on peut facilement pratiquer une seconde sclérotomie; mais alors, sans attendre une troisième reprise des douleurs, on peut aider à la descente du cristallin dans le corps vitré, et pratiquer l'ancienne opération de la cataracte par *réclinaison*. Si, malgré l'éloignement du cristallin de la région ciliaire, les douleurs reprenaient, il faudrait en arriver à l'énucléation. Si j'entre dans ces détails, Messieurs, c'est, que dans mes lectures comme dans mes conversations, j'ai cru remarquer que l'opinion générale était en faveur de l'extraction du cristallin luxé.

Une observation récente m'a démontré le bien-fondé des conclusions par lesquelles je termine cette note. A la fin d'avril 1885, mon excellent confrère, le docteur Poitou-Duplessy, ancien professeur de l'École de Rochefort, me demanda de voir avec lui M. X..., constructeur de voitures, qui venait de recevoir sur l'œil gauche un boulon de fer. Nous nous trouvâmes auprès du blessé le lendemain matin, seize heures environ après l'accident. Les paupières ne présentaient aucune lésion. La conjonctive était légèrement ecchymosée. La cornée était intacte, et la dilatation pupillaire, produite par l'atropine, permettait de constater très nettement l'intégrité des milieux et des membranes profondes. L'état actuel était, en somme, très satisfaisant. J'ordonnai la continuation stricte de la prescription formulée par mon confrère, je recommandai le repos absolu, et je partis en faisant des réserves sur la possibilité d'une cataracte traumatique ou d'une luxation du cristallin pouvant se produire dans les quelques jours qui suivent le traumatisme. Ce que je puis affirmer, c'est qu'au moment même de l'examen, le cristallin était absolument à sa place; j'en fis même la remarque à M. Duplessy.

Quelques jours après, je reçus un télégramme m'appelant en toute hâte auprès du blessé; malgré les recommandations faites, il avait voulu descendre à son atelier, avait fait un faux pas dans l'escalier, fort raide,

©BIU Santé

qui y menait, avait immédiatement ressenti une vive douleur dans l'œi gauche, était remonté se coucher; depuis ce moment, il n'avait pas cessé d'éprouver d'intolérables souffrances dans l'œil et dans toute la tête. Avant d'avoir revu le malade, j'avais dit à mon confrère que je croyais à une luxation du cristallin ayant amené des accidents glaucomateux par irritation de la région ciliaire, et je lui soumis le programme suivant : 1° *sclérotomie* pour lutter contre l'augmentation de la tension intra-oculaire et, par conséquent, pour calmer les douleurs; 2° en cas de récidive des accidents douloureux, *réclinaison* du cristallin luxé; 3° comme dernière ressource, *énucléation*. Et je lui expliquai comment et pourquoi je n'étais pas partisan de l'extraction du cristallin luxé. Mon diagnostic anticipé était exact. L'œil était très dur et douloureux spontanément et à la pression; le cercle périkératique était très marqué. A l'éclairage latéral, on voyait nettement le bord supérieur du cristallin divisant, en arrière de l'iris, la pupille en deux parties égales, et suivant les différents mouvements du globe de l'œil. Je pratiquai sur-le-champ une *sclérotomie*. Le malade fut immédiatement soulagé. Depuis, il n'a plus souffert; les accidents glaucomateux n'ont plus reparu. Le cristallin descend de jour en jour dans le corps vitré. S'il survenait la moindre complication, je n'hésiterais pas à *récliner*. Voici donc un malade qui a toutes les chances possibles pour conserver un œil intact, sauf l'aphakie (1), tandis que toute tentative d'extraction du cristallin luxé aurait certainement amené des accidents graves, et probablement la perte de l'organe.

Conclusions. — I. L'extraction du cristallin luxé ne doit être tentée que lorsqu'il y a luxation *en avant de l'iris*.

II. Dans toute luxation *en arrière de l'iris*, l'extraction ne doit pas être tentée.

III. Si le malade ne souffre pas, il faut s'abstenir de toute intervention.

IV. S'il se déclare des *accidents glaucomateux*, deux cas sont à distinguer :

1° *Toute perception lumineuse est abolie*. Il faut *énucléer;*

2° *Les milieux et les membranes profondes sont intacts*. il faut d'abord pratiquer une *sclérotomie*.

Si les accidents se répètent, *éloigner le cristallin de la zone dangereuse de l'œil* et, en dernier lieu, *énucléer*.

BIBLIOTHÈQUE

DE LA BRONCHO-PNEUMONIE DANS LA DIPHTHÉRIE, par le docteur F. John DARIER, ancien interne lauréat des hôpitaux, répétiteur au laboratoire d'histologie du Collège de France. Paris ; Delahaye et Lecrosnier, 1885.

Interne de M. le docteur Cadet de Cassicourt à l'hôpital Trousseau et histologiste exercé, l'auteur de ce travail avait recueilli des matériaux précieux et possédait l'habileté nécessaire pour en tirer parti.

La partie clinique de son travail aboutit aux conclusions suivantes :

La broncho-pneumonie est une des complications les plus fréquentes de la diphthérie, et la localisation laryngée des fausses membranes prédispose beaucoup plus que l'angine pure à l'envahissement du poumon. Ses causes sont multiples : en dehors de l'intoxi-

(1) Absence de cristallin.

©BIU Santé

cation générale, le jeune âge, la faiblesse constitutionnelle des sujets, les coïncidences morbides (le croup, la rougeole en première ligne), les causes dites banales (froid, etc.), enfin la trachéotomie et le séjour prolongé de la canule jouent un certain rôle et peuvent provoquer son apparition. — La broncho-pneumonie survient généralement du deuxième au sixième jour. Les symptômes généraux sont plus importants que les signes physiques pour le diagnostic. Le pronostic est d'autant plus grave que la complication est apparue plus tôt.

Les lésions anatomiques de la broncho-pneumonie diphthérique se caractérisent souvent par la prédominance de certaines lésions élémentaires : abondance de la fibrine, foyers hémorrhagiques.

Dans presque tous les cas on trouve dans les poumons des MICRO-ORGANISMES, appartenant à *deux formes :* 1° des *micrococcus* sphériques ou ovalaires qui souvent se disposent en chaînette ; — 2° des *bacilles* semblables à ceux que l'on trouve dans tous les produits pseudo-membraneux de la diphthérie.

En se fondant sur l'abondance et le mode de distribution de ces organismes dans les lobules enflammés, on peut, d'après M. Darier, émettre l'hypothèse suivante sur leur signification pathogénique.

Les bacilles spécifiques de la diphthérie, transportés au sein des alvéoles pulmonaires, soit de proche en proche par l'extension des fausses membranes, soit par les efforts du tirage qui les entraîne, y font naître une inflammation. — Les microcoques, trouvant dans les produits de cette inflammation un terrain favorable, s'y multiplient et provoquent par leur présence la suppuration du lobule.

On doit en outre avoir égard à l'influence de l'intoxication générale, de la toxémie, qui est indiscutable, au moins pour certains cas. M. Darier n'a obtenu, il est vrai, comme les autres auteurs, que des résultats négatifs, toutes les fois qu'il a recherché les micro-organismes dans le sang des diphthériques. Mais la science possède des exemples bien constatés d'organismes pathogènes qui, dans certains milieux et dans certaines conditions, affectent une forme sporulaire sous laquelle ils sont presque insaisissables. D'ailleurs, les organismes inférieurs pouvant sécréter des substances toxiques, c'est peut-être une lésion chimique du sang qui constitue la toxémie diphthérique.

La partie anatomo-pathologique et microbiologique du travail de M. Darier est vraiment bien intéressante. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

De la chirurgie des reins, par le docteur Henry MORRIS. — Dans un travail lu à la Société médicale de Londres, cet auteur admet l'utilité de certaines opérations telles que la néphrotomie, la néphro-lithotomie et la néphrectomie. Avant de procéder à l'exploration chirurgicale du rein, il y a deux points à fixer. Il faut d'abord qu'on reconnaisse l'existence des symptômes qui caractérisent la présence d'un calcul; ensuite, il faut que ces symptômes aient résisté à tous les traitements médicaux. Ces symptômes caractéristiques sont : la douleur particulière de la colique néphrétique, la présence de sang et du pus dans l'urine, la fréquence des mictions.

L'absence de tous ces symptômes n'est cependant pas toujours la preuve de l'absence d'un calcul. Il y a des états pathologiques du rein qui simulent la présence d'une pierre et que la néphro-lithotomie améliore assez souvent. Telle est, par exemple, la mobilité excessive du rein à laquelle cette opération remédie par la production d'exsudats inflammatoires qui fixent l'organe. Dans d'autres cas, la section de quelques nerfs voisins calme les douleurs. D'autre part, un calcul peut exister et échapper à toute recherche. Il y a une certaine analogie entre les symptômes de la pierre et ceux que détermine une urine acide. Dans ces cas, la diathèse goutteuse peut exister, et bien qu'il n'y ait pas de douleur réelle, il existe cependant de la sensibilité dans les testicules. Dans ces cas, le traitement alcalin est sans rival.

L'auteur établit ensuite les propositions suivantes : 1. Bien que l'hématurie, jointe à

©BIU Santé

la fréquence des mictions et à une petite quantité de pus dans l'urine, constitue, en l'absence d'une maladie des voies urinaires inférieures, une forte présomption en faveur d'un calcul rénal, l'existence d'une douleur unilatérale des lombes, de l'aine ou du testicule, est cependant nécessaire pour justifier une exploration chirurgicale par la voie lombaire. 2. La douleur seule, lorsqu'elle est persistante ou qu'elle présente de fréquents paroxysmes, lorsqu'elle provoque des nausées et des sueurs, et qu'elle est sujette à des exacerbations au milieu d'un repos absolu, justifie l'exploration lombaire; il en est de même s'il y a eu des hématuries sans pus, ou des traces de pus sans hématuries, avec douleur unilatérale et si le traitement alcalin a échoué. 3. Lorsque ces symptômes se présentent chez des individus dont l'urine est acide, qui ont une tendance goutteuse, ou qui mènent une vie sédentaire, le traitement alcalin doit être longtemps continué avant d'en venir à l'incision exploratrice. 4. Lorsque l'alcalinité de l'urine est due au carbonate d'ammoniaque et non à un principe alcalin fixe, il faut essayer le traitement alcalin en se basant sur ce fait qu'un excès d'acidité de l'urine, lorsqu'elle est sécrétée, peut, en irritant la muqueuse vésicale, produire l'alcalinité que l'on observe au moment de l'émission. 5. Dans certaines circonstances, la recherche d'un calcul dans l'un des reins ou dans tous les deux, au moyen d'une exploration abdominale, est justifiable. 6. Si les symptômes sont dus à un rein strumeux et non calculeux, l'incision lombaire peut procurer du soulagement, en donnant issue au pus qui se trouvait retenu. 7. Dans certaines circonstances, l'exploration digitale de la vessie à la recherche d'un calcul de l'uretère doit être faite, et si l'on trouve une pierre dans l'orifice vésical, il faut l'enlever. 8. L'ablation d'un calcul arrêté dans l'uretère par l'uretérotomie intra-péritonéale est chose faisable et dans certains cas doit être pratiquée. 9. L'exploration du rein ne doit être considérée comme complète que lorsque l'incision de son parenchyme a permis un examen complet des calices. La néphrectomie ne doit être entreprise que lorsque l'incision du rein ou l'exploration digitale de la vessie n'ont pu faire découvrir le calcul. 10. On pratiquera l'examen de la vessie avant de recourir à le néphrectomie pour les tumeurs hydronéphrétiques et pyonéphrétiques. 11. La pierre située dans un rein peut provoquer de la douleur et de l'irritation dans le rein opposé; cependant, lorsque la douleur est violente, le chirurgien doit pratiquer une exploration. 12. L'expérience a montré qu'après une exploration par la voie lombaire, le malade doit être couché sur le dos, et une compresse bien ajustée sur l'abdomen au niveau de l'organe exploré, car le rein a une tendance à se déplacer, ce qui retarde la cicatrisation de la plaie.

L'auteur rejette la néphrectomie dans les cas de reins flottants. Dans les cas de plaie, si les symptômes sont bien marqués et la situation grave, il convient de faire une incision au niveau du rein et de pratiquer suivant les circonstances le drainage ou la néphrectomie. Si l'on n'a pas pratiqué la néphrectomie primitive, et si la suppuration est profuse et se prolonge, on fera la néphrectomie secondaire. Si des caillots remplissent la vessie ou obstruent l'urèthre, on aura recours à l'uréthrotomie médiane ou à la prostatotomie latérale. Dans le cancer du rein, la néphrectomie n'est guère justifiable.

La néphrotomie peut soulager ou même enrayer les progrès de l'affection strumeuse. La néphrectomie est contre-indiquée dans le cas de tuberculose généralisée. Mais si le mal est limité à un rein et s'il y a danger d'épuisement, par suite de suppuration, la néphrectomie sera pratiquée avec avantage, quand la néphrotomie aura échoué. Dans les cas de tumeurs kystiques du rein, on n'aura recours à la néphrectomie que si la tumeur est d'un volume considérable et réduite à une simple paroi kystique; et encore devra-t-elle être précédée de la ponction et de la néphrotomie.

Une simple ponction ou une série de ponctions ont pu guérir des tumeurs hydronéphrétiques. L'auteur est d'avis que, dès qu'une tumeur atteint une volume incommode, il faut faire une incision à son niveau, la ponctionner, la vider, l'inciser et suturer ses bords aux lèvres de la plaie. S'il reste une fistule, la question de la néphrectomie se pose, et c'est sur la nature du liquide épanché qu'on se basera pour prendre une détermination. Si le rein fonctionne normalement et sécrète plusieurs onces d'urine par jour,

©BIU Santé

on s'abstiendra, en vertu de ce principe qu'un rein et une portion de rein offrent plus de sécurité qu'un rein unique.

La discussion qui a suivi la lecture de ce travail n'a rien ajouté à ce que l'on sait déjà sur ce sujet. Maintenant c'est du temps et de l'expérience que cette branche de la hirurgie doit attendre le progrès. (*The Lancet*, 14 février 1885.) — M. D. D.

Rapport sur les travaux de la Société de médecine de Paris, pendant l'année 1884 (1)

Par le docteur Henri Thorens, secrétaire général.

MALADIES DES ORGANES ABDOMINAUX.

Les maladies du foie ont donné lieu à deux communications importantes. M. Thevenot a étudié les crises de coliques hépatiques provoquées par des coliques utérines.

Nous savons que les coliques hépatiques, deux fois plus fréquentes au moins chez la femme que chez l'homme, coïncident en général avec les principales époques de la vie sexuelle physiologique : menstruation, grossesse, accouchement, allaitement. M. Thevenot nous a relaté des coïncidences semblables à l'état pathologique et nous a montré dans ses observations : une dysménorrhée provoquant des coliques hépatiques et réciproquement un accès de colique hépatique déterminant un commencement d'avortement. Il a apporté ainsi un contingent sérieux à l'étude encore à approfondir des connexions pathologiques du foie et de l'utérus.

M. Cyr nous a parlé d'une opération nouvelle pratiquée jusqu'ici à l'étranger, la cholécystotomie, la taille de la vésicule biliaire. Voici les conclusions du travail critique de M. Cyr :

1° Etant donné que la tumeur biliaire, c'est-à-dire la tumeur due à la distension de la vésicule par rétention biliaire consécutive à l'obstruction des canaux excréteurs, donne souvent lieu, quand elle est abandonnée à elle-même ou qu'on n'intervient que très tard, à des complications fort graves, et que ces complications parfois mortelles peuvent être évitées par une intervention plus hâtive, il y a indication d'avoir recours à la cholécystotomie, surtout quand on a affaire à une obstruction d'origine calculeuse, parce qu'en parant aux dangers prochains cette opération peut permettre de faire disparaître la cause de l'obstruction.

2° Quand la rétention biliaire a une autre source, la cholécystotomie est moins indiquée et ses avantages sont assez discutables. Une ponction exploratrice de la vésicule avec un trocart capillaire pourrait, tout en n'offrant pas de dangers sérieux, aider beaucoup à préciser le diagnostic.

3° L'ictère chronique, sans ectasie manifeste des voies biliaires, ne nous paraît pas, même quand on a tout lieu de le considérer comme d'origine calculeuse, constituer un danger assez grave pour légitimer la cholécystotomie, surtout en raison des conditions opératoires défavorables que crée l'ictère en général.

4° Bien que la violence trop grande et la répétition trop fréquente des crises de colique hépatique puissent amener des accidents très graves, nous croyons qu'on ne saurait voir là une indication de la cholécystotomie, à moins de danger imminent et à condition que l'état général du sujet soit satisfaisant.

5° Enfin, l'opération de la cholécystotomie n'offre par elle-même que très peu de difficultés; mais il ne faut pas s'attendre à ce qu'elle ait toujours pour résultat, même quand il s'agit d'obstruction calculeuse, de débarrasser les voies biliaires et de rétablir le cours normal de la bile.

M. Godlewski (de Neuilly), membre correspondant, nous a communiqué, sous le nom de pseudo-cancer de l'estomac, l'observation d'un abcès de la région épigastrique, qui avait été pris pour un cancer et disparut à la suite de l'évacuation d'une grande quantité de pus dans les selles.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 21 juin 1885.

©BIU Santé

Dans la discussion qui suivit cette présentation, plusieurs de nos collègues rapportèrent des exemples d'erreurs semblables, notamment de tumeurs stercorales prises pour des masses cancéreuses et tuberculeuses.

M. Christian nous a présenté une série de corps étrangers trouvés dans le larynx d'un aliéné, où ils s'étaient amassés dans l'espace sus-glottique, et là avaient amené la mort par asphyxie lente sans aucun phénomène d'angoisses de toux, sans asphyxie aiguë, rien qui pût faire croire à une lésion laryngée et indiquer une trachéotomie.

Au sujet de cette opération, rappelons que M. Jacolot (de Lorient) nous a présenté l'instrument ingénieux dont il est l'inventeur, et qui semble permettre de supprimer le temps toujours dangereux de la dilatation, et s'applique surtout à la laryngotomie cricoïdienne ou intercrico-thyroïdienne.

Nous avons dû à notre président, M. Polaillon, plusieurs observations chirurgicales intéressantes.

Vous vous rappelez cette pièce provenant d'un enfant atteint par un coup de revolver dans la région épigastrique, entre l'appendice xyphoïde et le rebord des cartilages costaux. Embolie pulmonaire, puis des phénomènes d'hydropéricardite, avec clapotement et tintement métallique ; la mort survint par pleuro-pneumonie. A l'autopsie, on trouva que la balle avait percé de bas en haut, pénétré à la partie inférieure du péricarde, glissé sur la face antérieure du cœur sans le blesser, était sortie du péricarde au voisinage de l'oreillette gauche, avait cheminé entre les vaisseaux de la base du cœur jusqu'au voisinage de l'oreillette droite où l'on perdait sa trace.

Il est difficile de résoudre autrement que par des hypothèses les phénomènes morbides qui se sont succédé chez cet enfant, et la plus plausible est celle qu'a adoptée M. Polaillon ; la balle aurait pénétré d'emblée dans l'oreillette droite, se serait déplacée le sixième jour, d'où les phénomènes de syncope, et serait tombée dans la veine cave inférieure où son propre poids l'avait entraînée vers les régions supérieures du vaisseau. Malheureusement la recherche n'en fut pas possible. Le séjour de la balle dans l'oreillette droite ou dans la veine cave impliquerait d'ailleurs parfaitement la production de la pneumonie mortelle, par suite d'embolies.

A l'occasion de cette présentation, un de nos vénérés doyens, M. Forget, nous a fait part d'une observation de plaie grave de la poitrine par arme à feu, terminée par guérison, renfermant des détails très intéressants et qu'il avait rencontrée au début de sa carrière.

Nous avons dû aussi à M. Polaillon une observation d'une tumeur rare, un petit kyste dermoïde de la face palmaire de la main.

Il nous a de plus achevé l'histoire d'un malade dont M. Charpentier nous avait entretenus l'an dernier ; c'est le sujet qui avait été atteint d'une névrite sciatique produite par une injection interstitielle d'éther ; ce malade est entré à l'hôpital de la Pitié, atteint de mal perforant siégeant au talon du côté où le sciatique a été blessé. Cet exemple bien net d'un mal perforant d'origine nerveuse est en même temps un avertissement pour le médecin ; on abandonne trop facilement à des mains inexpérimentées le soin de pratiquer des injections hypodermiques, alors que le manuel opératoire seul demande assez de précautions pour ne devoir être confié qu'à une personne compétente.

M. Charpentier nous a présenté deux malades atteints tous deux du *doigt à ressort*, l'un du pouce, l'autre de l'annulaire. C'étaient deux cas d'une affection assez rare, ou souvent méconnue, comme le croit M. Charpentier.

J'ai eu moi-même à vous présenter un mémoire sur la *tarsalgie*. En abordant ce sujet toujours controversé, j'ai cherché, en me guidant surtout sur les travaux de Duchenne (de Boulogne), à bien établir l'origine musculaire de ces déformations variées, l'impotence fonctionnelle primitive de certains muscles, variant suivant les cas, et le rôle secondaire de la contracture.

Les maladies des voies urinaires ont occupé plusieurs de nos séances, et nous avons dû à nos éminents collègues des communications suivies de discussions instructives sur des points importants de pratique.

M. Delefosse a apporté l'histoire de deux calculeux qu'il a pu mettre comme en antithèse : l'un était diabétique ancien, atteint d'une grosse pierre phosphatique dont M. Delefosse attribue la formation en grande partie à l'usage d'une eau séléniteuse; l'autre était atteint de deux petits calculs uriques, à urines purulentes, à vessie intolérante. Notre confrère a discuté devant vous le traitement qu'il avait suivi dans l'un et l'autre cas, lithotritie dans le premier, en trois séances; dans le second, l'impossibilité d'anesthésier le malade ayant empêché la lithotritie rapide, la taille médio-bilatérale.

M. Dubuc a lu une observation d'uréthrotomie interne. Il s'agissait d'un homme atteint de rétrécissement très dur et très serré, avec incontinence d'urine nocturne et diurne très prononcée, et auquel notre confrère pratiqua l'uréthrotomie.

Cette communication fut suivie d'une discussion entre MM. Dubuc, Reliquet et Richelot sur la nécessité de vider non complètement la vessie dans les cas de rétention, suivant qu'on a affaire à des rétrécis de l'urèthre et à des malades de la prostate.

M. Reliquet a présenté un cas de fistule uréthro-prostatique périnéale et rectale. Chez un jeune homme soupçonné de tuberculose existe, en arrière de la prostate, un vaste cloaque communiquant à travers la prostate, d'un côté avec l'urèthre, de l'autre avec le rectum; l'urine y pénètre dès que le malade urine sans sonde; les matières fécales y passent constamment. M. Reliquet se résout à faire largement l'opération de la fistule à l'anus, en sectionnant avec le constricteur la paroi rectale et le pont cutané sous-jacent; puis, pendant la cicatrisation de cette vaste plaie, il impose au malade l'obligation de ne jamais uriner sans sonde et de garder le séjour au lit en observant un régime propre à le faire engraisser. Malgré des rechutes dues à des écarts de régime, la guérison fut complète en quatre mois.

Les guérisons du phlegmon périprostatique sont rares; et pour quelques succès on compte bien des revers. M. Reliquet attribue sa réussite à ce que le phlegmon initial s'est surtout développé du côté du rectum; la fistule uréthro-prostatique ne s'est produite que consécutivement; la liberté de l'urèthre et le bon état de la vessie, l'absence d'excavations prostatiques uréthrales ont permis de remplir la première indication du traitement, empêcher l'urine de passer dans le traitement fistuleux.

Enfin, dans notre dernière séance, nous avons dû à M. Bouloumié l'histoire curieuse d'un enfant de 12 ans atteint depuis plusieurs années, à la suite d'une scarlatine compliquée de rhumatisme, de symptômes de pyélo-néphrite, avec quelques phénomènes bénins de colique néphrétique, et guérissant sous l'influence combinée du traitement hydro-minéral, de l'exercice corporel et du régime reconstituant.

Nous n'avons eu que peu de travaux de *gynécologie*, et aucun d'obstétrique. M. Apostoli nous a lu un mémoire sur la faradisation utérine double, dans lequel, avec l'ardeur que lui donnent ses convictions, il réfutait les critiques dont son procédé a été l'objet. Après une nouvelle discussion de M. Thevenot et une réponse de M. Apostoli, la Société a regardé la question comme close.

M. Apostoli nous a présenté, en outre, un fait de pessaire conservé en place pendant six ans; MM. de Beauvais et Richelot ont rapporté des faits analogues de pessaires portés pendant plusieurs années.

CHOLÉRA.

Les menaces d'invasion et finalement l'éclosion du choléra devaient mettre la question de cette épidémie et de son origine à l'ordre du jour de notre Société, comme à celui de toutes les Sociétés médicales.

La discussion fut ouverte à l'occasion d'un mémoire de M. Duboué, de Pau, sur la physiologie pathologique et le traitement du choléra. Notre honorable correspondant attribuait le choléra à une desquamation de toutes les surfaces épithéliales et endothéliales, muqueuses, séreuses, endothélium vasculaire; d'où filtration dans l'intestin du sérum sanguin, perte de liquide, apparition de la période algide. Le traitement devait consister, conformément à cette conception théorique, en l'administration d'un tonique des épithéliums, le tannin à doses faibles comme prophylactique, à doses triplées

©BIU Santé

ou quadruplées dans la période diarrhéique, en injections veineuses dans la période algide.

Le mémoire fut le point de départ d'une discussion au cours de laquelle M. Besnier nous rappela, dans un exposé clair et précis, les principales formes classiques du choléra.

La questions revint dans plusieurs de nos séances, portant surtout sur l'origine et la pathogénique du choléra, et vous avez le souvenir de l'ardeur avec laquelle M. Abadie défendait devant vous les théories microbiologiques.

La Société n'a pas cru devoir adopter de conclusions, et je n'ai pas, en historiographe impartial, à en enregistrer. Toutefois, ne pourrait-on essayer de préciser la situation actuelle où se trouvent les théories médicales. Elles traversent, et cela est leur sort perpétuel, une phase d'évolution. Certes les découvertes microbiologiques récentes, la panspermie, le mécanisme des fermentations, la découverte de corpuscules vivants se trouvant d'une manière caractéristique dans les organes des individus atteints de certaines maladies, la transmissibilité de ces maladies par l'inoculation de ces parasites démontrée, tous ces grands faits n'ont pu s'établir sans ébranler profondément les anciennes conceptions pathogéniques. Les progrès de la science expérimentale ont commencé à établir d'une manière plus positive certaines conceptions qui n'étaient encore qu'à l'état d'hypothèses ou même de rêveries ; malheureusement, l'esprit humain va souvent plus vite dans ses déductions que ne le lui permettent les faits qu'il a constatés. L'on oublie trop souvent la méthode de la science expérimentale qu'a si bien décrite Cl. Bernard, le déterminisme; on ne tient pas compte de ce principe, qu'un fait est toujours vrai, qu'une expérience est toujours vraie et doit toujours se répéter de même, mais à condition d'être exécutée dans les mêmes circonstances de milieu. On entrevoit trop vite des généralités; les élèves dépassent le maître, et bientôt des esprits hardis et aventureux s'emparent de quelque parcelle de vérité pour vouloir en éclairer comme d'un nouveau jour toutes les obscurités de la pathologie.

Ne sont-ce pas les plus grands obstacles au succès des nouvelles doctrines et ne viennent-il pas souvent de la part d'apôtres trop ardents.

Quoi qu'il en soit, l'édifice médical, la pratique clinique n'a rien à redouter de cette évolution. Ne reprochait-on pas autrefois aux anatomo-pathologistes de réduire la médecine à une simple histoire naturelle ? Les observations de nos anciens, qui ne connaissaient pas la microbiologie, quand elles ont été recueillies sans esprit préconçu n'en resteront pas moins éternellement vraies, et la découverte d'un microbe, voire de celui du tubercule ou même du rhumatisme, ne modifiera en rien la signification du râle cavernuleux ou d'un souffle du cœur.

La médecine n'a à se défier d'aucune découverte faite dans l'ordre biologique, mais bien des hypothèses prématurées et des généralisations hasardées. Grâce aux découvertes microbiennes, nous pouvons remplacer les abstractions que cachaient les mots de virus et de miasmes par le fait l'existence d'organismes concrets ; la question du mécanisme de la contagion commence à s'éclairer, et nous pouvons déjà opposer à certaines maladies une prophylaxie efficace, ne serait-ce que l'antisepsie chirurgicale.

Messieurs,

Je viens de vous rendre compte des travaux de notre Société en 1884.

Vous avez pu voir que plusieurs travaux de valeur réelle vous ont été soumis, que parmi les observations et les discussions qui les ont suivies, il en est qui ont droit de rester dans la littérature médicale. Nous avons fait notre possible pour amener une publication rapide, et si de ce chef on a pu encore constater quelques défauts, nous nous efforcerons de les réparer.

Mais pour arriver à ce résultat, pour maintenir notre Société, la plus ancienne des Sociétés médicales de Paris, au rang qu'elle a tenu jusqu'à présent, il nous faut le concours de vous tous. Apportez-nous des travaux, des observations, cherchons des questions à mettre à l'ordre du jour pour en faire le sujet d'une discussion réglée ; nous avons des places vacantes, amenez-nous des travailleurs, efforçons-nous tous ensemble de maintenir sous son ancien renom notre vieille Société, qui s'est toujours fait un titre reconnu de son indépendance scientifique et de son honorabilité professionnelle.

©BIU Santé

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT LE QUATRIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1884.

La thérapeutique des maladies des os et des articulations revient souvent à l'ordre du jour de cette Société. Comment s'en étonner après les travaux et la haute compétence chirurgicale d'un certain nombre de ses membres éminents ? C'est assez dire que la communication actuelle de M. Ollier aura place parmi les meilleures. Elle a pour objet : *De l'arthrotomie et des diverses opérations conservatrices dans les ostéo-arthrites suppurées.*

Ces opérations sont l'arthrotomie, l'abrasion, l'évidement et la cautérisation intra-articulaires, qui sont avantageuses dans les ostéo-arthrites superficielles, circonscrites et récentes, surtout avec les procédés de la méthode antiseptique. Il est vrai que c'est seulement après l'ouverture de l'articulation qu'on peut juger de l'étendue de l'intervention opératoire ; considération importante, pour l'auteur, puisque la présence des tubercules intra-osseux n'est pas toujours de diagnostic aisé.

Au point de vue de la marche de la tuberculose, quelle est l'influence « de ces opérations économiques » ? — L'autoinoculation est un danger incontestable, mais dont on ne doit pas exagérer la gravité ? Dans les formes graves de la tuberculose, M. Ollier, redoute les abrasions incomplètes, et les destructions insuffisantes des tissus morbides. Il préfère alors les résections, permettant d'enlever largement les tissus suspects.

En résumé, dit-il — « tout en recommandant toujours et plus que jamais les opéra-« tions conservatrices dans les ostéo-arthrites suppurées... on ferait fausse route si « l'on s'imaginait que l'arthrotomie et les abrasions ou les raclages sont efficacement « applicables à la généralité de ces ostéo-arthrites. »

Au reste, ici, comme dans l'appréciation de l'opportunité chirurgicale, l'analyse clinique donne raison des différences du résultat final. Il faut donc modifier le terrain opératoire, et, si le traitement chirurgical est d'importance, ne pas oublier qu'il a le traitement médical pour indispensable auxiliaire.

Voici une autre communication qui fait honneur à l'habilité des chirurgiens lyonnais : il s'agit de *l'ablation d'un volumineux anévrysme de l'artère poplitée ;* opération pratiquée heureusement par M. Pollosson et Daniel Mollière : L'artère fut liée au-dessus et au-dessous de la tumeur, celle-ci fut disséquée, mais on n'ouvrit pas le sac comme dans l'opération d'Antyllus. L'emploi de la méthode antiseptique et de la bande d'Esmarch en assura le succès.

Sous un titre qui surprendra peut-être des esprits superficiels, M. Teissier a lu une note sur les *crises d'épilepsie se rattachant à l'arthritisme.* Elle était motivée par cinq observations de malades exempts d'antécédents héréditaires, mais arthritiques, dont les crises épileptiques débutèrent soudainement et qui guérirent définitivement. M. Teissier en conclut que l'arthritisme doit être mis au nombre des facteurs pathogènes de l'épilepsie ; qu'il faut rechercher cette diathèse dans l'histoire des malades et que son existence permettra d'atténuer la sévérité du pronostic.

Nul besoin n'est d'insister sur la valeur diagnostique de ce signe, valeur assurément importante, si un grand nombre de faits la confirmait. Le rôle de l'arthritisme dans les affections nerveuses est établi pour beaucoup d'observateurs et à ce point de vue les conclusions de M. Teissier sont de réelle vraisemblance et méritent vérification clinique.

Un mémoire d'hygiène publique de M. Clément sur la *largeur des rues* dans les grandes villes a été l'objet d'un débat entre MM. Ferrand, Rollet, Diday, Gayet et Delore.

Dans ce travail, l'auteur avait voulu établir la nécessité d'une bonne ventilation, d'un bon éclairage par la lumière diffuse et d'une insolation des rues suffisante en hiver. Pour obtenir cet éclairage, il montre que le rayon lumineux, passant au-dessus des toits de la facade opposée, doit tomber au seuil du rez-de-chaussée sous un angle maximum de 45 degrés. Conséquemment la largeur de la rue doit être égale à la hauteur des maisons.

De plus l'insolation sera suffisante, seulement quand elle durera deux ou trois heures

©BIU Santé

Dans ces conditions, la première condition est remplie ; et la salubrité de l'atmosphère urbaine assurée, pourvu toutefois que les cours intérieures soient rectangulaires et d'une largeur au moins égale à la hauteur des maisons riveraines. Ces conclusions étaient sages, elles devaient réunir l'adhésion des membres de la Société de médecine. Au reste, il en fut ainsi : c'était justice et on ne saurait trop louer cette intervention indirecte de ce corps savant auprès des édiles lyonnais qui ont le devoir d'écouter ces sages conseils.

En terminant, je mentionne encore une savante communication d'un de nos hydropathes les plus distingués, M. Debout-d'Estrées : sur les *anomalies de la goutte*. Son travail est d'une délicate observation clinique. — C. L. D.

FORMULAIRE

Solution contre les plaies phagédéniques, les chancres et les ulcères variqueux

Résorcine.....	1 gramme
Eau distillée.....	100 —

Faites dissoudre. — Cette solution appliquée sur les plaies phagédéniques avec suppuration abondante, calme les douleurs, diminue et tarit les sécrétions. Les surfaces atoniques des ulcères variqueux deviennent rosées, l'odeur disparaît et la cicatrisation commence sur les bords de la plaie. — MM. Leblond et Fissiaux ont appliqué la résorcine au traitement du chancre non infectant ; tous les deux ou trois jours, ils touchent l'ulcère avec un pinceau imbibé d'une solution de résorcine au 5 millièmes. — N. G.

COURRIER

Concours. — Le concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de M. Doléris.

Société française de tempérance. — Le Conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 5 mai 1885, a décidé :

1° Que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours ;

2° Que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

La Société ne met au concours aucune question spéciale pour l'année 1886, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur la question suivante :

Étudier sur un point déterminé du territoire français (commune, canton ou département) l'influence de la loi du 17 juillet 1880, d'un côté sur le nombre des débits de boissons et de l'autre sur le chiffre des condamnations pour ivresse publique, des morts accidentelles déterminées par les excès de boisson, des folies et des suicides de cause alcoolique.

Une somme de 1,000 francs sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés.

Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier 1886.

Pour l'année 1887, la Société met au concours la question suivante :

Le *Livre des mères ;* manuel à l'usage des femmes désireuses de préserver leur famille de l'alcoolisme et de l'ivrognerie.

Montant du prix : 1,000 fr.

Le concours pour ce prix spécial ne sera clos que le 31 décembre 1886.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Ch. Eloy : Le diagnostic pathogénique des sclérodermies. — II. Bibliothèque. — III. L'Epidémie cholérique de 1885. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Courrier.

Revue de clinique médicale des hôpitaux

LE DIAGNOSTIC PATHOGÉNIQUE DES SCLÉRODERMIES

Hôpital Bichat. — (Service de M. Henri Huchard.)

Sclérodermie des régions sus-diaphragmatiques du corps. — Sclérodactylie. — Momification faciale. — Cuirasse sclérodermique périthoracique. — Diagnostic des lésions tégumentaires. — Diagnostic étiologique. — Sclérodermies diathésiques, cachectiques, menstruelles, rhumatismales et tropho-névrotiques. — La cirrhose tégumentaire et ses obscurités pathogéniques. — Indications thérapeutiques.

Le lit n° 17 de la salle Récamier, dans le service de M. Henri Huchard, à l'hôpital Bichat, est actuellement occupé par une femme de 27 ans, qui est atteinte de profondes modifications cutanées des régions sus-diaphragmatiques du corps.

A l'œil et au doigt ces lésions ont les caractères de ces dermatoses qui, incertaines dans leur pathogénie et obscures par leur anatomie pathologique, portent les noms divers de chorionitis, de sclérémie partielle, de sclérème des adultes, de sclérodermie, après avoir reçu naguère d'Alibert, leur premier monographe, les désignations pittoresques, mais éphémères, de scrofule momie et de momie rhumatismale.

A la coloration près, le visage de cette femme rappelle bien, en effet, le facies immobile d'une momie. C'est un masque de cire ou de marbre, aux traits pour ainsi dire congelés et figés. Ses narines, ses paupières et ses lèvres sont amincis; les orifices qu'elles limitent, rétrécies, et à la lèvre supérieure cette rétraction est telle que cet organe semble disparu.

Au cou, la peau est moins altérée, et ses modifications consistent surtout en macules pigmentaires, d'apparence vitiligineuse. Sur le thorax elle est parcheminée en forme de cuirasse depuis la région claviculaire jusqu'à la ceinture. Seuls, les téguments des glandes mammaires conservent encore leur souplesse.

Les altérations cutanées des membres supérieurs datent d'une époque antérieure. Elles sont bilatérales ; par leur tension, leur amincissement, leur transparence et l'effacement des plis cutanés, elles donnent aux régions carpiennes et métacarpiennes l'aspect d'une main gantée. Sur les doigts, ces altérations sont encore plus profondes ; elles s'étendent au delà des téguments : à preuve, l'effilement des phalanges et l'atrophie de leur charpente osseuse.

Ce n'est pas tout : ces déformations ont des conséquences physiologiques : la gêne des mouvements, la demi-flexion des doigts, l'impossibilité de leur extension, enfin une attitude non sans analogie avec la griffe palmaire.

A ces troubles trophiques s'ajoute une gêne circulatoire se traduisant au toucher par le refroidissement des extrémités digitales, et à la vue par la coloration cyanique de leurs tissus périarticulaires. Les éléments du système cutané ne sont pas tous également atteints. La sensibilité persiste, bien que diminuée : le développement des poils est normal, et les fonctions

©BIU Santé

sudoripares conservent une activité, atténuée sans doute, mais néanmoins encore très manifeste.

Topographiquement cette dermatose possède une disposition nettement symétrique, et se confine sur la moitié supérieure du corps. Par contre on n'en découvre aucune trace ni sur l'abdomen, ni sur les membres inférieurs.

En résumé, de par les signes physiques et la répartition topographique de ces lésions, M. H. Huchard en formule ainsi le diagnostic : sclérodactylie des phalanges, sclérodermie en forme de gant sur la main et les avant-bras, cuirasse périthoracique du tronc et momification du visage.

Quelle en a été l'évolution (1)? Il y a deux ans, la malade accusa, dit-elle, de la douleur dans les articulations du poignet et de la main : bientôt les téguments de ces régions augmentèrent de consistance, et perdirent de leur souplesse. Cet épaississement s'accompagna de tension des tendons et de roideur des jointures.

En d'autres termes, l'affection se révélait alors subjectivement par des altérations de la sensibilité et de la motilité ; objectivement par des déformations articulaires et des lésions tégumentaires, révélatrices de troubles trophiques de la peau et du tissu sous-dermique. Anatomiquement il existait alors une hyperplasie conjonctive localisée du système cutané des régions malades.

Plus tard s'ouvrait une deuxième phase : celle qui persiste actuellement. La malade éprouva des crampes musculaires des membres supérieurs, de l'engourdissement des phalanges et la sensation de doigt mort. La peau prit la consistance du carton et l'aspect parcheminé; la couche sous-dermique se rétracta, les phalanges se déformèrent, les extrémités digitales s'effilèrent et le tissu osseux se détruisit sans doute, comme dans ces cas classiques où on constatait la disparition du tissu compact, l'élargissement des canaux de Havers et l'altération des ostéoplastes (2).

Au diagnostic anatomique d'hyperplasie conjonctive, valable au début, la vérité clinique commande de substituer, dans cette deuxième phase de la maladie, celui d'atrophie tégumentaire et de sclérodermie. L'affection est donc bien une sclérodermie localisée, et la malade rentre dans le groupe des scléreuses.

Dès lors, à quoi bon insister plus longtemps sur le diagnostic de ces lésions cutanées? Cette discussion conduirait à examiner les rapports encore mal établis de la sclérodermie avec d'autres dermatoses : la morphée, ou la *glossy-skin* des Américains, par exemple ; il n'en découlerait aucune conséquence thérapeutique. Mieux vaut donc, s'il est possible, en établir le diagnostic pathogénique.

Quelle est la cause de ces phénomènes morbides? Elle n'est pas locale. Aucun épisode de l'histoire de la malade ne motive l'hypothèse d'une dermato-sclérose cicatricielle ou inflammatoire, post-traumatique ou post-érysipélateuse.

Celle d'une sclérodermie par stase circulatoire dans les lymphatiques ne serait pas moins gratuite. Malgré l'autorité d'Hebra et de Rasmussen, elle

(1) Nous devons communication de cette observation à l'obligeance de M. Decamps, externe distingué du service.

(2) Lagrange : *De la sclérodermie avec arthropathie et atrophie osseuse.* (Thèse inaug., 1874, p. 143.)

n'est justifiable ni ici ni ailleurs, et à aucun titre on ne saurait regarder de telles lésions tégumentaires comme de nature éléphantiasique (1).

La cause est-elle générale? Les diathèses et les antécédents personnels interviennent-ils dans cette pathogénie? Héréditairement, et du côté maternel, on trouve le rhumatisme et une cardiopathie; du côté du frère, le nervosisme et la prédisposition aux bronchites.

Personnellement, cette malade est exempte d'alcoolisme, de scrofulisme et de syphilis. Par contre, dysménorrhéique, sujette aux crises de nerfs, aux migraines, aux maux de tête, aux laryngo-bronchites et aux douleurs nocturnes des membres, elle possède quelques attributs de l'arthritisme.

Enfin, l'auscultation laisse un doute sur l'intégrité du poumon gauche, et ce doute paraît d'autant mieux fondé, qu'il y a quatre ans, au cours d'une bronchite, cette femme expectora des crachats sanglants.

Après cette enquête, conclura-t-on à une sclérodermie diathésique? On ne peut incriminer ni l'alcoolisme, ni la scrofule, dont l'influence autrefois invoquée est mentionnée à nouveau dans la thèse de M. Leroy, ni la syphilis, car ce cas est sans ressemblance étiologique avec la sclérodermie syphilitique, si magistralement étudiée par M. Hillairet dans le *Progrès médical* de l'année 1878; ni enfin la diathèse fibro-plastique de Bazin. Par contre, on doit tenir compte de l'état cachectique dont Lasègue avait pressenti toute l'importance, et noter la dysménorrhée, sans toutefois mettre l'affection au rang des sclérodermies menstruelles par aménorrhée de Casanova et Thiriat.

La considérera-t-on plutôt comme une dermatose rhumatismale, et la malade comme une rhumatisante? Le froid, l'humidité, l'indigence avec la misère physiologique en seraient les causes prochaines, causes bien relatives d'ailleurs, la sclérodermie n'étant pas l'apanage exclusif du pauvre, comme M. Radcliffe Crocker l'établit au cours de ses leçons sur la sclérodermie (2).

Le cas actuel présente d'autres phénomènes qui sont en rapport avec la diathèse rhumatismale. Je n'insiste pas sur les douleurs articulaires, car, ainsi que M. Hallopeau l'a dit à propos de cette dermato-sclérose, « nous « ne sommes plus au temps où il suffisait de quelques douleurs articu- « laires pour faire considérer une affection comme rhumatismale. » En retour, il faut remarquer la répétition des poussées bronchitiques, l'hérédité des manifestations névropathiques, et enfin l'arthritisme. Dans un cas semblable, on peut avantageusement tenter l'épreuve thérapeutique et employer le salicylate de soude, qu'un médecin allemand, M. Bulan, voyait récemment triompher d'une dermato-sclérose rebelle coïncidant sur le même sujet avec une arthrite rhumatismale (3).

Voilà donc un essai médicamenteux à imiter en cas d'hésitation et même en l'absence de manifestations rhumatismales périphériques ou viscérales.

La maladie du n° 17 de la salle Récamier rentre-t-elle dans ce groupe ou bien doit-on en interpréter la pathogénie à l'aide de la théorie nerveuse? Son début a été brusque, ses phénomènes initiaux ont été douloureux, et

(1) Bancrof : *Des rapports entre la sclérodermie et la filaire du sang humain.* (*The Lancet*, févr. 1883.)

(2) Radcliffe Crocker : *Clinical Lectures ou scleroderma.* (*The Lancet*, janvier, février et mai 1885.)

(3) Bulan : *Deutsch. med. Wochen.* 1885.

©BIU Santé

les lésions cutanées actuelles sont circonscrites et symétriques, tous signes se rapportant à des trophonévroses cutanées.

Qu'on ajoute à ces phénomènes la diminution de la sensibilité locale, le tempérament nerveux, et avec Fabre (de Marseille) (1) l'émotivité de cette femme, qu'on mette en parallèle la fréquence du rhumatisme et la rareté de la sclérodermie, dont il existe deux cas seulement sur une statistique de 16,800 dermatoses dénombrées par l'Association dermatologique américaine; que, par analogie, on se rappelle les dystrophies tégumentaires expérimentales de M. Brown-Séquard, obtenues par la mise en jeu des activités nerveuses; qu'on note les guérisons attribuées aux modificateurs du système nerveux : électricité, sulfate de quinine ou arsenic; qu'on remarque encore l'hypothermie locale et la cyanose des extrémités, indices de troubles vaso-moteurs, et on hésitera certainement à placer toute cette phénoménalité sous l'unique influence du rhumatisme (2).

A ce point de vue, cependant, l'histoire de la maladie présente des obscurités. La névropathie initiale a-t-elle été périphérique, ou bien l'irritation morbide était-elle centrale? Voilà une lacune que les renseignements cliniques ne permettent pas de combler.

D'autre part, en s'appuyant sur les rapports de la sclérodermie avec la gangrène des extrémités, on pourrait formuler un autre argument en faveur de l'origine tropho-névrotiques de ces lésions cutanées. C'est là, il est vrai, moins argument qu'une comparaison. Et cependant, avant de le rejeter, on devra relire les débats auxquels donna lieu naguère dans la Société de biologie l'analogie des troubles vaso-moteurs et tropho-névrotiques dans les deux affections, ou bien en appeler aux faits cliniques les plus récents signalés par M. Southey en confirmation des travaux si estimés de Maurice Raynaud, par M. Favier dans sa thèse inaugurale et de M. Finlayn (3).

Malgré tout cela, si on veut formuler une conclusion, on est obligé de convenir que la théorie nerveuse comme la théorie rhumatismale ne donnent l'une et l'autre qu'une interprétation incomplète de cette dermato-sclérose. Aussi, en attendant le rayon de lumière qui fera disparaître ces obscurités, il vaut mieux accepter un terrain de conciliation : c'est celui du neuro-arthritisme.

Névrosique et arthritique, la malade de la salle Récamier appartient au groupe des neuro-arthritiques. Une profonde misère physiologique avec débilité, appauvrissement du sang et dysménorrhée, précédèrent son début, préparant ainsi l'évolution scléreuse. N'est-ce pas là un témoignage nouveau s'ajoutant à l'autorité de maîtres éminents, MM. Verneuil et E. Besnier (4), en faveur du rôle des états diathésiques dans la pathogénie de la sclérodermie? N'est-ce pas aussi une légitimation de la sclérodermie des

(1) Fabre (de Marseille) : *Relations pathogéniques des troubles nerveux*, p. 512.

(2) Testut : Thèse sur la symétrie des affections de la peau.

(3) Southey : *Saint-Bartholomew's Hospital Reports*, t. XVI, 1880. — Favier : *Quelques considérations sur les rapports entre la sclérodermie spontanée et la gangrène symétrique des extrémités*, thèse inaug., n° 166, Paris 1880. — Finlayn : *On the occurence of symetrical gangrene of the extremities in a case of sclerodermia adultorum.* (*The Medical Chronicle*, 1885.)

(4) E. Besnier : *Annales de dermatologie et de syphiliographie* 1880. (*Observations pour servir à l'histoire des dermato-scléroses.*) — Maritoux : *Contribution à l'étude de la sclérodermie et particulièrement à l'histoire des sclérodermies en plaques ou morphées*, thèse inaug. Paris 1883, n° 188.

©BIU Santé

neuro-arthritiques, à côté de la sclérodermie des diathésiques, des syphilitiques, des scrofuleux, des rhumatisants? Aboutissant d'états très divers de déchéance organique, la sclérodermie est donc bien, au point de vue anatomique, comme l'écrivaient MM. Cornil et Ranvier, une sorte de cirrhose tégumentaire, au même titre que les cirrhoses viscérales des alcooliques et des syphilitiques.

Taxera-t-on ces considérations de spéculatives? Ce serait une erreur, car elles s'accordent avec les indications thérapeutiques. Malgré le pronostic rarement fatal de la maladie, M. Huchard est d'avis d'intervenir plus activement que par l'expectation. Connaissant l'insuffisance des médications locales, depuis les topiques les plus variés jusqu'aux scarifications cutanées et à la faradisation localisée, il s'est adressé d'emblée aux modificateurs de la nutrition et de la vaso-motilité, en prescrivant l'arsenic à l'intérieur et la galvanisation continue à l'extérieur.

Avec les médicaments des tares diathésiques, les restaurateurs trophiques sont, en effet, les seuls indiqués pendant la phase initiale de la sclérodermie; ils sont encore utiles dans la période d'atrophie tégumentaire confirmée. Leur efficacité dépend de la longue durée de leur emploi. On doit donc prolonger leur intervention, varier les formes pharmaceutiques de leur administration et les cesser temporairement pour y revenir ensuite. C'est une médication de longue haleine. Ici, autant et sinon plus que dans les autres scléroses, le succès final justifiera l'aphorisme un peu banal à force d'être vrai : « Tant vaut la ténacité du thérapeute, tant vaut la puissance de la médication. » — Ch. Eloy.

BIBLIOTHÈQUE

Memoir upon the formation, etc. (*De la formation d'une variété de sourds dans l'espèce humaine*), par Alexander Graham Bell, 1884.

La curieuse thèse de darwinisme démographique que notre éminent confrère américain, Alexander Graham Bell, étudie sous ce titre explicite, est d'une portée sociale qui le cède peu à l'intérêt scientifique.

Dans quelle mesure l'espèce humaine est-elle susceptible de transformer, par voie de sélection spontanée et d'hérédité, ses caractères anatomiques, ou de modifier l'exercice de ses fonctions au point de constituer une variété définitivement fixée dans sa divergence du type normal? Nous n'avons point, dans cette recherche, les latitudes d'expérimentation des botanistes ou des éleveurs; et, d'autre part, l'observation nous laisse bien au dépourvu en face de ces unions dans lesquelles une loi de contraste se plaît à réunir les extrêmes psychophysiologiques, de même qu'en magnétisme les pôles de même nom se repoussent, et de nom contraire s'attirent.

Bien des affections se transmettant par hérédité et auraient de la tendance à créer dans les races des variétés pathologiques. Mais on ne voit point, par exemple, les épileptiques portés à s'allier aux épileptiques, les phthisiques rechercher des phthisiques; et le hasard se prît-il à favoriser de telles unions, que la déchéance organique générale entraînée par ces affections aboutirait inévitablement à la diminution de la fécondité, à la mort prématurée des sujets, à l'extinction rapide de la variété ébauchée.

Mais on conçoit que certains vices organiques qui n'ont point pour corollaire ou ne supposent, en aucune façon, une diminution de l'énergie vitale, puissent être suivis à travers des générations dont aucun germe de dissolution ne menace la pérennité.

Par exemple, il est très probable que des albinos se mariant entre eux finiraient par créer une race définitive d'albinos. Mais pourquoi les albinos se rechercheraient-ils? Eh bien, il est toute une classe de déshérités auxquels les conditions sociales imposent

©BIU Santé

un rapprochement gros de ces conséquences : les sourds-muets. Elevés ensemble, soumis à une éducation spéciale dans des établissements réservés, poussés vers les mêmes professions, ils constituent dans la société une sorte de franc-maçonnerie ; ainsi se trouvent cimentées des unions nombreuses, souvent fécondes, et dont les produits se prêtent spontanément à l'examen de la thèse actuelle.

Tout d'abord, en parcourant les registres des nombreux établissements de sourds-muets des Etats-Unis, A. Graham Bell est frappé de la reproduction relativement fréquente de certains noms ailleurs très rares, ce qui constitue une première présomption d'une parenté plus ou moins éloignée entre leurs possesseurs, répandus aujourd'hui sur toute la surface de l'Union.

Un autre tableau statistique, basé sur l'examen des relations de parenté de 5,823 sourds-muets, lui démontre que 29,5 p. 100 de ces malheureux ont des parents atteints de la même infirmité.

D'autre part, sur les 33,878 sourds-muets accusés par le recensement dans l'Amérique du Nord, dans 18,328 cas l'infirmité paraît congénitale, et dans 15,550, acquise. Or, chez les sourds-muets de naissance, plus de la moitié, 54,2 p. 100, ont des parents également sourds-muets; chez les autres, ce chiffre tombe à 13,8 p. 100.

Près de la moitié des sourds-muets contractent le mariage ; les mariages se font entre sourds-muets suivant une proportion qui croît chaque année et qui atteint actuellement les quatre cinquièmes du chiffre total. Il y a une circonstance plus désavantageuse, peut-être, au point de vue de la transmission aux enfants, que la surdité isolée de l'un des deux époux, c'est l'existence de sourds-muets dans leur parenté. En dressant avec soin l'arbre généalogique de certaines familles, on constate que l'apparition imprévue d'un cas de surdi-mutité s'explique le plus souvent par l'existence de l'infirmité chez un parent d'une autre génération ou d'une branche éloignée.

La courbe des variations de cette infirmité aux Etats-Unis, de 1780 à 1879, indique deux périodes d'exacerbation temporaire très nettes, de 1810 à 1819 et 1860 à 1869, en ce qui concerne la surdi-mutité d'origine non congénitale, probablement sous l'influence du développement de maladies épidémiques, comme la méningite cérébro-spinale, la scarlatine, et, pourrions-nous ajouter, les oreillons. La courbe de la surdi-mutité d'origine congénitale est plus régulière dans son ascension constante, et cette ascension est hors de proportion avec l'augmentation de la population des Etats-Unis, constituant un véritable danger social auquel il n'est que temps de parer. Une race de sourds-muets a pris racine sur le sol de l'Union et ne tardera pas à en couvrir la surface de ses produits dégénérés. Caveant consules!

Des dispositions législatives devraient interdire les mariages des sourds-muets entre eux, ou au moins le mariage des personnes dans les familles desquelles il existe plus d'un sourd-muet. Mais il est peu vraisemblable que la voix des médecins porte assez haut pour forcer à jamais l'attention ou gagner à ce point la bonne volonté administrative. Il leur restera à provoquer les modifications nécessaires dans le système d'éducation des sourds-muets; les grands établissements spéciaux doivent être formés ou transformés; les enfants seront de bonne heure mêlés à la vie commune; l'enseignement phonétique doit se substituer à la méthode surranée des signes; rendus à la société avec les moyens d'y jouer un autre rôle que celui de comparse, les sourds-muets y rencontreront des occasions d'unions capables d'annihiler les dispositions fâcheuses qu'ils tiennent de l'hérédité.

Tels sont les grands traits du livre de A. Graham Bell dont toutes les propositions sont déduites de tableaux statistiques et s'éclairent de graphiques qui portent l'empreinte d'un labeur considérable.

Qui donc nous représentait la science américaine, en général, comme superficielle dans l'observation, primesautière dans ses déductions, dangereuse dans l'application? Plus nous nous familiarisons avec son œuvre et plus nous la jugeons digne d'intérêt et de respect, plus nous y trouvons des sujets d'instruction, d'émulation jusqu'à l'envie. Sans doute, la sève d'un peuple jeune pousse plus d'une branche folle et d'un bourgeon stérile, et la profession y a, comme partout, ses enfants perdus.

Mais voici encore un livre qui, par l'originalité des aperçus, la richesse des matériaux,

©BIU Santé

l'honnêteté d'un travail soutenu, a sa place à côté de ces monuments uniques de l'activité américaine, l'Index-catalogue, l'Index-medicus, l'Histoire médico-chirurgicale de la guerre de sécession. — R. LONGUET.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1885.

Les précautions sanitaires officielles et les avis de la Conférence sanitaire de Rome.

Le voisinage du théâtre de l'épidémie espagnole a motivé, de la part des députés des départements pyrénéens, une démarche auprès de l'Administration. Ils font appel à sa vigilance et sollicitent l'exécution de mesures de surveillance vis-à-vis des émigrés espagnols.

Le système prophylactique qui paraît obtenir les faveurs de l'Administration est celui de la Conférence sanitaire de Rome. Avant d'en signaler les principales dispositions, il est donc intéressant de rappeler les vœux qui ont été formulés à Rome par la sous-commission technique de la Conférence. Il est vrai que, au point de vue international, ces vœux sont encore platoniques, puisque les plénipotentiaires chargés de les digérer en forme d'instrument diplomatique ont ajourné leurs réunions.

A Rome, on le sait déjà, le régime quarantenaire a été transformé en régime de l'isolement pour les navires suspects. C'est un changement de mots et non d'idées qu'il a fallu consentir aux susceptibilités de John Bull et aux exigences de son frère Jonathan.

Au reste, à l'heure actuelle, la surveillance sanitaire étant assurée dans les ports méditerranéens par les règlements quarantenaires en vigueur, les efforts prophylactiques doivent se porter surtout sur les voies de terre.

Dans ce but, les congressistes romains proposaient d'exiger du médecin traitant la déclaration des premiers cas suspects, leur isolement immédiat et la désinfection des locaux où ils se produisent.

Ces mesures de désinfection devraient être assurées par des agents sanitaires, exécuteurs des décisions des commissions sanitaires locales ou générales. C'est là une approbation de l'institution des délégués des épidémies, dont la création, on ne l'a pas oublié, suscitait de vives protestations il y a un an.

Comment surveiller les voies de transport? On établira, disent les commissaires de la Conférence romaine, des postes d'observation sanitaire dans les stations principales des chemins de fer. Là, on désinfectera, on isolera et on traitera les voyageurs suspects.

On ferait accompagner chaque train par un médecin ayant mission d'aviser d'urgence aux mesures sanitaires pendant le trajet. Enfin, on prescrirait le changement du matériel et le transbordement dans les trains directs traversant plusieurs provinces et passant d'une région contaminée dans une autre région encore indemne. Cette disposition exigera le concours des Compagnies de chemins de fer et ne paraît pas être de facile exécution sur tous les réseaux. C'est poser le problème de la *désinfection ambulante des voyageurs*. Est-ce bien le résoudre?

Dans les stations d'arrivée, on pratiquera la désinfection des malades et de ceux qui les ont approchés, au moyen de bains et de lavages avec des solutions faibles d'acide phénique à 2 pour 100 ou de chlorure de chaux à 1 pour 100.

Je ne m'arrête pas aux recommandations relatives à la visite des hôtels, à leur désinfection, à l'interdiction des grandes agglomérations, à la surveillance des marchés, à l'inspection des denrées alimentaires. Ces prescriptions sont de date ancienne, tout le monde en admet l'utilité. Quant à leur exécution, on sait combien elle est imparfaite avec l'insuffisance et l'irresponsabilité du fonctionnement administratif actuel.

Il en est de même de l'établissement d'étuves à désinfection aux stations d'arrivée. Leur création semble encore bien incertaine à en juger par ce qui se passe à Paris, où après un an, les délibérations du Conseil municipal, restent lettre morte et où la construction d'étuves publiques attend encore sa réalisation.

©BIU Santé

Parmi les désinfectants la Conférence a proscrit le sublimé, le chlorure de zinc et l'acide sulfurique. C'est une déchéance pour des agents naguère recommandés dans les instructions officielles. Elle préfère la vapeur d'eau à + 100 degrés; l'acide phénique, le chlorure de chaux et la ventilation.

Les vêtements qui seront conservés subiraient l'exposition à la vapeur d'eau pendant une heure, l'ébullition durant trente minutes ou l'immersion dans une des solutions d'acide phénique ou de chlorure de chaux. Ce dernier procédé est préférable pour l'assainissement des objets en cuir. A défaut de ces moyens, on pourra employer la ventilation, à condition de la prolonger pendant trois ou quatre septenaires. L'immersion des linges contaminés et souillés qu'on ne détruira pas par le feu, devra durer quatre heures. Pour l'ensevelissement des cadavres les prescriptions de la Conférence sont celles des diverses instructions administratives, défendant le lavage des cadavres, prescrivant leur enveloppement avec des draps imprégnés d'une solution phéniquée et leur mise en bière immédiate.

Ces recommandations semblent inspirer les bureaux du ministère du commerce. A cet effet, on doit établir des postes d'observation médicale, dont un décret de 1884 prescrivait l'établissement dans les principales stations des réseaux du Midi. De plus, on agite la question de faire surveiller par des postes semblables les débouchés des routes venant d'Espagne, en particulier à Cerbère et à Hendaye. Ces mesures sont imitées de celles qui, en 1885, furent adoptées sur les frontières du département des Alpes-Maritimes et de l'Italie.

Chaque médecin de service dans les postes sanitaires visitera les voyageurs qui lui seront signalés comme suspects, reconnaîtra les malades parmi les arrivants et les mettra en observation. Ce n'est pas tout, on aurait l'intention d'empêcher les voyageurs contaminés de porter la maladie au loin et par conséquent de l'isoler.

Cette organisation est à coup sûr humanitaire et philantrophique; puisse-t-elle être efficace à défaut d'une législation nettement définie et d'une sanction pénale contre les individus récalcitrants et les fonctionnaires négligents! On se demande, en effet, par quels moyens l'autorité pourra vaincre les résistances et appuyer ses décisions? Ce sera œuvre moins aisée que la mise en pratique du décret interdisant l'importation et le transport des légumes d'Espagne croissant sur terre et sous terre! — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juillet 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Présentations. — Corps étranger de la gaine du tendon du jambier antérieur. — Deux observations de castration chez la femme pour des fibromes utérins. — Sur l'emploi de l'ouate et de la charpie de bois et d'une poudre antiseptique remplaçant l'iodoforme. — Opération d'Estlander dans un cas de pleurésie suppurée.

M. Polaillon présente un travail contenant 51 observations d'hygroma suppuré du genou traité par l'incision d'après la méthode antiseptique et suivi de guérison dans tous les cas, excepté un, où la mort fut causée par des accidents indépendants de l'opération.

M. Poulet (du Val-de-Grâce) offre en hommage, au nom de M. Bousquet et en son propre nom, un exemplaire du troisième et dernier volume de leur *Traité élémentaire de pathologie externe*.

M. Trélat dépose sur le bureau l'observation du malade dont il a présenté la pièce pathologique dans l'une des dernières séances. A cette observation sont annexées trois planches dessinées par M. Farabeuf et indiquant les résultats de l'examen histologique fait dans le laboratoire de M. Malassez.

Il s'agit, comme on sait, d'un corps étranger extrait par M. Trélat de la gaine du tendon du jambier antérieur chez un jeune homme qui ne présentait d'ailleurs aucun vice de conformation du pied.

BIU Santé

L'examen histologique de la coupe de ce corps étranger en a montré la nature osseuse. On y a trouvé du tissu compact, du tissu spongieux et, dans les vacuoles circonscrites par les trabécules de ce tissu, une substance en tout semblable à la moelle osseuse. En outre la tumeur est constituée par deux pièces réunies entre elles par une véritable articulation, dans laquelle on trouve des cartilages d'encroûtement à diverses phases de leur développement, une membrane synoviale, une capsule fibreuse et des ligaments.

Il est probable qu'il s'agit ici d'un rudiment d'orteil surnuméraire arrêté dans les premières phases de son développement.

Quoi qu'il en soit, la pièce est des plus curieuses et méritait d'être conservée.

Le malade qui l'a fournie est aujourd'hui complètement guéri et vient de quitter l'hôpital.

M. Terrillon fait une communication sur l'ablation des ovaires pour remédier aux accidents produits par les corps fibreux utérins. Il a eu l'occasion de pratiquer deux fois cette opération et ce sont les résultats qu'il a obtenus qu'il croit devoir communiquer à la Société de chirurgie.

Le sujet de la première observation est une femme âgée de 40 ans, petite, maigre, mais habituellement bien portante.

Il y a un an et demi environ, elle éprouva des douleurs abdominales assez vives ne même temps que se développa, d'une façon sensible, une tumeur qu'elle avait perçue plusieurs fois dans l'abdomen, mais qui était alors peu volumineuse.

Ces douleurs allèrent en augmentant et mirent bientôt la malade dans l'impossibilité de travailler et même de quitter son lit.

Au moment où elle entra à la Salpêtrière pour tâcher d'obtenir un soulagement à ses douleurs, qui étaient surtout violentes au moment des règles, la malade depuis plusieurs mois avait beaucoup maigri. Elle était très pâle, sans avoir un teint cachectique. Les digestions étaient difficiles, les mictions fréquentes, mais non douloureuses ; constipation opiniâtre ; ni œdème, ni albumine dans l'urine.

Par la palpation abdominale on limite derrière le pubis une tumeur très dure, irrégulière, bosselée, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Elle plonge dans le petit bassin où elle paraît enclavée et solidement fixée, surtout derrière le pubis.

A sa surface et sur les côtés, on constate deux tumeurs de la grosseur d'une petite orange, adhérentes à la tumeur principale, mais légèrement mobiles.

Par le toucher vaginal on reconnaît que le col utérin est situé très haut ; il est comme aplati, avec une ouverture transversale très petite ; il est immobilisé dans le sens antéro-postérieur.

Le cul-de-sac antérieur du vagin est effacé par une masse dure, arrondie, qui se prolonge avec la tumeur principale. Le cul-de-sac postérieur est moins effacé, mais en le déprimant on rencontre encore une masse dure et arrondie, mieux appréciée par le toucher rectal.

A l'aide de l'hystéromètre on constate que la cavité utérine a neuf centimètres et qu'elle forme une concavité prononcée en avant.

Il n'y a ni métrorrhagie ni leucorrhée. Le diagnostic peut donc être posé de la façon suivante : Fibro-myomes multiples, principalement interstitiels, ayant envahi l'utérus jusqu'au col. L'ensemble de la tumeur reste enclavé dans le petit bassin et comprime violemment les organes voisins : vessie, rectum, nerfs.

Il résulte des indications fournies par ces divers modes d'exploration qu'il sera impossible de trouver un pédicule au niveau du col utérin pour pratiquer l'ablation sus-vaginale ; la possibilité de la décortication des tumeurs paraît peu probable et il est à peu près certain qu'il ne faut pas songer à faire l'ablation totale.

Il ne reste donc pour toute ressource opératoire que l'ablation des deux ovaires. Elle est pratiquée le 16 mai 1885 avec le concours de MM. Monod et Jalaguier.

Les suites de l'opération sont des plus simples. Pendant les premiers jours la malade est très faible et a quelques syncopes légères ; mais, grâce à l'alcool et à une alimentation choisie, ces phénomènes cessent assez rapidement.

©BIU Santé

Elle urine seule dès le second jour et le cours des matières fécales et des gaz s'établit rapidement grâce à quelques laxatifs et à des lavements.

Les fils de suture sont enlevés le huitième jour. Les douleurs abdominales ont disparu complètement, et, sauf un état de faiblesse assez persistant, la malade se trouve très satisfaite de sa nouvelle situation.

Elle commence à se lever vers le 10 juin, et, quelques jours, après elle peut faire quelques pas. Ses forces augmentent tous les jours et l'appétit s'améliore.

On peut donc considérer cette malade comme notablement soulagée par l'opération et probablement préservée des rechutes. Les règles n'ont pas reparu.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une femme de 32 ans, entrée à la Salpêtrière pour un fibro-myome de l'utérus donnant lieu à des hémorrhagies abondantes, avec constipation opiniâtre, et phénomènes d'obstruction intestinale qui reviennent de temps à autre en occasionnant de violentes douleurs.

Au moment de son entrée à l'hôpital, elle est profondément anémique, mangeant peu et très affaiblie.

A la palpation, il est facile de limiter une tumeur dure, volumineuse, bosselée, située sur la ligne médiane, mais avec proéminence surtout du côté gauche. Elles occupe principalement le bassin dans lequel elle plonge; elle dépasse un peu l'ombilic. Le col de l'utérus est situé assez bas dans le vagin, avec un orifice transversal qui permet l'introduction de la pulpe de l'index. Il est immobile et se continue directement avec la masse utérine se prolongeant sur la tumeur du bassin et formant corps avec elle.

On sent aussi la tumeur dans les culs-de-sac, surtout en arrière où le toucher rectal la fait reconnaître mieux encore qu'en avant. Elle est immobilisée tout entière dans le petit bassin.

L'ablation du corps fibreux et d'une partie de l'utérus semble difficile et même impossible à cause de l'absence de pédicule, et aussi à cause des rapports de la masse totale avec les culs-de-sac du vagin et peut être avec le ligament large.

M. Terrillon se décide pour la castration double qui lui paraît devoir amener la rétrocession lente du volume de la tumeur et surtout la cessation des hémorrhagies qui épuisent la malade et la menacent d'une mort prochaine.

Elle est pratiquée le 24 mars avec le concours de MM. Monod et Schwartz et de M. Sébileau, interne du service. Aucun accident ne survient au cours de l'opération ; mais, au bout de quelques jours, les phénomènes d'obstruction auxquels la malade était sujette, se manifestèrent à plusieurs reprises avec une intensité croissante et résistèrent à tous les moyens employés : lavements, purgatifs, etc.; en même temps se déclarait une parotidite double extrêmement douloureuse et empêchant l'ouverture de la bouche, ainsi qu'une phlegmatia alba dolens, qui amenèrent l'épuisement et la mort le 1er mai, trente-six jours après l'opération.

Les motifs qui ont engagé M. Terrillon à pratiquer la castration sont : l'obstacle au cours des matières fécales qui menaçait la vie de la maladie à cause de l'inappétence et de la difficulté de l'alimentation; l'état de souffrance continuelle par compression des nerfs du bassin; enfin et surtout ces hémorrhagies abondantes et presque continuelles.

Malgré l'ablation des ovaires, la constipation et l'obstruction intestinale ont augmenté rapidement après l'opération. Ces accidents peuvent être attribués, entre autres causes, au gonflement que subissent souvent les corps fibreux après la castration, fait déjà signalé plusieurs fois par différents auteurs et qui est ordinairement passager.

M. Terrillon avait eu l'intention de pratiquer un anus contre-nature dans la région de l'S iliaque pour parer aux accidents de l'obstruction intestinale. Peut-être eut-il pu ainsi prolonger pendant quelque temps la vie de la malade; mais il en fut détourné par diverses contre-indications qui lui parurent devoir rendre cette opérations plutôt nuisible qu'utile.

M. Tillaux pense que, dans la deuxième observation de M. Terrillon, il eût peut-être été possible de faire l'hystérectomie abdominale combinée avec l'hystérectomie vaginale.

M. Terrier a pratiqué deux fois l'ablation des deux ovaires chez des femmes épuisées

BIU Santé

par des hémorrhagies utérines, et il est parvenu ainsi à supprimer les pertes de sang. Il estime que dans le dernier cas de M. Terrillon il eût été préférable de tenter l'extirpation totale de l'organe malade que de pratiquer seulement la castration.

M. Verneuil fait remarquer que, dans le cas auquel il vient d'être fait allusion, l'événement a montré que l'utérus était inopérable. L'opération a été et ne pouvait être que simplement palliative, ainsi que M. Terrillon l'avait prévu, d'ailleurs, avec un grande sagacité. Dans ces conditions, M. Verneuil pense qu'il eût été préférable de pratiquer d'emblée l'anus contre-nature pour remédier aux accidents les plus menaçants.

M. Terrillon répond à M. Verneuil que ce n'étaient pas les accidents d'obstruction qui menaçaient le plus la vie de la malade, mais bien plutôt les hémorrhagies utérines. C'est pourquoi il a cru devoir pratiquer la castration. Les phénomènes d'obstruction sont venus compliquer les suites de l'opération; celle-ci, d'ailleurs, il faut bien le dire, ayant eu pour effet de leur donner un degré d'acuité qu'ils n'avaient pas d'ordinaire.

— M. Championnière fait une communication *sur l'emploi de la ouate et de la charpie de bois, et d'une poudre antiseptique remplaçant l'iodoforme*. L'auteur reproche à la gaze antiseptique, généralement employée dans le pansement de Lister, d'être presque imperméable aux liquides et de ne conserver ses propriétés antiseptiques que pendant un temp restreint. En outre elle est mal préparée et irrite la peau. Le protective que le commerce livre aux chirurgiens est également mauvais.

Depuis quatre mois, M. Championnière a fait presque tous ses grandes opérations avec une subtance nouvelle fort préconisée en Allemagne : *la charpie de bois*. C'est une pâte de bois de sapin préparée comme la pâte du papier et imprégnée de sublimé dans la proportion d'environ 4 p. 1,000. On l'emploie seule à l'état grenu ou mélangée d'environ un cinquième d'ouate auquel cas elle prend le nom d'*ouate de bois*. C'est une substance douce au toucher, facile à comprimer, absorbant aisément une grande quantité de liquide, si bien que, mise en contact avec une plaie, les liquides de cette plaie, lorsque l'écoulement n'en est pas excessif, n'apparaissent pas à l'extérieur.

La quantité de sublimé qui l'imprègne est relativement considérable, et, lorsqu'elle est infiltrée de matières putrescibles, il ne se produit aucune putréfaction. De ces deux qualités, il résulte que le pansement peut rester en place fort longtemps.

Toutefois, il faut remarquer que l'ouate de bois étant imprégnée de sublimé, antiseptique fixe, s'il se produit quelques fissures au pansement, des contaminations pourraient survenir si elle était employée seule. Aussi l'a-t-on généralement employée avec l'iodoforme.

Mais l'iodoforme a quelques inconvénients dont les principaux sont la mauvaise odeur et le prix élevé de cette substance.

Après avoir essayé un grand nombre de poudres diverses avec le concours de son interne en pharmacie, M. Damecourt, M. Championnière s'est arrêté à cette formule.

Parties égales des substances suivantes : Iodoforme passé au tamis; poudre de quinquina; poudre de benjoin ; poudre de carbonate de magnésie saturée d'essence d'eucalyptus.

On emploie cette poudre soit en l'appliquant directement sur la plaie, soit en la mettant par-dessus un peu de protective.

M. Championnière cite, comme exemples, quelques-uns des cas où il a fait usage de cette poudre combinée avec l'emploi de l'ouate ou de la charpie de bois :

1° Résection du genou chez un adulte; premier pansement après quarante-huit heures; deuxième pansement après le même intervalle; puis quatre jours d'intervalle; les quatre tubes, les fils sont retirés et, au douzième jour, la réunion est absolument complète.

2° Tumeur énorme de la fesse; sarcome de 7 kilogrammes; vingt-cinq points de suture; cinq tubes à drainage. Premier pansement le troisième jour, puis le cinquième. Au bout de deux semaines, le malade peut se lever sans pansement. Malheureusement il contracte une pneumonie dont il meurt. Mais la réunion la plus parfaite qu'il soit possible de réaliser a été accomplie en une dizaine de jours.

©BIU Santé

M. Championnière a encore employé ce pansement dans un cas d'ovariotomie, dans un cas d'extirpation du rein suppuré, etc. Comme exemples de pansements très rares, il cite un cas d'opération de hernie crurale étranglée, dans laquelle il a fait la résection complète du sac et d'une portion d'épiploon presque du volume du poing. Opérée un mercredi, la malade a été pansée seulement le mercredi suivant ; à ce moment, les tubes et les fils ont été enlevés. Huit jours après, le pansement a été remplacé par un bandage contentif; la plaie était complètement cicatrisée.

Dans un cas d'amputation du pouce avec résection de la tête du métacarpien, le premier pansement a été fait de même seulement au bout de huit jours, et l'on a attendu quinze jours pour le deuxième pansement. La cicatrisation était complète à la levée de l'appareil.

Dans tous les cas, les pièces de pansement imprégnées de sang et de sérosité, voire de pus, sont restées inodores. La réunion est rendue beaucoup plus facile par ce pansement, qui a en outre l'avantage d'être beaucoup moins coûteux que celui à la gaze.

M. Championnière appelle surtout l'attention sur la poudre dont il vient de donner la formule. Cette poudre lui paraît supérieure à l'iodoforme, dont elle n'a ni l'odeur désagréable ni l'inconvénient d'irriter la ligne de réunion et de produire des accidents d'intoxication.

Bien que la charpie de bois soit moins chère que l'ouate de bois, cette dernière est préférable, la première étant un peu difficile à fixer sur les plaies. Ce nouveau mode de pansement paraît à M. Championnière devoir rendre de grands services à la chirurgie des armées.

M. Championnière termine en annonçant une prochaine communication sur une série d'innovations et d'améliorations dans l'application de la méthode antiseptique encore à l'étude dans son service.

M. Gillette recommande l'emploi de l'iodoforme qu'il est parvenu à désinfecter par un procédé particulier, et qui consiste dans le mélange avec cette substance d'une poudre composée de charbon, de menthe, etc. Il a conservé pendant un an cette poudre sans altération. Elle n'a aucune mauvaise odeur.

M. Trélat se propose d'employer la poudre de M. Lucas-Championnière, qui a l'avantage de ne pas avoir la mauvaise odeur de l'iodoforme et de coûter beaucoup moins cher.

M. Marc Sée rappelle qu'il a déjà fait une communication dans laquelle il a proposé l'usage, comme antiseptique, de la poudre de sous-nitrate de bismuth, qui est loin d'être une poudre inerte, comme on pourrait le croire. Il l'a employée avec succès dans l'opération de la fistule à l'anus.

— M. Delorme (du Val-de-Grâce) lit une observation d'Estlander dans un cas de pleurésie suppurée. — A. T.

COURRIER

Société médico-pratique de Paris. — La Société médico-pratique vient de transférer le siège de ses séances dans l'hôtel de la Société de géographie, 184, boulevard Saint-Germain, où tous documents la concernant doivent désormais être adressés. — Nous rappelons, à ce propos, que cette Société décernera en janvier prochain un prix de 600 fr. à l'auteur (étudiant ou docteur) du meilleur travail inédit écrit en français, sur une question de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique. Les mémoires, adressés dans les formes académiques, ne seront reçus que jusqu'au 1er novembre 1885.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

BIU Santé

Sommaire

I. Ovariotomie. — Kyste multiloculaire. — Guérison. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de biologie. — III. Formulaire. — IV. Variétés. — V. Courrier. — VI. Feuilleton. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital Bichat. — Service de M. le Dr F. Terrier.

Ovariotomie. — Kyste multiloculaire. — Guérison.

Observation rédigée par M. Jeanselme, interne du service.

La nommée Plessis (Emilie), veuve Larcher, âgée de 39 ans, employée de commerce entre à l'hôpital Bichat le 10 janvier 1884, salle Chassaignac, n° 25. Cette malade, réglée depuis l'âge de 15 ans, n'a jamais eu de troubles de la menstruation, même depuis que le ventre grossit.

Mariée à 24 ans, elle n'a pas eu d'enfants, n'a pas fait de fausses couches et est devenue veuve à 27 ans.

La mère de la malade est morte d'un cancer de l'utérus.

Le ventre grossit depuis six mois et s'est développé assez rapidement sans perdre sa symétrie; il était déjà très volumineux il y a quatre mois, mais restait indolent. Depuis deux mois seulement, la malade ressent dans la fosse iliaque droite des douleurs sourdes et continues qui ne cèdent qu'à l'écoulement menstruel. Actuellement, la douleur encore peu intense, et comparée par la malade à une sensation de poids, s'est diffusée et occupe toute la moitié droite de l'abdomen. La gêne disparaît presque complètement quand la malade est dans le décubitus dorsal; aussi, depuis un mois, la malade se repose-t-elle sur son lit pendant quelques heures dans la journée.

La malade n'éprouve de douleurs ni dans les reins ni dans les membres inférieurs. Ceux-ci n'ont pas été œdématiés.

Il n'y a pas de modification dans la fréquence de la miction, l'abondance et la composition des urines; l'analyse a prouvé qu'elles ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La malade va bien à la selle : elle n'est constipée que depuis huit jours, c'est-à-dire depuis qu'elle s'est complètement alitée.

Dès le début de l'affection, l'appétit a diminué; depuis trois mois, l'anorexie aug-

FEUILLETON

LA SOURCE DE SAINT-SIMON PRÈS D'AIX-LES-BAINS.

A M. le docteur Siredey, médecin de l'hôpital Lariboisière, etc., etc.

Mon cher ami,

Sachant l'intérêt que vous portez à tout ce qui concerne la station d'Aix-les-Bains, je vous demande la permission d'appeler votre attention sur une source à peu près ignorée de notre vallée. Il lui a manqué, pour que ses mérites fussent mieux appréciés, d'être plus éloignée de sa célèbre voisine.

On dit que : « L'amitié d'un grand homme est un bienfait des Dieux », ce n'est un bienfait que pour les gens excessivement modestes. Pour les autres, c'est parfois bien gênant; ceux-ci doivent prendre leur parti d'être constamment effacés par le rayonnement de leur illustre ami. Il n'en est pas autrement lorsqu'il s'agit des choses que lorsqu'il s'agit des hommes. Telle eau minérale qui, isolée, serait vantée comme une merveille et ferait la fortune de son propriétaire, reste inconnue et infréquentée parce qu'elle est trop proche d'une station fameuse. C'est l'histoire de la source de Saint-Simon. Qui jamais en a entendu parler? Parmi les auteurs qui ont écrit sur les eaux minérales de la Savoie, quelques-uns en ont fait mention pour l'acquit de leur conscience, et quelle mention ! Bien réduite, en vérité ! Bonjean, Despine, Levy, Barbier,

©BIU Santé

mente, surtout pour la viande; la malade est prise fréquemment, le matin, de vomissements glaireux; les vomissements alimentaires sont plus rares; le ventre est ballonné après les repas.

L'abdomen, très développé, est saillant au niveau de l'ombilic; il est presque symétrique; néanmoins, la moitié gauche est un peu plus saillante que la moitié droite, notamment à la hauteur de l'ombilic.

La peau est sillonnée de varicosités nombreuses dans les régions du flanc droit et de la fosse iliaque droite; elle n'est pas distendue. La cicatrice ombilicale n'est pas déplissée.

La mensuration donne : circonférence ombilicale, 104 centim.; de l'apendice xiphoïde à l'ombilic, 18 centim.; de l'ombilic au pubis, 17 centim.; de l'ombilic à l'épine iliaque droite et gauche, 22 centim. Il n'y a pas d'ascite.

Le ventre présente une consistance élastique et rénitente; il se laisse difficilement déprimer; la palpation pratiquée attentivement fait reconnaître une fluctuation obscure et profonde dans tout l'abdomen, excepté dans les régions iliaque droite, hypogastrique et ombilicale, où l'on sent une masse dure, impossible à délimiter.

La matité occupe tout l'abdomen, sauf la partie la plus reculée des flancs, une mince bande de deux travers de doigt au-dessous des rebords des fausses côtes et la région épigastrique.

L'utérus n'est pas dévié, il a conservé sa mobilité; les culs-de-sac du vagin sont libres; la combinaison du palper avec le toucher ne donne aucun renseignement.

L'état général est excellent; néanmoins la température, prise pendant les vingt jours qui ont précédé l'opération, atteint et dépasse même quelquefois 38° le soir.

Le 13 janvier. — Deux ponctions exploratrices faites l'une à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, l'autre à 4 centimètres au-dessous, n'amènent pas de liquide; le trocart paraît engagé dans une masse gélatiniforme.

Le 16. — La malade ressent une douleur assez vive dans la fosse iliaque et le flanc gauche.

Le 29. — Les règles, attendues pour le 17 janvier, n'ont pas encore paru.

Opération le 29 janvier 1884, par M. F. Terrier, aidé de MM. Périer, Championnière et Berger.

L'incision médiane sous-ombilicale pénètre dans une épaisse couche de tissu graisseux et donne une certaine quantité de sang.

Macé, d'autres encore que j'aime autant ne pas nommer, lui ont consacré à peine quelques lignes. Feu le docteur Forestier, qui croyait être le plus complet et le plus minutieux des guides aux eaux de son pays, lui accorde seize lignes, — pas une de plus — dans le volume in-8° qu'il a intitulé : *Le conseiller du baigneur*, lignes qui se terminent par cette phrase : « On peut la boire à la source et même à ses repas. » Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de la seconde partie de cette permission.

Naturellement, il est peu de lecteurs qui aient fait attention à une eau minérale que les écrivains du cru mentionnent aussi sommairement. J'ajoute que la plupart des médecins d'Aix eux-mêmes, ou l'ignorent ou n'en parlent qu'avec indifférence. C'est, cependant, une source remarquable à beaucoup d'égards et qui pourrait rendre, dans certains cas, les plus réels services.

Située à 1,200 ou 1,500 mètres tout au plus d'Aix, sur la route de Genève, elle coule au milieu d'un vaste jardin et fournit exactement 43,200 litres en 24 heures. Sa température constante est de 17° centigrades. Elle paraît fraîche en été, et très agréable à boire. Sa limpidité est parfaite.

On peut la classer parmi les eaux alcalines, légèrement magnésiennes.

La première année de mon séjour à Aix, je reçus la visite d'un ingénieur en chef des ponts et chaussées qui m'amenait sa femme, rhumatisante, à laquelle une saison près de nos Thermes avait été prescrite.

Quand ma consultation fut finie, le mari me dit : Pour moi, docteur, je ne suis point votre justiciable. J'ai la goutte depuis longtemps, héréditairement, et mon médecin,

BIU Santé

L'ouverture du péritoine est un peu pénible, vu la graisse et l'épaisseur des plans aponévrotiques.

L'incision péritonéale est agrandie, ainsi que l'ouverture cutanée, à l'aide de forts ciseaux mousses, et cela jusqu'à 4 centimètres environ au-dessus de l'ombilic.

Le kyste, mis à découvert, offre de très minces parois, adhérentes en partie à la paroi abdominale antérieure. Deux ponctions faites avec le gros trocart ne donnent rien, malgré l'aspiration. Le liquide contenu dans les alvéoles kystiques est trop épais et gélatineux.

La tumeur est alors largement ouverte avec des ciseaux et la masse gélatineuse est évacuée peu à peu, en pressant sur la tumeur par l'intermédiaire des parois latérales du ventre et en déchirant avec les doigts les nombreuses cloisons de la masse morbide.

Le kyste multiloculaire est détaché à gauche, puis en haut, puis à droite, de ses adhérences à la paroi du ventre, et la main gauche plongée dans le kyste permet d'accrocher quelques cloisons avec les doigts et de faire sortir la tumeur. Le pédicule est sectionné entre deux pinces courbes (modèle Terrier); il est repris un peu plus loin pour enlever tout ce qui est kystique, et on y place trois ligatures de soie disposées en chaîne.

Le second ovaire gauche, un peu gros, paraît normal; à côté de lui se trouve un kyste parovarien du volume d'un œuf, et qu'on laisse en place. Toilette péritonéale minutieuse et l'épiploon est placé en avant des intestins. Huit sutures profondes et quatre superficielles.

L'opération, faite d'après les règles de Lister, a duré quarante-cinq minutes.

Soir : La malade se plaint de douleurs abdominales. Temp. 38°6, pouls 109, resp. 28. Une piqûre d'un demi-centigramme de morphine. Champagne et glacé.

Le 30. — Matin : La nuit a été bonne; quelques coliques; un centigramme de morphine en deux fois. Temp. 38°4, pouls 108, resp. 20. — Soir : Les coliques persistent; un demi-centigramme de morphine. Temp. 38°7, pouls 104, resp. 24.

Le 31. — Matin : La nuit a été bonne; toujours quelques coliques; un demi-centigramme de morphine. Temp. 38°2, pouls 104, resp. 20. — Soir : La malade a rendu des gaz par l'anus; elle a uriné seule; les règles commencent à couler. Temp. 38°3, pouls 102, resp. 20. La malade boit du lait.

1er février. — Matin : Temp. 37°6, pouls 98, resp. 20. — Soir : Les règles cessent de couler. Temp. 38°1, pouls 103, resp. 19.

Le 2. — Matin : Diarrhée. Temp. 39°, pouls 101, resp. 18. — Soir : Diarrhée; bis-

---

qui n'est pas celui de madame, m'envoie, selon son habitude, à ***. Je n'irai, toutefois, qu'après que madame aura fini son traitement ici. En attendant, je vais visiter votre pays ; je m'absenterai un jour ou deux pour visiter les travaux de la percée du mont Cenis ; je passerai le reste du temps comme je pourrai, vos eaux ne conviennent pas à mon genre de maladie et je sais que vous n'avez rien à me prescrire. »

Me rappelant alors que le docteur C. Despine m'avait parlé des bons effets obtenus dans les affections goutteuses par l'usage de l'eau de Saint-Simon, j'engageai cet ingénieur à aller, quand il n'aurait rien de mieux à faire, et comme simple préparation au traitement sérieux qu'il devait suivre plus tard, à aller, dis-je, le matin, à pied, boire deux ou trois verres d'eau à la source de Saint-Simon. Je lui indiquai, en outre, un chemin charmant, mais un peu plus long que la route de Genève, par lequel il pourrait revenir sans « refouler sa voie », comme disent les chasseurs.

Il prit goût à la promenade qui occupait une partie de ses matinées et le mettait en bonne humeur et en bel appétit.

Je le revis l'année suivante. Il me raconta que, n'ayant pas voulu laisser sa femme seule à l'hôtel, il avait remis sa visite au mont Cenis à la fin du traitement de celle-ci ; qu'il l'avait emmenée avec lui, et que, de là, ils étaient descendus en Italie, où ils s'étaient si bien attardés qu'il n'avait plus trouvé le temps de se rendre à la station où il devait suivre son traitement accoutumé. Il ajouta que sa goutte ne s'était pas fait sentir depuis son séjour à Aix, et qu'en somme il ne se rappelait pas avoir passé, de longtemps, un hiver, et surtout un printemps aussi cléments.

©BIU Santé

muth; une piqûre d'un demi-centigramme de morphine. Temp. 39°4, pouls 103, resp. 20. On enlève le pansement; trois fils profonds et quatre superficiels sont coupés, il en reste cinq profonds.

Le 3. — Matin : Temp. 37°9, pouls 101, resp. 18. — Soir : Temp. 38°.

Le 4. — Matin : Temp. 37°4. — Soir : Temp. 37°7.

Le 5. — Matin : Temp. 37°4. — Soir : Temp. 37°6.

Le 6. — Matin : Temp. 37°4. — Soir : Temp. 38°.

Le 7. — Matin : Temp. 37°. — Soir : Temp. 37°6.

Le 8. — Matin : Temp. 37°. — Soir : Temp. 37°2.

Depuis, la température n'a pas dépassé 37°6 le soir.

La malade sort guérie le 24 février 1884.

Le 1er mars. — La malade va très bien et les règles ne sont pas revenues encore depuis l'opération.

Le 16. — Les règles sont revenues le 3 mars. La cicatrice est rouge, de 16 centimètres de longueur dont 3 au-dessus de l'ombilic. En outre il existe une petite éventration à l'ombilic. L'opérée, très engraissée, va très bien.

La tumeur enlevée est un énorme kyste multiloculaire à contenu gélatiniforme. Son poids est de 2 kilogrammes 410 grammes; quant à la matière gélatineuse évacuée pendant l'opération on peut l'évaluer à 6 kilogrammes 50 grammes.

La tumeur pesait donc 8 kilogrammes 900 grammes.

Le 23 juin 1885. — Mme L. jouit d'une excellente santé depuis son opération et a très notablement engraissé. — Ses règles sont devenues irrégulières depuis deux mois seulement, sans d'ailleurs déterminer de douleurs abdominales. L'exploration du ventre permet de s'assurer que le kyste parovarien et l'ovaire gauche n'ont pas augmenté de volume depuis l'opération.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 juillet 1885. — Présidence de M. Bergeron.

La correspondance non officielle comprend la relation d'une épidémie d'oreillons qui

---

A cette époque, on ne voyait à Aix, en fait de goutteux, que ceux qui, à l'exemple de l'ingénieur dont il s'agit, accompagnaient d'autres malades, ou ceux qui y avaient été envoyés par suite d'erreurs de diagnostic.

Les choses ont bien changé. Un de nos jeunes confrères, élève de Garrod, était allé, après la guerre, passer plusieurs hivers à Londres. Il y avait suivi assidûment les services hospitaliers et entretenu les meilleures relations avec la plupart des grands praticiens anglais. Grâce à lui, la clientèle étrangère augmenta considérablement à Aix. Cette station est placée sur le chemin que prennent les Anglais pour se rendre sur le littoral méditerranéen français ou italien. Ils s'y arrêtent volontiers, soit à l'aller, soit au retour. Il y ont un temple. C'est une étape agréable, et le temps qu'ils y passent rend moins brusque la transition entre le climat qu'ils quittent et celui qu'ils recherchent. Ils s'y arrêtèrent davantage quand ils eurent des lettres de leurs médecins pour le confrère auquel je fais allusion, et surtout lorsqu'ils eurent appris, par expérience, que les eaux d'Aix n'étaient point contraires à la goutte, comme on l'avait professé jusque-là.

La plupart de ces émigrants anglais sont goutteux; tous se soumettent maintenant au traitement thermal, et, comme leur nombre augmente d'année en année, il n'est pas téméraire de conclure qu'ils s'en trouvent bien. Chose singulière, ni le confrère dont je parle, ni les médecins qui s'occupent plus particulièrement de la clientèle anglaise, et qui ont imité sa manière de faire, n'ont songé à utiliser sérieusement la source de Saint-Simon dans le traitement de la goutte. On pourrait chercher les motifs de cette abstention dans le manque de confort des moyens de communication entre la ville et

©BIU Santé

a sévi au 28e régiment d'infanterie à Evreux pendant l'hiver de 1884 à 1885, par M. le docteur Bassompierre, médecin-major de deuxième classe.

M. Polaillon présente une malade guérie après une ablation du rein. Cette malade porte dans le flanc gauche la trace d'une incision en L, incision par laquelle le chirurgien eut un accès facile jusqu'au rein à enlever.

Pendant les jours qui suivirent l'opération, le phénomène le plus saillant fut la grande fréquence du pouls qui oscilla entre 120 et 140 pulsations. Vers le dixième jour il tomba aux environs de 100 pulsations, puis il descendit progressivement pour se maintenir entre 80 et 90 pulsations, qui paraît être l'état normal de l'opéré.

La température monta une seule fois à 39°3, le troisième jour après l'opération. Au bout de huit jours elle était revenue à la normale le matin ; le soir il y avait presque toujours une petite ascension de la température. Quarante jours après la néphrectomie, la malade put se lever.

La vaste plaie qui résultait de l'ablation du rein suppura pendant plus de deux mois malgré les pansements antiseptiques et les irrigations faites dans le foyer tous les deux ou trois jours avec des solutions d'acide phénique, d'acide borique ou de bichlorure de mercure.

Les urines, qui étaient purulentes avant l'opération, devinrent subitement claires et privées de globules de pus après l'opération. Le rein toutefois produisait une urine qui avait tous les caractères de l'état normal et dans laquelle on trouva, le troisième jour après la néphrectomie, une dose considérable d'urée représentée par 25 grammes par litre.

D'après trente relevés de la proportion d'urée par litre de l'urine rendue par la malade, on a reconnu que l'opérée produit en moyenne 1,221 grammes d'urine contenant 11 gr. 58 d'urée, chiffre qui, vu le poids de 35 kilogrammes de a malade, se rapproche très sensiblement du chiffre physiologique.

Cette observation confirme le fait déjà connu, à savoir qu'un seul ein suffit à l'intégrité de la fonction urinaire et à l'entretien de la vie.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale, en remplacement de M. Fauvel, décédé. Les candidats sont classés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Vallin ; en deuxième ligne, M. Ollivier ; en troisième ligne

---

le village, et dans d'autres considérations encore. Mais, sans entrer dans une discussion, d'ailleurs délicate, je ne veux retenir de ce qui précède qu'un seul point, à savoir que les eaux d'Aix convenablement administrées et les massages appropriés donnent d'excellents résultats chez les malades atteints de l'affection goutteuse.

Cela n'a rien de surprenant; les eaux d'Aix sont très faiblement minéralisées, mais elles sont thermales et fort abondantes. De plus, les appareils sont disposés de telle sorte que le médecin, toujours libre de graduer à son gré la température et la pression de l'eau, est maître d'obtenir à très peu de chose près l'effet qu'il désire.

Pour moi, mon cher ami, je pense que le mieux est de combiner les ressources dont nous disposons, et, lorsque l'indication le comporte, de faire suivre simultanément à nos malades le traitement interne de Saint-Simon et le traitement externe d'Aix.

Toutes les fois donc que j'ai affaire, non pas seulement à des goutteux, mais à des *uriques*, je les engage à boire, dès le matin, deux ou trois verres d'eau à Saint-Simon. Ils doivent y aller et en revenir à pied, quand ils le peuvent. Si les deux courses sont trop longues pour eux, ils s'y font conduire en voiture (il y a un service organisé) et ils reviennent à pied. En cas d'impossibilité absolue de marcher, ils prennent également la voiture pour revenir. Au retour de cette promenade, qui, à pied, ne demande pas plus d'une heure (20 minutes pour aller, 20 minutes pour boire, 20 pour le retour), ils vont à la douche. Il leur reste assez de temps pour se reposer et se préparer au déjeuner, qui, dans les hôtels et pensions, a lieu à dix heures et demie ou onze heures.

L'analyse de la source de Saint-Simon a été faite, en 1853, par le professeur Kramer

©BIU Santé

M. Motet; en quatrième ligne, M. Napias; en cinquième ligne, M. Legrand du Saulle; en sixième ligne, M. Laugier.

Le nombre des votants étant de 70, majorité 36, M. Vallin obtient 64 voix; M. Legrand du Saulle, 2; M. Ollivier, 1; M. Motet, 1; bulletins blancs, 2.

En conséquence M. Vallin, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie.

M. Brouardel donne lecture du rapport adressé à M. le ministre du commerce sur les essais de vaccination entrepris en Espagne par M. le docteur Ferran. « En résumé, dit M. Brouardel, le contrôle scientifique de la valeur des procédés employés par M. le docteur Ferran pour obtenir l'atténuation du virus cholérique et l'étude complète du vaccin qu'il inocule, sont rendus impossibles par son refus; les opinions du docteur Ferran sur la morphologie du bacille et sur l'état du sang des animaux inoculés ont subi de nombreuses variations; l'outillage scientifique de son laboratoire est loin de répondre aux nécessités et aux difficultés des études microbiennes; les piqûres vaccinales pratiquées chez l'homme ou les animaux ne développent aucun symptôme qui rappelle une forme quelconque du choléra atténué; il est vrai que ces inoculations sur l'homme paraissent inoffensives. Les statistiques mortuaires espagnoles possèdent toutes deux défauts qui les vicient absolument : on ignore le chiffre réel de la population, on dissimule le nombre des décès dus au choléra. Pour des raisons spéciales, celles que publient les partisans de M. le docteur Ferran sont encore plus suspectes. En tout cas, la réinoculation cholérique ne met pas sûrement à l'abri de l'invasion.

Aucun des arguments invoqués en faveur de cette doctrine ne résiste à la critique; la preuve de la valeur prophylactique des inoculations anticholériques pratiquées par M. Ferran n'est donc pas faite.

Il ne faudrait pas que l'erreur d'un des plus bruyants partisans des théories microbiennes atteignît la doctrine elle-même. Il ne suffit que d'une imprudence pour compromettre son avenir.

Nous sommes convaincus que la découverte de l'atténuation des virus est et demeurera une des formes les plus brillantes du progrès médical à la fin de ce siècle ; mais, pour ne pas laisser encombrer la science de conceptions mal venues, il faut se défier de l'engouement des uns plus encore que de la résistance des autres.

Quand on se trouve en présence de quelqu'un qui veut passer de la théorie à la pratique, et faire l'application prophylactique des inoculations aux maladies humaines, il

---

(de Milan). Il est assez inutile de la reproduire ici. La somme des composés magnésiques qu'elle contient (sulfate, chlorure, carbonate et oxyde) ne dépasse guère 4 centigrammes par litre.

Le reste ne vaut pas l'honneur d'être nommé.

C'est donc une eau inerme. Mais les inermes ne sont pas les moins puissantes. Trousseau avait l'habitude de dire, dans ses cours de thérapeutique, que l'eau de Plombières n'est pas plus minéralisée que la Seine à Paris. Gastein l'est certainement beaucoup moins. Et combien n'y en a-t-il pas que l'on pourrait ranger dans cette catégorie! Dans l'espèce, c'est-à-dire eu égard à la diathèse urique (toutes réserves faites), c'est peut-être l'absence de minéralisation qui constitue la supériorité de certaines eaux. Mais il faut qu'elles soient bues à la source même. Je suis de ceux qui regrettent que les expériences du docteur Scoutteten n'aient pas trouvé plus de faveur auprès des médecins hydrologues. Il me semble qu'il y a lieu de tenir grand compte de la tension électrique de l'eau minérale à son point d'émergence. Toutes les eaux, quelle que soit la nature de leur minéralisation, exercent sur l'organisme, lorsqu'elles sont prises à la source, une action commune de stimulation, d'excitation. Il est difficile de se rendre compte de ce phénomène sans invoquer l'influence de l'électricité. Il est difficile aussi d'expliquer, sans l'intervention de cet agent universel, les effets produits par des sources dont la minéralisation est à peu près nulle.

Déjà, en 1829, comme le rappelle M. le docteur Le Pileur, dans ses « Bains d'Europe »,

©BIU Santé

faut, avant d'accepter ses propositions, faire subir à sa méthode, à ses procédés, les plus rigoureuses épreuves. Jenner a hésité neuf ans avant d'inoculer James Phipps, le 14 mai 1796.

Nous avons été témoins des longues hésitations et du labeur incessant de M. Pasteur avant qu'il ait osé affirmer la valeur de ces atténuations de virus, et cependant il pouvait opérer sur des animaux et renouveler sans cesse l'expérience. Pour entreprendre de pareils travaux, il faut que l'honnêteté complète, absolue, de l'homme ne puisse être discutée, et ici l'honnêteté est plus rigoureuse qu'en toute autre occasion ; elle consiste à ne rien ignorer de ce qui peut compromettre la vie de son semblable, à posséder une instruction technique complète, à ne rien avancer sans l'avoir soumis au contrôle de tous. Plus les problèmes touchent de près à la vie humaine, plus la méthode scientifique doit être parfaite, plus le savant doit être armé. M. Ferran me semble n'avoir pas compris l importance de ces vérités et il a abandonné le terrain des expérimentations et des études scientifiques pour entrer trop tôt dans ce qu'il appelle « la Pratique ». (Applaudissements prolongés.)

M. le Président se lève et dit qu'il croit être l'interprète de l'Académie, en félicitant M. Brouardel de son lumineux et ferme rapport. (Applaudissements.)

M. Duboué (de Pau), membre correspondant, dit qu'il a adressé à M. Dujardin-Beaumetz un travail qui sera inséré dans le *Bulletin de thérapeutique*, et dans lequel il démontre qu'au point de vue anatomo-pathologique les inoculations pratiquées par le docteur Ferran ne peuvent pas avoir de résultat.

M. le docteur Duroziez lit une note intitulée : *Du bruit de galop crural.* Le bruit de galop cardiaque est constitué par un claquement présystolique doublé d'un claquement systolique suivi à distance d'un claquement diastolique, c'est le claquement présystolique qui est la dominante.

Dans le bruit de galop crural, nous n'entendons que deux claquements : le claquement présystolique et le claquement systolique. Le claquement présystolique est produit par les valvules de la veine crurale, sous l'influence de la systole de l'oreillette droite; le claquement systolique est dû à l'artère.

On entend le bruit de galop crural dans l'insuffisance aortique avec hypertrophie et dilatation de l'oreillette droite.

Le bruit de galop existe au cou comme à l'aine.

Il ne fait pas comprimer les vaisseaux.

Baumgartner et Koller avaient trouvé que l'eau thermale de Gastein agissait sur l'aiguille aimantée, tandis que l'eau distillée ordinaire ne produit sur l'aimant aucun effet. Ils avaient également remarqué que l'eau thermale refroidie à 34 ou 35 degrés avait sur l'aiguille une action beaucoup plus faible ::11 : 25 qu'à la température d'émergence. Le docteur Scoutteten ne fit que généraliser cette curieuse expérience, et il montra que partout le fil du galvanomètre est dévié par l'eau de source au moment qu'elle jaillit du sol. Cette démonstration, encore une fois, ne pouvait donner la raison que de l'action commune des eaux minérales et de l'énergie singulière de certaines eaux inermes ; elle laissait en dehors la spécialisation de chaque source, résultant de la nature de la minéralisation. Mais je n'entends pas toucher, même de loin, aux motifs qui ont pu contribuer à faire oublier les expériences précédemment rappelées.

A les considérer, d'ailleurs, comme non avenues et à supposer que la source de Saint-Simon n'ait d'action qu'à la façon de l'eau vive, cela suffirait pour en recommander l'usage, de la façon que j'ai dite, aux goutteux et aux rhumatisants uriques qui suivent un traitement à Aix. Que cette eau, légèrement magnésienne, prise à jeun, pendant une promenade à la campagne, agisse en favorisant les fonctions de l'estomac et de la peau et en activant la nutrition; ou qu'elle agisse par le lavage des reins..., c'en est assez pour expliquer les bons effets qu'elle produit.

J'en dirais volontiers autant du traitement d'Aix, dont l'eau, après tout, est fort peu minéralisée également. Il est possible que la douche et le massage n'agissent, chez les goutteux, qu'en déterminant une stimulation générale et en dissipant les congestions

©BIU Santé

Le premier claquement est présystolique parce qu'il précède le pouls radial avec lequ . coïncide le claquement systolique.

Le phénomène varie avec l'énergie de la circulation ; on trouve net le lendemain ce qui a paru douteux la veille. Les bruits sont aussi variés que les systoles auriculaires. Il existe des palpitations crurales; on y rencontre les mêmes irrégularités, les mêmes inégalités qu'au cœur ; on entend parfois un véritable cliquetis crural.

Le bruit de galop crural est fréquent et vient s'ajouter comme diagnostic à notre double souffle crural obtenu par compression.

M. Doyen, interne des hôpitaux, communique le résumé des recherches qu'il a faites depuis le mois de novembre dernier sur le choléra asiatique.

Il a constamment trouvé le bacille virgule dans le contenu de l'intestin des cholériques; mais il est à noter que ce microbe se trouvait principalement, dans les cas foudroyants, dans le duodénum et à la partie supérieure du jejunum ; dans les cas lents on ne le retrouvait plus guère que dans l'iléon.

L'examen des coupes de l'intestin a toujours permis d'y retrouver le bacille virgule en grande quantité mêlé à d'autres bactéries, aussi bien dans les glandes de Lieberkühn que dans l'épaisseur de la muqueuse et même de la sous-muqueuse.

Il a ensemencé dans des tubes de gélatines des fragments du foie et du rein. Sur trois cas, dont un foudroyant, il a obtenu trois fois la culture du bacille virgule et de quelques autres bactéries. Il a retrouvé ces bactéries diverses dans le foie et le rein sur les coupes dans les sept cas examinés.

Il pensait donc qu'il existait dans le choléra une infection microbienne générale et complexe consécutive à l'entéro-mycose.

Il a essayé de vérifier ces faits expérimentalement.

Le meilleur procédé pour donner le choléra aux cobayes sans leur faire aucun traumatisme a été de leur injecter dans l'estomac une seule fois ou bien deux jours de suite 1 centimètre cube 8 d'alcool, puis une heure après la dernière injection 8 centimètres cubes de bouillon contenant des bacilles virgules. Ces cobayes meurent presque tous avec les symptômes et les lésions du choléra. Il a inoculé dans des tubes de gélatine des fragments du foie et du rein de ces cobayes, quelques instants après la mort. Vingt fois sur 27 cas, il a obtenu les mêmes résultats que chez l'homme.

Quelques mots en terminant au sujet de la morphologie du bacille virgule et des expériences récentes du docteur Ferran.

---

partielles, qui ont une tendance déplorable à envahir les malades dont il est question.

Mais je n'ai garde de vouloir faire ici un cours de thérapeutique. Je désirais simplement, mon cher ami, vous signaler un nouveau moyen d'action à ajouter à ceux que vous savez être déjà à notre disposition, c'est-à-dire à la vôtre.

Croyez-moi bien cordialement à vous. Dr Max. Legrand.

Pommade contre les ulcères de la cornée. — Galezowski

Iodoforme porphyrisé.....	1 ou 2 grammes
Vaseline pure.....	10 grammes

Mêlez avec soin sur un porphyre. — Cette promenade est recommandée contre les ulcères herpétiques et scrofuleux de la cornée. Elle agit favorablement aussi sur les ulcères qui se développent chez les sujets syphilitiques. On l'introduit dans l'œil plusieurs fois par jour. — Outre l'emploi de l'iodoforme, il est bon d'avoir recours à l'instillation du collyre de pilocarpine, et aux douches de spray phéniqué. On voit alors, au bout de quinze à vingt jours, l'ulcère se combler par un tissu de nouvelle formation, et la cicatrisation se produire. — N. G.

©BIU Santé

M. Doyen a observé sur des plaques de gélatine que le développement du bacille virgule s'effectue uniquement par segmentation. Quand la culture vieillit, on voit apparaître à la surface du bacille qui s'hypertrophie de petites phères. Ces sphères, devenues libres, se présentent sous forme d'anses. Il était bien aisé de démontrer si ces élèves étaient ou non fertiles. Il a, à cet effet, ensemencé un tube de gélatine avec une parcelle d'une culture datant de deux mois, un autre avec une culture datant de quatre mois, un troisième avec une culture datant de vingt-quatre heures. Ce dernier tube a donné plus de 150 colonies, le premier 5, le second pas du tout. D'ailleurs, les injections pratiquées par le docteur Ferran n'ont donné aucun résultat.

— La séance est levée à cinq heures.

A la dernière séance de l'Académie, M. Gavoy a présenté un stéthoscope amplificateur des bruits thoraciques, pouvant servir à volonté de *cardiographe* ou de *sphygmographe*, sans subir aucune modification préalable.

Cet instrument, construit par Bréguet, est un téléphone à ficelle, suspendu dans le corps du stéthoscope, dont les bruits reçus par la membrane sont renforcés par un résonnateur analogue à ceux d'Helmholtz ; sa disposition particulière permet de s'en servir comme de polygraphe . — Nous avons les premiers parlé de ce stéthoscope dans notre numéro du jeudi 9 octobre 1884.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Compte rendu analytique. — Mars et avril 1885.

Inhibition dans l'épilepsie. — On sait que, d'après M. Brown-Séquard, certaines parties du système nerveux peuvent, dans des conditions particulières, suspendre, inhiber les propriétés physiologiques d'autres parties du système nerveux lui-même ou d'autres organes. L'abolition des mouvements réflexes constatée par lui au début de l'attaque d'épilepsie vraie lui semble être le résultat d'une inhibition de la réflectivité spinale par l'encéphale. Au contraire l'activité réflexe est exagérée dans les attaques épileptiques symptomatiques d'une lésion cérébrale, et à la suite de lésions encéphaliques, il existe chez l'homme des zones dont l'excitation donne lieu, soit à la production d'attaques convulsives, soit à l'exagération de ces attaques, lorsqu'elles existent déjà. — Il en est de même pour les mouvements choréiques.

Il est important au point de vue pratique de déterminer chez les épileptiques et les choréiques les points dont l'excitation provoque la production ou l'exagération des mouvements convulsifs ; car c'est en appliquant sur ces points une contre-irritation thérapeutique qu'on a le plus de chances de modifier favorablement l'état morbide des centres nerveux.

Arthropathie expérimentale. — MM. Bochefontaine et Lombroso, ayant sectionné chez un chien les racines postérieures droites de la douzième paire nerveuse dorsale, des première et deuxième paires lombaires, ont vu se produire d'abord une paralysie crurale droite, puis quelques jours plus tard un gonflement œdémateux de l'articulation du coude gauche. La lésion une fois guérie, on trouva à l'autopsie une atrophie des cordons postérieurs et une dégénérescence du cordon antéro-latéral du côté opposé. Les expérimentateurs voient là une analogie avec les arthropathies des ataxiques.

M. Brown-Séquard rapproche ce fait de celui qu'il a observé dès 1855 : la section de plusieurs paires nerveuses dans la région dorsale à droite peut produire, comme l'hémisection de la moelle au même niveau, la paralysie de la motilité dans le membre postérieur correspondant et la perte de la sensibilité dans le membre postérieur opposé. Ce sont là des troubles résultant de l'inhibition exercée par la section ou l'irritation d'une moitié de la moelle ou des nerfs qui en émanent sur les cellules du côté opposé dont le fonctionnement se trouve ainsi modifié.

M. Laborde n'accepte pas l'analogie du fait expérimental rapporté par M. Bochefon-

©BIU Santé

taine avec les arthropathies des ataxiques. On n'a jamais jusqu'ici observé de lésion médullaire après la section des racines postérieures des nerfs rachidiens, et d'ailleurs le chien sujet de l'expérimentation n'était pas devenu ataxique.

La résistance des parois artérielles et veineuses a été étudiée par MM. Grehant et Quinquaud à l'aide d'un manomètre à air libre de Regnauld, ayant une hauteur de 12 mètres. La carotide d'un chien peut supporter 11 atmosphères sans se rompre ; les veines sont un peu moins résistantes ; la jugulaire du chien supporte pourtant une pression de 5 à 6 atmosphères. Les artères saines d'un vieillard résistent à une pression de 6 atmosphères ; altérées, elles ne résistent pas à plus de 3 atmosphères ; la résistance est légèrement plus grande sur les vaisseaux du côté droit.

Le salicylate de méthyle, dont on a proposé l'emploi thérapeutique comme succédané du salicylate de soude, a été étudié par M. Rabuteau. Il colore également les sels de fer en violet ; c'est un liquide insoluble dans l'eau, légèrement coloré en jaune et d'une odeur agréable. Anesthésique pour la grenouille, il n'a d'action sur les animaux à sang chaud que si ceux-ci reçoivent en injections sous-cutanées des quantités considérables de cette substance, en même temps qu'ils respirent dans une atmosphère de salicylate de méthyle. Une partie de l'agent absorbé est détruite dans l'organisme, le reste s'élimine en nature par les voies respiratoires et l'urine.

La cocaïne ne produit l'analgésie locale que par voie d'inhibition, d'après M. Brown-Séquard ; elle agit par les nerfs périphériques sur les centres nerveux, qui réagissent en inhibant la sensibilité locale. En effet, deux minutes après l'injection d'une certaine quantité de cocaïne au niveau du larynx, comme après la projection d'acide carbonique en ce point, il y a une anesthésie cutanée, généralisée, qui persiste plusieurs minutes et une analgésie des différentes plaies du corps de l'animal qui persiste encore le lendemain. Les plaies nouvelles produites alors sont au contraire hyperalgésiques.

L'excitabilité des nerfs moteurs et sensitifs est complètement indépendante de leur nutrition. (Brown-Séquard.) Des nerfs moteurs privés de circulation dans une grande partie de leur longueur conservent leur action sur les muscles. L'excitabilité des nerfs persiste après la mort, suivant une durée de cinq minutes à quatre heures et demie, variable d'après une foule de conditions encore inconnues. Les contractures musculaires qui existent presque toujours après la mort, et qui sont bien distinctes de la rigidité cadavérique, dépendent aussi d'actions dynamogéniques ou inhibitoires.

Composition chimique des dents (Galippe). — Dans les dents d'adultes, 25 p. 100 de matières organiques ; 74 p. 100 de matières minérales. Dans les dents de lait, 30 p. 100 au moins de matières organiques ; 69 p. 100 seulement de matières minérales; en outre plus de carbonate de chaux et de magnésie, qui augmente la vulnérabilité. — Plus de fer dans les dents permanentes, quoique en proportion toujours faible. — La silice qui existe dans toutes les dents paraît être d'autant plus abondante que la résistance de la dent doit être plus grande, quoiqu'elle ne dépasse pas 0,50 p. 100. Le fluor se trouve en quantité très faible dans les dents ; il peut être en quantité considérable dans les dents fossiles.

Thérapeutique expérimentale. — Les modifications vasculaires produites par les médicaments dans l'économie ne sont pas les seules dont il faille tenir compte en thérapeutique. L'action directe des médicaments sur les éléments musculaire et nerveux doit être prise en considération, et, quant à l'influence des agents irritants sur le système nerveux, elle n'est pas toujours proportionnelle à la douleur ressentie. L'expérience démontre que le badigeonnage de la peau avec du nitrate d'argent, quoique indolent, a pu guérir des névralgies, et des cautérisations rapides avec un instrument chauffé à blanc, moins douloureuses que les cautérisations au rouge sombre, peuvent amener la résorption d'épanchements liquides (Brown-Séquard). Une névralgie peut être guérie par l'excitation des parties similaires du côté opposé (Dumontpallier).

L'ictère spasmodique chez les cardiaques et les ictères d'origine nerveuse. — L'ictère des cardiaques n'est pas toujours attribuable à l'accroissement de

la pression sanguine dans le foie congestionné, ni à la suractivité fonctionnelle de la sécrétion biliaire; il peut être encore causé souvent par la contraction spasmodique des canaux biliaires (LÉPINE). — Le spasme des conduits biliaires a été depuis longtemps produit chez le chien par M. LABORDE; il peut durer plusieurs jours. — A côté des ictères spasmodiques existent d'autres ictères de cause nerveuse; outre le spasme des vaisseaux sanguins, qui cède assez facilement aux applications locales de glace, l'ictère peut succéder instantanément à une dilatation des vaisseaux d'origine nerveuse. De plus, un ictère brusque peut résulter d'un arrêt de la sécrétion biliaire, sous l'influence d'une action réflexe inhibitoire. (BROWN-SÉQUARD.)

Influence de l'intelligence et des états psychiques sur la force musculaire, par M. Ch. FÉRÉ. — La force musculaire mesurée au dynamomètre est moindre chez les races inférieures que chez les peuples civilisés; elle est plus faible aussi, dans le même pays, chez les manouvriers que chez les ouvriers employés aux industries artistiques, et chez ceux-ci que chez les hommes voués aux travaux intellectuels. Ces faits sont vrais aussi pour le sexe féminin.

La loi générale est que l'énergie musculaire est accrue par l'activité du système nerveux cérébral. L'audition d'une leçon, d'un morceau de musique agréable, la représentation mentale et aussi le spectacle de l'exécution de certains mouvements faits par autrui accroissent aussi notre force dynamométrique.

Inversement, la mise en jeu du système musculaire accroit l'énergie du système nerveux, et, pour trouver la solution d'un problème, il suffit quelquefois d'arpenter machinalement sa chambre.

Tous ces faits, qui sont des exemples de dynamogénie (accroissement de la puissance d'un appareil organique par la mise en jeu d'un autre), sont surtout marqués chez les sujets névropathes et hypnotiques.

La force dynamométrique est moindre au réveil qu'après quelque temps de travail intellectuel.

L'action de serrer un grand nombre de fois le dynamomètre d'une seule main augmente la force dynamométrique de l'autre main.

L'usage prolongé de la parole accroît la force musculaire et, réciproquement, certains mouvements passifs du bras imprimés à une hystérique aphasique lui rendent la parole. Les gestes que font les orateurs ont probablement pour but instinctif de leur faciliter l'exercice de la parole.

Les hallucinations provoquées de tous les sens déterminent une augmentation de la force dynamométrique, et les hallucinations sensorielles unilatérales ne dynamogénisent que les muscles du côté correspondant.

A titre d'exceptions aux faits précédents, il faut dire que certaines hallucinations pénibles de la vue et du goût, la saveur du sulfate de quinine par exemple, auraient pour effet de diminuer la force musculaire; certains morceaux de musique ont aussi une action dépressive.

M. BROWN-SÉQUARD pense qu'on doit tenir compte, pour l'explication de la diversité des effets produits par les excitations nerveuses périphériques, du lieu d'application de celles-ci et de l'état particulier du sujet.

Ainsi, l'application de chloroforme sur la narine diminue notablement par inhibition les mouvements respiratoires et cardiaques; ce même agent, appliqué sur certaines parties du pharynx, dynamogénise la respiration.

Chez une même personne, citée par M. Hanot, la même cause morale a produit, dans deux circonstances différentes, une fois des phénomènes d'inhibition, une autre fois un effet de dynamogénie.

VARIÉTÉS

LA MATIÈRE MÉDICALE DES BÉDOUINS.

Les substances médicamenteuses employées par les Arabes du désert sont empruntées

©BIU Santé

à la flore du pays. D'après M. Gordon Hull, qui a étudié l'ethnographie de ces peuplades dans un mémoire publié dans le *British medical Journal*, ils emploient comme diurétique le *Spartium monospermum*, graminée dont la décoction est diurétique et sert contre la gravelle.

Comme purgatif, ils font usage de genres de cucurbitacées voisines de la *Bryone*, dont les fruits sont mis en macération dans du lait, qui acquiert ainsi des propriétés drastiques puissantes. La famille des composées leur fournit diverses drogues : telle la *Santolina fragrantissima* dont l'infusion a des qualités carminatives; telle aussi l'*Artemise*, dont ils se servent comme parasiticide.

Les feuilles du *Zygophyllum* écrasées dans l'eau donnent un liquide mucilagineux en usage contre les affections des yeux; la *Callotropis gigantea* est considérée comme galactogène; la *Capparis spinosa*, très vulgaire dans les vallées de l'Arabie Pétrée, est largement mise à contribution dans ses diverses parties par la médecine indigène. C'est ainsi que son fruit aromatique passe pour stomachique, et l'écorce de ses racines comme apéritive et diurétique.

Les Arabes utilisent encore les propriétés narcotiques de la *jusquiame* pour provoquer le sommeil et au besoin même l'ivresse et le délire; ils l'associent à celles de la *mandragore*. D'ailleurs, d'après M. Gordon Hull, ces individus sont très sensibles à l'action des narcotiques. Par contre, ces Bédouins n'emploient que deux médicaments d'origine minérale : le soufre et le corail. Ce dernier sert d'amulette. — C. L. D.

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.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie des sciences a désigné pour le prix biennal de 20,000 francs, après deux tours de scrutin, M. le docteur Brown-Séquard, professeur de physiologie au Collège de France, par 40 suffrages contre 15 à M. de Brazza et un bulletin blanc, sur 56 votants.

Ce choix a été ratifié par l'Institut, dans la réunion des cinq Académies, qui a décerné ledit prix au savant physiologiste par 74 voix contre 7 à M. de Bazza, 1 bulletin blanc et 1 bulletin *non*.

— Dans cette même séance des cinq Académies, M. Julia Pingard a été élu chef du secrétariat de l'Institut en remplacement de M. Pingard père.

— En présence de l'extension prise par l'épidémie cholérique en Espagne, notamment dans les provinces de Valence, Murcie, Alicante, Saragosse, Aranjuez, etc., le ministre du commerce vient de donner des ordres aux autorités françaises de la frontière espagnole à l'effet de soumettre à une visite médicale très minutieuse tous les voyageurs qui entrent en France.

HERBORISATION. — 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 12 juillet, dans les bois de Chaville-Versailles.

Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse, à 11 heures 35, pour la station de Charville.

AUJOURD'HUI et plus que jamais on administre avec succès le fer combiné à l'albumine. Dans l'anémie essentielle en effet, dans la chloro-anémie, contre les troubles de la menstruation surtout, la *liqueur de Laprade* fournit d'excellents résultats.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. NOTTA (de Lisieux) : Un peu d'hygiène à propos de nos casernes. — II. La prophylaxie administrative du choléra parisien en 1884. — III. BIBLIOTHÈQUE. — IV. L'ÉPIDÉMIE cholérique de 1885. — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — VI. VARIÉTÉS. — VII. FORMULAIRE. — VIII. COURRIER.

Un peu d'hygiène à propos de nos casernes.

Il n'est personne qui ne soit frappé de voir la mortalité militaire sur le sol français en temps de paix être de 13 à 14 pour 1,000, tandis qu'elle n'est que de 9,6 pour la population civile du même âge. Pour bien comprendre toute la portée de cet écart, il ne faut pas perdre de vue que l'on a affaire ici à une population triée sur le volet, car sur 1,000 (contingent) on exempte en moyenne 280 sujets pour aptitude morbide.

Cette mortalité considérable de nos jeunes soldats est due à des causes multiples dont plusieurs, inhérentes à la profession, ont été atténuées dans la mesure du possible, je me plais à le reconnaître ; d'autres au contraire, qui pourraient être facilement supprimées, contribuent pour une large part à cette morbidité anormale : je citerai en première ligne l'insalubrité d'un grand nombre de casernes et la façon défectueuse avec laquelle elles ont été et sont encore construites aujourd'hui même. Je puis en parler et *de visu*, ayant assisté à l'édification d'une caserne destinée à loger 800 hommes et dans laquelle on a méconnu les lois les plus élémentaires de l'hygiène et accumulé comme à plaisir tout ce qui peut faire de ce bâtiment un foyer d'infection. En présence d'inepties qu'un maçon de village n'eût pas commises, on est frappé de stupeur et l'on se demande comment il se peut qu'un corps aussi instruit que le génie militaire, éditeur responsable de cette œuvre, donne une semblable preuve de son ignorance en matière d'hygiène ; car, il faut le dire bien haut, le service de santé n'est ici passible d'aucun reproche : au contraire, tous les médecins qui se sont succédé depuis la construction de cette caserne, tous sans exception, avec une persistance et une énergie qui ne laissaient pas que de causer parfois des ennuis au commandement, tous ont adressé à leurs chefs des rapports nombreux et détaillés sur l'état d'insalubrité de la caserne, mais tous ces rapports ont eu la même destinée : le plus souvent ils sont restés sans réponse. De temps à autre, il est vrai, on s'en est ému, et alors on voyait apparaître un officier du génie ayant plus ou moins de galons à son képi. Il visitait la caserne, sans le médecin militaire, bien entendu ; puis, la tournée faite, il déclarait ou qu'il n'avait pas de fonds ou que tout était pour le mieux dans la meilleure des casernes. Si je mentionne ce fait, dont je suis absolument certain et que j'ai été à même de suivre et d'étudier dans tous ses détails, j'ai des raisons de croire qu'il n'est pas unique et que, avec des variantes, il en est de même dans beaucoup d'autres casernements.

Sans m'attarder à toutes les causes d'insalubrité qui peuvent être attribuées à l'emplacement, aux vices de construction, de distribution, et qui, pour être traitées convenablement, exigeraient des développements considérables, je me bornerai à appeler l'attention sur un seul point : quand on parcourt une caserne, on est surpris du peu de souci que l'on a eu pour les besoins matériels de l'humaine nature ; on paraît avoir méconnu complètement que l'homme a un tube digestif qui, s'il est ouvert à sa partie supérieure, ne saurait être fermé à son extrémité inférieure et que les produits de la digestion ne sont point des quantités négligeables. Alors que de

©BIU Santé

toutes parts l'enlèvement et l'emploi de ces produits encombrants, désagréables et nuisibles sont le sujet des travaux et des méditations des hommes les plus savants, ici on semble n'en avoir aucune préoccupation. Ainsi je connais beaucoup de casernes de quatre étages dont les lieux d'aisance sont dans la cour, à une distance plus ou moins grande. Le règlement de service intérieur prescrit un baquet pour les urines seulement, lequel est placé au rez-de-chaussée, soit dans le corridor, soit en dehors à la porte de la caserne. Or, que se passe-t-il ? Comme nos soldats ne sont pas encore à l'état de corps glorieux, s'il n'y a pas de baquet, il arrive souvent que pour une cause ou pour une autre, sur laquelle je n'ai pas besoin d'insister, les escaliers ou les corridors sont salis par des matières excrémentitielles. Et cela est fatal : les baquets eux-mêmes ne tardent pas à devenir un foyer d'infection. Qu'un soldat logé au quatrième soit pris de diarrhée subite au début d'une fièvre typhoïde, avant qu'il ait encore consulté le médecin : peut-on admettre de bonne foi qu'il ait le temps de s'habiller, de descendre ses quatre étages et de traverser la cour. N'y a-t-il pas de grandes chances pour que l'escalier ou le corridor soient maculés? Je sais bien que le lendemain matin les hommes de corvée feront disparaître les souillures de la nuit ; mais à la longue, les murs, les interstices des pavés, les pavés eux-mêmes s'imprègnent d'urine, de détritus organiques. Vallin et Morache (1) ont dénoncé formellement les planchers comme cause de mauvaise odeur et d'insalubrité ; et, dans un article fort bien fait, M. Longuet a résumé les travaux les plus récents qui ont été faits sur ce sujet (2). Des recherches micrographiques ont permis de constater dans les interstices des parquets, des bactéries, des bacilles, des ferments divers qui ont pu être cultivés par la méthode de Pasteur, et dont on a pu constater expérimentalement la septicité. A côté de ces recherches purement scientifiques, M. Longuet cite de nombreux faits de maladies infectieuses, fièvre typhoïdes, scorbut, etc., qui n'ont pu être enrayées qu'après l'évacuation des casernes et le remplacement complet du plancher par de nouveaux matériaux.

On s'est parfois demandé comment des casernes bien aérées, suffisamment spacieuses pour loger convenablement leur effectif, étaient de véritables foyers d'infection. Je suis convaincu que bien souvent il ne faut pas en chercher la cause ailleurs que dans l'absence de lieux d'aisance convenablement disposés et à la portée des hommes. La science, en nous faisant connaître le mode de propagation des maladies par le microbe infectieux (*omnium herna malorum*), nous a donné le moyen de l'éviter ou tout au moins de le combattre, et, aujourd'hui, il n'est pas permis de ne pas compter avec lui.

A une époque comme la nôtre, à laquelle on s'occupe avec tant de sollicitude de l'amélioration matérielle et de l'hygiène des prisons qui, en définitive, ne renferment pas la partie la plus intéressante de la société, il n'est pas possible de refuser à nos soldats en France des conditions hygiéniques meilleures que celles qu'ils ont dans leurs casernes, d'autant plus que les dépenses ne seraient pas très considérables ; le fussent-elles, ne seraient-elles pas compensées par la diminution de la mortalité?

On remédierait facilement à l'état de choses actuel :

(1) *Traité des désinfectants et de la désinfection*, 1883, p. 608.

(2) Du rôle des parquets dans la production et la propagation des maladies épidémiques, *Union médicale*, 16 février 1884.

1° En construisant à deux mètres d'une des extrémités de chaque caserne une tour qui, à chaque étage correspondant de la caserne, renfermerait des lieux d'aisances en communication à l'aide d'une passerelle largement aérée avec l'extrémité du corridor. De cette façon, on n'aurait pas à craindre l'infection des chambrées par les lieux d'aisance, et les hommes ayant de semblables facilités ne souilleraient plus le sol de la caserne.

2° En pavant les casernes avec de l'asphalte ou avec des pavés lisses et très durs bien ajustés avec du ciment, de manière à ce qu'aucun interstice ne puisse loger les matières animales. Ce pavage serait facile à tenir propre, à l'aide d'une serpillière mouillée d'eau phéniquée; on enlèverait ainsi tous les détritus organiques qui peuvent devenir une cause d'infection : crachats tuberculeux, débris alimentaires, etc.

3° En exigeant que le corps de santé soit consulté pour la construction des casernes, ou tout au moins en apprenant aux officiers qui sont chargés de ce soin des notions d'hygiène qu'ils paraissent trop souvent ignorer.

Sans doute la vie militaire a ses exigences et nous sommes de ceux qui regardent que le soldat doit être endurci à la fatigue pour être capable un jour de faire utilement la guerre, mais nous pensons que l'Etat a le devoir étroit de veiller à ce que les casernes ne soient pas des lieux d'infection, et si, lorsque nos enfants sont frappés sur le champ de bataille pour la défense du pays, nous ne murmurons pas, nous avons le droit d'élever la voix et de nous plaindre énergiquement lorsqu'ils meurent empoisonnés dans les casernes.

Dr Notta (de Lisieux),
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

La prophylaxie administrative du choléra parisien en 1884 (1).

Dès son apparition à Toulon, l'épidémie de 1884 reçut le nom de choléra des surprises; elle le mérite encore après sa disparition.

La publication hâtive et opportune des documents administratifs, relatifs à l'épidémie parisienne de 1884, n'a-t-elle pas été une sorte de surprise? D'ailleurs cette innovation fait honneur à la diligence de la 2me division de la Préfecture de police. Faut-il voir dans cet empressement une tentative de rupture avec la traditionnelle lenteur des bureaux? Je le souhaite sans trop l'espérer. En tout cas, cet exemple peut servir de précédent aux autres services d'hygiène de la capitale.

Ce *rapport sur les mesures prises contre l'épidémie cholérique de 1884 à Paris et dans le département de la Seine* ne possède pas seulement la valeur statistique habituelle des pièces officielles; pour les hygiénistes, il constitue un document à consulter, et pour la Préfecture de police une justification des mesures sanitaires exécutées sous l'inspiration du Conseil d'hygiène départemental.

A coup sûr, tout n'a pas été au mieux dans la prophylaxie de cette épidémie, et les critiques qui ont été formulées au jour le jour à cette même place subsistent encore. Elles visaient les institutions et l'organisation défectueuse de nos services d'hygiène parisiens, plutôt que les fonctionnaires dévoués dans leurs efforts persévérants pour prévenir et entraver le développement de l'épidémie. Il est vrai que cette tâche a été facilitée par les circonstances, ce choléra se montrant de bonne composition et d'une bénignité relative.

(1) Cet article, rédigé il y a déjà quelque temps, mais dont la publication a été retardée par l'abondance des matières, reprend un intérêt d'actualité à cause du voisinage de l'épidémie espagnole. (*N. de la Réd.*)

©BIU Santé

I

Les principales mesures dont le rapport actuel donne les résultats furent élaborées en 1883, au moment de l'épidémie d'Egypte. On fit alors œuvre de prévoyance. Parmi elles, les indications relatives à la prophylaxie individuelle sont connues de tout le monde; elles ont été publiées et affichées sous la rubrique d'*Instruction du Conseil d'hygiène sur les précautions individuelles à prendre concernant le choléra.* Je ne m'y arrête pas, pour arriver tout de suite aux tentatives d'organisation de la police sanitaire du choléra.

Ici l'action préfectorale s'est exercée par l'exécution *des mesures contre la propagation de l'épidémie cholérique.* L'efficacité de cette intervention dépendant en partie de sa rapidité, on cherchait à connaître sans retard les cas suspects, pour prévenir la formation des foyers, ou les assainir, et pour assurer l'isolement ou le transport des cholériques. Telle a été l'économie de cette organisation sanitaire défensive. On peut en apprécier les qualités et les défauts et juger des réformes indispensables pour l'avenir, après l'épreuve qu'elle a subie.

Au premier rang, voici le service d'*avertissement*, d'autant plus difficile à établir et d'autant plus incomplet que notre boiteuse réglementation sanitaire n'établit pas pour les citoyens français l'obligation légale de faire connaître, au nom du salut public, les cas avérés de maladies contagieuses et épidémiques.

Les circulaires des 4 et 7 juillet 1884 indiquent comme sources d'informations : la rumeur publique, les rapports des agents aux officiers de paix et aux commissaires de police, ou bien les déclarations officieuses des médecins traitants. Ces dernières, seules, présentaient des garanties; mais elles sont peu nombreuses. Par contre, la vérification des premières devenait de nécessité, surtout dans les jours d'effarement et d'émotion populaire du début d'une épidémie.

L'article 14 de l'ordonnance du 25 octobre 1883 met bien entre les mains de l'administration un autre moyen d'information, en imposant aux gérants de garnis la déclaration de tous les cas de maladies épidémiques ou contagieuses survenant parmi leurs locataires. Quelle est la sanction de cette ordonnance ? et jusqu'à quel point use-t-on de pénalités à l'égard des contrevenants ? Sur ce point le rapport préfectoral est muet : on peut donc douter de l'efficacité pratique de ces dispositions, qui théoriquement semblent sages.

Du 4 au 6 novembre, la Préfecture fut avisée de 2064 cas suspects, 1980 pour Paris et 84 pour la banlieue. Il fallait contrôler ces informations, s'enquérir des circonstances de la maladie et, sans retard, procéder à l'assainissement des milieux contaminés.

Ce rôle, qui en temps ordinaire appartient aux médecins des épidémies et aux membres du Conseil d'hygiène, fut celui des *médecins délégués.* « L'institution de ces médecins a été la base du *système prophylactique dans chacun des quartiers de Paris et dans chacune des communes de la banlieue.* » Leur mission était de s'enquérir de la nature cholérique des cas signalés et de leurs particularités. De plus ils surveillaient la désinfection, mais sans intervenir à aucun titre dans le traitement des malades, sinon pour soulager des individus dépourvus de tout secours.

D'après le nombre des rapports et des enquêtes, on peut mesurer les incontestables services rendus par les médecins délégués, en assurant la promptitude de l'intervention et l'exécution rationnelle des mesures d'assainissement. On peut donc sans hésitation demander avec l'administration que cette institution prenne dorénavant un caractère permanent.

Il en est de même du *service de la désinfection à domicile.* Depuis trois ans, il existe bien un dépôt de substances désinfectantes dans les bureaux de chaque commissariat de police; elles y sont à la disposition gratuite du public sur l'attestation de tout médecin certifiant un cas de maladie épidémique ou contagieuse. Cette distribution gratuite a été depuis complétée par le service de la désinfection à domicile, soit à la suite d'un décès, soit après le transport à l'hôpital.

Pendant l'épidémie, le personnel des désinfecteurs fut porté de 6 à 73 hommes, répartis entre quatre postes. Chaque escouade, en permanence de sept heures du matin à sept heures du soir, était munie de tous les appareils nécessaires pour répondre à toute

©BIU Santé

réquisition. L'adoption de l'acide sulfureux comme agent de désinfection a été motivée par les essais du laboratoire de M. Dujardin-Beaumetz à l'hôpital Cochin. On avait essayé les vapeurs du sulfate de nitrosyle, le chlore et le brome, substances de maniement difficile, et ayant l'inconvénient d'irriter les voies respiratoires. Parmi les composés du soufre, le sulfure de carbone offrait des avantages; mais sa combustion devant s'opérer dans un brûleur de prix élevé, on ne put l'adopter. Il en fut de même de la projection d'acide sulfureux liquide à l'aide des siphons d'anhydride Pictet : conséquemment il fallut en rester au procédé classique de la combustion du soufre.

On jugera de l'activité de ce service par les chiffres suivants : du 4 au 30 novembre, les escouades de désinfecteurs pratiquèrent 798 opérations ; en un seul jour, le 11 novembre, ces opérations s'élevèrent à 151, auxquelles il faut ajouter les désinfections pratiquées directement par le personnel des commissariats et par les œuvres de désinfection, organisées dans quelques arrondissements par les soins des mairies.

A ces mesures s'ajoutent celles que le Conseil d'hygiène adoptait, le 20 août 1883, sur le rapport de M. Brouardel, dans le but d'abréger les délais d'inhumation ou de mise en bière, et d'interdire le transport des corps autrement que dans des cercueils de plomb hermétiquement clos. Etablie par la circulaire du 21 juillet 1884, cette réglementation pourrait être utilement étendue à tous les décès par maladies contagieuses ou épidémiques.

On n'a pas oublié les plaintes auxquelles donna lieu, dans les premiers jours de l'épidémie, l'insuffisance et les retards dans les moyens de transport. En temps ordinaire, cinq voitures sont affectées à cet usage ; il fallut donc leur adjoindre des fiacres ordinaires qu'on aménagea dans ce but. Au nombre de trente, répartis sur quatre points de la capitale, ces véhicules assurèrent la permanence du service de jour et de nuit. L'activité de ce service était telle que 321 transports furent effectués par les seules voitures du dépôt de la place Voltaire. On doit, d'après cela, constater une fois de plus l'urgence de compléter ce service, et d'y pourvoir par un matériel permanent de réserve toujours disponible.

II

Pour apprécier la valeur de ces mesures, jetons un coup d'œil sur l'évolution de cette épidémie. Ici les enseignements sont instructifs, j'ajouterai même forts édifiants. Du 24 juin au 24 octobre, première période de la maladie, le rapport préfectoral mentionne des cas de choléra avec « un caractère épidémique peu prononcé ». — Soit; mais, toute réservée qu'elle soit, cette déclaration ne justifie guère le silence officiel. Peu prononcé ou non, le choléra asiatique existait-il alors, ou bien n'existait-il pas ? Pourquoi ce doute ? Si, dans la marche d'une maladie, on constate bien sans doute des degrés d'accentuation, cette remarque est une banalité. Saurait-il y avoir pour cela des degrés dans le diagnostic de sa nature ? On peut donc se demander si ces cas étaient bien le choléra asiatique ou ces diarrhées cholériformes de causes diverses, qui, chaque été, font des victimes.

Ce choléra atténué de juillet, septembre et octobre, était de bonne composition; il se cantonnait sur la rive droite : à Boulogne le 21 août, à Clichy dix jours plus tard, à Saint-Ouen, à Saint-Denis, à Aubervilliers en septembre et en octobre; toutes localités industrielles où se trouvent des établissements classés et qui avoisinent les égouts collecteurs parisiens. Par contre, les victimes étaient rares dans quelques-unes des autres communes suburbaines et dans Paris où il éprouvait les quartiers de Sainte-Marguerite et des Epinettes et amenait la mort de 40 personnes sur 103 cas déclarés.

Durant la deuxième phase, du 4 novembre au 5 janvier, le choléra devint parisien, épargnant la banlieue où il ne frappait que 48 personnes dans les foyers de Boulogne et de Saint-Ouen, pendant qu'à Paris on comptait 1980 cas et 938 décès.

On s'est demandé comment l'épidémie avait débuté. La réponse n'est pas aisée. Presque simultanément on constatait des malades suspects dans des quartiers plus ou moins éloignés les uns des autres : Saint-Merri et le Gros-Caillou, Sainte-Marguerite et le Jardin-des-Plantes, Saint-Gervais et Picpus, les Quinze-Vingts et le Faubourg-du-Roule.

En même temps on observait çà et là des cas isolés, et cinq quartiers seulement eurent le privilège d'une immunité absolue; ceux de la Chaussée-d'Antin, du Bel-Air, d'Auteuil

OBIU Santé

des Ternes et du Petit-Montrouge. Cette répartition de l'épidémie ne fournira certainement pas d'arguments décisifs en faveur des théories actuellement en discussion sur la propagation du choléra.

Par contre, la localisation des foyers dans certaines agglomérations de maisons démontre bien l'influence pathogène des milieux. A preuve : le nombre des victimes dans la rue de la Parcheminerie (5 cas et 5 décès), dans la rue de Bièvre (6 décès), la rue des Chaufourniers et le passage de Puebla (15 décès), dans la rue de Picardie (8 décès), dans les rues Basfroi, Sainte-Marguerite, Godefroy-Cavaignac et de Charonne (62 décès), dans les passages Brune et Raguenot (XIIe arrondissement, 11 décès), dans les rues des Filles-Dieu, Saint-Spire et Sainte-Foy (8 décès).

Le douloureux épisode de l'Asile de l'avenue de Breteuil est aussi un enseignement, bien que son origine reste encore indéterminée, il prouve l'influence des conditions sociales et de l'âge sur la formation des foyers cholériques, puisque sur 117 personnes soumises au régime de cet établissement 83 furent atteintes et 67 succombèrent.

Par contre, voici un autre milieu où les conditions hygiéniques et sociales sont aussi défavorables, néanmoins l'épidémie fut relativement modérée. Ce sont les prisons de la Seine, où la statistique mentionne 52 cholériques seulement, dont 28 succombèrent. Sur ce nombre, on compte 20 décès à la Maison de répression de Saint-Denis. L'observation sévère des mesures sanitaires explique la bénignité relative des atteintes du choléra.

A quelque point de vue que l'on se place, le choléra parisien de 1884 confirme l'urgence d'une réorganisation définitive des services d'hygiène de la capitale sous le contrôle du comité consultatif du département de la Seine. Si, d'une part, les mesures sanitaires inspirées par ce Conseil ont procuré des résultats heureux, c'est à l'institution des services de désinfection, du transport des malades et des médecins délégués qu'il faut en attribuer une grande part. Par contre, l'insuffisance de certaines d'entre elles résulte de l'époque tardive où elles furent prises, c'est-à-dire après l'instauration du choléra dans Paris. Il en est après tout des épidémies comme des guerres; la victoire dépend de la rapidité de la mobilisation autant que de l'énergie de l'attaque ou de la défense.

A cet effet, l'organisation du service de désinfection à domicile et l'institution des médecins délégués ont été justifiées par les faits. Après en avoir inspiré la création, il faut espérer que, dans un avis favorable, le Comité d'hygiène départemental engagera l'administration à en assurer la permanence, en nommant un médecin délégué dans chacun des arrondissements de Paris, au grand bénéfice de la médecine préventive et de la connaissance des épidémies. En cela l'administration ferait œuvre féconde et durable. — C. L. D.

BIBLIOTHÈQUE

ETUDE SUR LES PARALYSIES ALCOOLIQUES, par le docteur W. OETTINGER, ancien interne des hôpitaux, etc. — A. Delahaye. Paris 1885.

Si l'on connaît depuis longtemps les manifestations cérébrales de l'alcoolisme, il n'en est pas de même de la plupart des phénomènes qui peuvent s'observer du côté du système nerveux médullo-périphérique et qui ont été laissés presque entièrement dans l'ombre. C'est cette lacune que vient de combler en partie M. le docteur W. OEttinger, en nous présentant dans sa thèse inaugurale une étude aussi complète qu'intéressante des paralysies alcooliques. Reprenant cette question qu'avait déjà traitée son maître, M. Lancereaux, avec sa compétence toute spéciale, M. OEttinger a pu, sous la direction même du savant médecin de la Pitié, en développer les principaux, y joindre de nouveaux faits, les appuyer sur le contrôle de l'anatomie pathologique et de l'histologie, et démontrer, peuvres en main, que les névrites multiples primitives sont les lésions propres à ces troubles paralytiques d'origine alcoolique, et peuvent être dans certains cas (obs. IV) uniquement localisées aux nerfs périphériques.

Outre la possibilité de s'enquérir des antécédents d'un malade, chez lequel l'habitus extérieur et les signes classiques permettent de reconnaître la nature de l'intoxication,

— car il ne faut pas compter sur la sincérité de ses aveux, — les symptômes particuliers de ces paralysies leur impriment un cachet spécial, grâce auquel on peut faire le diagnostic parfois très délicat. C'est en général dans le cours de l'alcoolisme chronique que surviennent les accidents paralytiques, localisés tantôt aux membres supérieurs, tantôt *et surtout* aux membres inférieurs. Ils affectent différentes formes et consistent soit en de simples parésies, s'accompagnant parfois d'incoordination motrice qui pourrait en imposer a priori pour un vrai tabes, soit en des paralysies à évolution lente, chronique, soit enfin en des paralysies se généralisant assez rapidement et ressemblant à celles d'une affection médullaire aiguë. Ces paralysies s'accompagnent, dans la plupart des cas, d'atrophie musculaire, de troubles trophiques et vaso-moteurs (altération de la peau, des ongles, sueurs localisées, escharres et surtout œdème) et de troubles de la sensibilité. Ces derniers, importants à connaître, sont caractérisés par les symptômes suivants : troubles subjectifs apparaissant au début et consistant en douleurs très vives, en fourmillements, etc., hyperesthésie souvent intense des téguments des membres inférieurs et supérieurs, s'accompagnant parfois de diminution dans la sensibilité du tact, et de retard dans la perception des sensations. L'anesthésie peut accompagner également l'hyperalgésie, et succède souvent à l'hyperesthésie ; elle est surtout fréquente dans les formes à évolution lente. Les réflexes tendineux sont abolis. Enfin, habituellement localisée aux membres, la paralysie alcoolique respecte la face et les viscères.

La partie anatomo-pathologique de la thèse de M. Œttinger, tant au point de vue macroscopique qu'au point de vue histologique, a été particulièrement soignée. On voit, par le minutieux examen histologique qui accompagne l'obs. IV et par la belle planche qui y est jointe, que l'auteur a suivi les traditions du laboratoire Piorry, d'où sortait récemment encore une très remarquable étude des cirrhoses alcooliques; aussi ses conclusions n'en ont-elles que plus d'autorité. Pour lui, les lésions anatomiques qui caractérisent les diverses formes de la paralysie alcoolique sont des lésions dégénératives des nerfs périphériques (névrite parenchymateuse), respectant la moelle et les racines médullaires. C'est donc une affection liée uniquement aux lésions des nerfs périphériques, une *névrite multiple*, à moins que l'on n'admette que des troubles purement fonctionnels dans les centres trophiques médullaires des filets nerveux peuvent produire une altération dégénérative de ceux-ci, altération qui serait plus accusée à la périphérie, où la résistance à l'influence trophique est la plus considérable. C'est ainsi que Erb explique la lésion périphérique, sans altération des racines, dans la névrite multiple. Pour Œttinger, la lésion médullaire, qui est encore à trouver, n'existe pas, et la lésion primitive est toujours périphérique.

En ajoutant ce nouveau chapitre à l'histoire si complexe de l'alcoolisme, l'auteur a montré que, parmi les agents toxiques pouvant déterminer des paralysies dues à des névrites multiples, l'alcool devait occuper une place importante. Ses observations personnelles et ses consciencieuses recherches bibliographiques donnent à ce travail une réelle valeur, et font ressortir les qualités du clinicien, que mettent encore en relief la correction du style et la clarté de l'exposition. — M. N.

L'Epidémie cholérique de 1885.

La décadence des inoculations anticholériques. — Une exécution du ferranisme à l'Académie. — L'observation sanitaire sur les frontières pyrénéennes. — Le développement de l'épidémie espagnole.

La magistrale communication de M. Brouardel est l'événement scientifique de la semaine. Elle enlève des illusions aux naïfs, mais donne satisfaction aux esprits pondérés.

Ce document, si justement applaudi mardi dernier par les membres de l'Académie de médecine, marquera un point important dans l'histoire du choléra contemporain et obtiendra un retentissement mérité à l'étranger.

En s'exprimant avec autant de simplicité que de modération, M. Brouardel s'est fait

©BIU Santé

le défenseur de la dignité scientifique. Sans crainte de démenti, on peut affirmer aussi qu'il a été, dans cette circonstance, l'avocat autorisé de l'opinion dominante parmi les médecins français.

Au nom du bon sens clinique, on doit sans doute accepter les faits qui ont été démontrés avec précision par M. Pasteur, et les autres microbiologistes ; par contre aussi, au nom de cette sagesse pratique qui, en général, inspire la médecine dans notre pays, il était urgent de se refuser publiquement à enregistrer sans contrôle et sans prostestation des doctrines et des procédés d'allures par trop mercantiles. En publiant, il y a quatre jours, à cette même place, la traduction de l'avis dont M. Ferran accompagne ses cartes de vaccination, nous avons mis nos confrères à même de juger quel fond il fallait faire sur ces inoculations et sur leur gratuité. Les conclusions de l'éminent président du Comité d'hygiène de France confirment cette appréciation avec toute la sévérité d'un jugement.

Elles font la part des manifestations tapageuses de ces dernières semaines ; que ne peuvent-elles convaincre les naïfs, complices sans le savoir de la fabrication secrète du virus cholérique atténué et de la mise en actions industrielles des cultures de peronospora! On ne pouvait donc trop protester contre une fumisterie scientifique ne possédant même pas le prétexte du désintéressement !

Ceci dit, la question du virus cholérigène n'est pas fermée. Elle reste en discussion. Et si, à bon droit, on doute de l'efficacité préventive des vaccinations cholérifuges puisque le choléra est une maladie sujette à récidiver plusieurs fois sur les mêmes individus, on ne doit pas moins désirer le succès d'une étude nouvelle du bacille cholérique par des chercheurs plus soucieux de la science que de leurs intérêts personnels.

La création de postes d'observation sanitaires annoncée depuis quelques jours entre en voie de réalisation. Il est tard, dira-t-on peut-être, car l'année dernière le gouvernement espagnol mit moins de forme et de temps pour fermer ses frontières à nos nationaux. Depuis un mois les émigrés des pays contaminés traversent librement le Midi et séjournent en France. Vraiment, il faut savoir gré à l'épidémie de n'avoir pas encore pris domicile parmi nous, avec cette facile véhiculation des germes par les voyageurs pour moyen et l'hésitation de nos administrateurs pour indirect auxiliaire.

Mieux vaut tard que jamais ; on donne droit aux avis du Comité d'hygiène et dans cette guerre à l'intrusion du choléra, Perpignan et Bayonne seront bientôt des quartiers généraux d'observation. MM. Gilbert Ballet et Charrin y centraliseront le service, désigneront le personnel médical et y rempliront en quelque sorte le rôle de commissaires du gouvernement contre le choléra.

Le personnel se recrutera parmi les étudiants des Facultés de Montpellier et de Bordeaux, ou parmi ceux de l'Ecole de Toulouse. Pourquoi faire appel au dévouement toujours généreux de ces élèves et ne pas s'adresser au personnel des médecins locaux ? Ceux-ci ont la connaissance du pays, la confiance des populations et sont les premiers intéressés au bon fonctionnement de la surveillance sanitaire.

Est-ce une question de dépenses ? Je l'ignore ; mais les élèves commissionnés recevront une indemnité journalière de dix francs, indemnité modeste pour des personnes étrangères au pays et qui, ce me semble, eût été plus facilement acceptée par les médecins ayant leur installation et leur clientèle dans les localités menacées.

Aux termes de l'article 14 de la loi du 3 mars 1822, qui punit d'un emprisonnement de trois à quinze jours et d'une amende de 5 à 50 francs les contrevenants aux mesures sanitaires, on compte déterminer les logeurs et les particuliers à déclarer l'arrivée des émigrants espagnols et les cas suspects dès les premiers accidents.

Puisse cette arme être suffisante et de réelle efficacité, en dépit des influences locales ou autres qui, dans les petites localités surtout, sont trop souvent un obstacle aux règlements de police.

L'extension de l'épidémie motivait de plus en plus ces dispositions, d'autant plus que les statistiques ne donnent qu'une idée approximative des ravages de l'épidémie. Du 1er au 8 juillet, la mortalité quotidienne varie de 600 à 650 décès et la morbidité de 1,400 à 1,500 cas; elles sont plus grandes dans les campagnes que dans les villes. Une preuve du désaccord de ces chiffres avec la réalité est que à Aranjuez la maladie égale en

violence l'épidémie napolitaine de 1884 et à Onticola, petite localité voisine, la surpasse proportionnellement et décime les habitants.

Aux provinces antérieurement envahies, il faut maintenant ajouter celles de Huesca et de Saragosse; enfin, c'est à Valence et dans les environs que la morbidité et la mortalité restent les plus considérables. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Vulpian présente une note de M. C. Vanlair, intitulée : *Nouvelles recherches sur la régénération des nerfs périphériques.*

« Si l'on étudie le processus régénérateur des nerfs sectionnés sur le sciatique du chien, non pas dans les premiers temps qui suivent l'opération, *mais après un laps de plusieurs années*, on constate que les phases initiales de l'évolution s'accomplissent suivant des règles constantes, mais que les stades ultérieurs sont loin d'offrir la même uniformité.

« Dans tous les cas, en effet, on observe vers l'extrémité du bout central une prolifération de la zone marginale des névricules, une obsolescence des fibres axiles, un exode des fibres nouvelles aboutissant à la formation, autour de chaque névricule en particulier, d'un manchon conjonctivo-nerveux, une fusion plus ou moins complète du névricule avec le manchon, puis enfin, au-dessous du point sectionné, le développement d'un *névrome de régénération* aux dépens des fibres nouvelles issues de l'un et de l'autre.

« Mais, à partir du moment où le névrome se trouve définitivement constitué, le processus diverge.

« Tantôt la masse névromateuse reste absolument stérile : elle se prolonge alors purement et simplement jusqu'à une certaine distance du point de section; puis elle se raréfie et disparaît sans avoir donné naissance à aucune formation névriculaire. Tantôt on voit s'organiser, aux dépens et dans l'intérieur même du névrome, de *véritables névricules*. Cette organisation, qui ne s'achève souvent qu'après une série d'essais infructueux, résulte d'un groupement longitudinal et systématique des fascicules du névrome et d'une maturation graduelle des fibres. Mais ces névricules nouveaux ne tardent pas eux-mêmes à se perdre, soit par une sorte de dispersion latérale, soit par la désagrégation de leurs faisceaux. Tout improductive qu'elle est, cette formation névriculaire n'en offre pas moins un intérêt extrême, car elle met en pleine lumière la puissance *réparatrice* du tissu nerveux périphérique. Il ne s'agit plus ici, en effet, d'une simple production de fibres enchevêtrées, mais d'une véritable organisation de nouveaux névricules aux dépens du lacis névromateux. On constate, en d'autres termes, qu'après une période de diffusion transitoire, le nerf est en état de se reconstituer suivant son type primitif.

« Dans des circonstances plus favorables, lorsque, par exemple, le bout périphérique vient offrir aux névricules nouveaux une voie tracée à l'avance, ceux-ci s'engagent dans le champ épineurial et se prolongent bien au delà de la bifurcation du sciatique. Ils côtoient alors les anciens névricules, mais en se groupant en plusieurs systèmes particuliers, tout à fait distincts des formations primitives.

« Lorsque les conditions sont encore plus avantageuses, il se produit en outre, lors de la rencontre avec le bout périphérique, une pénétration des fibres d'origine centrale dans l'intérieur même des névricules périphériques. Et cette fois les fibres nouvelles se prolongent *presque invariablement* jusqu'à l'extrémité du membre, c'est-à-dire que l'on obtient alors une *révivification* effective et complète des névricules dégénérés.

« Il ne semble pas qu'il s'agisse, dans ces cas, d'une substitution proprement dite des éléments nouveaux aux éléments périphériques dégénérés. Ce serait, en effet, dans les interstices ménagés entre les anciens tubes et non dans les gaines de ces tubes que

BIU Santé

la pénétration aurait lieu. Cette intrusion, au reste, ne s'opère pas toujours de la même façon. Tantôt elle se fait en masse; tantôt elle n'intéresse primitivement qu'un ou plusieurs segments névriculaires. Par contre, on constate que les éléments nerveux qui s'introduisent ainsi dans les névricules periphériques appartiennent tous ou presque tous à la catégorie des fibres grêles. Chose remarquable, un nombre très restreint de fibres nouvelles suffit pour amener la résurrection d'un bout périphérique tout entier.

« De ce qui précède ressort la démonstration anatomique de la possibilité d'une régénération complète, par drageonnement central, d'un nerf coupé ou réséqué. Il en résulte aussi qu'elle resterait imparfaite, au moins pour les nerfs d'une certaine longueur, si les névricules séparés du centre ne venaient, à un moment donné, remplir, vis-à-vis des fibres centrifuges, l'office de conducteur.

« L'importance des conditions mécaniques dans la régénération des nerfs se manifeste d'une manière non moins évidente quand, après la section, on maintient le bout central du nerf dans une direction récurrente. Il se produit alors deux traînées longitudinales et parallèles dépendant l'une de la branche directe, l'autre de la portion renversée du nerf; mais le fond de l'anse reste absolument stérile, en sorte que, si l'on peut obtenir que les tractus de nouvelle formation se portent tantôt dans le sens centripète, tantôt dans le sens centrifuge, on les verra, d'autre part, se prolonger uniquement dans le sens même de l'*interstice musculaire*, ou la résistance est évidemment la moins grande.

« Il n'est pas d'ailleurs que les névricules anciens et l'interstice musculaire qui puissent ainsi servir de guide aux formations nouvelles et en fixer la direction. Les *vaisseaux* eux-mêmes, dans un grand nombre de cas, se montrent entourés d'un manchon plus ou moins complet de tissu fasciculaire, qui leur forme une sorte d'adventice nerveuse et qu'ils transportent au loin avec eux.

« Si donc les fibres nerveuses ont le pouvoir de proliférer dans des conditions très diverses, le tissu nerveux, pour se maintenir et s'organiser, semble, lui, avoir besoin de tutelle. »

M. Ch. Dufour adresse une note portant pour titre : *Influence de l'attraction de la lune pour la production du gulf-stream.*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 juin 1885. — Présidence de M. de Beauvais, président.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend les journaux et revues de la quinzaine : le *Progrès médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal des Sociétés scientifiques*, les *Annales des maladies de l'oreille*, la *Revue médicale de l'Ouest*, etc.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Dehenne, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

Une lettre de M. le docteur Gérardin, qui, désigné pour faire partie de l'armée du Tonkin, prie la Société de vouloir bien lui donner provisoirement le titre de membre correspondant.

M. Dehenne lira dans une prochaine séance le mémoire qu'il devait présenter à l'appui de sa candidature.

M. le Président fait part à la Société des récompenses qui ont été décernées par l'Académie de médecine à MM. Foville, Coignard, Laissus fils, Hardier et Karadec (de Brest), membres correspondants. Il annonce en même temps que M. Bovet, nouvellement élu membre correspondant, vient d'être nommé médecin-inspecteur des Eaux de Pougues.

M. le docteur de Valcourt (de Cannes), membre correspondant, assiste à la séance.

Communications.

M. le docteur Thevenot lit un rapport sur l'ouvrage de M. Martin-Saint-Ange.

M. le Président, au nom de la Société et en celui de notre très honorable confrère, M. le docteur Martin-Saint-Ange, remercie M. Thevenot de son intéressant travail.

M. Polaillon lit une observation d'ovariotomie. (Sera publiée.)

M. Thévenot : D'après l'observation, fort intéressante, que vient de nous lire M. Polaillon, il semble que la deuxième partie de l'opération soit plus difficile lorsqu'il s'agit de kystes du parovarium que lorsqu'il y a kyste de l'ovaire proprement dit. Peut-on être prévenu à l'avance de la nature exacte du kyste à opérer?

M. Polaillon : Le diagnostic des kystes du parovarium est extrêmement difficile. Généralement ils renferment un liquide très clair; mais encore ce signe n'est-il pas absolument certain, car dans les kystes de l'ovaire, il arrive quelquefois que le liquide soit aussi limpide. Les kystes du parovarium sont généralement pédiculés, mais je ne sais s'ils le sont toujours. Quand il n'y a pas de pédicule, on peut être presque sûr qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire. C'est une des conditions des kystes du parenchyme de l'ovaire d'être sessiles.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, J. Christian.

VARIÉTÉS

LA DIMINUTION DE LA MORTALITÉ ET LES SERVICES D'HYGIÈNE PUBLIQUE EN ANGLETERRE.

De 1841 à 1850, la moyenne de la mortalité, en Angleterre, était de 24,40 p. 1,000; de 1851 à 1860, de 22,20 p. 1,000; de 1861 à 1870, de 22,50 p. 1,000, soit environ 22,37 p. 1,000. De 1866 à 1870, cette mortalité est exprimée par les chiffres 22,44 p. 1,000, c'est-à-dire sensiblement la même que durant les vingt-cinq années précédentes.

En 1871, on organise le *Local Government Board*, et cette organisation est suivie de travaux d'assainissement et de fonctionnement des services de prophylaxie sanitaire dans un grand nombre de localités. Les conséquences favorables de ces mesures ne tardent pas à se manifester et, de 1879 à 1883, la mortalité moyenne descend à 19,25 p. 1,000, ou diminution de 2,59 p. 1,000. Les maladies zymotiques s'atténuent considérablement, car la mortalité par la variole, la rougeole, la scarlatine, la diphthérie, le croup et la dysenterie descend de 4,08 p. 1,000 à 2,61 p. 1,000; celle de la fièvre typhoïde, de 0,88 p. 1,000 à 0,31 p. 1,000; soit une diminution de 0,54.

Qu'en conclure? Sinon que l'organisation rationnelle de l'Administration de l'hygiène publique contribue pour faire tomber la mortalité annuelle par les maladies épidémiques à 1,47 p. 1,000 et préserver chaque année 30,000 existences dans une population de 27 millions d'habitants.

Ce n'est pas tout; l'économie totale des existences s'élève à un chiffre plus élevé, car le fonctionnement de ces institutions d'hygiène a pour effet d'atténuer la morbidité dans une proportion de 12 maladies pour 1 décès. Enfin, comme le remarque M. Monod, dans son rapport au ministre de l'intérieur, 70,000 existences sont préservées; de sorte qu'en dix ans, le fonctionnement du *Local Government Board* a procuré un gain de 700,000 habitants. Ce chiffre est encore au-dessous de la vérité, car, à en juger par le recensement de 1881, il s'élèverait à 97,570 habitants par année.

Ces chiffres ont une éloquence qui malheureusement, en France, semble impuissante contre le parti pris de nos administrateurs. — C. E.

FORMULAIRE

Traitement des accidents pulmonaires chez les cardiaques. — C. Paul.

La stase sanguine produite par l'hypertrophie du cœur amène la congestion pulmonaire, l'apoplexie et les épanchements pleuraux. On y remédie à l'aide des ventouses

©BIU Santé

sèches appliquées en grand nombre (20, 30 ou 40), qu'on renouvelle toutes les vingt-quatre heures ou même toutes les douze heures, en ne les laissant pas en place plus de huit à dix minutes. On cesse d'y recourir dès qu'il survient de l'anasarque. S'il existe de la stase veineuse et de la tendance à l'asphyxie, on procure du soulagement à l'aide d'une saignée de 250 à 300 grammes. — Tant que le malade peut sortir, les bains d'air comprimé sont avantageusement conseillés. — Si la congestion a fait place à l'œdème ou à l'apoplexie pulmonaire, le moment est venu de recourir aux révulsifs spoliateurs, tels que les vésicatoires, que l'on recouvre de papier huilé au moment de les appliquer, et que l'on retire, dès que l'épiderme est légèrement soulevé. Il est bon, en outre, de faire boire abondamment le malade pendant la vésication, afin que la cantharidine s'élimine rapidement par l'urine, et ne s'y trouve pas en trop grande quantité à la fois. — Enfin, quand il s'est produit dans l'une des plèvres un épanchement de plus d'un litre et demi, il peut être avantageux de pratiquer la ponction. — Comme médication interne, on prescrit la teinture de lobélie enflée et on combat la dyspnée par les inhalations d'oxygène. — N. G.

COURRIER

Erratum. — Lire à la 12e ligne de la page 43 du numéro du 7 juillet : Rédiger et non *Digérer*.

Association française pour l'avancement des sciences. — L'Association ouvrira sa 14e session à Grenoble, le 10 août 1885, sous la présidence de M. le professeur Verneuil, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine. La session comprendra des séances générales, des séances de sections et des excursions dont la liste sera donnée ultérieurement. Les travaux du congrès seront clos le 20 août et l'excursion finale aura lieu le 23 août.

Les membres de l'Association scientifique de France recevront, sur leur demande, une carte qui leur donnera le droit d'assister aux séances et de prendre part aux excursions dans les mêmes conditions que les membres de l'Association française. Ceux qui voudront profiter des réductions accordées par les Compagnies de chemins de fer devront en faire la demande avant le 10 juillet, terme de rigueur.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. E.-M. Gariel, secrétaire du conseil, 4, rue Antoine-Dubois, jusqu'au 8 août, et, passé cette date, au secrétariat du congrès de l'Association française, à Grenoble.

Concours pour le clinicat. — 1° *Clinicat chirurgical.* — Ce concours s'est ouvert le mercredi 1er juillet. Jury : MM. Le Fort, Verneuil, Lannelongue, Guyon. — Sujet de la composition écrite : « Vaisseaux du rectum ; anatomie pathologique et pathogénie des hémorrhoïdes. »

2° *Clinicat médical.* — Ce concours s'est ouvert le lundi 6 juillet. Le jury est ainsi composé : MM. G. Sée, Hardy, Peter, Damaschino, Bouchard ; Hayem, suppléant.

3° *Clinicat des maladies du système nerveux.* — Ce concours s'est ouvert en même temps que le clinicat médical. Le jury est le même que celui du clinicat médical, plus M. le professeur Charcot.

Service de santé militaire. — Le ministre de la guerre vient d'informer les préfets que l'effectif des élèves en pharmacie du service de santé militaire étant suffisant pour répondre aux besoins du service, les étudiants de cette catégorie ne seront pas admis à concourir cette année.

Société de médecine de Paris. — Séance du 11 juillet 1885. — *Ordre du jour :* 1. M. Dubrisay : De certaines perturbations fonctionnelles au début des maladies organiques de l'estomac. — 2. M. Dehenne : Lecture du mémoire de candidature de M. le docteur Gérardin. — 3. Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. LANCEREAUX : Paralysies toxiques et paralysie alcoolique ; caractères et évolution de cette dernière. — Indications pronostiques et thérapeutiques. — II. REVUE DES JOURNAUX. — — III. L'ÉPIDÉMIE cholérique de 1885. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de chirurgie. — V. THÈSES de doctorat. — VI. COURRIER.

Paralysies toxiques et paralysie alcoolique ; caractères et évolution de cette dernière. — Indications pronostiques et thérapeutiques

Par le docteur LANCEREAUX.

Leçon faite à l'hôpital de la Pitié le 24 mars 1884 et recueillie par M. ŒTTINGER, interne du service.

J'ai cherché à démontrer en 1880, que les paralysies liées à l'action des substances toxiques étaient relativement fréquentes, que ces paralysies, quelle que fût leur cause, arsenic, sulfure de carbone, opium, etc., avaient un certain nombre de caractères communs, des airs de famille pour ainsi dire, et que, nosologiquement, elles formaient un groupe distinct, constituant, en un mot, un genre d'affections bien nettement déterminé.

Les caractères somatiques de ce groupe sont les suivants :

Localisation plus spéciale de la paralysie aux extrémités des membres, surtout aux inférieurs ;

Tendance de cette paralysie à s'étendre progressivement vers la racine du membre ;

Symétrie à peu près parfaite.

Un des côtés les plus intéressants de l'étude de ces paralysies est constitué par les troubles divers observés dans la sphère de la sensibilité ; on constate toujours, du moins à une certaine période, des sensations subjectives diverses, telles que : élancements, picotements, fourmillements, sensations de brûlure, etc., qui s'accompagnent le plus habituellement d'une hyperesthésie ou d'une anesthésie des téguments, répartie symétriquement comme la paralysie motrice elle-même.

Les troubles vaso-moteurs sont peut-être moins fréquents, mais ils ne sont pas rares non plus ; l'œdème, la rougeur des téguments, les ecchymoses se produisant à la suite d'excitations même légères représentent les principaux désordres de ce genre. Les squames épidermiques de la peau, les épaississements des ongles avec stries transversales, sont des troubles trophiques relativement rares.

J'ajouterai, pour caractériser en peu de mots ces paralysies, que la *symétrie* est la règle, et qu'elles ne sont que très rarement complètes ; dans la plupart des cas signalés et observés par les auteurs et dans toutes les observations que j'ai recueillies, certains groupes musculaires, surtout ceux des extenseurs, étaient plus particulièrement atteints. Enfin, les membres inférieurs sont généralement affectés les premiers, les supérieurs se prennent à leur tour, mais à une période plus tardive et généralement à un moindre degré ; les muscles extenseurs sont particulièrement atteints, et les mains prennent alors une attitude assez analogue à celle que l'on observe dans la paralysie saturnine.

Dans la paralysie alcoolique, qui, ainsi que nous le verrons, possède des lésions lui appartenant en propre, les muscles présentent la réaction de dégénérescence très nettement accusée, tandis que l'électricité faradique est le plus souvent entièrement abolie.

Dans les leçons que j'ai publiées en 1880, il est seulement question des formes aiguës et fatalement graves de cette affection ; depuis lors j'ai eu l'occasion d'observer des formes cliniques différentes et je puis aujourd'hui vous en présenter un cas des plus curieux.

Aussi, si nous voulons classer méthodiquement les paralysies alcooliques au point de vue de leur évolution, nous devons en décrire trois formes principales :

1° Une forme à évolution rapide et progressive : cette paralysie a de la tendance à se généraliser, elle rappelle cliniquement les myélites subaiguës, son pronostic est à peu près fatal.

2° Une seconde forme à marche subaiguë ; c'est le cas de la femme qui fera aujourd'hui le sujet de notre leçon ; cette paralysie peut rétrocéder, et guérir.

3° Une forme chronique, ordinairement limitée aux extrémités inférieures, dont la durée est très longue et la guérison assez habituelle ; elle rappelle, au point de vue de son évolution, certains cas de paralysie saturnine chronique.

Ainsi, les paralysies toxiques, et la paralysie alcoolique en particulier, sont des types bien différents des paralysies dites essentielles ou hystériques, et des paralysies liées à une affection cérébrale ou médullaire.

L'analyse du fait dont je vous parlais va pouvoir facilement vous en convaincre : il s'agit d'une femme, âgée de 37 ans, couchée au lit n° 28 de la salle Lorain. Bien constituée, elle n'a jamais fait de graves maladies ; son père, inspecteur des eaux et forêts, était, nous dit-elle, assez enclin à faire des excès alcooliques. Depuis 1865, elle exerce la profession d'institutrice, et tout d'abord elle voyage en Amérique, puis séjourne à Strasbourg et en 1870 vient se fixer à Paris. En 1873, elle se marie ; c'est à partir de cette époque, nous raconte-t-elle, qu'elle a des pituites le matin, qu'elle est réveillée en sursaut par des rêves effrayants, ou bien par de véritables hallucinations. En septembre 1883, cette malade éprouve de la faiblesse, des douleurs dans les pieds et dans les jambes : le 7 octobre, elle entre à la Maison de santé, d'où notre distingué confrère, M. Labbé, nous l'envoie dans les premiers jours de janvier 1884. Voici les renseignements que nous a fournis son mari : depuis dix ans, sa femme a des pituites au réveil, des troubles gastriques divers, mais ce qui prédomine ce sont des rêves effrayants qui chaque nuit tourmentent la malade : elle voit des bêtes affreuses, des êtres hideux, qui la poursuivent et quelquefois même la forcent à se lever au milieu de la nuit ; dernièrement encore, et ce renseignement nous est confirmé par la malade elle-même, elle avait de véritables hallucinations ; elle voyait surtout sur son lit un lapin, qui lui était familier, et qui venait lui mordre les jambes. La malade nous raconte que, depuis longtemps déjà, elle éprouve des picotements, des élancements, des crampes dans les jambes, qui sont devenues progressivement de plus en plus faibles au point de ne pouvoir la porter.

Enfin elle avoue que, depuis plusieurs années, elle prend chaque jour un quart de verre ordinaire de vulnéraire et souvent aussi un mélange de bitter et de curaçao. Quelle quantité en prend-elle réellement? C'est ce que nous ne pouvons préciser, car, sur ce sujet, la malade fait le plus difficilement possible des aveux; mais son mari reconnaît avoir eu souvent la malheureuse occasion de l'apercevoir en état d'ivresse lorsqu'il rentrait chez lui.

Les phénomènes que nous venons de signaler sont les mêmes que présente encore cette malade à son entrée à l'hôpital. Dans le décubitus dorsal, elle ne peut ni se lever, ni se tenir assise dans son lit; soutenue sous les bras, elle traîne difficilement sur le sol ses jambes, presque inertes; les pieds étendus sur la jambe, légèrement relevés par leur bord interne, tombent inertes, sans que la malade, placée dans la station assise, puisse les relever; les orteils sont fléchis sur la plante du pied, particulièrement les deux dernières phalanges, la première restant légèrement étendue sur les métatarsiens correspondants; le gros orteil, complètement inerte, tombe vers la face plantaire, plus bas encore que les autres orteils.

Cette attitude, produite par la paralysie des extenseurs, est des plus caractéristiques; les autres masses musculaires, le triceps et surtout les muscles du mollet sont loin d'avoir conservé leur intégrité; de même que les muscles extenseurs, ils sont atrophiés, presque impuissants, et c'est à grand'peine que la malade soulève le membre inférieur un peu au-dessus du plan du lit.

La paralysie des membres supérieurs est certainement moins accusée qu'elle n'était il y a quelques mois, si l'on en croit la malade; la main est fléchie, et l'extension sur l'avant-bras très difficilement obtenue; la flexion elle-même et la préhension sont peu accusées.

La paralysie motrice, si caractéristique déjà par sa symétrie, sa localisation, s'accompagne encore de troubles bien intéressants de la sensibilité. Notons d'abord une abolition des réflexes rotuliens.

La sensibilité du tact, si elle n'est pas entièrement abolie, est du moins très notablement affaiblie; les sensations sont obtuses, indistinctes; la malade ne sent pas très bien les divers objets appliqués sur la peau, et le pied posé sur le sol ne perçoit pas exactement sa consistance; il lui semble qu'elle marche sur un tapis, sur une couche d'ouate. A côté de cette obtusion de la sensibilité tactile, il existe au contraire une hyperesthésie, très accusée surtout au niveau des jambes et des avant-bras; le chatouillement de la plante du pied est des plus douloureux et provoque des mouvements d'agitation extrême.

Si nous ajoutons à ce tableau clinique, que la malade éprouve des picotements, des fourmillements, quelquefois de véritables douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs; si nous signalons l'existence de troubles trophiques, peau écailleuse, ongles lisses et brillants, des troubles vaso-moteurs, rougeurs et érythèmes fugaces, nous aurons un ensemble de symptômes presque complet qui nous donnera une idée assez juste de la paralysie alcoolique.

La contractilité faradique est entièrement abolie dans les muscles extenseurs, à part toutefois le jambier antérieur; il en est de même dans les muscles du mollet et de la cuisse; la réaction de dégénérescence, signalée par Erb, comme appartenant surtout aux paralysies périphériques, est ici assez difficile à constater, à cause de la vive douleur produite par l'application du courant; on peut cependant observer d'importantes modifications dans la façon dont le muscle se comporte vis-à-vis du courant électrique.

Tel était l'état de notre malade lorsqu'elle est entrée à l'hôpital au mois de janvier; depuis quatre mois, nous l'avons suivie et vous avez pu constater, sans entrer ici dans tous les détails de l'observation, que son état s'est progressivement amélioré. Le traitement a consisté en l'admi-

nistration de l'extrait thébaïque à la dose de 15 à 20 centigr. et en séances interrompues d'électricité. Le traitement hydrothérapique, que je préconise en pareil cas, était difficilement applicable ici, étant donnée l'impossibilité où la malade se trouvait de marcher et de se tenir debout.

Aujourd'hui, vous pouvez voir que les membres supérieurs ont récupéré une partie de leur force; la malade travaille, ce qu'auparavant elle ne pouvait faire; les membres inférieurs ont aussi retrouvé quelque énergie, mais c'est là encore une amélioration bien minime. Le résultat obtenu consiste surtout dans la disparition presque complète des douleurs, des fourmillements si pénibles pour la malade; les mouvements deviennent progressivement plus énergiques.

Il est probable que cette amélioration va persister et s'accentuer, mais il est douteux que la guérison complète puisse être obtenue.

Cependant, je vous signalerai à ce sujet l'observation bien intéressante d'un malade couché au lit n° 8 de la salle Piorry, que j'ai vu entièrement paralysé il y a quatre ans, et qui s'est amélioré au point de marcher aujourd'hui avec une assez grande facilité; le symptôme le plus particulier qui lui reste est constitué par des troubles subjectifs de la sensibilité et par une certaine parésie dans la marche; il présente aussi ce phénomène curieux, assez commun chez quelques alcooliques ; une véritable incoordination dans la marche, si bien qu'avec les douleurs qu'il accuse et l'abolition du réflexe rotulien, on pourrait, au premier abord, le prendre pour un véritable tabétique.

Si quelques paralysies alcooliques s'améliorent, rappelez-vous aussi que, dans d'autres cas (c'est le fait d'une malade que vous avez vue au lit n° 11, et que j'observe depuis longtemps), d'autres peuvent persister pendant bien des années, de telle sorte qu'on peut se demander si en pareilles circonstances la guérison est même possible.

Tels sont les exemples de paralysie alcoolique à forme subaiguë et chronique que je tenais à vous signaler ; je ne vous parlerai pas de ces formes aiguës dont j'ai rapporté dans mes leçons, en 1880, plusieurs exemples bien démonstratifs. J'ai eu depuis l'occasion d'en voir deux nouveaux cas ; l'un s'est présenté à mon observation en 1883 : il s'agissait d'une femme tuberculeuse et alcoolique, qui fut prise de douleurs dans les membres inférieurs, d'élancements, de fourmillements, et qui, en trois semaines, se trouva paralysée des membres inférieurs et supérieurs ; elle mourut très rapidement, et la paralysie ne put être considérée chez elle que comme un phénomène ultime dans la vie d'une alcoolique depuis longtemps atteinte de la poitrine. Le second cas est aussi relatif à une femme de 40 ans, qui, en plus d'un abrutissement complet, présentait une paralysie avec contracture des quatre membres. Cette paralysie, que j'avais considérée tout d'abord comme liée à une lésion matérielle, ne s'accompagnait d'aucun désordre médullaire.

Dans les premiers cas, que j'ai étudiés au point de vue anatomique, j'ai pu, à côté de l'absence de lésions médullaires ou encéphaliques, constater l'existence d'altérations nerveuses très étendues, analogues en tous points à ce que l'on observe à la suite des sections nerveuses; les muscles eux-mêmes présentent des désordres qui consistent dans une atrophie avec dégénérescence granulo-protéique.

Les lésions médullaires font défaut, et, lorsqu'elles existent, elles ne

doivent être considérées que comme altérations secondaires et consécutives.

Les paralysies hystériques, qu'on pourrait quelquefois confondre avec les paralysies alcooliques, se différencient de ces dernières par l'absence de troubles subjectifs de la sensibilité aussi accusés, par l'anesthésie souvent complète, par la fréquence de la contracture, enfin par leur évolution. Ajoutons que la paralysie hystérique est souvent une monoplégie, une hémiplégie, et que le caractère de symétrie, si important dans les paralysies toxiques, fait fréquemment défaut.

La paraplégie douloureuse par compression présente un tableau symptomatique également différent ; la paralysie est souvent plus complète, les contractures sont fréquentes et les troubles de la sensibilité bien différents, etc.

L'ataxie peut présenter un ensemble symptomatique analogue à celui de la paralysie alcoolique, mais la marche et l'évolution du mal diffèrent entièrement; les troubles du côté des organes des sens, les paralysies sensorielles font défaut dans les cas que j'ai passés en revue avec vous; enfin dans le tabes, les crises viscérales, gastriques, vésicales, etc., n'ont rien de commun avec les troubles dyspeptiques des alcooliques. Chez ces derniers aussi le phénomène « paralysie » passe avant le phénomène « ataxie ».

On peut admettre, pour expliquer la guérison des cas de paralysie alcoolique, la régénération du tube nerveux, puisque c'est lui qui est affecté ; il se passe ce que l'on voit dans la paralysie saturnine, qui guérit parfois après un temps très long.

Qu'y a-t-il à faire en pareille circonstance ? Le chloral, l'opium sont indiqués lorsque le malade est agité, ou lorsque les troubles subjectifs sont très accusés; sous l'influence de cet agent et des narcotiques, les fourmillements, les crampes diminuent d'intensité ; mais, après avoir calmé le système nerveux, il faut chercher à le tonifier ; on y parvient par l'emploi de l'hydrothérapie, douches froides, ou de frictions stimulantes si l'état du malade ne permet pas l'emploi des douches. L'électricité agit assez efficacement sur l'atrophie musculaire ; par contre, je crois peu à son efficacité réelle sur la régénération des tubes nerveux ; heureusement cette régénération s'opère quelquefois avec le temps.

REVUE DES JOURNAUX

De la myopathie atrophique progressive (*Myopathie sans neuropathie débutant d'ordinaire dans l'enfance par la face*). — MM. Landouzy et Déjérine ont publié dans la *Revue de médecine* (mars et avril 1885) un mémoire fort important, basé sur sept observations personnelles, sur l'autopsie de myopathiques atrophiques progressifs, et sur les recherches critiques les plus complètes. Ce travail aboutit aux conclusions suivantes :

L'affection décrite par Duchenne, de Boulogne, sous le nom d'atrophie musculaire progressive de l'enfance, et qui jusqu'ici a été regardée comme étant de même nature que l'atrophie musculaire progressive de l'adulte d'origine spinale, apparaît comme une maladie tout à fait spéciale, n'ayant avec cette dernière que des rapports d'expression symptomatologique.

Tandis que l'atrophie musculaire progressive de l'adulte (type Aran-Duchenne) est la conséquence d'une lésion spinale, l'atrophie musculaire progressive de l'enfance évolue,

©BIU Santé

du commencement à la fin, sans participation aucune du système nerveux central ou périphérique, et c'est parce qu'elle relève d'un processus primitivement, purement et exclusivement *myopathique*, que l'atrophie musculaire progressive de l'enfance doit être complètement séparée de l'atrophie musculaire progressive de l'adulte d'essence spinale. Pour éviter toute confusion, MM. Landouzy et Déjérine ont donné à la myopathie héréditaire débutant dans l'enfance par la face sans altération du système nerveux le nom de myopathie atrophique progressive (Acad. des sciences, 7 janv. 1884), voulant opposer ainsi nettement en nosographie une maladie myopathique aux atrophies myélopathiques.

La myopathie atrophique progressive (type facio-scapulo-huméral) débute le plus souvent dans l'enfance par les muscles de la face (muscles de l'expression); pourtant elle peut n'apparaître que dans l'adolescence, dans l'âge adulte ou même dans un âge avancé.

Lorsqu'elle débute dans l'enfance, les muscles de la face (orbiculaires, labiaux et palpébraux) se prennent les premiers; d'où physionomie particulière du malade : au repos, facies béat, lèvres saillantes, front lisse comme l'ivoire, pseudo-exorbitisme; pendant les efforts de mimique, facies plus singulier encore, rire triste (rire en travers), mouvements des lèvres incomplets, immobilité des traits contrastant avec l'animation des yeux.

Lorsque la généralisation commence, elle se fait presque toujours par les muscles des membres supérieurs, et la prédominance constante de l'atrophie dans les muscles des épaules et des bras constitue le type facio-scapulo-huméral.

L'atrophie frappe les muscles d'une façon individuelle. et l'on rencontre dans un groupe de muscles innervés par un seul et même nerf des muscles *normaux* au milieu d'autres plus ou moins complètement détruits. Les muscles qui persistent intacts à peu près indéfiniment sont en particulier les *sus* et *sous-épineux*, le *sous-scapulaire*, et le groupe des *fléchisseurs de la main et des doigts*.

Les muscles altérés sont atrophiés dès le début; jamais à aucune période de l'affection, ils ne présentent d'hypertrophie.

Les muscles annexés à des appareils spéciaux (vue, mastication, déglutition, phonation) restent intacts pendant toute la durée de l'affection, de même que les muscles respirateurs.

La consistance des muscles ne présente rien de particulier; dans quelques-uns cependant (les biceps des bras entre autres), on observe souvent un état de rétraction du tissu musculaire, produisant un véritable raccourcissement, qui se traduit dans les biceps par l'impossibilité de l'extension complète de l'avant-bras sur le bras et par une corde saillante sur la peau.

Chez tous les malades, les contractions fibrillaires des muscles font complètement défaut, et la contraction idio-musculaire a disparu ou est très diminuée et d'une constatation difficile.

La contractilité électrique (faradique et galvanique) est modifiée quantitativement. Il y a diminution simple, sans inversion de la formule normale et sans réaction de dégénérescence. Les réflexes tendineux ne disparaissent en général que lorsque les muscles sont très atrophiés. Dans certains cas, cependant, ils peuvent disparaître de très bonne heure.

La sensibilité générale et spéciale, la nutrition de la peau, les réflexes cutanés, les sphincters, sont conservés pendant toute la durée de l'affection.

La myopathie atrophique progressive de l'adolescence ou de l'âge adulte, plus rarement observée que celle de l'enfance, ne débute pas toujours par la face. L'affection peut débuter par les membres supérieurs, très rarement par les membres inférieurs. La face se prend consécutivement ou bien reste intacte. et l'on peut observer, soit le type facio-scapulo-huméral, soit le type scapulo-huméral seulement, soit le type fémoro-tibial.

L'évolution de la myopathie atrophique progressive se fait d'une façon lente.

La lésion anatomique consiste dans une myosite atrophique avec sclérose très légère, sans que les muscles altérés présentent la moindre augmentation de volume. C'est une

©BIU Santé

myopathie atrophique d'emblée qui demeure ou progresse toujours atrophique. C'est le type de l'atrophie idiopathique simple et pure autour de laquelle la nosographie trouvera avantages, par analogies et par contrastes, à grouper toutes les atrophies musculaires progressives, aussi bien les myopathiques que les myélopathiques.

Le diagnostic de la myopathie atrophique progressive d'avec l'atrophie musculaire progressive spinale (type Aran-Duchenne, de M. Charcot, et type scapulo-huméral de M. Vulpian) doit se faire surtout avec ce dernier type :

La face est prise (type facio-scapulo-huméral), ou bien elle est intacte (type scapulo-huméral).

Lorsqu'il s'agit d'un malade à type facio-scapulo-huméral, le diagnostic différentiel repose sur les considérations suivantes : dans l'atrophie musculaire myélopathique, la face n'est jamais prise. Dans la myopathie atrophique progressive, dont le début remonte à l'enfance, la face est toujours prise. Cette atrophie des muscles de la face est le seul caractère clinique permettant de trancher d'emblée la question ; sa valeur est absolue.

Si la face est intacte, le diagnostic de la myopathie atrophique progressive devra être fait surtout avec le type scapulo-huméral myélopathique, et la nature myopathique de l'affection pourra être reconnue en se basant sur :

La conservation indéfinie de certains muscles (sus et sous-épineux, etc.) ;

L'absence de contractions fibrillaires ;

La rétraction de certains muscles (biceps du bras) ;

L'absence de réaction de dégénérescence ;

La conservation des réflexes tendineux ;

La lenteur de l'évolution ;

L'hérédité, directe ou collatérale.

Des considérations de même ordre sont applicables au diagnostic différentiel avec la sclérose latérale amyotrophique, qui, par ses principaux caractères, paralysie bulbaire, contractures, paralysie plus grande que l'atrophie, etc., etc..., sera facilement reconnue.

La myopathie atrophique se distingue de la paralysie pseudo-hypertrophique par les caractères suivants :

Dans la myopathie atrophique il est de règle que la face participe à l'atrophie.

Dans la paralysie pseudo-hypertrophique il existe toujours un état hypertrophique de quelques muscles ; dans la myopathie atrophique l'hypertrophie musculaire fait défaut. Enfin la paralysie pseudo-hypertrophique est une affection de la première enfance, beaucoup plus commune chez les enfants du sexe masculin, et les malades dépassent rarement la vingtième année.

Dans la myopathie atrophique progressive, le début a lieu dans la seconde enfance le plus souvent (mais il peut s'observer à toutes les époques de la vie), le sexe est indifférent et la durée de l'existence à peu près indéfinie.

La myopathie atrophique se distingue de la « forme juvénile de Erb » par la participation de la face à l'atrophie, par l'absence de pseudo-hypertrophie, et la fréquence, sinon la constance, de l'hérédité, soit directe, soit collatérale.

Le pronostic de la myopathie atrophique progressive est grave, car la maladie ne s'arrête pas dans sa marche. Deux choses atténuent cette gravité : la lenteur quelquefois extrême de l'évolution ; l'intégrité constante des appareils musculaires spéciaux (mastication, respiration, etc., etc.).

La pathogénie de l'affection échappe ; l'hérédité directe ou collatérale est la seule étiologie connue.

La thérapeutique, en ses tentatives, devra s'adresser autant à la médication générale reconstituante qu'à l'électrothérapie.

Les données manquent sur le plus ou moins de fréquence de la maladie : sa rareté n'est peut-être qu'apparente. La myopathie progressive de l'enfance a été probablement plus d'une fois méconnue, faute d'avoir été complètement décrite et suffisamment étudiée.

Pour caractéristique que soit la physionomie d'un myopathique atrophique progressif,

elle risque de n'être point remarquée d'un œil non prévenu : c'est pourquoi les livres de séméiotique, au chapitre Facies, devront compter avec la myopathie atrophique progressive de l'enfance et faire mention du facies myopathique.

L'Epidémie cholérique de 1885.

Le rapport de M. Proust et le nouveau régime quarantenaire

Après les débats de la commission technique de la Conférence de Rome sur le régime quarantenaire, voici venir les dispositions que propose le Comité d'hygiène de France dans le rapport adressé par M. Proust au ministre du commerce. Avec ces réformes, les quarantaines conservent bien leur nom, mais perdent toute apparence vexatoire. Elles ne sauraient donc plus être un obstacle aux voyages et au commerce que de la part des armateurs volontairement rebelles à une réglementation à la fois libérale et scientifique.

L'éminent inspecteur général des services sanitaires divise les bâtiments en trois groupes : les paquebots postaux des grandes lignes internationales, les cargo-boats et les navires à voile. Ce groupement n'est pas arbitraire; il a sa raison d'être, parce qu'on ne peut équitablement assimiler les paquebots bien aménagés aux navires de commerce, si souvent défectueux au point de vue hygiénique.

En premier lieu, le règlement soumis à la signature ministérielle prescrit l'installation sur les navires à voyageurs d'un système de ventilation assurant le renouvellement de l'air confiné à la fois dans les entreponts et dans la cale. Cette disposition matérielle sera sans doute plus aisément acceptée que la suivante, d'après laquelle les médecins du bord devraient être commissionnés administrativement et désignés après un examen devant une commission formée des membres du Comité consultatif d'hygiène. Ces médecins relèveraient directement du ministère du commerce, auraient une plus grande liberté d'appréciation technique et ne seraient plus à la merci des Compagnies qui les embarquent. Cet article du nouveau règlement est donc, pour ces médecins, une sorte de proclamation de leur indépendance. C'est l'autonomie du service médical de la marine de commerce.

A cet effet, des instructions établiront les mesures d'assainissement et de désinfection à observer au point de départ ou d'escale durant la traversée et à l'arrivée, règlements d'autant plus rigoureux que l'assainissement et la désinfection auront été insuffisants au moment de l'embarquement ou que des accidents suspects auront été observés pendant le trajet.

M. Proust établit encore l'importance de codifier ces instructions et de les réunir dans un vade-mecum d'urgente utilité pour les médecins et surtout pour les capitaines. Ceux-ci, en effet, négligent de les observer autant par ignorance que par négligence.

Enfin, ce document laisse une certaine liberté d'appréciation aux autorités locales des ports de mer pour la désinfection et la prophylaxie. A ce point de vue encore, on ne saurait trop en féliciter le rapporteur; car, si la centralisation des services d'hygiène est bonne, l'autonomie et la responsabilité effective des fonctionnaires est meilleure.

Ce régime quarantenaire constitue donc une amélioration de la législation antérieure. On en doit hommage au savant rapporteur et au Comité consultatif d'hygiène. Après l'avoir lu, je formulerais volontiers, à l'exemple du fabuliste, cette conclusion que je recommande à certains administrateurs : « Ceci montre que le moyen de faire de sage prophylaxie et de bonne hygiène est d'en toujours confier l'organisation à des savants à la fois médecins et hygiénistes. » — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juillet 1885. – Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Réclamation de priorité. — Observation : Douleurs ovariennes ; crises d'hystérie opération de Battey, guérison. — Discussion. — Sur une modification du pansement antisep

tique. — De la cure radicale du varicocèle, présentation de malade. — Présentation d'instrument : aspirateur-injecteur. — Présentation de pièces pathologiques : luxation compliquée de fracture de la phalangine du deuxième orteil sur la phalange ; — Ablation d'un rein suppuré.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. CHAMPIONNIÈRE dit qu'il a reçu de M. Daniel-Mollière une lettre dans laquelle cet honorable chirurgien de Lyon réclame la priorité du traitement des ruptures traumatiques de l'urèthre par la réunion primitive. L'auteur envoie à l'appui de sa réclamation la thèse de l'un de ses élèves, M. Louis Parisot, contenant plusieurs observations desquelles il résulterait que M. Daniel-Mollière a été le premier à appliquer ce traitement.

— M. TERRIER communique une observation intitulée : *Douleurs ovariennes, crises d'hystérie, opération de Battey, guérison.*

M. Terrier rappelle que, dans la séance du 12 mars 1884, il communiqua à la Société de chirurgie la relation d'une ovariotomie pratiquée chez une femme très nerveuse. Cette opération parut développer des accidents hystériques ou plutôt rendre plus intenses des accidents déjà existants.

Depuis cette opération, qui eut lieu le 19 février 1884 et qui consista dans l'ablation d'un kyste parovarien avec l'ovaire droit correspondant au côté du kyste, la malade vit ses règles reparaître normalement un mois après. Le mois suivant elle eut une grande attaque d'hystérie qu'elle attribua à un bain froid et qui fut suivie de nouvelles attaques tous les mois au moment de l'approche des règles. Rarement les troubles nerveux se manifestèrent entre les époques. De plus elle se plaint de souffrir très vivement de la fosse iliaque droite, de *l'ovaire droit*, dit-elle, car elle est persuadée que c'est l'ovaire gauche qui a été enlevé avec son kyste. Ces douleurs sont extrêmement vives au moment des règles et ce sont elles qui, d'après la malade, déterminent les attaques d'hystérie.

Elle réclame, en conséquence, l'ablation de son second ovaire.

M. Terrier accède à sa demande et la malade entre une seconde fois dans son service le 15 décembre 1884. On constate que le ventre est absolument plat, non distendu par les gaz. Par la palpation on ne perçoit rien d'anormal dans les deux fosses iliaques ; toutefois il paraît exister *à droite* une zone douloureuse qui est le point d'origine d'irradiations de douleurs dans la jambe droite et dans le côté droit de l'abdomen. Il existe de ce côté un peu d'anesthésie.

Le toucher vaginal permet de sentir un col volumineux, irrégulier, bosselé et légèrement dévié à gauche et en arrière. Le corps utérin est peu volumineux et mobile. Le cul-de-sac latéral *gauche* est seul douloureux.

L'état général n'est pas bon, la malade paraît toujours souffrir et elle est notablement amaigrie depuis quelque temps. Les règles sont régulières, mais douloureuses et accompagnées de crises hystériques répétées.

L'ablation du deuxième ovaire fut pratiquée le 3 février 1885 avec l'aide et l'assistance de MM. Berger, Championnière, Périer et Richelot. L'opération faite avec toutes les précautions de la méthode antiseptique dura 25 minutes. La malade quitta l'hôpital le 12 mars 1885 n'ayant plus eu d'attaques de nerfs depuis son opération et ne souffrant plus dans le ventre.

Les règles sont revenues le 20 avril ; la malade déclare n'avoir souffert que fort peu, et cette fois à gauche.

L'écoulement a duré cinq jours et il a semblé normal à la malade, c'est-à-dire ressembler absolument à celui qui se faisait avant l'opération. Comme les douleurs étaient fort supportables, elle n'a plus eu de crises nerveuses ni pendant, ni avant, ni après ses règles. Toutefois elle se trouve, dit-elle, aussi nerveuse qu'avant, si ce n'est plus.

Dans tous les cas la castration n'a pas amené d'engraissement, peut-être même la malade est-elle un peu plus maigre qu'avant sa seconde opération.

Le seul fait indéniable, c'est qu'il n'y a plus eu de douleurs abdominales vives lors des règles et que les crises hystériques ont cessé. Ce n'est pas à dire pour cela que les

phénomènes hystériques qu'elle présentait avant l'opération aient complètement disparu.

En fait, l'opération de Battey a eu pour résultat immédiat la cessation des douleurs vives de l'abdomen, siégeant non du côté de l'ovaire restant, mais du côté de l'ovaire enlevé.

De plus, la cessation de ces douleurs a entraîné la cessation des crises hystériques; en outre, les règles sont revenues une fois depuis l'opération et se sont passées physiologiquement sans accidents nerveux ni douleurs vives.

Comme il est probable qu'elles cesseront définitivement et assez rapidement, ce sera encore une chance pour que les crises hystériques dues aux douleurs d'origine menstruelle ne se manifestent plus.

M. Terrier a revu la malade le 7 juillet, elle n'a plus de douleurs abdominales et a un peu engraissé. En outre, les rapports sexuels sont restés normaux après comme avant l'opération.

M. Trélat estime qu'il convient que les chirurgiens soient extrêmement réservés dans la pratique de semblables opérations, sous peine d'ouvrir toute grande la porte aux abus de l'intervention chirurgicale dans des cas où cette intervention ne serait pas justifiée, comme dans le cas de M. Terrier, par des phénomènes douloureux rendant la vie insupportable à la malade. M. Charcot, dont la compétence en pareille question ne saurait être révoquée en doute, s'est montré, dans un entretien que M. Trélat a eu avec lui sur ce sujet, complètement opposé en principe à l'opération de la castration pratiquée dans le but de remédier à des accidents hystériques. Il est évident qu'il y a là une question de diagnostic très précis et très délicat, et une question de pratique dans laquelle les chirurgiens ne sauraient montrer trop de réserve et de mesure.

M. Pozzi parle dans le même sens que M. Trélat. Il y a là, suivant lui, un problème souvent très délicat et difficile à trancher. Aussi, quoi qu'il ait été un des premiers à appeler l'attention sur ce sujet par la relation d'un fait observé chez une femme guérie de crises d'hystérie épileptiforme par l'ablation d'un kyste ovarique, il est loin d'être partisan de la castration appliquée à la guérison des crises hystériques. Cette opération n'est justifiée que dans les cas analogues à celui de M. Terrier, où des crises hystériques d'une violence redoutable ont leur point de départ dans un réflexe d'origine ovarienne. Il ne faudrait pas, en acceptant l'intervention chirurgicale dans tous les cas, ouvrir la porte à des abus regrettables.

M. Marchand avoue s'être laissé aller, comme tant d'autres chirurgiens, à pratiquer l'ablation des ovaires pour des crises douloureuses extrêmement vives éprouvées par une malade qui réclamait à grands cris d'être délivrée par une opération. Les douleurs, après une interruption momentanée, ont reparu au bout de quelques mois, et la malade a réclamé alors l'ablation de l'utérus que M. Marchand s'est empressé de lui refuser.

Les faits de ce genre sont devenus aujourd'hui tellement nombreux que bon nombre de chirurgiens partisans de la castration l'ont complètement abandonnée. D'après ces faits, M. Marchand estime que cette opération doit être formellement rejetée pour des cas de ce genre.

M. Terrier répond que l'opération qu'il a pratiquée était indiquée en principe par l'état de souffrance continuelle qui rendait la vie insupportable à sa malade, que rien n'avait pu soulager; en fait, l'opération lui a été utile puisqu'elle a été délivrée de ses douleurs intolérables et de ses crises.

— M. Gillette met sous l'organe olfactif de ses collègues de l'iodoforme rendu inodore par le procédé particulier dont il a parlé dans la dernière séance. C'est un composé d'iodoforme, de poudre de charbon, de sulfate de quinine et d'essence de menthe dans des proportions que M. Gillette ne saurait exactement déterminer. Ce qu'il y a de certain, c'est que ce composé n'a pas d'odeur désagréable et qu'il est resté depuis deux ans dans le flacon sans perdre ses propriétés.

M. Championnière, en faisant mercredi dernier sa communication sur une modification qu'il a proposée au pansement antiseptique de Lister, n'a pas prétendu avoir inventé un pansement nouveau, car la charpie ou l'ouate de bois sont généralement employées depuis des années par une foule de chirurgiens en Allemagne; il a voulu seulement apporter une simplification à l'exécution de la méthode antiseptique, qui est, d'ailleurs, non une question de pansement ou de formule, mais une question de doctrine, comme l'a fort bien dit M. Trélat.

M. Marc Sée revendique de nouveau ses droits de priorité pour le pansement au sous-nitrate de bismuth au sujet duquel il a fait, il y a plusieurs mois, une communication à la Société de chirurgie. La substitution du sous-nitrate de bismuth à l'acide phénique lui paraît être une modification assez importante pour qu'il lui en soit tenu compte.

— M. Gillette présente un malade de son service auquel M. Horteloup a pratiqué l'opération du varicocèle par un procédé qui lui est propre. Le malade, menuisier de son état, avait un varicocèle énorme qui le gênait beaucoup pour son travail. Aussi, au lieu de se contenter du traitement purement palliatif conseillé par la majorité des chirurgiens français : suspensoir, absence de fatigue, hydrothérapie, et., traite ment qui ne peut, d'ailleurs, convenir qu'aux gens aisés, M. Gillette crut devoir entreprendre, chez ce malade, la cure radicale du varicocèle, et pria son collègue M. Horteloup de vouloir bien venir lui appliquer son procédé. Ce procédé consiste dans la résection de scrotum combinée avec la ligature du groupe postérieur des veines funiculaires. Le résultat immédiat a été fort bon et le résultat définitif parfait, ainsi qu'on peut le voir en examinant l'opéré.

M. Gillette préfère le procédé de M. Horteloup à tous les autres procédés connus, y compris ceux de M. Ricord et de M. Nicaise, à cause de l'excellence des résultats. M. Horteloup en est à sa dix-neuvième opération.

M. Horteloup ajoute que le testicule du côté du varicocèle, qui, chez le malade de M. Gillette, était réduit au volume d'un haricot, a repris, après l'opération, un volume sensiblement plus considérable. Il en a été de même chez plusieurs de ses opérés, dont les fonctions génitales ont retrouvé toute leur énergie après l'opération.

M. Reclus rappelle la fréquence de l'atrophie testiculaire chez les individus atteints de varicocèle. C'est un argument de plus en faveur de l'opération de la cure radicale.

M. Nicaise fait remarquer que le varicocèle ne siège pas toujours sur le groupe postérieur des veines funiculaires, mais plus souvent peut-être sur le groupe antérieur.

M. Horteloup répond qu'il a toujours trouvé les veines postérieures volumineuses, même à l'état normal; cependant il n'a jamais prétendu que le varicocèle eût plus souvent son siège dans le groupe postérieur que dans le groupe antérieur des veines funiculaires.

— M. Pozzi présente un instrument désigné par son auteur, M. Werber (?), sous le nom d'*aspirateur-injecteur*. Il fonctionne sans soupape à l'aide d'un mécanisme fort ingénieux, et peut servir à la fois pour les injections et pour la transfusion du sang.

— M. Poulet (du Val-de-Grâce) met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique constituée par un exemple rare de luxation compliquée de fracture de la phalangine du deuxième orteil sur la phalange. La luxation étant devenue irréductible en position vicieuse, l'amputation de l'orteil a été pratiquée et a été suivie de guérison.

— M. Monod présente une pièce pathologique constituée par un rein dont il a pratiqué l'ablation chez un malade qu'une fistule rénale ayant succédé à une suppuration abondante de l'organe avait réduit au marasme. La guérison a été la suite de cette néphrectomie. — A. T.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 1er AU 15 JUILLET 1885.

Mercredi 1er juillet. — Pas de thèses.

Jeudi 2, à 1 heure. — M. Masingue : De la plaie de l'estomac par arme à feu. (MM. Richet, président ; Le Fort, Hutinel et Charpentier.) — M. Rosière : Contribution à l'étude de la dilatation forcée appliquée au traitement des hémorrhoïdes. (MM. Richet, président ; Le Fort, Hutinel et Charpentier.) — M. Duriau : De la taille biliaire. (MM. Richet, Hutinel et Charpentier.)

Vendredi 3, à 1 heure. — M. Montagne : Contribution à l'étude de l'alimentation envisagée au point de vue physiologique en particulier à l'hôpital et dans les établissements publics de la ville du Havre. (MM. Regnauld, président ; Tarnier, Ch. Richet et Ribemont-Dessaignes.) — M. Thalinger : Des kystes du vagin et particulièrement des kystes de la paroi antérieure. (MM. Tarnier, président ; Regnauld, Ch. Richet et Ribemont-Dessaignes.) — M. France : Influence de la position de la femme dans le traitement des déviations en arrière de la matrice. (MM. Tarnier, président ; Regnauld, Ch. Richet et Ribemont-Dessaignes.)

Samedi 4 et lundi 6. — Pas de thèses.

Mardi 7, à 1 heure. — M. Pinto : Etude sur l'herpès génital chez l'homme et chez la femme. (MM. Laboulbène, président ; Duplay, Hallopeau et Hutinel.) — M. Jan : Des complications de l'otite moyenne suppurée et de la trépanation mastoïdienne. (MM. Duplay, président ; Laboulbène, Hallopeau et Hutinel.) — M. Thémoin : De la réunion immédiate des tendons par la nature. (MM. Duplay, président ; Laboulbène, Hallopeau et Hutinel.)

Jeudi 9, à 1 heure. — M. Barré : Contribution à l'étude clinique de l'arthropathie chez les ataxiques. (MM. Hardy, président ; Le Fort, Hallopeau et Campenon.) — M. Guggemos : Contribution à l'étude de la pyosalpingite et de son traitement chirurgical. (MM. Le Fort, président ; Hardy, Hallopeau et Campenon.)

Vendredi 10, à 1 heure. — M. Lescaux : Des perturbations cardiaques dans le goître exophthalmique. (MM. Charcot, président ; Verneuil, Reclus et Rendu.) — M. Vergos : Des inflammations et spécialement des phlegmons du membre thoracique consécutifs aux lésions de ce membre dans les arsenaux de la marine. (MM. Verneuil, président ; Regnauld, Reclus et Rendu.)

Samedi 11, à 1 heure. — M. Le Gal : Essai sur la phlegmatia alba dolens des femmes en couches. (MM. Peter, président ; Cornil, Raymond et Hanot.) — M. Girard : Essai sur la pathogénie des hémorrhagies dans les maladies infectieuses. (MM. Cornil, président ; Peter, Raymond et Hanot.)

Lundi 13 et mardi 14. — Pas de thèses.

Mercredi 15, à 1 heure. — M. Gautrez : De la valeur de la ponction simple et des injections iodées dans les kystes séreux du ligament large. (MM. Verneuil, président ; Lannelongue, Terrillon et Rendu.) — M. Remignon : De la grenouillette congénitale, par dilatation du canal de Wharton imperforé. (MM. Lannelongue, président ; Verneuil, Terrillon et Rendu.)

COURRIER

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — Questions données. Médecine opératoire : Ligature de l'humérale à la partie moyenne du bras ; amputation de la jambe au lieu d'élection ; ligature de la radiale à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'avant-bras ; amputation du premier métatarsien avec le gros orteil. — Epreuve orale : kystes des maxillaires ; genu valgum, cataracte traumatique. Admissibles aux épreuves difinitives : MM. Brun, Picqué, Routier, Petit-Vendol et Michaud (*ex æquo*), Bazy et Marchand (*ex æquo*), Jullien.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. La question des syndicats médicaux. — II. Le rapport de M. Léon Colin sur l'épidémie cholérique de 1884 dans l'armée de Paris. — III. Bibliothèque. — IV. Revue des Journaux. — V. Sociétés médicales des départements. — VI. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

La question des syndicats médicaux.

Nous avons attendu, pour répondre aux diverses questions posées par plusieurs médecins relativement aux syndicats médicaux, que la Cour de cassation, saisie par les médecins de l'arrondissement de Domfront (Orne), se soit prononcée.

La Cour suprême a rendu son arrêt le 25 juin dernier, et l'on peut dire que les termes de cet arrêt sont tels que la question se trouve aujourd'hui clairement et entièrement tranchée.

Voici les termes mêmes de cette décision : « Attendu que la loi sur les « syndicats professionnels n'a point été rendue applicable à toutes les pro- « fessions ;

« Que les travaux préparatoires ont constamment affirmé la volonté du « législateur d'en restreindre les effets à ceux qui appartiennent, soit « comme patrons, soit comme ouvriers ou salariés, à l'industrie, au com- « merce et à l'agriculture, à l'exclusion de toutes autres personnes et de « toutes autres professions ;

« Que la loi n'est pas moins absolue dans ses termes, puisque, d'une « part, dans l'article 6, elle réserve les droits qu'elle confère aux seuls « syndicats de patrons et d'ouvriers ; que, d'autre part, dans l'article 3, « elle limite l'objet de ces syndicats à l'étude et à la défense des intérêts « économiques, industriels, commerciaux et agricoles, refusant ainsi le « droit de former des syndicats à tous ceux qui n'ont à défendre aucun « intérêt industriel, commercial ou agricole, ni par suite aucun intérêt « économique se rattachant d'une façon générale à l'un des intérêts précé- « dents ;

« Qu'en déclarant, en conséquence, que les médecins, dont le nom n'a été « prononcé ni dans la loi, ni dans la discussion de la loi du 21 mars 1884, « n'avaient pu régulièrement former un syndicat professionnel dans les « termes de ladite loi, l'arrêt attaqué en a justement interprété les dispo- « sitions ;

« Rejette le pourvoi. »

Ainsi qu'on le voit, l'arrêt est formel et ses dispositions, des plus claires, n'ont besoin d'aucun commentaire.

Les médecins ne peuvent bénéficier de la loi du 21 mars 1884, ni, par suite, se constituer en syndicat.

Il n'y a donc plus aujourd'hui de question des syndicats médicaux. Ceux qui sont déjà formés n'ont plus qu'à se dissoudre puisqu'ils n'ont aucun caractère légal et qu'ils ne peuvent bénéficier d'aucun des avantages conférés par la loi du 21 mars 1884.

Le Conseil général de l'Association générale des médecins de France a donc agi sagement et conformément à l'intérêt de ses membres en conseillant aux médecins qui composent les Sociétés locales d'attendre la décision

©BIU Santé

de la Cour de cassation avant de prendre un parti et en subordonnant son attitude définitive à cette même décision.

G. VANNESSON,
Avocat à la Cour de Paris,
Membre du Conseil judiciaire de l'Association générale.

Le rapport de M. Léon Colin sur l'épidémie cholérique de 1884 dans l'armée de Paris.

L'histoire des épidémies antérieures faisait craindre à bon droit les ravages du choléra de 1884 dans le milieu militaire parisien. Ces graves appréhensions n'ont cependant pas été justifiées, et M. le médecin inspecteur Léon Colin vient d'en donner la raison dans le savant rapport qu'il publie dans les *Archives de médecine militaire*.

Un fait que ce rapport ne mentionne pas, mais que l'impartiale critique doit dire, c'est que ce résultat est dû à l'initiative et à la prudence de l'éminent hygiéniste, qui est directeur du service de santé du gouvernement de Paris. Ajoutons qu'il avait pour auxiliaire le dévouement toujours attentif de nos distingués confrères de l'armée.

Dans le milieu militaire parisien, l'explosion cholérique se produisit simultanément dans des casernes éloignées les unes des autres de plusieurs kilomètres (quartier du quai d'Orsay, quartier Napoléon, quartier de Reuilly). La transmission par contact des militaires habitant des casernements aussi éloignés n'est donc pas admissible.

La mortalité et la morbidité totales de l'épidémie se chiffrent par 15 décès et 216 atteintes de gravité très différente, puisqu'elles se dénombrent ainsi : 93 cas de diarrhées suspectes; 66 cas de choléra atténué ou de cholérine, et 57 cas seulement de choléra confirmé. La comparaison de la mortalité et de la morbidité conduit au coefficient de 27 décès pour 100 malades, ou de 1 décès par 1,000 d'effectif.

Cette bénigne épidémie frappait de préférence les individus robustes et non pas des malingres ou des habitués d'infirmerie. Pour la plupart, ils étaient atteints « en plein service, au cours d'une garde ou d'une faction », et surtout au contact de la population civile. C'est ainsi que le corps des sapeurs-pompiers a été le plus éprouvé, parce que ses hommes sont, par leur service, dispersés dans de petits postes sur toute la surface de la ville. On remarque aussi la limitation de l'épidémie parmi les troupes casernées dans l'enceinte de Paris et l'immunité presque absolue des garnisons des forts ou de la banlieue, parmi lesquelles on observe seulement deux cas bénins. Aussi, M. Colin n'hésite-t-il pas à souscrire à cette conclusion étrange en apparence et « paradoxale « pour ceux qui font trop bon marché des influences urbaines sur le soldat, que toutes « les grandes casernes, sauf celle des Tournelles, et presque toutes les petites ont été « touchées; que, par conséquent, dès les premiers jours de l'épidémie pouvait surgir « l'appréhension de désastres sans précédents sur l'ensemble de cette garnison, tandis « qu'au contraire, dans chacune de ces casernes où il semblait devoir trouver des « conditions d'agglomération favorables à son expansion locale, ce mal s'est habituelle- « ment arrêté comme devant un milieu réfractaire, s'attaquant spécialement à ceux « qui étaient soustraits aux obligations et aux dangers ordinaires de la vie en « commun. »

Cette répartition du choléra n'a pas été tout à fait l'œuvre de cette aveugle puissance si souvent invoquée sous le nom de génie épidémique; elle est aussi la conséquence des mesures de prophylaxie dont M. Colin avait pris l'initiative dès le début de l'épidémie toulousaine. En effet, prenant les devants dès le 24 juin, il proposait le renvoi dans leurs foyers des hommes fatigués ou malingres. Il demandait au commandement d'éviter les concentrations de troupes, de suspendre tout travail de dix heures du matin à deux heures, et de supprimer de l'alimentation l'usage des légumes crus. De plus, en prévision d'une généralisation de l'épidémie, il préparait l'évacuation des casernes centrales et l'installation des troupes qui les habitaient dans les forts de première ligne.

Il y avait un autre danger : la mauvaise distribution de l'eau dans les casernes parisiennes, alimentées par le canal de l'Ourcq, dont les eaux sont les plus insalubres de la capitale.

Comme le remarque M. Colin, on pourrait aisément réaliser, à ce point de vue, une grande amélioration, tous les établissements militaires parisiens étant situés à proximité des canalisations d'eau de source. Quelle suite a-t-on donnée à sa proposition? M. Colin ne la fait pas connaître, et nous ignorons encore aujourd'hui si la sollicitude de nos édiles parisiens s'étend jusqu'à nos soldats pour leur accorder une eau moins dangereuse.

Au point de vue de la thérapeutique de l'épidémie, les prescriptions du directeur du service de santé de l'armée de Paris recommandent la rapidité dans les secours, le transport immédiat à l'hôpital et la notification immédiate de tout cas suspect. Des voitures chauffées et munies de moyens de secours étaient en permanence dans chaque établissement, et, après chaque transport, subissaient une double désinfection à l'hôpital et à la caserne. De la sorte, on évacuait les malades sans inconvénient à tout moment de la journée, et on prévint la formation de foyers d'infection dans les infirmeries régimentaires. Constatons encore que l'autorité militaire ne partagea pas l'illusion de l'administration de l'Assistance publique, et, loin de suivre l'exemple de cette dernière qui voulut concentrer les cholériques dans deux établissements comme Bichat ou les Mariniers, elle affecta dans chaque hôpital un pavillon isolé au traitement de ces malades.

Ici donc, on peut juger de l'incontestable efficacité de mesures sanitaires sagement conçues, promptement prescrites, sévèrement exécutées, dont tout l'honneur, nous l'avons déjà dit, revient à M. Léon Colin. — Ch. Éloy.

BIBLIOTHÈQUE

Syphilis et prostituées, et principalement contribution a l'étude de la syphilide pigmentaire, par le docteur Maireau (1).

Sans égard pour la traditionnelle unité de la thèse inaugurale, un interne érudit et travailleur de Saint-Lazare, M. le docteur Maireau, vient de consacrer son premier essai original à l'exposé de ses observations et de ses études sur deux points dont l'importance ne saurait être méconnue, et qu'il était à même d'approfondir mieux que personne, vu la nature des fonctions que l'auteur a si consciencieusement remplies et l'étendue des ressources que lui fournissait le personnel spécial de Saint-Lazare.

De ces deux points, l'un est purement médical (étude de la syphilide pigmentaire); l'autre touche à la solution d'un problème social follement posé, plus follement encore débattu dans les temps troublés où nous vivons : la question de la réglementation de la prostitution.

« Dès notre arrivée à Saint-Lazare, dit l'auteur, nous fûmes frappé de la grande fréquence des syphilides pigmentaires chez la femme. Cette fréquence, jointe aux autres particularités de l'accident, c'est-à-dire coexistence avec les accidents contagieux de la période secondaire, longue durée, signification univoque dans la très grande majorité des cas, facilité de constatation sans explorations blessantes, tout cela nous avait amené à considérer la syphilide pigmentaire comme un signe de premier ordre dans la vérole. »

L'histoire de la syphilide pigmentaire est courte et se divise en deux périodes. En 1854, M. le professeur Hardy crée le mot, et tente le premier de décrire la chose. En 1855, Pillon présente la syphilide pigmentaire sous un jour nouveau. La description de Hardy ne s'adaptait qu'à la syphilide pigmentaire considérée pendant ses périodes initiale et régressive, celle de Pillon nous la montre telle qu'elle est dans la période d'état.

(1) Thèse de Paris, 1884.

©BIU Santé

La syphilide de Hardy ne consiste qu'en une hyperchromie; la syphilide de Pillon est due à une juxtaposition d'hyperchromie et d'hypochromie. La première ne diffère pas essentiellement de plusieurs autres hyperchromies; la seconde, plus complexe comme lésion, a une physionomie tellement spéciale et une signification si peu ambiguë, qu'en la voyant on ne saurait songer à autre chose qu'à la syphilis.

« Nous croyons, dit l'auteur, que l'une et l'autre sont un seul et même accident, que l'une est l'ébauche de l'autre, qu'elles ne méritent pas de désignation spéciale, par conséquent. »

Ici un léger reproche à l'auteur de l'excellent travail dont nous parlons : Pourquoi donc conserve-t-il à la même affection deux noms différents qui ne consacrent qu'une erreur, et tendent à laisser subsister dans l'esprit du lecteur une confusion qui s'est du reste fait jour dans une récente analyse des *Annales de dermatologie*? Pourquoi conserve-t-il cette division en syphilide pigmentaire simple et syphilide pigmentaire pommelée de Diday puisque la première n'est qu'un stade de la seconde?

Signalons donc cette imperfection voulue qui émane sans doute d'un sentiment de déférence exagérée de l'auteur pour les maîtres qui ont glané avant lui dans les champs de la syphiliographie. Il aurait dû s'inspirer de cette phrase d'Aristote qui n'admettait guère l'autorité pure en matière scientifique : « J'aime bien Socrate, mais j'aime encore mieux la vérité. » Quoi qu'il en soit, notons ce point important de l'unité de la syphilide pigmentaire dans sa nature et sa forme clinique, malgré la différence d'aspect qu'elle peut présenter pendant l'évolution de ses phases successives.

De la description clinique sur laquelle l'auteur s'étend longuement, nous ne dirons que peu de chose. On connaît la description qu'en a donnée M. Hardy. Apparition de taches arrondies, grises, isolées, non saillantes, ayant la dimension d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 1 franc, ne causant aucun prurit, ne s'accompagnant d'aucune desquamation. Tantôt ces taches sont plus bistrées, elles sont brunes foncées; tantôt enfi la chromodermie, dont le jaune d'ocre et le noir sépia constituent les vraies couleurs fondamentales avec des tons intermédiaires très nombreux, se présente sous l'aspect de marbrures, de traînées d'étendue variable.

Dans la période d'état ces traînées sont très marquées, elles alternent avec des îlots d'hypochromie, alors la syphilis donne à la région affectée une apparence pommelée qui a servi à Diday pour caractériser la maladie (syphilide pommelée). Quand cet aspect se réalise, on ne saurait confondre la syphilide avec rien; quand les pommelures sont moins marquées ou presque nulles, on peut cependant se méprendre. Son siège au cou peut fournir quelques probabilités en faveur de la nature spécifique de ces taches. Ni la forme ni la couleur, ni même le siège ne constituent des caractères absolument spéciaux à l'exanthème syphilitique; aussi vaut-il mieux se souvenir, pour le reconnaître, de ce qu'il n'est pas, bien plutôt que de ce qu'il est.

L'hyperchromie phthiriasique est diffuse et parsemée d'un plus ou moins grand nombre de cicatrices blanchâtres ou laiteuses de forme linéaire comme la direction du grattage. Elle est surtout marquée à la nuque et à la partie supérieure du dos.

Les mélanémies fournissent une coloration diffuse, uniformément répartie.

Dans la *maladie d'Addison*, la mélanodermie se présente parfois au début sous forme de taches, celles-ci existent sur la face et les muqueuses.

Le *lentigo* ne prête pas à erreur.

Le *pityriasis versicolor* présente une desquamation et un végétal caractéristiques.

Le *masque des femmes enceintes* ne siège que sur la face.

Les *badigeonnages de teinture d'iode*, grâce à la desquamation qu'ils déterminent, ressemblent quelquefois à s'y méprendre au pityriasis versicolor.

Les *pigmentations* qui succèdent à des accidents spécifiques feront reconnaître leur origine par les caractères cicatriciels de leur surface. Par élimination on arrivera à songer à une chromodermie syphilitique, mais la certitude ne pourra être acquise que par le résultat d'une enquête sur les antécédents ou par la constatation d'accidents actuels.

La syphilide pigmentaire, surtout dans son type pommelé, constitue, d'après le docteu Maireau, un signe pathognomonique de la syphilis.

Ce signe serait donc de la plus grande valeur en séméiologie s'il se rencontrait avec

une égale fréquence à tous les âges et aussi bien chez l'homme que chez la femme. Or la syphilide pigmentaire est presque exclusivement observée chez la femme, chez la jeune femme qui est atteinte dans la proportion de 70 pour 100 de cette marque presque indélébile de la diathèse.

Grâce à son siège sur une partie découverte, cette tache peut être recherchée et aperçue sans exploration blessante. Dans certains cas l'observateur le moins perspicace ne peut faire autrement que de la découvrir. Cette macule révélatrice peut donc rendre de grands services au clinicien, ajoutons qu'à ce titre elle peut encore, tant sa signification est précise, jouer un grand rôle dans la prophylaxie individuelle.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'auteur montre combien il est difficile de décider s'il s'agit, comme on l'a déclaré jusqu'alors, d'une hyperchromie unique. Objectivement la syphilide pigmentaire se présente sous l'aspect d'îlots plus pâles, séparés les uns des autres par des espaces interinsulaires plus foncés. Au niveau de ces îlots pâles, y a-t-il raréfaction pigmentaire ? au niveau des espaces interinsulaires sombres, y a-t-il prolifération pigmentaire ?

Ce qui rend le problème difficile, c'est que la région cervicale est à l'état de santé comme à l'état pathologique, plus pigmentée que le reste de la surface cutanée ; mais, comme cette hyperchromie normale ne présente rien de fixe, comme son intensité varie, non seulement varie d'un sujet à l'autre, mais encore sur le même sujet suivant les saisons et dans le même temps suivant la hauteur à laquelle on l'examine, que peut nous apprendre de définitif l'étude histologique ?

En raison de faits qui demandent de nouvelles recherches, l'auteur tend à admettre une double altération : au niveau des îlots d'aspect pâle, une raréfaction pigmentaire, et autour de ces îlots, c'est-à-dire dans les espaces interinsulaires, une hyperpigmentation compensatrice.

En somme, la thèse de Maireau sera le point de départ de nouvelles recherches et de nouvelles observations sur la syphilide pigmentaire.

Le deuxième point traité par l'auteur dans sa thèse bifide se rattache au premier d'une façon indirecte, mais on peut dire que c'est en lui que réside le principal intérêt de la thèse.

La prostitution doit-elle rester libre, ou doit-elle être réglementée sous la haute surveillance des pouvoirs publics?

Cette question, dont la réponse dans ce dernier sens n'est pour nous l'objet d'aucune hésitation, a déjà attiré l'attention du monde scientifique et soulevé d'interminables et oiseuses discussions à plusieurs reprises. Il n'en est sorti rien de bon, aucun progrès pratique n'a été réalisé. Les conclusions de Maireau méritent, par leur importance, par la bonne foi avec laquelle elles ont été déduites, de fixer l'attention et l'intérêt de nos lecteurs. Elles reposent sur des chiffres intéressants et des statistiques démonstratives. Les voici :

1° La syphilis est une fatalité inéluctable de la prostitution qui s'exerce sur la voie publique.

2° En règle générale, toute prostituée est syphilisée dans l'année de ses débuts dans la prostitution.

3° Le plus ordinairement, c'est pendant leur minorité que les prostituées débutent et qu'elles deviennent contagieuses.

Ces conclusions ne sauraient s'appliquer, comme de juste, qu'à une seule catégorie de prostituées. Ce sont pour la plupart celles qui pratiquent le raccolage sur la voie publique, c'est-à-dire celles que l'auteur a eues sous les yeux, à Saint-Lazare. « On peut admettre, dit-il, que celles-ci sont plutôt infectées que celles, vraisemblablement peu nombreuses, qui, dès le début, exercent la débauche dans des lieux où la police ne pénètre pas. Ces dernières, plus soigneuses de leur personne et plus chèrement tarifées, ont des relations plus stables et moins nombreuses, et par suite moins dangereuses. » Du reste, il ne s'agit pas là d'un brevet d'immunité pour les sujets de la prostitution élevée, car l'auteur ajoute que « les insoumises du trottoir ne sont généralement que les stagiaires d'une prostitution plus élégante ».

Comme conséquences pratiques, l'auteur demande l'inscription des mineures, devant

©BIU Santé

laquelle la Préfecture de police recule. L'action administrative est, du reste, singulièrement affaiblie et énervée par les attaques de politiciens rhéteurs qui sautent à pieds joints sur tous les sophismes imaginables, comme sur des tremplins d'où ils espèrent émerveiller la foule et se tailler une trop facile notoriété. L'abolition de la réglementation est une de leurs guitares sur l'effet de laquelle ils comptent le plus. Ils l'obtiennent, bien malheureusement, dans une certaine mesure.

Ici encore, les chiffres ne manquent pas d'éloquence. En 1877, il y avait 4,836 filles inscrites sur les contrôles de la police; d'année en année, on suit la décroissance, et, en 1882, il n'y en a plus que 2,839, c'est-à-dire la moitié.

En signalant ces faits, nous estimons que l'auteur a fait œuvre opportune.

En somme, la thèse du docteur Maireau constitue un de ces ouvrages que Montaigne louait en disant qu'ils étaient de bonne foi.

Préparé de longue main, poursuivi avec persévérance, il ne saurait manquer d'attirer à son auteur tous les éloges qu'il mérite. — L. Dn.

REVUE DES JOURNAUX

Recherches sur la toux et l'expectoration, par Rossbach. — Les expériences de Rossbach, sur les chats en particulier, donnent à nos connaissances sur cette importante question une précision dont la clinique n'avait encore pu approcher.

A l'état normal, la muqueuse bronchique est recouverte d'une fine couche de mucus qui résiste à toute évaporation et qui, absorbée par le papier joseph, se reproduit en une demi, une ou deux minutes. D'après l'auteur, la mucine est sécrétée en premier lieu, puis tenue en dissolution par un liquide alcalin. Les résultats de l'enveloppement froid (glace) succédant à des applications chaudes ou à l'étuve, sont remarquables. Une demi-minute après le début de l'expérience, toute la muqueuse des voies respiratoires pâlit notablement. Au bout d'une à deux minutes, la crampe vasculaire cède progressivement et la muqueuse tourne au rouge bleu. La sécrétion est alors considérablement augmentée. Les actions successives sont d'ordre réflexe. Les applications ou les inhalations alcalines sont sans effet. De faibles solutions de potasse ou d'acide acétique amènent l'hypérémie et l'hypersécrétion. Les astringents, le tannin, l'alun et le nitrate d'argent à 4 p. 100 produisent l'opacité de l'épithélium et tarissent la sécrétion. Une atmosphère térébenthinée la supprime de même, temporairement. La térébenthine diminue l'hypérémie, augmente la fluidité de l'expectoration et agit comme antiseptique à l'égard des sécrétions accumulées.

L'apomorphine, l'émétine et la pilocarpine, par la facilité avec laquelle ces trois substances activent la sécrétion bronchique, sont les expectorants par excellence. L'apomorphine serait à préférer, mieux tolérée, et déterminant exceptionnellement nausées et vomissements. La morphine diminue la sécrétion, mais aussi la toux. Une des formules proposées par Rossbach, comme ayant reçu la sanction clinique après avoir été suggérée par la physiologie, serait donc, dans la bronchite : chlorhydrate de morphine et chlorhydrate d'apomorphine, de chaque 3 centigrammes; acide chlorhydrique dilué, 50 centigrammes; eau distillée, 150 grammes. Une grande cuillerée toutes les trois heures, en moyenne (*Berl. Klin. Woch.*, nos 19, 20 — 27. 1882). — R. L.

Fièvre typhoïde compliquant le diabète sucré, par Wilhelm Ebstein. — Chez un garçon de 16 ans, diabétique à un haut degré, et dont l'urine présentait la réaction au perchlorure de fer de plus en plus accentuée, il se développa une fièvre typhoïde qui, après avoir évolué régulièrement pendant le premier stade, tout en s'accompagnant d'une augmentation dans la quantité de sucre et l'exagération de la réaction de l'acétone, aboutit à la mort dans le coma diabétique. L'auteur admet que le processus fébrile, produisant en trop grande abondance des matières extractives qui ont en partie l'acétone pour dernier aboutissant, a amené peu à peu un encombrement toxique. Car, d'autre part, l'autopsie révélait l'existence de l'altération rénale décrite par Armanni sous le nom de *dégénération hyaline* de l'épithélium rénal, qui est une lésion diabétique

ultime. Armanni la localisait à l'épithélium des canaux droits; Ebstein l'a constatée dans les anses de Henle. Irrégulièrement diffuse, elle s'accompagnait d'une dégénérescence graisseuse généralisée. La distillation de 500 grammes de substance cérébrale a donné un liquide présentant les réactions de l'iodoforme (*Deut. Arch. f. Klin. méd.*, 1882, 30e v., p. 1). — R. L.

De la valeur de l'œsophagotomie interne dans le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, par Henry B. Sands; New-York, 1884. — Opération toute française, ayant été pratiquée pour la première fois par Maisonneuve en 1861, puis par Lannelongue, Trélat, Dolbeau, qui revendiquent la bonne part des 12 cas, sans plus, qui en ont été publiés, y compris l'observation de Henry B. Sands, point de départ de ce travail. Elle mériterait cependant d'être vulgarisée, répondant aux indications très nettes résultant d'un état de stricture cicatricielle, consécutive à l'action des caustiques (acides sulfurique, nitrique, chlorhydrique, phénique, potasse caustique), résistant à la dilatation, et mettant les jours du malade en danger par inanitiation progressive, en l'absence de toute cachexie diathésique. Les résultats sont d'ailleurs assez favorables, puisque les trois quarts des opérés ont guéri. Le modèle définitif de l'œsophagotome, dont le principe est celui de l'uréthrotome, n'est pas encore trouvé ; chaque opérateur s'est servi d'un instrument personnel, et l'auteur a enrichi cet arsenal d'un nouveau type.

Bœckel (de Strasbourg) a employé récemment l'électrolyse avec succès dans deux cas. Gussenbauer a combiné l'œsophagotomie externe à l'œsophagotomie interne et Bergmann vient de publier un cas dans lequel il a préludé à l'œsophagotomie interne de bas en haut par la gastrostomie. Le malade a guéri avec occlusion de la fistule stomacale.

Monographie intéressante, de critique judicieuse et d'honnête érudition, qui avait déjà, à ces divers titres, attiré l'attention des lecteurs du *New York medical Journal*. — R. L.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'YONNE PENDANT L'ANNÉE 1884.

L'âge de quarante ans passe pour l'époque critique de la vie et des institutions humaines. Il n'est pas tel pour ce vigoureux corps savant qui sert de rendez-vous aux bonnes volontés scientifiques du département de l'Yonne. Les efforts de ces confrères, volontaires de la science, avides de progrès et amoureux de l'art qu'ils honorent, se multiplient d'année en année. A ce point de vue il semble même que 1884 l'emporte encore sur ses aînés et que, dans sa puissante vitalité, cette institution ajoute en ce moment une sorte de renouveau à la maturité de ses quarante années.

Il est vrai, qu'on en doit quelque hommage à l'activité du président et du secrétaire général ; mais ici, du moins, la contagion de l'exemple est indéniable. Elle possède les plus heureuses conséquences et imprime aux travaux une vive impulsion. La génération actuelle des membres de la Société médicale de l'Yonne peut donc revendiquer à bon droit une part de gloire dans le mouvement médical contemporain.

En 1884, l'honorable président, M. Rousseau, a payé trois fois, pour sa part, et généreusement chaque fois, son tribut académique, sous la forme de notes intéressantes pour les médecins aliénistes autant que pour les praticiens voués à la médecine générale.

L'une, *Observation de lypémanie compliquée d'une triple diathèse*, offrait une complexité de symptômes qu'il était difficile de mettre en lumière. La syphilis s'associait au cancer et à la tuberculose par une gomme de la dure-mère déterminant la paralysie, tandis qu'une masse carcimomateuse produisait des troubles sensoriels, et la tuberculose des lésions pulmonaires mortelles.

La seconde note avait pour objet un accident rare parmi ceux que provoquent les vers intestinaux : on pouvait croire à une *fièvre intermittente*, mais celle-ci était d'*origine vermineuse* et non pas spécifique, et le malade guérit par l'expulsion de 229 lombrics.

©BIU Santé

Enfin l'éminent directeur de l'Asile des aliénés d'Auxerre a fait connaître un cas de *traitement de l'ictère grave* par l'iodure de potassium, confirmant ainsi ses communications antérieures sur le même sujet Ces diverses observations sont là, sans doute, des curiosités pathologiques, elles sont aussi la preuve d'une sagacité clinique, toujours en éveil et jamais en défaut en présence de manifestations morbides d'allure très insolite.

Une lecture de M. Roché avait aussi l'ictère pour objet. Il s'agissait *d'un ictère grave chez un enfant de moins de trois ans*, d'autant plus difficile à reconnaître, qu'à la symptomatologie classique de l'ictère s'ajoutait une série de phénomènes cérébraux dans lesquels M Roché vit avec raison les signes d'une hémorrhagie méningée. Cet ictère grave avait donc bien le caractère hémorrhagique. Un cas d'*invagination intestinale avec guérison par l'électricité, récidive et mort au cinquante-troisième jour*, et enfin une série d'observations de *greffes épidermiques* font aussi honneur à l'esprit clinique de notre confrère. Les succès opératoires obtenus avec ces dernières démontrent une fois de plus leur utilité pour hâter la cicatrisation des plaies ou prévenir la rétraction des tissus.

Dans sa communication sur l'*érysipèle de l'urèthre et du gland consécutif à la lithotritie*, M. Pillot signale un accident exceptionnel de cette opération. Il en conclut à la nécessité de pratiquer sévèrement l'antisepsie et d'éviter d'opérer dans le voisinage de malades en puissance d'érysipèle. Enfin, il en place l'origine sur la muqueuse uréthrale ; de sorte que cette complication pourrait prendre légitimement place à côté des érysipèles de l'utérus et du vagin.

Ce fait ne le cède pas en rareté d'ailleurs à celui que le même observateur signalait à des collègues, sous le titre *d'ulcère syphilitique du pied chez un individu syphilisé depuis 42 ans*. Cet ulcère, lésion peu fréquente dans cette région, était consécutif au ramollissement d'une gomme, et avait pris un aspect épithéliomateux. Le succès du traitement spécifique ioduré ne laisse aucun doute sur la nature spécifique de cette ulcération.

D'autres notes méritent encore l'attention, celle de M. Ficatier, sur la présence d'un *corps étranger* — (une épingle à cheveux) — dans l'urèthre ; celle de M. Souplet sur les *maladies concomitantes du choléra*, la dyssenterie et la goutte, dans laquelle, avec une conviction qu'on admire sans la partager, l'auteur se déclare anti-contagioniste ; celle de M. Forestier sur le *traitement de la sciatique* par la *flexion forcée* des membres, procédé analogue à l'élongation, et celle de M. Bert, attribuant à l'*eau oxygénée* une efficacité trop heureuse dans le *traitement de la diphthérite*.

En terminant, le nom de M. Duché revient naturellement sous ma plume. En qualité de sécrétaire général, il donne chaque année le compte rendu des travaux de la Société; tâche difficile à coup sûr, par l'abondance des mémoires et leur importance. Ce n'est pas tout : son labeur de sécrétaire ne lui a pas suffi, et, travailleur infatigable, il a écrit un mémoire qui sous un titre modeste n'en est pas moins riche en documents sur le choléra. Il a pour rubrique : *Coup d'œil rétrospectif sur le choléra dans le département de l'Yonne*.

Aux travaux des membres résidents de la Société, il faut ajouter ceux de médecins habitant hors du département ; telles sont les notes d'ophthalmologie de M. Boucheron et les communications de M. Henri Huchard sur la *diète sèche* et sur les *angines de poitrine*. Je n'insiste pas sur ces mémoires dont la valeur clinique est si justement appréciée, mais je constate que leur présentation à nos confrères de l'Yonne constitue un salutaire exemple de décentralisation scientifique.

Après cela, il serait naïf de mentionner l'intérêt de séances aussi bien remplies et la croissante importance de cette Société, qui seule, indépendante de toute attache officielle, avec le seul appui de la bonne volonté de ses membres, trace vaillamment son sillon, le fertilise et l'ensemence. La moisson répond aux prémices, parce que, mettant en pratique et la faisant sienne, elle reste fidèle, comme l'écrivait naguère son diligent secrétaire général, à la fière devise du vieil empereur romain : *Laboremus*.

Ch. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juillet 1885. — Présidence de M. Vidal.

Sommaire : *Perforation de la voûte palatine. — Arthropathie d'origine spinale. — La folie brightique. — Les cancers de l'estomac à évolution lente.*

A propos du procès-verbal, M. Féréol fait constater par ses collègues que la malade atteinte d'une perforation palatine de nature ambiguë qu'il avait présentée dans une précédente séance est en voie de guérison rapide depuis qu'elle a été soumise au traitement mercuriel (frictions) exclusif, suivant le conseil de M. Vidal. La cicatrisation s'étant faite des parties profondes vers les superficielles, on a pu croire, il y a quinze jours, que l'ulcération gagnait en surface. Il est évident aujourd'hui qu'elle est réduite de plus de moitié.

M. Martineau rappelle que, suivant la remarque de Nélaton et de Ricord, les accidents tertiaires de la syphilitique ne peuvent être guéris par l'iodure de potassium que si le mercure a été administré d'abord.

M. Féréol présente un malade atteint d'une *arthropathie* du coude gauche (douleur et tuméfaction avec conservation des mouvements), telle que celles qui se voient dans l'ataxie locomotrice. Le genou du même côté est aussi quelque peu douloureux et tuméfié. Le malade traîne la jambe en marchant. Ces accidents ont débuté il y a deux ans. Une main présente des lésions causées par deux traumatismes par écrasement survenus en 1872 et 1879. L'autre offre de l'atrophie des éminences thénar et hypothénar avec tendance à l'attitude en griffe. Ce malade tremble un peu dans la station à cloche-pied et ne peut se tenir facilement debout les deux pieds rapprochés. Mais il a des réflexes rotuliens plutôt exagérés, aucun phénomène oculo-pupillaire, aucun trouble fonctionnel des viscères. La sensibilité paraît actuellement intacte; elle pourrait bien avoir été diminuée du côté gauche, il y a quelques années; car on trouve sur le côté gauche des cicatrices de brûlures que le malade s'est faites en se couchant sur les fours à chaux, où il travaillait. Aujourd'hui, on relève à peine un léger retard de la perception.

En résumé, M. Féréol croit à une arthropathie d'origine spinale, mais il inclinerait à l'attribuer à quelque plaque de sclérose plutôt qu'à une sclérose systématique; les traumatismes de la main gauche, antérieurs à l'apparition de l'affection articulaire, ont peut-être pu jouer un rôle dans la pathogénie de la lésion médullaire.

M. Martineau offre en hommage un volume qu'il vient de publier sur la *prostitution clandestine*, et dont le point de départ est la discussion pendante entre les sociologistes au sujet de la préférence à accorder à la prostitution libre ou réglementée.

M. Guyot présente une malade qui avait, dans l'épaisseur du droit antérieur de la cuisse, une tumeur de nature difficile à déterminer et qui a été amendée par l'iodure de potassium.

M. Dieulafoy lit un mémoire sur la *folie brightique*. On a décrit depuis longtemps, à côté de l'urémie comateuse et de l'urémie convulsive, une forme délirante. Dans cette forme, on a signalé la variabilité du délire, tantôt doux et tranquille, sous forme de rêvasserie incohérente, — tantôt semblable à des accès maniaques (agitation, loquacité, insomnie), — tantôt enfin caractérisé par des hallucinations de la vue et de l'ouïe, comme dans un cas observé par M. Dieulafoy, où une dame urémique croyait entendre le bruit de son convoi funèbre et voir dans sa chambre les gens venus pour l'ensevelir.

Certains auteurs, comme Lasègue, ont pensé que les accidents délirants qui surviennent au cours de l'urémie sont moins le fait de celle-ci que d'une prédisposition héréditaire (hystérie) ou acquise (alcoolisme). Pourtant dans le plus grand nombre des observations d'urémie délirante qui ont été publiées, on n'a pas relevé ces antécédents prédisposants.

Les cas sur lesquels M. Dieulafoy veut insister aujourd'hui sont ceux où les manifestations délirantes, au lieu d'être un simple épiphénomène plus ou moins ultime au cours d'accidents urémiques parfaitement caractérisés, sont le phénomène capital, tellement prédominant que tous les autres symptômes peuvent être masqués et méconnus. Ces cas méritent la dénomination de folie brightique. M. Dieulafoy ne se dissimule pas que le mot de folie est ici dévié de son vrai sens, mais la dénomination, nosologiquement attaquable, est cliniquement vraie. De tels malades ont été enfermés dans des asiles, soit qu'on eût méconnu la nature de leur délire, soit que sa violence eût nécessité la coercition. A leur propos a été soulevé le problème médico-légal de la responsabilité et de la validité testamentaires. Enfin on a pu commettre à leur préjudice la grosse erreur thérapeutique de les alimenter de force avec de la viande et de les soumettre aux douches froides.

Le mémoire de M. Dieulafoy est basé sur six observations : deux sont personnelles, dont une avec autopsie.

Dans la première de ces deux-ci, il s'agit d'une femme de 37 ans, amenée à l'hôpital Saint-Antoine en état de mutisme complet, avec l'œil hagard et une contracture tétanique des doigts. Elle présenta pendant plusieurs jours un tableau clinique qui était bien celui de l'aliénation mentale. Balancement du corps d'avant en arrière, propos incohérents, délire successivement lypémaniaque, de persécution, maniaque, hallucinatoire, langue sèche, ventre ballonné et constipation. Cependant M. Dieulafoy établit le diagnostic de délire brightique en se basant sur les signes suivants : légère albuminurie, diminution de l'urée, tendance à l'hypothermie (36° de température axillaire) et contracture intermittente des doigts.

Au bout de quatorze jours la raison reparut et les renseignements que la malade put fournir sur ses antécédents confirmèrent le diagnostic ; elle avait éprouvé, au début de sa maladie, de violentes démangeaisons, des fourmillements, des crampes, des bourdonnements et sifflements d'oreille, puis des vomissements quotidiens.

Pendant quarante-cinq jours une amélioration très grande put faire croire à la guérison ; la malade n'avait plus que quelques épistaxies, de la céphalalgie et de légères contractures des doigts.

Enfin survint une dernière phase caractérisée par des vomissements incoercibles, une extrême pâleur, une véritable tétanie, albuminurie (1 gr. par litre), enfin anurie complète de trente-six heures et accès épileptiformes qui amenèrent la mort.

L'autopsie fit constater l'intégrité de tous les organes à l'exception des reins qui, quoique de volume et de poids normaux, et d'aspect macroscopique à peu près normal, offraient toutes les lésions histologiques d'une néphrite exclusivement parenchymateuse.

La seconde observation recueillie par M. Dieulafoy concerne un malade qui fut à tort considéré comme tuberculeux, parce qu'il avait de l'œdème pulmonaire localisé aux sommets. Envoyé à Menton, il fut pris d'accidents maniaques. A son retour à Paris, la bouffissure des paupières conduisit au diagnostic ; il avait 2 gr. 85 d'albumine par litre. Pendant vingt-cinq jours il présenta une agitation extrême, puis des idées de persécution et de suicide.

Il revint après ce temps complètement à la raison et ne mourut de son mal de Bright que deux ans et demi plus tard.

Les autres observations nous montrent une jeune femme prise, au cours d'une néphrite aiguë, d'accidents délirants si caractérisés qu'on l'enferma dans un asile ; elle guérit de son délire et de sa néphrite ; — un cas de manie aiguë furieuse, avec cette saleté commune à tant d'aliénés au cours d'une néphrite chronique suivie d'autopsie ; — un cas de M. Raymond (*Arch. de méd.*, 1882), dans lequel une dame pieuse et brightique présenta assez longtemps avant sa fin le délire érotique le plus cynique, alternant avec un délire religieux.

Se basant sur ces faits, M. Dieulafoy note que la durée de la folie brightique peut durer de vingt jours à huit mois et demi ; qu'il est fort important d'être averti de l'existence de faits semblables pour ne pas méconnaître le mal de Bright latent. On pourrait peut-être trouver dans l'albuminurie méconnue l'explication de certaines folies

puerpérales, et M. Legrand du Saulle a émis l'opinion que certains cas de folies dites séniles tiennent peut-être à l'existence chez les malades des lésions du rein dit sénile.

Au point de vue du diagnostic, l'albuminurie et les œdèmes, pouvant manquer ou être intermittents et fugaces, n'ont pas toute l'importance que leur accordait Bright; on s'aidera de la recherche des autres symptômes si variés de l'urémie.

Le pronostic de la folie brightique est plus favorable, du moins immédiatement, que celui de l'urémie convulsive ou comateuse.

Le traitement sera celui de l'urémie en général.

M. Féré se demande si, malgré la réalité et l'importance des faits signalés par M. Dieulafoy, il convient d'admettre une folie brightique. La diversité même des troubles mentaux s'oppose à ce que cet état psychopathique soit considéré comme spécifique. M. Féré croit, comme Lasègue, que l'hérédité et la prédisposition, bien que souvent difficiles à établir, jouent le rôle capital dans la pathogénie du délire urémique. Les folies puerpérales, car il y en a de plusieurs espèces, ont presque toujours pour point de départ une prédisposition héréditaire, et peuvent survivre même à l'albuminurie qui les accompagne quelquefois, de même qu'on voit l'épilepsie s'installer pour toute la vie chez une femme à la suite d'éclampsie puerpérale.

M. Dieulafoy rappelle qu'il a fait en commençant les réserves nécessaires au sujet de l'inexactitude nosographique de la dénomination de folie brightique et qu'il ne considère pas les prédispositions comme un élément négligeable; mais, au point de vue strictement clinique, la folie brightique a sa place marquée à côté des bronchites albuminuriques de Lasègue et des troubles gastriques du mal de Bright.

M. Ferrand a eu récemment dans son service une malade absolument analogue à celle de M. Dieulafoy et qu'il a fallu envoyer à Sainte-Anne. — Il présente une brochure *sur les suggestions dans l'hypnose.*

M. Dujardin-Beaumetz rappelle une communication faite par lui l'an dernier sur les faux cancers de l'estomac et les difficultés de diagnostic qu'augmente parfois *l'extrême lenteur de certains cancers.* Il présente aujourd'hui les pièces anatomiques d'un malade qui a été pendant trois ans dans son service avec la plupart des signes rationnels d'un cancer de l'estomac, sans tumeur perceptible. Quand le malade allait mal, M. Beaumetz portait le diagnostic de cancer; quand il allait mieux, il revenait à l'idée d'une simple gastrite. Le malade, dont l'histoire est racontée dans la thèse de Deschamps (de Riom), a eu deux pneumonies au cours de son affection gastrique, et il en a guéri. Enfin, il a succombé à des accidents diarrhéiques, et l'autopsie a fait voir un cancer relativement volumineux. Ce qui rend ce fait particulièrement digne d'attention, c'est que les méthodes de diagnostic préconisées à l'étranger semblaient écarter l'idée du cancer; contrairement à la loi de Rommelaere, le malade a toujours eu plus de 10 grammes d'urée par litre, et, en opposition avec celle de Leube, son suc gastrique avait conservé un taux suffisant d'acide chlorhydrique.

M. Rendu cite un cas de cancer de l'estomac avec tumeur, diagnostiqué depuis cinq ans par M. Potain, et qui n'a guère fait de progrès, grâce à un régime alimentaire sévère. Il y a donc des cancers de l'estomac qui ont la lenteur d'évolution des cancroïdes.

M. A. Robin rappelle que, d'après ses recherches et celle de M. Kirmisson, la loi de Rommelaere sur l'urée a été démontrée fausse. L'autre loi sur laquelle cet auteur veut se rabattre (diminution constante de l'acide phosphorique dans l'urine des cancéreux) est également erronée. — P. L. G.

FORMULAIRE

Potion contre l'hypercoqueluche chronique. — H. Roger.

Gomme ammoniaque.....	0 gr. 10 à 0 gr. 50 centigr.
Sirop de fleurs d'oranger ou de coquelicot.....	25 grammes
Infusion d'aunée ou de serpentaire de Virginie..	75 —

©BIU Santé

F. s. a. une potion à donner par cuillerées à café, à des intervalles plus ou moins rapprochés, selon l'âge de l'enfant et selon l'effet produit. — Lersque l'expectoration est très abondante et comme formée de muco-pus, on prescrit de 10 à 40 grammes de sirop de bourgeons de sapins ou d'eucalyptus ou de térébenthine ; on peut aussi prescrire, deux fois par jour, de 0 gr. 05 à 0 gr. 15 centigr. de fleur de soufre incorporée dans du miel. — Onctions calmantes sur le thorax, ou sur les côtés du cou, avec une pommade renfermant 4 grammes d'extrait d'aconit ou d'extrait de ciguë pour 30 grammes d'axonge. — N. G.

COURRIER

Commission supérieure du phylloxera. — M. le docteur Roux est nommé, par arrêté ministériel du 1er juillet 1885, m mbre de la commission supérieure du phylloxera.

Clinique médicale de la Pitié. — M. le docteur Bourcy est nommé chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié, en remplacement de M. De Brun, démissionnaire.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Berne, professeur de pathologie externe, est autorisé à se faire suppléer pour raisons de santé, du 15 juin au 31 octobre 1885, par M. Pollosson, agrégé.

Académie des inscriptions et belles-lettres. — L'Académie des inscriptions et belles-lettres vient de décerner une mention honorable à M. le docteur Paulmier pour son ouvrage intitulé : «Ambroise Paré, d'après des documents nouveaux.» (Concours des antiquités nationales.)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Henri Labarraque, décédé le 5 juillet 1885.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 7 juillet 1885, ont été nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. Achard, médecin-major de deuxième classe, attaché au corps expéditionnaire du Tonkin ; Serès, Maget, médecins de première classe de la marine ; Romanowski, Péthellaz, médecin de deuxième classe de la marine ; Lalande, pharmacien de première classe de la marine.

Concours. — La première épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris est terminée. Les vingt candidats dont les noms suivent ont été déclarés admissibles aux épreuves d'admissibilité. Ce sont : MM. les docteurs Béringier, Bourcy, Chantemesse, Comby, Delpeuch, Dreyfous, Duplaix Galliard, Gaucher, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Juhel-Rénoy, Leroux (Charles), Leroux (Marie), Lorey, Martin, Petit, Robert et Siredey.

Mission scientifique. — M. le professeur Gaëtano Rummo, de l'Université de Naples, directeur de deux journaux scientifiques des plus importants, la *Medicina contemporanea* et la *Riforma medica*, vient d'être chargé par le gouvernement italien d'une mission en Espagne pour y poursuivre ses études sur le choléra.

Hospices civils de Besançon. — Un concours pour la nomination à un emploi de chef des cliniques de l'hôpital Saint-Jacques sera ouvert, à Besançon, le mercredi 5 août 1885 à neuf heures du matin ; le jury sera composé des médecins et chirurgiens de l'établissement et d'un membre de la Commission administrative, président.

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon ; le registre d'inscription sera clos le lundi 3 août, à quatre heures du soir.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Maurice Notta : Du traitement du chancre simple, chez la femme. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. L'Epidémie cholérique en 1885. — V. Sociétés médicales des départements. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Feuilleton : Causerie.

Du traitement du chancre simple, chez la femme.

Essentiellement locale, l'affection vénérienne décrite sous les noms de chancre simple ou non infectant, de chancre mou, de chancrelle (Diday) trouve chez la femme, à cause de la conformation même de ses organes génitaux externes, un terrain particulièrement favorable à son évolution. C'est à la vulve en effet que siègent le plus habituellement les chancres génitaux, et si, parmi les chancres *vulvaires*, les plus communs sont ceux *de la fourchette* et *de la fosse naviculaire*, il est facile de l'expliquer par la position déclive de ces parties, le long desquelles coulent toujours plus ou moins les liquides uréthraux, les humeurs vaginales, le pus blennorrhagique, et même la sécrétion virulente d'autres chancres siégeant plus haut (sur les grandes ou les petites lèvres, au niveau du vestibule ou du méat, etc.). Tous ces liquides, qui viennent pour ainsi dire « baver » sur la commissure inférieure de la vulve, y séjournent, y créent un véritable terrain de culture, et y déterminent des inoculations tantôt primitives, tantôt secondaires.

On a compté chez des femmes jusqu'à trente-cinq, soixante-dix et soixante-quinze chancres à la fois (Barié). Il y a auto-inoculation, repullulation sur place, absolument comme dans la furonculose, et ces récidives locales sont précisément l'écueil du traitement, rendu par elles long et difficile, malgré la bénignité de la maladie.

Les indications thérapeutiques sont cependant des plus précises et des plus simples : elles découlent naturellement de la connaissance de la cause

(1) Maurice : *Des maladies vénériennes*. — Paris, 1883.

FEUILLETON

CAUSERIE

La médecine dans les romans : Maigrichonne, *par M. Paul Saunière*. — Jean Mornas, *par M. Jules Claretie*.

Puisque les romanciers s'obstinent à prendre dans la médecine le sujet de leurs romans, on ne s'étonnera pas, je pense, que je m'obstine de mon côté à relever les invraisemblances médicales qu'ils y glissent, — invraisemblances, il faut bien le dire une fois de plus, qu'il leur serait facile d'éviter en consultant à cet égard les personnes compétentes.

Je me rappelle à ce propos une des plus spirituelles caricatures de Grévin, représentant une jolie belle petite — toute petite, comme il les fait d'habitude — horizontalement couchée dans un grand lit, et un grave docteur à côté du lit, lui tâtant le pouls (à la belle petite, pas au lit).

— Vous êtes donc sortie en voiture découverte par ce froid, pour avoir un rhume pareil ? — vient de demander le docteur.

— Mais oui, répond l'enfant.

— Ah ça, mais ! reprend notre confrère, vous n'avez donc personne pour vous f..... des gifles ?

de l'affection, dont la nature parasitaire est presque universellement admise, et le mode de propagation indiscutable. Comme l'avait d'ailleurs très bien formulé M. Ricord dans ses remarquables *Leçons sur le chancre*, et, depuis, M. le professeur Fournier dans son excellent *Article du Dictionnaire de Jaccoud*, il faut à cette affection purement locale opposer un traitement exclusivement local ; il faut détruire sur place le parasite, et empêcher sa propagation « par une neutralisation absolue, complète, de tous ses éléments contagieux ; s'il en restait un seul, la lésion se reproduirait (1). » Mais c'est justement cette destruction locale et complète qui est difficile, et, bien qu'elle domine toute la thérapeutique du chancre mou, bien que tous les auteurs en reconnaissent la nécessité, il faut avouer que la plupart des méthodes de traitement sont sinon efficaces, du moins trop souvent infidèles. On peut dire que les succès obtenus n'ont pas été en rapport avec les efforts tentés dans cette voie, ni avec le nombre des moyens proposés, dont la variété n'a eu d'égales que l'inconstance et la pauvreté des résultats thérapeutiques. Parmi tant de pommades, de poudres et de liquides tour à tour préconisés et délaissés, on est très embarrassé pour choisir « le meilleur » agent destructeur. Quel est-il, ou plutôt combien y en a-t-il ? C'est ce que nous allons essayer de déterminer en nous inspirant des travaux les plus récents.

Il est un grand nombre de topiques qu'on trouve partout recommandés pour le traitement du chancre simple. Nous ne ferons que les citer pour mémoire : ce sont pour la plupart des agents détersifs, qui peuvent avoir leur utilité dans le pansement du chancre, à la période de réparation, mais ne sont nullement des modificateurs spécifiques de la spécificité chancreuse. Tels sont : le vin aromatique, le tartrate ferrico-potassique (2) (Barié, Melchior), la glycérine, la teinture d'iode étendue, la décoction de tan, la décoction de quinquina, l'eau chlorurée (3) (Langlebert), la résorcine (4) (Le-

(1) Solution à 10 grammes pour 100.
(2) Liqueur de Labarraque — 50 gr. pour 150 gr. d'eau distillée.
(3) Solution à 10 ou 15 pour 100 gr. d'eau.
(4) Solution à 25 gr. pour 100 gr. d'eau.

Eh bien, cette caricature me revient en mémoire chaque fois que je vois une de ces invraisemblances servir de thème à une dissertation romantique. J'ai chaque fois envie d'écrire à l'auteur. Ah ça ! vous n'avez donc personne pour vous..... je n'ose pas dire f..... des gifles — mais pour vous remettre dans le droit chemin ?

Vous n'avez donc pas de médecin parmi vos amis ?

Tenez, par exemple, je viens de lire ces jours-ci en omnibus un roman intitulé : « *Maigrichonne* », par M. Paul Saunière. Un des épisodes du roman est le suivant :

Une jeune fille de famille, ayant pour compagne une autre jeune fille de son âge, devient enceinte des œuvres d'un camarade d'enfance, et accouche clandestinement, grâce à la connivence de l'amie et du médecin de la famille. Mais il faut faire disparaître l'enfant. Alors la jeune amie se charge de le transporter dans un village, à quelques lieues de là, et de le confier à une brave paysanne, qui l'élèvera. Malheureusement, l'enfant meurt en route. On jase, on accuse la jeune fille d'être la mère, et d'avoir tué l'enfant ; trente-six heures après elle est en prison. — La justice charge un médecin d'éclaircir l'affaire. — Le médecin trouve que l'enfant est mort de sa belle mort, — voilà un premier point éclairci. — Mais la jeune fille a déclaré n'être pas la mère de l'enfant. Comment s'y prendre pour savoir la vérité ? Vous et moi, ayant à rechercher si une jeune fille est accouchée il y a trente-six heures, nous serions empressés de regarder d'abord son linge, dont elle n'a pu changer depuis au moins vingt-quatre heures, puisqu'elle est en prison, et, lui trouvant du linge propre, sans trace de lochies, aurions déclaré qu'il n'y avait pas lieu de pousser plus loin nos investigations. Mais M. Paul Saunière est

blond et Fissiaux), l'eau oxygénée, la teinture de thuia (Rouillard), l'alcoolé de guaco (N. Pascal), le perchlorure de fer, le sulfate de fer, le silicate de potasse (Marc Sée), le chloral (1) (Dujardin-Beaumetz), etc., etc.

Les poudres absorbantes : calomel, bismuth, camphre, oxyde de zinc, poudre de quinquina, de ratanhia, etc., qui peuvent être utiles à la même période, ne modifient en rien la nature du chancre.

Il en est de même de la plupart des pommades, qui sont, comme on l'a dit, *antipathiques* au chancre simple. Par leur action irritante, elles l'entretiennent, favorisent même certaines de ses complications habituelles, et sont souvent d'une application douloureuse. C'est ainsi que, dans de récents essais thérapeutiques faits avec l'acide salicylique, la poudre employée, soit absolument pure comme le conseille Hébra, soit mélangée à la poudre de gomme (2) (Martineau), a paru donner de meilleurs résultats et provoquer une cuisson bien moins vive que la pommade à l'acide salicylique (3). La pommade au chlorate de potasse (Tillot) est aussi d'une application très douloureuse. Quant à l'onguent napolitain et aux pommades mercurielles, elles doivent être absolument proscrites, parce qu'elles sont particulièrement irritantes et dangereuses. Il faut donc bien se rappeler comme règle générale ce précepte que Ricord, Fournier et tant d'autres ont répété : *les corps gras nuisent au chancre simple.*

On comprend jusqu'à un certain point l'insuffisance de ces méthodes de traitement puisqu'elles ne modifient pas en réalité, c'est-à-dire ne détruisent pas le chancre. Cette *destruction du chancre* ne peut s'opérer que par deux procédés, l'*excision et la cautérisation*. Nous ne parlerons pas de l'ex-

(1) Acide salicylique . . . . . 50 grammes.
Farine de blé . . . . . } àà 100 —
Poudre de gomme . . . . . }

(2) M. Mauriac a employé, à l'hôpital du Midi, la pommade suivante :
Acide salicylique . . . . . 3 grammes.
Oxyde de zinc . . . . . } àà 15 —
Poudre d'amidon . . . . . }
Vaseline . . . . . 20 —

---

plein d'incrédulité à l'égard des jeunes filles, et fait tenir à son médecin d'étranges

Le magistrat lui demandant si cette jeune fille peut être la mère de l'enfant :

« A première vue, répond notre confrère, je ne le crois pas probable. Elle ne porte sur le visage aucune des traces que laisse d'ordinaire un accouchement récent (Oh! monsieur Saunière, si vous pouviez nous dire quelles sont ces traces laissées sur le visage, dans les cas où l'enfant ne vient pas par l'oreille, quel service vous nous rendriez!), et, comme l'enfant n'est guère âgé que de 36 heures, il me paraît presque impossible que cette jeune femme en soit la mère.

— Est-ce chez vous une certitude?

— Morale seulement, monsieur. La médecine a, même pour nous, de telles surprises qu'en matière scientifique, nous ne pouvons nous prononcer affirmativement qu'après un examen attentif et réfléchi. »

Que de précautions pour savoir si une jeune fille vient ou non d'accoucher!

Et surtout quelle inhumanité de la part de ce juge d'instruction! Lui est convaincu qu'il tient la mère de l'enfant, et, sans réfléchir probablement qu'il n'est guère possible à cette malheureuse de faire une longue marche, il la fait conduire à pied, entre deux gendarmes à cheval, à la ville voisine, éloignée de plusieurs kilomètres; arrivée là, sans s'inquiéter autrement de son état, on la jette en prison, on l'y laisse trois jours, et on charge alors un second médecin de se livrer à cet examen attentif et réfléchi que le premier déclarait nécessaire pour se prononcer. Et notre pauvre confrère, très embarrassé, d'après l'auteur, sans regarder seulement le linge ni sans vérifier l'odeur que

©BIU Santé

cision, conseillée jadis par Hunter, elle est pénible et dangereuse, et n'est que très exceptionnellement praticable. Quant à la cautérisation, cette « merveilleuse » méthode de traitement, pour employer l'expression de Ricord, trouve son application dans la plupart des cas. Si nous laissons de côté la poudre d'arsenic (Tessier), la poudre sulfo-carbonique (Ricord, Cullerier), les acides plus ou moins dilués, la pâte de Vienne, etc., nous trouvons que les caustiques le plus fréquemment employés de nos jours sont le nitrate d'argent et le chlorure de zinc, Nous placerons à côté d'eux le fer rouge, et, si nous ajoutons à ces trois médications l'iodoforme, l'acide pyrogallique et la balnéation, nous aurons passé en revue les principales médications actuelles, les remèdes « à la mode », qui voient d'ailleurs leur emploi justifié par la supériorité des résultats acquis. Un mot, maintenant, de chacun de ces procédés.

La solution de *nitrate d'argent* à 1 pour 30 a été conseillée par Fournier, Kollet, Jullien, et a, d'après ces auteurs, donné de nombreux et véritables succès. « Cette solution, dit Rollet, n'est pas d'une application bien douloureuse... La charpie, imbibée de ce liquide et renouvelée trois ou quatre fois par jour, constitue un pansement au moyen duquel le nitrate d'argent exerce une action permanente sur le chancre... Cette solution exerce aussi une action salutaire sur le pourtour du chancre. Tous les tissus qui avoisinent le chancre deviennent plus durs, d'une consistance plus ferme; ils sont comme tannés, et par cela même ils opposent plus de résistance à l'envahisement du chancre de proche en proche, plus de résistance aux réinoculations accidentelles. »

Le *chlorure de zinc*, employé tantôt sous la forme de pâte de Canquoin (Diday, Doyon), tantôt sous forme de solution [Desprès (1), Mauriac (2)], est

(1) M. Desprès emploie la formule suivante :

Eau	18 grammes.
Chlorure de zinc	50 —

(2) M. Mauriac, à l'hôpital du Midi, emploie actuellement le traitement suivant : Cau-

devrait exhaler une accouchée de quatre jours que cette odieuse justice a privée des soins de propreté les plus élémentaires, — notre pauvre confrère, dis-je, ne trouve encore rien de mieux à faire que de constater *de visu* l'état des choses. Mais il fut bien puni de sa curiosité, car il se cassa le nez contre une porte fermée et dut déclarer dans son rapport : « que non seulement Marceline ne pouvait pas être la mère de cet enfant, mais encore qu'elle était vierge et par conséquent à l'abri de tout soupçon. » Heureusement pour elle, la pauvre enfant, car que fût-elle devenue, si c'eût été une accouchée de quatre jours?

***

Cette invraisemblance n'a d'égale que celle que M. Saunière a inaugurée à propos de l'amie de Marceline.

Marceline, jeune fille honnête, bien portante jusqu'au jour de son prétendu accouchement, est accusée d'être la mère de l'enfant, et tout le monde finit par le croire, malgré le certificat du médecin; — son amie, au contraire, est malade pendant plusieurs mois, ne sort plus de sa chambre, accouche sans que son père ni ses nombreux domestiques se doutent de rien, bien que son amie fidèle soit en prison pendant ce temps et ne puisse l'aider à faire disparaître les traces sanglantes et odorantes de l'accouchement! Et personne ne se doute de rien! Le médecin a expliqué la grossesse en faisant appel à une maladie nouvelle, à la mode, l'anémie, et, alors que tout le monde aurait prescrit l'exercice au grand air contre cette terrible maladie, lui conseille la réclusion complète à la chambre, le repos sur une chaise longue. Et personne ne s'en

d'une application plus douloureuse. Ses inconvénients chez la femme sont nombreux et ont été bien exposés par Delange (1), qui conseille de ne pas recourir à l'emploi de ce caustique, au moins dans certains cas déterminés.

Le *fer rouge*, ou plutôt le *thermo-cautère*, si différent de l'ancien cautère, qui nécessitait une mise en scène aussi effrayante pour le malade que désagréable pour le chirurgien, vient d'être chaudement préconisé par notre ami F. Latouche (2), qui s'appuie sur un certain nombre d'observations, les unes personnelles, les autres communiquées par M. Hutinel, pour démontrer d'une façon probante les avantages de ce mode de cautérisation. « Mais pour réussir, dit avec raison M. Latouche, la cautérisation doit être faite dans certaines conditions. D'abord, nous avons l'habitude d'employer le cautère chauffé au rouge sombre; chauffé au blanc, il brûle trop vite, et il est plus difficile de faire exactement ce que l'on veut. Nous cautérisons profondément toute la surface de l'ulcération, et surtout nous avons bien soin de *cautériser les bords de la chancrelle;* lorsqu'ils sont décollés, ce qui est le cas le plus fréquent, il faut enfoncer le couteau cautère au-dessous d'eux, afin de ne laisser aucun point de la surface chancreuse intact. » Nous regrettons que les limites de cet article ne nous permettent pas de nous étendre plus longuement sur l'excellent travail de M. Latouche, qui a pu étudier la question avec une compétence toute spéciale à l'hôpital de Lourcine, sous la direction de son maître, M. Martineau, et juger ainsi de la valeur comparative des différentes méthodes de traitement.

De toutes les substances employées localement sur l'ulcère chancreux la plus répandue est l'*iodoforme*, qui jouit à juste titre d'une grande faveur. Recommandée par M. Besnier (1867) et par M. Lailler, cette substance

térisation tous les quatre ou cinq jours avec une solution très concentrée de chlorure de zinc, et, dans l'intervalle, pansement au vin aromatique.

(1) Thèse de Paris, 1858.

(2) La *Revue de clinique médico-chirurgicale*, décembre 1884.

étonne! Puis, pour faire disparaître l'enfant de la maison maternelle, il simule une botte d'herbes médicinales qu'il est venu collectionner pendant trois jours dans les bois du voisinage, et l'enfant est ainsi emporté devant tout le monde, sans se plaindre par des vagissements bien naturels de cet enveloppement herboristique. Enfin, tout va bien et personne ne soupçonne la vérité. Et c'est bien heureux, car, sans cela, le roman n'aurait pas eu raison d'être, et ceux qu'il a intéressés ne regretteront pas ces incorrections, qu'ils n'ont probablement pas remarquées. Il faut une fâcheuse disposition d'esprit comme la mienne pour ne voir partout que le mauvais côté de toutes choses.

*
* *

Ainsi, par exemple encore, voici M. Jules Claretie qui, dans *Jean Mornas*, introduit l'hypnotisme dans le roman, et un peu aussi le roman dans l'hypnotisme.

Jean Mornas est un ancien interne des hôpitaux très déclassé, qui, au lieu de chercher à attirer la clientèle par une bonne tenue et des travaux sérieux, passe son temps à pérorer au café en attendant une occasion qui le tire enfin de son ornière.

Un beau jour, ou plutôt une vilaine nuit, il rencontre une jeune ouvrière qui peu à peu l'aime et se trouve être un sujet merveilleux pour la suggestion.

D'autre part, Jean Mornas connaît un vieux toqué de pseudo-savant qui demeure à Versailles et qui accumule des billets de banque entre les feuillets de ses livres.

Ceci donné, il suggère à la jeune fille d'aller de Montmartre où elle demeure, à la gare Saint-Lazare, de là à Versailles, de s'introduire chez le vieillard à l'aide d'une

©BIU Santé

paraît avoir deux propriétés remarquables : son action est anesthésique et modificatrice de la plaie; elle calme la douleur en même temps qu'elle active la cicatrisation. L'iodoforme est employé sous différentes formes : tantôt en pommade (Parona), tantôt en solution saturée dans le sulfure de carbone (Chéron), tantôt en solution dans la glycérine et l'alcool (Profeta), le plus souvent en poudre (Martineau, Simonet, etc). Dubrisay et Petiteau le considèrent comme un véritable spécifique par la promptitude de son action.

L'*acide pyrogallique* a été recommandé sous forme de pommade ou de poudre au cinquième par MM. Vidal (1) et Terrillon, qui ont obtenu d'excellents résultats. Quoique M. Bottey ait contesté la valeur de cet agent (2), il nous semble que ses expériences n'ont pas été entourées des garanties suffisantes pour infirmer les faits observés par des expérimentateurs de la valeur de MM. Vidal et Terrillon. Dans une note publiée récemment (3), notre distingué maître et ami, M. le docteur Brocq, insiste avec raison sur la nécessité d'employer *exactement* les doses prescrites, et le mode de préparation préconisé par les auteurs précédents. Une fois la virulence du chancre détruite par l'action de l'acide pyrogallique, M. Vidal panse la plaie à l'iodoforme ou au sous-carbonate de fer. L'acide pyrogallique n'est donc pas pour lui dans le pansement du chancre simple un topique cicatrisant, mais, absolument comme le fer rouge, un modificateur de la nature de la plaie, un agent destructeur du virus. De leur côté, MM. Terrillon, Lermoyez et Hitier s'expriment en ces termes : « Dès que le nivellement du chancre est opéré, l'acide pyrogallique perd toute son influence ; on est en présence d'une plaie simple, réclamant le pansement chirurgical... Tout chancre touché par l'acide pyrogallique perd sa virulence; dès la deuxième application, il cesse d'être inoculable. »

(1) *Bull. de thérap.*, 30 janvier 1883.
(2) *Ann. de dermat. et de syphiliog.*, 25 août 1883, p. 432.
(3) *Ann. de dermat. et de syphiliog.*, septembre 1883.

lettre que lui, Jean Mornas, lui a remise, de s'emparer des billets de banque, de revenir à Paris, sans oublier la lettre, et de lui apporter chez lui, rue Racine, les billets de banque ; enfin, de retourner chez elle et de ne souffler mot de son équipée à personne.

Tout s'accomplit à la lettre; mais le vieillard, en voulant défendre ses billets de banque, est repoussé violemment par l'hypnotique, se casse la tête contre le lit et meurt. Cet incident, qui n'était pas dans le programme, amène des complications; une enquête a lieu, et on finit par découvrir la coupable. La médecine et la justice pataugent d'abord à qui mieux mieux dans les réponses que fait la jeune fille, jusqu'au jour où un des médecins songe à l'hypnotisme et suggère, en sens inverse, à la coupable, de lui raconter le crime. Elle raconte tout, peu à peu, sous l'impulsion du suggesteur, mais, sauf le nom du vrai coupable, Jean Mornas, qui bientôt après, désespéré d'avoir perdu l'argent volé à Monaco, se fait sauter la cervelle.

* * *

Comme tout cela est tiré par les cheveux! Et comme j'aime mieux la jolie nouvelle *Boum-Boum*, imprimée à la fin du livre. Boum-Boum est un clown dont rêve un pauvre petit enfant maladif. L'enfant va mourir, lorsque le clown l'apprend, et tous les jours, jusqu'à sa guérison, vient le distraire par ses grimaces. Pour toute récompense, il demande la permission de mettre sur ses cartes de visite : « *Boum-Boum, docteur acrobate, médecin ordinaire du petit François.* »

Charmant, cela.

SIMPLISSIME.

Le traitement par *la balnéation*, qui a parfois donné de bons résultats, consiste soit en irrigations d'eau froide répétées, sept ou huit fois par jour (Hemard), soit en irrigations continues (Hutchinson, Lefort), soit en bains tièdes ou très chauds. C'est ce dernier procédé qu'emploie M. Aubert (de Lyon), sous forme de bains prolongés, à une température de 37 à 38 degrés. Dans un intéressant travail sur ce sujet (1), notre regretté collègue Lormand a cité plusieurs cas de guérison obtenus à la suite de bains à 40 degrés, dans lesquels les malades étaient maintenues pendant huit heures. Mais, outre que cette méthode est loin d'être infaillible, elle est véritablement très pénible pour la malade dont il faut soutenir les forces avec des cordiaux et asperger continuellement la tête d'eau froide; elle réclame en outre une surveillance continuelle, et n'est pas exempte de dangers à cause de la température élevée du bain et de sa longue durée.

En résumé, si nous tenons compte des indications particulières qui s'imposent dans le traitement du chancre mou *chez la femme* — multiplicité, siège, difficultés d'isolement des surfaces ulcérées, etc., — et des indications générales applicables au traitement de tout chancre non infectant, — cautérisation *complète*, c'est-à-dire de la surface *tout entière* du chancre, et *totale*, c'est-à-dire de tous les chancres *simultanément*, — nous croyons que la méthode radicale la plus rapide de destruction des chancres est la cautérisation au thermo-cautère, dont l'action bien limitée peut être aussi forte que l'on veut, et permet de transformer à coup sûr la plaie virulente en une plaie simple, qu'on pourra panser, après la chute de l'eschare, avec une substance antiseptique quelconque : iodoforme, vin aromatique, chloral, acide phénique, etc. Toutefois, si les chancres sont petits, peu nombreux, isolés, n'ont aucune tendance au phagédénisme ni à la repullulation (comme c'est le cas le plus fréquent chez l'homme), si la malade est pusillanime, nous admettons très bien qu'on se contente des modes de traitement les plus simples : acide pyrogallique, iodoforme, pâte de Canquoin, nitrate d'argent, etc. Là, comme dans beaucoup d'autres affections, la méthode de traitement ne doit pas être unique et invariable. Des différents agents thérapeutiques que nous venons de passer en revue, le meilleur est celui qui guérira *cito*, *tuto*, *et jucunde*. C'est au médecin de savoir le discerner d'après les indications et les contre-indications propres à chaque malade, et d'après les résultats obtenus dès les premières applications. Quel qu'il soit, l'indication formelle est toujours identique : transformer l'ulcération spécifique en une ulcération ordinaire, la plaie chancreuse en plaie simple; détruire le parasite, le microbe..... s'attaquer, en un mot, directement à la cause.

Maurice Notta.

BIBLIOTHÈQUE

Précis des maladies de l'oreille, du pharynx et des fosses nasales, par le docteur M.-E. Gellé, professeur particulier d'otologie, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société de biologie. — Paris, J. Baillière et fils, 1885.

M. Gellé avait toute la compétence désirable pour écrire ce précis qui, malgré la modestie de son titre et de son format, contient tout ce qu'il suffit à un praticien de connaître en anatomie, physiologie et pathologie auriculaires. Depuis quinze ans, il a poursuivi des recherches spéciales en otologie, et après avoir dirigé, sous le patronage du professeur

(1) V. *France médicale*, avril 1884.

Dolbeau, une clinique otologique, pendant cinq années, il a fait des cours réguliers sur ce sujet à l'Ecole pratique.

Le livre qu'il offre au public médical est divisé en six parties, qui traitent de l'oreille externe, de la membrane du tympan, de la cavité tympanique ou caisse, des cellules mastoïdes, de la trompe d'Eustache, de l'oreille interne ou labyrinthe, puis du nerf auditif et des centres acoustiques. Chaque partie commence par un résumé exact et très complet d'anatomie et de physiologie, qui facilite singulièrement la lecture de la partie pathologique. Des planches nombreuses donnent de la clarté aux descriptions.

Mieux inspiré que les auteurs de beaucoup de traités techniques spéciaux, M. Gellé n'a pas considéré comme négligeable l'étude des rapports qui unissent les affections de l'oreille et la surdité aux maladies générales. Il a insisté sur les maladies de l'appareil auditif que peuvent faire naître certaines professions; il a consacré un nombre de pages suffisant au point de vue médico-légale, à la simulation, aux assurances.

La surdité est l'objet d'une étude séméiotique approfondie; ce chapitre est bien de la même plume qui a signé les articles SURDITÉ et SURDI-MUTITÉ du Dictionnaire de Jaccoud. La surdité chez les écoliers, l'audition à l'école avaient déjà été pour M. Gellé le texte de communications importantes faites à la Société de biologie et à la Société de médecine publique, qui trouvaient naturellement leur place ici. Enfin un chapitre traite de la prothèse, une autre des affections du pharynx et des fosses nasales dans leurs rapports avec les lésions et troubles auriculaires.

M. Gellé réfute énergiquement dans sa préface l'objection que pourraient faire des sceptiques à l'utilité des études otologiques, sous prétexte que l'on ne guérit pas les sourds. « Et l'ophthalmologiste guérit-il un aveugle? Les oculistes traitent et guérissent les maladies de l'œil qui peuvent aboutir à la cécité; et il ne vient à l'esprit de personne de leur reprocher de ne pas guérir les aveugles... La surdité incurable, loin de montrer l'insuffisance des soins et l'incapacité de ceux qui les donnent, indique surtout l'ignorance fâcheuse de la plupart des médecins en pathogénie auriculaire, ignorance excusable, puisque l'enseignement officiel spécial fait défaut. » C'est à combler cette lacune que M. Gellé s'est essayé; il rappelle avec raison que, si les traités étrangers sur la matière et leurs traductions sont en assez grand nombre, nous avons peu de livres français. Celui-ci mérite bien son titre de français par la clarté et la sobriété qui ont présidé à sa composition. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX RUSSES

Chancre induré de la langue. — La syphilis des paysans en Russie. — Le chancre induré de la langue est en somme assez rare. M. le docteur Newsky a publié dans le *Messager de médecine* un cas observé chez une fille de 21 ans, domestique dans une auberge. En examinant la surface inférieure de la langue du côté gauche, M. Newsky trouva une ulcération de trois quarts de centimètre de diamètre n'intéressant que la muqueuse, avec des bords indurés. Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux étaient tuméfiés et douloureux. La contagion eut lieu probablement par l'emploi d'une cuiller dont s'était servi un syphilitique ; car, la malade est vierge et une autre voie de contagion est peu probable.

A propos de ce fait, M. Newsky remarque que, d'après les observations des médecins des villages russes, la voie de contagion pour la syphilis la plus habituelle parmi les paysans est l'usage commun de tous les ustensiles de ménage (bain, cuillers, etc.) résultant de la cohabitation, tandis que les rapports sexuels jouent un rôle tout à fait secondaire.

Ainsi s'explique la rareté excessive des accidents primitifs de la syphilis sur les organes génitaux parmi les paysans russes.

Depuis le 1er novembre 1882 jusqu'au 1er novembre 1884 sur 2,989 malades on n'a compté que 316 syphilitiques, c'est-à-dire 10,5 pour 100, parmi lesquels 3 cas seulement de chancre induré, c'est-à-dire 0,9 pour 100.

Encore un de ces cas doit-il être attribué probablement à la contagion par suite de l'usage commun d'ustensiles de ménage (*Messager de médecine, 1884*). — V.

L'Épidémie cholérique de 1885.

L'augmentation de la mortalité et de la morbidité cholérique, qui a déjà été signalée à cette même place, persiste toujours. La diminution que le télégraphe mentionnait le 13 juillet était donc passagère, bien que le nombre des cas et des décès fût descendu à 1,197, et 586 au lieu de 1,375 et 649 qu'on avait constaté deux jours auparavant.

Le lendemain, 14 juillet, la statistique officielle enregistrait 672 décès et 1,667 cas. Ces chiffres sont jusqu'à ce jour les plus élevés de l'épidémie actuelle. Sur ce nombre, la province de Valence fournit 299 décès et 649 cas. Le 15, Ségovie a été atteinte; de sorte qu'en dehors de Madrid, où elle est toujours peu intense, et les foyers d'Aranjuez ou des environs, où elle reste grave, l'épidémie a pour principal théâtre les provinces de Murcie, Saragosse, Tolède, Valence, Cuenca, Alicante, Castellon de la Plana et Terragone.

Enfin, d'après la *Gazette officielle de Madrid*, le choléra aurait frappé 28,042 personnes et produit 12,347 décès depuis son début jusqu'au 7 juillet. Dans les campagnes, la mortalité serait de 44 pour 100, et, à Madrid, de 30 pour 100 seulement. — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

Les travaux de la Société de médecine d'Angers pendant le deuxième semestre de l'année 1884.

Pendant ce semestre, il a été beaucoup parlé du choléra; et la Société de médecine d'Angers avait pris l'initiative de constituer une commission chargée d'étudier les nombreuses questions d'hygiène qui se rapportent à la prophylaxie de cette maladie. C'était d'un bon exemple : heureusement que les faits ne réalisèrent pas les appréhensions épidémiques.

Malgré ces préoccupations, les séances ont été occupées par des lectures d'intérêt pratique et clinique. Voici d'abord une note de M. Dezanneau sur la *méthode antiseptique dans la chirurgie oculaire*. Les précautions que ce distingué confrère recommande sont les suivantes : 1° *De la part du chirurgien*, l'emploi de manches humectées préalablement avec la liqueur de Van Swieten ou la solution de biodure de mercure aux deux millièmes, — le lavage préalable des mains avec l'une ou l'autre de ces solutions, l'immersion des instruments dans l'alcool et l'éther, liquides aseptiques qui ont l'avantage de ne pas altérer leur tranchant : 2° *du côté du malade*, il prescrit d'éponger la région oculaire avec une solution de sublimé au millième, et 3° *du côté de l'air ambiant*, de pratiquer le pansement au sublimé complété par celui à l'ouate salicylique. Avec ces sages précautions les insuccès opératoires sont l'exception.

Dans la séance du 5 novembre, M. Vaslin présentait un jeune malade chez lequel il a pratiqué la *désarticulation du genou par le procédé d'amputation femoro-tibiale*. Ce procédé au perfectionnement duquel M. Vaslin s'est attaché peut se résumer en ces termes : « Tailler un grand lambeau antérieur et un petit lambeau postérieur; — désarticuler la « rotule, et réséquer les condyles femoraux jusqu'au niveau du fond de l'échancrure « intercondylienne, — de façon à transformer cette surface anfractueuse en un plan « osseux; — respecter le canal médullaire et par conséquent éviter l'ostéo-myélite. »

Ce procédé a donné un heureux résultat. Le moignon de l'amputé présenté par l'habile chirurgien d'Angers est bien conformé; la grosse tubérosité et la cicatrice postérieure sont à l'abri des chocs et des froissements. Il est vraisemblable qu'à l'âge adulte cet amputé aura un fémur de longueur normale; résultat que ne donnerait pas un autre procédé et qui confirme les déductions de M. Panas dans l'article Genou du *Dictionnaire de Jaccoud*, où il le recommandait.

Une autre opération de désarticulation a donné lieu à une présentation; M. Tesson,

en effet, a lu une observation de *désarticulation de l'épaule ;* celle d'un individu qui eut le bras gauche broyé à trois centimètres au-dessous du col chirurgical et qu'il amputa suivant le procédé en raquette de Larrey. Le pansement antiseptique fut employé par M. Tesson ; on lui doit même, malgré des complications sérieuses qui survinrent, une bonne part du succès.

Ces communications témoignent de l'activité chirurgicale des membres de la Société de médecine d'Angers. Ils ne le cèdent pas à leurs confrères plus spécialement voués à la clinique médicale. De plus, elles montrent le rang honorable que ce corps savant occupe parmi les Sociétés médicales des départements. En terminant, j'émettrai un vœu, partagé par d'autres, je le sais : celui d'une publicité plus fréquente des comptes rendus des séances. Par un premier effort, elle les édite maintenant deux fois chaque année ; que ne les publie-t-elle donc trimestriellement ? — Ch. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Pasteur présente une note de M. Koubassoff, intitulée : *Passage des microbes pathogènes de la mère au fœtus.*

On peut se poser les questions suivantes :

« I. Quelle est l'influence du temps qui s'écoule entre le moment de l'inoculation de la femelle pleine et sa mort sur le passage des microbes charbonneux de la mère au fœtus ? Plus ce temps est long, plus on trouve de microbes dans le fœtus.

« Le 25 du mois de janvier 1885, à quatre heures de l'après-midi, nous avons injecté à une femelle de cobaye pleine 2 divisions d'une culture de *Bacillus anthracis ;* elle mourut dans la nuit du 29 au 30. Nous avons fait l'autopsie à huit heures trente minutes du matin le 30 janvier, et nous avons trouvé deux fœtus de $0^m,10$ de longueur. A l'examen des coupes des organes de ces fœtus, nous avons vu presque autant de microbes que dans les organes de la mère.

« II. Le passage des bacilles de la *vaccine* du charbon *se distingue-t-il* du passage des bacilles de sa *culture virulente* ? Deux expériences nous ont prouvé qu'on constatait toujours dans les organes des fœtus moins de bacilles lorsque la mère a été inoculée avec le virus atténué, bien que dans ce cas il s'écoule un temps plus long entre l'inoculation de la femelle et la mort.

« Le 17 mars, à huit heures du matin, on a injecté à une femelle de cobaye pleine 3 divisions de virus-vaccin encore virulent pour ces animaux. La femelle mourut dans la nuit du 21 mars, c'est-à-dire après plus de trois jours. Nous avons trouvé trois fœtus dont deux étaient presque de $0^m,08$ de longueur et bien développés, et le troisième n'avait que $0^m,05$ et était peu développé ; on pouvait juger qu'il était mort avant la mort de la mère, et dans tous les cas avant l'inoculation de cette dernière. En examinant les organes des deux premiers fœtus, nous avons trouvé une assez grande quantité de bacilles, pour la plupart isolés, mais en plus petite quantité que dans les expériences faites avec la culture virulente du charbon. Quant au troisième fœtus, nous ne pouvons pas assurer y avoir trouvé des bacilles.

« III. *Influence de l'état pathologique des fœtus et du placenta sur le passage des microbes de la mère au fœtus.* — Nous rapprochons de l'expérience précédente une autre que nous avons faite avec le virus atténué. Dans cette expérience (expérience n° 5), la femelle mourut quatre jours après l'inoculation. Nous avons trouvé deux fœtus, dont l'un était déjà un peu macéré et fortement coloré par des hémorrhagies anciennes et récentes dans les membranes, le placenta et dans le point de la matrice correspondant. Dans le premier fœtus, qui avait $0^m,08$ de longueur et était bien développé, nous avons constaté une telle masse de bacilles, que les coupes de ses organes et de son placenta ne se distinguaient guère de celles de la mère ; tandis que nous n'avons pas pu réussir à les constater dans le second fœtus, qui avait à peu près $0^m,04$.

« IV. Quelques expérimentateurs, qui n'ont pas pu constater le passage des bacilles charbonneux de la mère au fœtus, sont portés à expliquer les résultats positifs comme un *effet post mortem*. Mais les circonstances que nous avons remarquées chez des fœtus pathologiques contredisent cette objection, qui est d'ailleurs renversée par les expériences suivantes :

« Le 3 mars, à neuf heures du matin, on a injecté à une lapine pleine 3 divisions d'un vaccin *qui tue les jeunes animaux*. La nuit du 6 mars, la femelle mit bas neuf fœtus, qui n'ont pas même vécu jusqu'au lendemain. L'autopsie, qui a eu lieu le 7 mars au matin nous a montré que deux de ces fœtus n'ont pas même sucé la mère ; les estomacs des sept autres étaient plus ou moins remplis de lait tourné. En examinant les coupes de leurs organes, nous avons trouvé très peu de bâtonnets isolés du vaccin du charbon.

« Le 25 du mois de mars, à quatre heures de l'après-midi, on a injecté à une lapine, qui était devenue pleine entre le 21 et le 27 février, 3 divisions de la même culture, c'est-à-dire du vaccin qui est virulent pour les jeunes animaux. Le 28 mars, au soir, la femelle donna deux fœtus et pendant la nuit encore quatre ; tous furent mis au monde à terme et bien développés. Les premiers moururent le lendemain et les autres la nuit suivante. Dans les coupes de leurs organes on a constaté peu de bâtonnets de vaccin du charbon, qui pour la plupart étaient très changés de forme et de différente grandeur. Dans quelques endroits on trouvait de petits amas de débris parmi lesquels on distinguait encore des bacilles entiers, quelquefois assez longs, et aussi des morceaux rompus.

« Le 4 avril, à onze heures du matin, on a injecté à la lapine de l'expérience précédente, qui était devenue pleine entre le 12 et le 14 mars, 3 divisions de la culture virulente du charbon. Le 12 avril, au soir, la lapine donna dix fœtus, dont seulement sept restèrent, elle mangea les autres elle-même. Dans la durée de trois jours tous les petits moururent. En examinant leurs organes on a trouvé assez de bacilles, pour la plupart placés séparément, et beaucoup d'amas de détritus remplis de bâtonnets, les uns entiers, les autres rompus. Aussi l'on a constaté beaucoup de phagocytes.

« Le 7 avril, à cinq heures du soir, on a injecté à une lapine qui avait été *vaccinée* le 21 février, et était devenue pleine entre le 14 et le 17 mars, 3 divisions de la culture virulente. La nuit du 14 avril, elle donna huit petits, dont cinq moururent dans les deux jours qui suivirent, les autres restèrent vivants. Après avoir examiné les organes des fœtus morts, on a constaté tout ce qu'on a déjà vu dans l'expérience précédente. Il faut remarquer ici que, dans les quatre dernières expériences, on constatait dans les organes des fœtus morts généralement si peu de bacilles qu'involontairement on se demandait pourquoi ils étaient morts. A l'un des petits lapins de l'expérience précédente, qui resta vivant, on a injecté le 2 mai, à dix heures du matin, 2 divisions de vaccine qui étaient encore virulentes pour les cobayes et pour les jeunes lapins. Le 6 mai, au soir, il mourut. L'inoculation subie par la mère ne lui avait pas donné l'immunité pour un virus très virulent.

« Enfin, le 21 mai, nous avons fait encore l'expérience suivante : on a injecté à trois fœtus de cobaye à terme, qu'on a retirés de la matrice, le vaccin du charbon, à deux d'entre eux sous la peau et au troisième dans la cavité du ventre. Ces fœtus sont morts aussitôt après leur extraction. On les a mis pendant vingt-quatre heures à une température de 30° et après on les a laissés à la température ordinaire de la chambre. On fit l'autopsie de l'un d'eux après quinze heures, du deuxième après deux, et du troisième après trois jours. Ni dans le sang du cœur, ni dans les organes on ne trouvait de bacilles ; on les a rencontrés en masses énormes dans les endroits injectés et dans les parties voisines.

« Voici quelques conclusions de notre travail : 1° Les bacilles du charbon passent *toujours* de la mère au fœtus. 2° Plus longue est la durée du temps qui s'écoule entre l'inoculation de la femelle pleine et sa mort, plus sont nombreux les microbes dans les fœtus. 3° Il passe toujours plus de bacilles *virulents* du charbon que de bacilles du virus atténué. 4° L'état pathologique des membranes, du placenta et du fœtus (sa mort aussi) empêche le passage des bacilles de la mère au fœtus. 5° L'inoculation des femelles pleines par un vaccin trop fort cause presque toujours la mort des fœtus. 6° L'inoculation

de la culture virulente à une femelle pleine, qui était déjà vaccinée, tue presque toujours les fœtus ; ceux qui parviennent à survivre meurent après l'inoculation de la culture virulente ; en d'autres termes, les fœtus ne sont pas vaccinés suffisamment par la mère. »

M. Tissandier adresse un certain nombre de photographies exécutées en ballon à des altitudes variant de 600 mètres à 1,100 mètres.

M. Trouvé adresse une description, avec dessins à l'appui, de deux appareils destinés aux armes de guerre pour le tir pendant la nuit : « un guidon électrique monté avec sa pile sur un canon de fusil » et « un projecteur électrique lumineux ».

L'Académie a nommé membre de la section de géographie et navigation M. Grandidier, en remplacement de feu M. Dupuy de Lôme.

FORMULAIRE

Poudre contre le pyrosis. — Peter.

Bicarbonate de soude pulv.....	2 gr. 50 centigr.
Craie lavée et pulv.....	1 gr. —
Extrait de noix vomique.....	0 gr. 10 —

Mêlez et divisez en 10 cachets. — Un cachet 3 fois par jour, aux personnes soumises à la diète lactée, chez lesquelles le lait provoque des aigreurs. — S'il se produit de la diarrhée, on prescrit le sous-nitrate de bismuth, par cachets de 50 centigrammes, associé à un centigramme d'extrait de noix vomique, et à un ou deux centigrammes d'opium brut pulvérisé. — N. G.

COURRIER

Erratum. — Au lieu de *toulousaine*, lire parisienne, à la ligne 46 de la page 86 du numéro 97.

— L'inauguration du monument élevé à la mémoire de Thuillier, membre de la mission d'Égypte en 1883, et mort du choléra à Alexandrie, victime de son dévouement à la science, a eu lieu mercredi 1er juillet 1885, à l'École normale supérieure, en présence du ministre de l'Instruction publique, qui a prononcé, en termes émus, l'éloge du jeune et regretté savant.

Ce monument se compose d'un buste en bronze, œuvre d'Idrac, posé sur une console de marbre portant une inscription. Il est placé sous le péristyle réservé aux élèves de l'École normale.

Concours du Bureau central (*accouchements*). — Questions données. Epreuve orale : Dystocie dans le cas de corps fibreux de l'utérus ; rigidité de l'orifice utérin pendant le travail de l'accouchement ; épreuve de médecine opératoire ; ligature de l'humérale au pli du coude ; désarticulation de l'épaule.

Asile des aliénés de Villejuif. — Par arrêté du ministre de l'intérieur en date du 4 de ce mois M. le docteur Vallon (Charles), ancien interne à l'asile Sainte-Anne, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine, est nommé médecin en chef de la division des hommes à l'Asile des aliénés de Villejuif (Seine) et placé dans la 3e classe du cadre.

VENTE. — Vente après décès de M. Angelot, docteur médecin, Hôtel des ventes, rue Drouot, 9, salle 14, le mardi 21 juillet 1885, à 2 heures, par le ministère de Me Cailleux, commissaire-priseur à Paris, rue Lafayette, 88, consistant en : meubles et *livres de médecine* et *de chirurgie*.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Paul Le Gendre : La maladie de Gilles de la Tourette. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Variétés. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

La maladie de Gilles de la Tourette.

(Affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice, accompagnée d'écholalie et de coprolalie).

Il n'est pas donné à tout le monde d'aller à Corinthe..... et encore moins de tenir une maladie nouvelle sur les fonts baptismaux. Nous ne savons si notre collègue de la Tourette a eu la première de ces bonnes fortunes, il méritait à coup sûr la seconde, par le soin avec lequel il a, grâce à une critique historique exercée et à une étude clinique sagace, dégagé du chaos des chorées une entité morbide distincte et revendiqué pour elle une place à part dans la nosographie.

M. Charcot, meilleur juge que qui que ce soit en pareille matière, a déclaré dans une clinique de cette année que la maladie nerveuse décrite par M. Gilles de la Tourette dans les *Archives de neurologie* a des caractères spéciaux assez tranchés pour qu'il soit légitime d'y attacher le nom de notre ami. On aurait mauvaise grâce à ne pas souscrire à l'avis du maître, quelque opinion qu'on ait d'ailleurs sur les inconvénients qu'il peut y avoir à désigner les maladies par le nom de celui qui les a décrites ou passe pour les avoir décrites le premier, — et nous sommes de ceux qui ont cette opinion.

***

M. Gilles de la Tourette rappelle que Bouteille, écrivant en 1818 un *Traité de la chorée*, appelait « pseudo-chorées ou chorées fausses » différentes affections nerveuses..... qui ne présentent pas les symptômes caractéristiques de la chorée vraie et n'ont de ressemblance avec elle que par des agitations involontaires des différentes parties du corps et par des convulsions grimacières du visage.

Ce groupe des fausses chorées est une sorte de *caput mortuum* dont on a déjà tiré bien des états morbides de nature dissemblable. On y peut rattacher la maladie singulière dont M. Gilles de la Tourette vient de donner la première description.

Les éléments de cette description sont puisés dans neuf observations personnelles ou émanées de l'Ecole de la Salpêtrière ; la première de ces observations, publiée en 1825 par Itard, citée de nouveau par Roth en 1850 et par Sandras en 1851, concerne une malade qui a vécu jusqu'en 1884 ; celle-ci a été vue par M. Charcot, qui en a pu contrôler le diagnostic rétrospectif.

En outre M. de la Tourette démontre que les cas rapportés par Trousseau comme des chorées laryngées ou diaphragmatiques accompagnées de tics, et reproduits par Handfield Jones, ont été mal interprétés. Enfin les descriptions données par M. Beard (de New-York), en 1880, de la *maladie des sauteurs du Maine (jumping)*, — par M. O'Brien en 1883 du *Latah* de Malaisie — et par Hammond, 1884, du *Myriachit* observé par des officiers américains en Sibérie, — concernent évidemment la même maladie, dont les caractères principaux sont une incoordination motrice spéciale et une im-

pulsion à imiter d'abord la parole et le geste (écholalie), puis à proférer involontairement des exclamations obscènes (coprolalie : κοπρος, ordure).

***

La maladie dont il s'agit débute généralement à un âge peu avancé, de 4 à 16 ans ; elle frappe les deux sexes, mais beaucoup plus souvent les hommes.

Si les émotions morales vives, la peur surtout, ont été souvent invoquées comme causes occasionnelles, la cause véritable et déterminante est celle de toutes les maladies nerveuses, l'hérédité, — sinon l'hérédité de la maladie même, du moins celle d'une tare du système nerveux.

Cette affection a été vue dans toutes les classes de la société et sous toutes les latitudes.

Le mode de début est généralement toujours le même. Une *incoordination motrice spéciale* est remarquée, chez l'enfant, à l'école ou dans sa famille ; elle consiste en des crises de secousses musculaires qui agitent l'un des membres supérieurs, puis l'autre et la face. Un des bras est secoué de mouvements convulsifs ; les doigts s'allongent et se fléchissent alternativement, les épaules se soulèvent. Les yeux clignent incessamment ; l'une ou l'autre des commissures buccales est violemment attirée en haut et en dehors ; les masséters, en se contractant, produisent le grincement des dents ; la langue est projetée au dehors, puis rentre dans la bouche, mais quelquefois pas assez vite pour échapper à la morsure. La tête se fléchit alternativement en avant, en arrière ou latéralement.

L'incoordination apparaît ensuite aux membres inférieurs, et comme, au lieu d'être limitées à des groupes musculaires isolés, les contractions affectent l'ensemble des muscles de l'un ou l'autre membre, souvent des deux à la fois, on voit le malade frapper du pied, s'accroupir et se relever, le plus souvent même exécuter un saut sur place ou en avant (*jumpers*, sauteurs, Beard). Dans beaucoup de cas, ces divers mouvements s'exécutent simultanément et se réunissent « pour former un complexus spécial, quoique assez varié, la prédominance des contractions dans un groupe musculaire donnant à la physionomie de chaque malade un caractère objectif tout particulier ».

Le caractère constant des grimaces et des contorsions de tous les malades est leur *soudaineté* et leur *rapidité*. Tout à coup, alors que rien dans l'habitus du malade ne faisait soupçonner quelque chose de particulier, les mouvements spasmodiques s'effectuent une ou plusieurs fois de suite, puis tout rentre dans l'ordre. Les contractions limitées à la face et aux membres supérieurs se produisent très fréquemment, à des intervalles de quelques minutes seulement ; les grands mouvements, comme le saut, n'existent parfois que tous les quarts d'heure par séries, toutes les heures ou même moins, suivant les cas.

Les crises d'incoordination motrice peuvent être provoquées ou aggravées en fréquence et en intensité par les émotions morales ou physiques, les actes des personnes voisines ou les bruits inattendus. Elles sont supprimées complètement par le sommeil, qui est d'autant plus profond que la fatigue causée par les gesticulations de la journée a été plus grande. Elles diminuent de fréquence et d'intensité au cours des maladies fébriles intercurrentes. Cette incoordination motrice est soumise à des exacerbations et à des rémissions plus ou moins complètes ; peut-être peut-elle,

dans certains cas, constituer à elle seule toute la maladie; elle en est toujours la première phase, qui peut durer pendant seize années.

Pendant ce temps, l'*état physique* du sujet est aussi satisfaisant que possible. Les fonctions de nutrition continuent à bien s'exécuter; car un sommeil réparateur compense toujours la dépense musculaire exagérée de la journée, l'invasion graduelle des accidents spasmodiques établit une sorte de tolérance, et, comme les contorsions sont toujours aussi passagères que brusques, l'alimentation et la marche ne sont jamais entravées sérieusement. Les sensibilités générale et spéciales demeurent normales.

L'*état mental* reste parfait; les malades sont souvent très intelligents ont parfaitement conscience de leur état et font de grands efforts pour s'en rendre maîtres.

L'*état moral* ne subit aucune influence fâcheuse, hormis peut-être quelques habitudes de paresse que fait prendre aux enfants l'entrave apportée à leurs études.

*
* *

Le deuxième stade de la maladie, qui peut être quelquefois indéfiniment différé, voit apparaître, après un temps excessivement variable, le curieux phénomène de l'*écholalie*, qui suit une gradation constante et toute spéciale.

Le plus souvent, c'est à l'occasion d'une crise de mouvements désordonnés, au moment où l'incoordination est à son summum, à l'acmé de la convulsion, que le malade pousse avec force un *cri inarticulé* (hem, ouh, ouah, ah) est répété plusieurs fois de suite et à intervalles variables. Puis, l'émission du son restant toujours brusque et en coïncidence parfaite avec le summum de la convulsion, le cri devient *articulé*, et le mot prononcé prend, dans certains cas, le caractère de l'*écho*. Si le malade s'entend appeler à haute voix, il répète avec force et rapidité son propre nom, en l'accompagnant d'une de ses gesticulations; ou bien il répète les derniers mots d'une phrase quelconque prononcée près de lui, en faisant son geste convulsif ordinaire.

Il n'est pas nécessaire, pour que l'écholalie se produise, qu'un son extérieur frappe l'oreille du malade; la vue seule d'un mot qu'il lit peut le déterminer à répéter ce mot à haute voix, la seule pensée même de ce mot ou mieux de la chose qu'il représente peut produire le même effet.

Le malade peut répéter parfaitement des mots prononcés dans une langue inconnue.

Outre l'écholalie, il existe, chez certains malades, une *impulsion à imiter les gestes et les actes*. Il y a des observations bien curieuses à ce point de vue. Une femme malaise, âgée et très respectable, au milieu d'une conversation avec O'Brien, voit un assistant ôter son habit; aussitôt elle commence à se déshabiller, et se fût mise à nu si on l'avait laissée faire. — Un pilote, dont Hammond raconte l'histoire, semblait forcé contre sa volonté d'imiter à l'instant les bruits et les actes des passagers. « Ceux-ci, par malice, se mirent à contrefaire 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. »

Cette irrésistible tendance à l'imitation (écholalie du geste ou de l'acte,

comme dit M. Gilles de la Tourette) peut faire commettre aux malades des actes nuisibles.

« Le cook d'un steamer, dit O'Brien, était un *latah* des plus corsés (nous avons vu que le mot de latah désigne, en malais, les gens atteints de cette singulière névrose). Il berçait un jour, sur le pont du navire, son enfant dans ses bras, lorsque survint un matelot qui se mit, à l'instar du cook, à bercer dans ses bras un billot de bois. Puis ce matelot jeta son billot sur un tendelet et s'amusa à le faire rouler sur la toile, ce que fit immédiatement le cook avec son enfant. Le matelot, lâchant alors la toile, laissa retomber son billot sur le pont; le cook en fit de même pour son petit garçon, qui se tua sur le coup. »

*
* *

Le troisième symptôme caractéristique de la maladie de Gilles de la Tourette est si fréquent et si persistant qu'il le considère comme pathognomonique.

C'est la *coprolalie*.

« Très souvent, outre les cris inarticulés que poussent les malades, outre l'écholalie à laquelle ils sont sujets, peut survenir l'émission à haute voix d'un mot ordurier, d'une *expression obscène*, toujours à l'occasion d'une convulsion, et chez des personnes que leur éducation et leur état mental sembleraient devoir mettre à l'abri de pareilles inconvenances. » — La marquise de D..., sujet de la première observation connue, interrompait brusquement la conversation par des exclamations, telles que *Foutu cochon*, ou « par l'expression toute crue d'un jugement ou d'une opinion peu favorable à quelques-unes des personnes présentes de la société. » (Itard.)

Trousseau avait déjà noté que le malade fait en vain tous ses efforts pour retenir l'obscénité qu'il a toujours au bord des lèvres. Ni la qualité des personnes présentes, ni la gravité de la circonstance n'y peuvent rien (un jeune homme en présence d'une mère respectée, un officier de marine dans une réception officielle). Il réussit quelquefois à retenir un instant les mots orduriers prêts à s'échapper, mais cette contention est le plus souvent suivie d'une explosion redoublée de mots grossiers.

Chez certains malades peut exister une combinaison de l'écholalie et de la coprolalie. Témoin ce fait de Gilles de la Tourette : « Un jour, S... entendit le directeur de l'hospice de la Salpêtrière dire à une concierge qu'elle ne veillait pas suffisamment à son service; aussitôt, et tout en exécutant des contorsions, S... se mit à crier : « Ah! la vache ne fait pas son service, son service, son service »; le tout d'une façon très brève. »

Ce symptôme, qui paraît exister dans la majorité des cas (8 fois sur 12 dans les observations de Gilles de la Tourette, chez tous les malades d'O'Brien), fait son apparition à une époque assez éloignée du début de l'affection, et après les deux autres.

Un caractère du symptôme qui nous occupe ne doit pas être perdu de vue, « c'est que le mot ordurier ou obscène est toujours émis au moment de l'acmé d'une secousse musculaire et que *jamais le geste ne souligne la signification du mot.* »

*
* *

La *marche* de cette affection est lente et insidieuse : début obscur, apparition successive des divers symptômes à des intervalles variables; puis,

la maladie une fois constituée, *périodes d'exacerbation* séparées par des *périodes de rémission* quelquefois si marquée et si prolongée qu'on est tenté de croire à la guérison.

Pourtant le *pronostic* semble comporter l'incurabilité. La vie n'est d'ailleurs pas abrégée du fait de la maladie même qui, dans l'observation de la marquise de D..., a duré soixante-dix-huit ans, jusqu'à la mort. Beard disait, à propos de ses *jumpers* : « Un fois sauteur, on est toujours sauteur. »

M. Gilles de la Tourette termine son mémoire par les règles du *diagnostic* différentiel. Trois cas doivent être envisagés.

1° L'individu n'est affecté que d'incoordination motrice, de secousses musculaires. — Il faut songer à la *chorée*, surtout si le sujet est jeune; mais, dans celle-ci, l'incoordination motrice est constante, et les secousses musculaires, qui n'ont pas la brusquerie de celles que nous avons décrites, ne sont pas séparées comme elles par des intervalles de calme parfait. Une grande contention d'esprit peut à la rigueur, et pendant un instant, suspendre les convulsions du sauteur; elle exagère, au contraire, les gesticulations des choréiques. Jamais, dans la maladie qui nous occupe, d'épiphénomènes aigus, ni de paralysies comme dans la chorée; jamais une agitation assez violente pour confiner le malade au lit.

Le *tic non douloureux de la face* peut être pris en considération quand les malades n'ont encore que des secousses musculaires limitées à cette région ou n'ont plus qu'elles dans une période d'accalmie. Mais l'évolution ou les commémoratifs mettront en lumière, s'il s'agit du jumping, l'extension des convulsions à d'autres groupes musculaires.

M. Gilles de la Tourette ne répugne d'ailleurs pas à admettre que le tic non douloureux de la face peut être, dans l'évolution du jumping, une première étape, non dépassée; car il a vu une jeune fille dont le père avait un tic non douloureux de la face et qui, elle, présenta le syndrome complet de la maladie.

2° Lorsqu'à l'incoordination motrice viennent se joindre des cris inarticulés, on écartera facilement le *cri initial* de l'attaque *épileptique* ou *hystérique*, l'*aboiement épidémique* qui ne s'est guère vu depuis le moyen âge, et qui s'accompagnerait d'un cortège de troubles mentaux et d'actes insolites. Dans la *chorée* dite *laryngée* ou *diaphragmatique* les contractions subites des muscles phonateurs ou respirateurs produisent des sons glottiques particuliers, mais qui ne coïncident pas avec l'acmé d'une convulsion musculaire.

3° Lorsque enfin à l'incoordination motrice, aux cris inarticulés, se joint l'émission de mots articulés avec écholalie et coprolalie, le diagnostic s'impose. Certains *aphasiques* prononcent bien, tout en accomplissant des actes sensés, quelques expressions obscènes ou grossières; mais ce sont les seuls mots qui aient survécu au naufrage de tout leur vocabulaire, et aucune confusion n'en peut résulter au point de vue qui nous occupe, ces aphasiques fussent-ils même affectés d'hémichorée ou d'athétose.

Le traitement qui a paru, non pas guérir, mais amender le plus les symptômes et favoriser l'établissement des périodes de rémission, sont l'isolement, combiné aux reconstituants, à l'hydrothérapie et à l'électricité statique.

Tel est à peu près le tableau de la maladie de Gilles de la Tourette. On ne saurait nier le grand intérêt qu'offre la connaissance détaillée d'une si sin-

©BIU Santé

gulière affection, malgré sa rareté. Nous sommes donc heureux de féliciter notre laborieux collègue du mémoire qu'il lui a consacré et qui ne fait pas moins d'honneur à sa plume que la biographie si remarquée de Théophraste Renaudot.

Paul LE GENDRE.

BIBLIOTHÈQUE

DU THYM, SES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES, par M. le docteur CAMPARDON. Paris, 1885. — O. Doin.

Petite monographie d'une modeste plante que son humilité avait trop longtemps fait méconnaître des thérapeutes, le mémoire très intéressant de M. Campardon aura pour conséquence de lui acquérir dans la science le renom qu'elle ne possédait jusqu'à présent que dans la médecine populaire. A cet effet, il a expérimenté et administré l'essence de thym en pilules, forme sous laquelle on pouvait masquer son goût désagréable.

Les propriétés physiologiques consistent dans une augmentation de l'activité circulatoire et des activités nerveuses, dans la diminution des flux habituels, catarrhaux ou sanguins, dans l'odeur des urines, de la sueur et de la respiration, et dans l'apparition sur la peau d'exanthèmes légers. Chez les animaux, quand on en exagère la dose, on constate de la diarrhée, des vomissements, de l'abattement, du refroidissement et tous les signes provoqués par l'ingestion d'un poison contro-stimulant. M. Campardon attribue ces effets au camphre du thym qu'il compare au camphre du *Laurus camphora*.

Parmi les applications thérapeutiques de l'essence de thym, l'auteur signale son utilité à la dose de 20 et de 40 centigrammes par jour, chez les chlorotiques, comme adjuvant du fer, pour combattre les accidents nerveux; chez les rhumatisants, contre les douleurs erratiques et les névralgies; enfin, dans les cas de catarrhe des bronches ou de l'urèthre en diminuant les sécrétions.

L'essence de thym est donc un excitant diffusible, à la fois diaphorétique et diurétique, et même un hémostatique. On comprend, après cela, que M. Campardon lui attribue des vertus thérapeutiques précieuses. De plus, comme ce médicament n'est pas rare les expériences cliniques de contrôle seront aisées et d'autant plus faciles que ses propriétés toxiques paraissent être peu redoutables à doses physiologiques. Reste à poursuivre des essais de laboratoire et peut-être aussi à réviser chimiquement les travaux auxquels il a donné lieu. En tout cas, le mémoire de M. Campardon contribuera à le mettre en honneur et témoigne de l'activité laborieuse de ce très distingué confrère.

C. ÉLOY.

UNE ÉPIDÉMIE DE DIPHTHÉRIE dans la commune de Saint-Julien de Concelles pendant les années 1883 et 1884, par le docteur LECERF. — Nantes, 1885.

Dans une commune où, en dix-huit ans, il n'avait noté que cinq cas d'angine couenneuse ou de croup, notre confrère a eu à soigner en moins de deux années plus de 154 cas de diphthérie, sur lesquels il n'eut à déplorer que 18 morts. Si l'épidémie a été des plus importantes par le nombre des personnes atteintes, elle s'est donc montrée d'une bénignité excessive. M. le docteur Lecerf pense que cet heureux résultat doit être attribué au traitement, traitement qui, il s'empresse de le reconnaître, « n'a rien par lui-même de bien extraordinaire et de bien nouveau », mais dont la grande efficacité a tenu surtout à la façon et à l'époque à laquelle il a toujours été appliqué. M. Lecerf se déclare donc convaincu que toute angine couenneuse peut presque toujours être arrêtée sur place lorsqu'on agit vigoureusement et à temps.

Le traitement que prescrit M. Lecerf comprend d'abord *l'écouvillonnage* avec une éponge imbibée *pleinement* de jus de citron pur; cette éponge, montée sur une branche d'osier flexible et résistante, doit être d'une grosseur suffisante pour entrer à *frottement* dans le fond de la gorge et retirée *lentement* par un mouvement de spire. La manœuvre doit

être répétée toutes les deux ou trois heures. — Toutes les demi-heures, se gargariser avec une solution de *chlorate de potasse* (10 grammes pour 250 d'eau) et avaler. — Pour les tout petits enfants, on additionne d'un peu de sirop de tolu et on leur fait avaler très lentement et coup sur coup deux à trois petites cuillerées à café du mélange. — Quand on a lieu de craindre que le larynx ne soit envahi, un centigramme de *sulfure de calcium* toutes les heures. *Ipéca* dans quelques circonstances rares. *Perchlorure de fer* comme reconstituant après des épistaxis répétées. — Contre les manifestations cutanées de la diphthérie, lavages au jus de citron suivis de pansement avec le coaltar saponiné.

REVUE DES JOURNAUX

Sur quelques médicaments nouveaux, par Archibald Atkinson. — Au Congrès tenu en avril dernier à Baltimore par la Faculté de médecine et de chirurgie de l'Etat de Maryland, le docteur Archibald Atkinson a lu dans la section de matière médicale un travail dont nous extrayons ce qui suit : En appelant l'attention de la Faculté de l'Etat de Maryland sur les agents thérapeutiques suivants, nous ne prétendons point revoir et étudier les innombrables remèdes qui ont surgi dans le courant de l'année qui vient de s'écouler, mais nous voulons seulement choisir dans le nombre ceux qui ont fait preuve d'une efficacité spéciale et semblent dignes de provoquer des recherches et d'être recommandés.

Le *salicylate de fer*, sel pourpre dont on détermine la formation dans l'urine de gens qui ont pris de l'acide salicylique par l'addition de perchlorure de fer, semble avoir rendu quelques services dans le rhumatisme, lorsque la fièvre et la douleur ont cédé à l'emploi en quantité nécessaire du salicylate de soude et du vin de colchique.

Le choix de ce sel de fer dans la maladie en question semble légitimé par son action thérapeutique et par l'espoir de s'assurer des effets toniques du fer dans le traitement de l'anémie rhumatismale consécutive, tout en continuant l'action de l'acide salicylique.

Malheureusement ce sel est insoluble, il faut le donner en capsules. Il présenterait sur l'acide salicylique l'avantage de ne produire ni sécheresse de la gorge ni nausées, et comme préparation chalybée il paraît valoir le fer réduit et ne donnerait pas lieu à l'excitation vasculaire à laquelle exposent la plupart des préparations ferrugineuses lorsqu'on les continue pendant quelque temps. Le salicylate de fer a pu être administré pendant plusieurs jours de suite à la dose de 50 centigrammes, trois fois par jour, sans produire les bourdonnements si caractéristiques de l'usage du salicylate de soude ou de la quinine.

L'*acide iodhydrique*, sous la forme stable de *sirop iodhydrique*, est en faveur croissante dans le traitement de l'asthme spasmodique. Il a été proposé par le docteur Buchanam (de Glasgow), qui pensa pouvoir obtenir les effets de l'iode plus rapidement sous cette forme, tout en évitant l'irritation de l'estomac et le goût déplaisant de la solution iodurée pure en même temps que la menace permanente des catarrhes nasal, frontal et oculaire, auxquels certains individus sont exposés aussitôt qu'ils viennent à prendre l'iode sous quelque forme que ce soit. Le sirop d'acide iodhydrique est certainement efficace dans quelques cas d'asthme où d'autres traitements ont échoué, et, quoi qu'il en puisse être au point de vue des catarrhes ci-dessus désigné, sous le rapport de la rapidité d'action et du soulagement immédiat qu'il procure, le sirop d'acide iodhydrique prend place à côté de l'injection morphinée qui, à la dose d'un quart de grain (0 gr., 015), soulage presque toujours rapidement la dyspnée paroxystique, mais expose, par suite de son efficacité même, à l'abus et à la morphiomanie. Au contraire, le sirop est comparativement sans danger et peut être utilisé à des doses variant de 30 gouttes à une drachme (3 gr. 90). Un bon plan de traitement consiste à diminuer la violence des attaques par l'emploi extemporané du sulfate de morphine, tout en donnant concurremment, et sans attendre, le traitement par le sirop iodhydrique à la dose de 30 gouttes.

Le sirop d'acide iodhydrique doit se montrer stable, être moins rapidement altérable

©BIU Santé

que le sirop de fer iodé ou ioduré, contenir 1 p. 100 d'acide iodhydrique absolument pur et présenter une densité de 10,30. On le prescrit dans tous les cas où on désire obtenir les effets de l'iode.

Il est spécialement recommandé dans le traitement de l'asthme. Il paraît agir de la même façon que les fortes doses d'iodure de potassium que l'on prescrivait il y a quelque vingt ans, en vue d'obtenir à leur maximum de puissance les bénéfices de ce précieux médicament.

Bon nombre de malades annoncent qu'ils ont retiré de doses de 20 grains (1,20) de ce sirop iodhydrique plus de bénéfice que de n'importe quel autre des traitements si vantés de l'asthme.

Cette préparation donne beaucoup plus de meilleurs résultats que la grindelia, et même que le mélange par parties égales d'extrait fluide de grindelia robusta et de sirop d'ail, mixture cependant connue pour déterminer dans beaucoup de cas un soulagement très marqué et très prompt.

L'huile saccharifiée ou la saw-palmetto serait, dit-on, utile dans les indigestions et dans les vomissements, et agirait comme l'ingluvine et la pepsine en calmant l'irritabilité de l'estomac. Elle paraîtrait agir, en outre, sur le tégument muqueux à la maniere du pinus canadensis, et pourrait, en inhalations et en pulvérisations à la dose de 15 grammes pour un litre d'eau, diminuer l'intensité des décharges muco-purulentes des cavités nasale et pharyngée et l'expectoration excessive des phthisiques.

L'*acide citrique* à la dose de 4 grammes, sous forme de limonade, a donné des résultats merveilleux dans la métrorrhagie. L'emploi de ce moyen a été suggéré pour la première fois à un membre de ce comité par le bénéfice apparent qu'une malade atteinte de dilacération du col avec métrorrhagie avait retiré de l'usage de fortes limonades citriques.

La *coumarine*, principe actif, pense-t-on, de la fève du Tonkin, est depuis quelque temps employée pour déodoriser l'iodoforme. Elle ne vaut ni plus ni moins sous ce rapport que les divers agents proposés à cet effet, tels que le baume du Pérou, le café rôti, la menthe, etc. De fait, quelques fèves du Tonkin placées dans un bocal d'iodoforme diminueront certainement, et d'une façon très sensible, l'odeur désagréable de l'iodoforme qu'il contient.

Chez les animaux, la coumarine paraît exercer une action paralysante sur le cœur. La vanilline tirée de la fève du vanille agit dans le même sens. La fève du Tonkin entre dans la composition de la spécialité pharmaceutique dite la tongaline, qui, dans certain cas, peut se montrer utile contre les douleurs excruciantes de la névralgie frontale ou faciale; mais cette efficacité est probablement attribuable à la présence du salicylate de sodium et de la colchicine dans la composition de la tongaline.

L'*hydrate de chloral* détermine chez certains malades un état de parésie cardiaque et d'affaiblissement général tel qu'il est bon d'attirer l'attention des praticiens sur l'utilité d'associer la digitale au chloral dans une teinture tonique, telle que la teinture de quinquina ou de gentiane. On peut, sans crainte, donner autant de gouttes de digitale que de grains de chloral (le grain de 6 centig.). Les toniques et la digitale, dans cette association pharmaceutique, soutiennent l'action du cœur sans diminuer les effets hypnotiques du chloral..,

L'auteur parle ensuite de la pelletiérine, l'alcaloïde de l'écorce de grenadier d'Espagne. Ce tænicide doit être donné lorsque le malade constate dans ses selles la présence de cucurbitins, ce qui arrive pour la plupart des sujets au moins une fois en trois mois. On ordonne d'abord un lavement pour vider l'intestin, et le malade est mis pour un jour à la diète; le lendemain, la dose de tannate de pelletiérine (10 grammes pour un adulte) est prise dans un peu d'eau sucrée, et un quart d'heure après l'ingestion du tannate de pelletiérine, on purge avec 30 grammes de teinture de jalap composée. Nysten appelle le grenadier d'Espagne le spécifique du tænia. M. Bourdier a obtenu de bons résultats de l'administration de 4 grammes d'éther dans une tasse d'infusion de racine de fougère mâle. Au bout d'une heure, purgation avec 60 grammes d'huile de ricin. A répéter tous les trois jours si le parasite n'a pas été rendu dès la première tentative.

Le tannate de pelletiérine peut provoquer les mêmes étourdissements que des doses fortes de décoction de racine de grenadier d'Espagne.

Des lotions d'*acide borique* dans l'érysipèle ont donné quelques bons résultats. L'acide borique n'est pas un irritant pour la peau, il calme les démangeaisons et peut être sans danger injecté dans les cavités et les fistules.

Le phosphate de codéine, lorsqu'on veut injecter hypodermiquement cet alcaloïde de la morphine, est la forme à laquelle on s'adressera de préférence, à cause de la grande solubilité du phosphate de codéine. Quatre parties d'eau peuvent dissoudre une partie de sel et cent parties de phosphate représentent soixante-dix parties de codéine.

La *phéno-résorcine* se prépare en mélangeant la résorcine à l'acide phénique dans une quantité donnée. La résorcine serait moins toxique que l'acide phénique.

La *paraldéhyde* serait antagoniste de la strychnine, de là son emploi comme antidote dans les empoisonnements par le puissant alcaloïde. Le docteur Claiborne, de Saint-Pétersbourg, a trouvé que de fortes doses de camphre pouvaient combattre les effets toxiques de la strychnine. Il conclut que 15 grains de camphre peuvent annuler l'effet d'un grain de strychnine.

L'*acide lactique*, donné à des doses assez élevées pour voir apparaître de légères douleurs musculaires et articulaires, a procuré des bénéfices réels dans le traitement du diabète sucré par la diminution très marquée de la proportion de sucre qui l'a déterminée dans les urines. De 75 à 150 grains de cet acide par vingt-quatre heures, tel est le traitement préconisé par Cantani. On a aussi proposé dans le même but l'emploi de la glycérine ; Senator a préconisé les acides gras sous la forme de pilules de savon de 15 centigrammes, à prendre 12 de ces pilules en vingt-quatre heures par 4 à la fois ; ce traitement, bien que continué pendant plusieurs semaines de suite, n'amena pas de tronbles digestifs; dans un cas, Senator ajouta à son traitement par le savon l'huile de foie de morue, et, tandis que le malade augmentait de 330 grammes en quatorze jours, il n'y eut peu ou pas de diminution dans la proportion du sucre excrété. Mais, en revanche, l'acide phosphorique dilué a donné d'excellents résultats dans le traitement du diabète sucré.

Cette année a encore vu le dédoublement de l'huile de *croton tiglium* en un composant puissamment purgatif, mais sans aucun pouvoir vésicant, et en un composant fortement vésicant, mais nullement purgatif. Cette découverte récente est due aux recherches de Harold Seiner en Angleterre.

Citons encore la *kairine* du professeur Fisher, de Munich, et l'*ichthiol* qui est tiré d'un minéral bitumineux de provenance suisse, et que le docteur Ulna, de Hombourg, recommande comme un prompt remède dans certaines affections cutanées. (*Remedies and their present use. Report of section of Materia medica. Transactions of the medical and surgical Faculty of the state Maryland*, 1884.) — L. Dn.

VARIÉTÉS

QUELQUES MOTS SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE ET SUR L'ORGANISATION DES SERVICES HOSPITALIERS A VIENNE (AUTRICHE)

Par le docteur Z. L. S.

Deux mois de séjour à Vienne suffisent largement pour comprendre l'esprit et la méthode de l'enseignement médical qu'on y reçoit. Dès les premiers jours, le médecin français est frappé par l'importance considérable de l'instruction donnée à l'hôpital, par l'excellente organisation des démonstrations pratiques dans les diverses cliniques, par le nombre et le perfectionnement des instruments servant aux examens et aux manipulations.

L'esprit de l'enseignement est essentiellemeut pratique. Presque toujours des leçons de faits. Si la nature du sujet traité ne comporte pas l'examen immédiat soit du patient, soit d'un de ses organes, de nombreuses figures au tableau noir en facilitent singuliè-

©BIU Santé

rement l'intelligence. Le plus souvent la leçon théorique est suivie des exercices pratiques.

L'enseignement de l'anatomie, de la physiologie, de l'histologie, sans être négligé, paraît occuper une place restreinte. Sans doute, les examens probatoires sur ces matières sont obligatoires, mais on ne voit pas dans les amphithéâtres d'anatomie cette large installation, cette propreté excessive, et d'autre part cette surveillance permanente qu'admire tant l'étranger dans les services hospitaliers. L'anatomie est professée et étudiée sur le cadavre dans l'*Institut d'anatomie de l'Université, Wæhringerstrasse*, n° 11, presque en face de la *Polyclinique*. La disposition des tables d'amphithéâtre, distribuées dans de petites pièces, du tuyau d'écoulement des humeurs diverses et des désinfectants aboutissant au centre de la table, des planches avec figures schématiques suspendues au mur ne présente rien de particulier.

Les laboratoires d'histologie et de physiologie sont largement éclairés et pourvus de tous les instruments et de tous les moyens d'analyse désirables, aussi bien pour les recherches originales que pour la vulgarisation de l'enseignement élémentaire. L'enseignement théorique de ces sciences fondamentales et adjuvantes de la médecine passe presque inaperçu à côté des exercices pratiques si variés et si fréquents. Signalons toutefois le cours de *Physiologie und hœhere Anatomie*, par le Conseiller de cour, le professeur Brücke, dans la salle des cours de physiologie.

Il complète en quelque sorte le *Cours d'anatomie*. Enseignement de l'ostéologie, de la myologie, de la splanchnologie, y compris l'anatomie des régions. Enfin dans une troisième enceinte, voisine des deux autres, dans l'*Institut d'histologie*, le professeur Charles Wedl enseigne cette science.

L'anatomie pathologique est l'objet de plusieurs séries de démonstrations théoriques et pratiques.

Les leçons précédentes ont lieu pendant le semestre d'hiver 1884-1885, du 1er octobre au 1er avril, soit le matin, soit le soir, au moins trois fois par semaine, souvent tous les jours de la semaine, sauf le samedi.

Enseignement clinique. — L'enseignement clinique est donné à l'hôpital général K. K. (*allgemeine Krankenhaus*), à la polyclinique et dans quelques Instituts particuliers : établissement pour les enfants, etc.

Pour bien comprendre le mode d'enseignement, il est indispensable de connaître l'organisation des services hospitaliers et les installations accessoires de ces diverses institutions.

Hôpital général. — L'Hôpital général est un immense établissement, situé vers le centre de la ville, de construction ancienne, un peu lourde et massive, formée de la collection de bâtiments circonscrivant chacun une des cours rectangulaires reliées les unes aux autres soit par une simple porte, soit par un long passage, dont l'ensemble occupe une vaste surface polygonale limitée au sud par l'Alser-Strasse, à l'est par le Spital-Gasse, à l'ouest par la Garnisons-Gasse. Presque partout un seul étage, quelquefois pourtant un second, plus fréquemment un entre-sol ou mezzanin. Toutes ces pièces communiquent entre elles de telle façon qu'on peut visiter l'hôpital tout entier, les nouveaux comme les anciens bâtiments, sans recourir ni à un passage ni à un escalier extérieur.

Un tel type d'hôpital s'éloigne beaucoup du système qui paraît jouir de la plus grande faveur à l'heure actuelle, parce qu'il s'appuie sur les données les plus élémentaires de l'hygiène : de petits pavillons, complétement isolés les uns des autres par de grands jardins. Rien de semblable dans l'Allgemeine Krankenhaus : les salles paraissent recevoir autant d'air, les unes des autres que de l'extérieur ; heureusement que les cours ou jardins sont plantés d'arbres et semés de verdure pendant la belle saison.

Une étude, même succincte de l'Hôpital général, nous entraînerait très loin, si nous voulions étudier chacune des questions d'hygiène et de thérapeutique nosocomiale qu'elle implique. Nous nous contenterons d'esquisser à grands traits quelques particularités intéressantes de l'organisation du personnel hospitalier.

C'est à la fois le plus grand hôpital de Vienne, et sinon officiellement, du moins de fait, la Faculté de médecine de cette ville. Sauf les cours d'anatomie, d'histologie et de

physiologie dont nous avons parlé plus haut, l'enseignement médical est entièrement reçu à la Polyclinique où n'ont lieu que des consultations et surtout à l'Allgemeine Krankenhaus. Là sont les malades, des musées dans la plupart des services, les instruments pour l'examen clinique et les opérations, les amphithéâtres et les laboratoires, une bibliothèque médicale, enfin la majeure partie du personnel enseignant qui habite à l'hôpital même.

Les malades ont une physionomie qu'on n'oublie pas. Vêtus pendant la saison la plus rigoureuse de très minces habits blancs ou bleus, ouverts à tous les vents, sous lesquels du reste ils ne grelottent pas visiblement, ils se prêtent volontiers à toute espèce d'examen clinique. Au nombre de deux mille, ils sont distribués dans une centaine de salles. Celles-ci sont très propres, les murs en sont très fréquemment blanchis à l'eau de chaux. Partout des infirmières laïques, même dans le service des hommes; elles accompagnent le médecin traitant auprès de chaque lit et prêtent leur concours pour les pansements et distribuent les médicaments prescrits à la visite. Elles ne sont pas, en général, de première jeunesse et n'ont guère de séduisant que les dimensions de leur taille et de leur corps se rapprochant quelquefois des formes athlétiques. Elles paraissent s'acquitter assez bien de leur besogne, mais sont privées de la Faculté de faire des élèves. Plusieurs essais d'une école d'infirmières Praktikantinnen ont été faits à diverses époques, mais sans donner jusqu'à présent de très bons résultats. Les infirmières ne pénètrent pas dans les amphithéâtres de clinique où ont lieu les leçons et les opérations; il n'y a là que des infirmiers qui s'acquittent très bien de leurs fonctions.

Quant au personnel médical, il se compose de trois catégories :

1° Les *premiers médecins* ou chefs de service sont nommés par le ministère de l'intérieur sur la proposition de la direction de l'hôpital occupée par un docteur en médecine : ils dépendent directement de celle-ci et forment le personnel médical propre de l'hôpital, sans rapport avec la Faculté.

2° Les *seconds médecins* sont nommés de la même façon, mais on tient compte des présentations faites par les premiers médecins; ce sont nos Internes.

3° Enfin, dans une troisième catégorie, se trouvent les professeurs *présidents* des cliniques de l'Université, un *répétiteur privé* (privat-docent) et seize *assistants*. Tous sont nommés par la Faculté de médecine et le ministère de l'instruction publique qui les paie exclusivement. Ils ne font pas partie du personnel médical propre de l'hôpital.

Les *assistants* sont nos chefs de clinique. Un service de garde est établi entre les assistants et les internes.

La visite au lit du malade est faite le matin par le professeur, le soir à quatre heures par le chef de clinique ou par le second médecin.

Il nous est impossible de décrire l'organisation des cuisines, des bains, de la buanderie, la désinfection des linges et objets de pansement, les latrines, autant de sujets qui prêtent pourtant à des considérations intéressantes. Nous dirons seulement que les divers services relatifs à la nourriture des malades et à la propreté sont l'objet, en outre de la haute surveillance du directeur de l'établissement, d'une inspection incessante de la part de directeurs particuliers. Il y a un professeur chargé spécialement de l'inspection des bains, le chef de service des maladies de peau. Il y a un fonctionnaire attaché à l'hôpital qui déguste les aliments et les denrées : magistratische Marktcommissäre.

Enfin, la morgue, l'institut d'anatomie pathologique et l'institut de chimie pathologique se trouvent à l'Hôpital général.

D'autres hôpitaux possédant aussi de très beaux services se trouvent également à Vienne, mais ils ne concourent que dans une faible mesure à la distribution de l'enseignement médical.

Quant à la Polyclinique, nous avons déjà dit qu'elle ne servait qu'aux consultations. Représentez-vous un vaste bâtiment, à quelques minutes de l'Hôpital général, possédant plusieurs étages, très proprement tenu, avec un escalier conduisant au-dessus et au-dessous du rez-de-chaussée, à des paliers à droite et à gauche desquels se trouvent une série de salles pour l'examen quotidien et à toutes les heures de la matinée, des malades subdivisés en une infinité de groupes, suivant la région atteinte. Pendant toute

©BIU Santé

la journée, c'est un va-et-vient incessant de malades qui se rendent à la consultation et qui en descendent. Inutile d'ajouter que chaque service possède tous les objets nécessaires à l'examen et au traitement des malades, laboratoire, pharmacie, appareils électriques, etc. (*A suivre.*)

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA CONJONCTIVITE PURULENTE. — Ferguson.

Après avoir retourné les paupières et enlevé le pus qui les recouvre, le docteur Ferguson promène sur la surface enflammée des voiles palpébraux un pinceau chargé d'acide borique finement pulvérisé. Dans certains cas, il répète cette manœuvre deux et trois fois dans la journée. Chaque application arrête la suppuration durant un laps de temps qui varie de 2 à 12 heures, et, dans les cas bénins, une seule application suffit pour la tarir. — Au bout de quelques jours, la conjonctive devient rouge et charnue, mais sèche, et si on la touche deux ou trois fois avec une solution de nitrate d'argent, elle reprend bientôt son aspect normal. — N. G.

COURRIER

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 10 juillet 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le docteur Henri Roger, président de l'Association générale des médecins de France.

Au grade d'officier : M. le docteur Galezowski, à Paris.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Gaston Humbert, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Delaporte, attaché à la préfecture de la Seine ; Morétin, à Paris ; Camille Miot à Paris ; Tardieu, à Arles ; Saillard, chirurgien en chef des hôpitaux de Besançon ; Pleindoux, chirurgien en chef des hospices de Nîmes ; Verdureau, membre du conseil général du Loiret ; Duquesnel, membre du conseil général de la Somme.

— Par décret, en date du 11 juillet 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Gavarret, inspecteur général de l'instruction publique (ordre de la médecine).

Au grade de chevalier : M. Jannetaz, aide-naturaliste au Muséum.

CONCOURS. — Un concours s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Rochefort, Toulon et Brest, à partir du 1er septembre 1885, dans le but de pourvoir à vingt-huitemplois d'aide-médecin et à un emploi d'aide-pharmacien.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — La première session ordinaire du conseil supérieur de l'instruction publique en 1885 s'ouvrira le lundi 20 juillet ; la durée en sera de huit jours.

M. Berthelot a été nommé vice-président du conseil pour 1885 ; M. Liard a été nommé secrétaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Un concours s'ouvrira à la Faculté de médecine de Bordeaux, le vendredi 25 septembre 1885, pour deux places d'aide d'anatomie.

PÉTITION. — Une pétition demandant la prolongation de l'ancien régime d'études médicales est déposée à l'Association générale des étudiants. Les intéressés pourront venir l'y signer de une heure et demie à cinq heures, 41, rue des Écoles.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. R. Longuet : Des lésions des divers organes et appareils dans les oreillons. — II. Sociétés médicales des départements. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — IV. Thèses de doctorat. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Des lésions des divers organes et appareils dans les oreillons (1).

IV

Lésions des organes des sens.

Blépharite. — Conjonctivite, kérato-conjonctivite. — Inflammation de la glande lacrymale, congestion rétinienne, névrite optique.

Un grand nombre d'observations mentionne des lésions diverses des yeux dans le cours des oreillons.

L. Chalmers relatait déjà que les yeux devenaient « ternes et remplis d'eau. » (2)

Groffier note que le transport de l'humeur des ourles peut se faire sur les yeux.

Hinze signale une violente ophthalmie avec œdème de la paupière supérieure du côté de la parotidite dans un cas d'oreillons contrariés dans leur évolution normale par un refroidissement (3).

Horst note de même l'ophthalmie dans les accidents consécutifs. Combaud, Gailhard, ont signalé plusieurs faits de conjonctivite avec tuméfaction des paupières. Noble avait remarqué, sur les matelots de l'*Ardent*, que les paupières étaient prises par continuité avec la tumeur parotidienne (4).

Appleyard a observé la conjonctivite phlycténulaire (5). Une des observations de Settekorn note une kératite ulcéreuse (œil gauche, oreillon gauche) survenue sans cause appréciable en dehors du processus ourlien (6). Une autre de Bettelheim, deux de D. Lamotte, la conjonctivite simple (7).

Les faits de kérato-conjonctivite nous paraissent donc assez fréquents pour ne pas être rapportés à de simples coïncidences.

Mais l'héméralopie observée par Fournié chez un de ses ourliens ne se présente qu'avec l'autorité insuffisante du fait isolé, alors surtout que l'affection régnait simultanément dans le Corps. Toutefois, il en retrouvait un second exemple dans une autre épidémie d'oreillons sans héméralopie (8).

Les exemples de dacryadénite ourlienne sont extrêmement rares ; on aperçoit cependant dans l'identité de structure de la parotide et de la glande lacrymale les raisons de sa vulnérabilité par un processus commun (9).

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 25 et 30 avril 1885.
(2) Lionel Chalmers : *An account of the weather*, etc., Londres, 1776, II, p. 99.
(3) *Journ. d. prakt Heilk. v. Hufeland*, 1881, LXXII, n° 2, p. 64.
(4) In Th. de Malfilatre, Paris 1864, *Med. and surg. J.*, t. IV.
(5) *The Lancet*, 4882, I, p. 101.
(6) *Loc. cit.*
(7) *Wiener mediz. Woch.*, 1883, p. 1222.
(8) *Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1885, I, p. p. 225.
(9) Il est une autre glande que de semblables raisons d'ordre anatomique et surtout physiologique semblent vouer aux métastases ourliennes : c'est le pancréas, qu'on omet généralement d'interroger et auquel ont doit certainement rapporter ces accidents insolites de métastase attribués à tout hasard à la gastrite aiguë. (Laghi, Niemeyer, Tott de Ribnitz, *J. f. Kinderkr.*, 1855, p. 61.) D'ailleurs la pancréatite ourlienne a été observée et signalée

D'Heilly y fait allusion (1). Karth est tenté de rattacher le chémosis et l'œdème palpébral présentés au début par son malade à la fluxion simultanée des deux glandes lacrymales. Mais le seul fait précis que nous ayons rencontré appartient à Hirschberg (2). Il s'agit d'une fillette de 15 ans présentant un œdème de paupières sous lequel on percevait très nettement la glande lacrymale augmentée de volume, légèrement bosselée, surtout développée à droite, sensible à la pression.

L'exploration plus attentive de la région, dont l'examen est généralement négligé, pourra multiplier ces faits.

Des accidents d'une toute autre gravité en raison de l'atteinte portée à la fonction et des lésions définitives qui peuvent en être la conséquence, ont été signalés par Hatry (3).

Les altérations du fond de l'œil signalées par ce consciencieux observateur sont constituées à un premier degré par une augmentation de volume des veines et des artères rétino-choroïdiennes ; les troubles fonctionnels sont alors insignifiants. Puis la papille hypérémiée s'entoure d'un léger cercle d'infiltration ; il y a en même temps de la conjonctivite palpébrale ; l'acuité visuelle est diminuée. Au dernier degré, la papille fortement injectée tend à se confondre avec la choroïde ; un vaste cercle d'infiltration la recouvre ainsi que l'origine des vaisseaux. On observe du larmoiement, de la photophobie, de la dyschromatopsie ; l'acuité visuelle est diminuée ; il existe des sensations vertigineuses. Fournié a retrouvé ces accidents d'amblyopie, sans lésion constatée du fond de l'œil, dans une proportion qui semble excessive (dix-neuf fois sur soixante-cinq).

Ces troubles, observés de préférence dans les cas d'oreillons volumineux, sont la conséquence, pour ces auteurs, d'une compression des vaisseaux du cou, entravant la circulation de retour. Absolument inédits jusque-là dans la pathologie des oreillons, ils se sont présentés depuis à l'observation de M. Tallon dans un cas terminé par la névrite optique avec perte absolue de la vision d'un œil (4), alors que les malades de M Hatry avaient complètement guéri. Leur rareté impose néanmoins des réserves, jusqu'à plus ample informé, quant à leur dépendance directe et exclusive du processus ourlien, dont ils ne seraient, dans tous les cas, qu'une détermination d'extrême exception.

Il en est de même des accidents de dyschromatopsie signalés par Hatry et Fournié.

. . . . . (5)

---

expressément par plusieurs auteurs : Krügelstein (*J. d'Hufeland*, 1835, LXXX, n° 6, p. 36) ; Bartels, de Schwerin (*Schmidt's Jahrb.*, 1842, suppl. III, p. 66, d'après *Mecklemb. med. C. Bl.*, 1851, n° 3) ; Appleyard, *loc. cit.* Canstatt admet aussi les métastases pancréatiques. Mondière range parmi les causes de la pancréatite les inflammations des parotides et leurs métastases (*Arch. gén. de médecine*, 1836, XI, p. 265 et XII, p. 133.) Les affinités pathologiques de la parotidite *commune*, hydrargyrique et du pancréas ont été de même établies par des faits de Robonam, d'Andral, de Battersley.

(1) Art. Oreillon, *Dict. Jaccoud.*

(2) *Prog. med. Woch.*, 1880, p. 108, d'après *Arch. f. Aug. Heilk.*, VIII, 2e p., p. 186.

(3) *Recueil de mém. de méd, milit.*, 1876, p. 305.

(4) *Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1883, I, p. 103.

(5) Nous avons supprimé, de l'étude si érudite et si complète de M. Longuet, un paragraphe détaillé sur l'otite et la cophose ourlienne, pour ne pas faire double emploi avec un intéressant travail de M. C. Eloy sur le même sujet, travail déjà composé et sur le point de paraître. (*N. de la R.*)

V

Causes de la mort dans les oreillons.

En dépit de leur réputation de bénignité, les oreillons ont plus d'une fois entraîné la mort, comme par un réveil de cette malignité aujourd'hui bien atténuée, en vertu d'une loi commune d'évolution, mais qui rendit parfois meurtrières les épidémies du XVIIe et du XVIIIe siècle, en Italie, et en France même, ainsi que l'observa Lepecq de la Cloture, à Vire, en Normandie (1).

On voit, par exemple, les oreillons entraîner la mort chez des cachectiques, ce qui leur rend applicable l'axiome de Rivière : *Parotides, quum jam fractis viribus contingunt, mortiferæ.* Tel est le cas de Murray : Femme de 28 ans, atteinte de pelvipéritonite suppurée; elle succombe à une attaque d'oreillons contractés d'une malade de la salle. On constate, à l'autopsie, la dégénérescence amyloïde des principaux organes (2). Tel est cet autre fait d'Edm. Went, qui a cependant moins de valeur que le précédent, en ce qu'il reste un doute, en dépit de l'auteur, sur la véritable nature de la parotidite : homme en traitement pour une encéphalo-méningite chronique; il succombe en vingt-quatre heures, ayant présenté, le matin, de la parotidite à droite, de la parotidite à gauche le soir. En outre des lésions de la méningo-encéphalite, on trouve des indurations caséeuses des poumons (3).

Inversement, une maladie intercurrente, déjà d'une certaine gravité, peut voir son pronostic s'aggraver jusqu'à la mort, de l'appoint d'une fièvre ourlienne qui a déjà compromis la résistance de l'économie. Védrènes cite ainsi un cas de mort survenu en 1865, à l'Ecole polytechnique, à la suite d'un érysipèle compliquant l'oreillon (4).

C'est à des influences de cet ordre surtout qu'on doit rapporter la mortalité relativement considérable attribuée, du chef des oreillons, à certaines armées en campagne. Pendant la guerre de Sécession, sur un effectif moyen de 431,237 hommes, de mai 1861 à juin 1866, on a compté 72 décès pour 48,128 cas d'oreillons. Les troupes nègres (effectif, 60,854 hommes) ont fourni en plus, de 1864 à 1866, 12,186 cas et 12 décès, soit 1 p. 1000 (5).

Il est possible qu'une part revienne, dans ces chiffres élevés, à d'autres parotidites que les oreillons; aucun texte ne peut encore nous édifier à cet égard. Nous constatons cependant que le premier volume médical paru de l'histoire médico-chirurgicale de la guerre de Sécession, traitant des maladies du tube digestif, a parfaitement distingué les parotidites épisodiques de ces affections (diarrhée, dysenterie).

Cette mortalité contraste singulièrement, en tout cas, avec celle de l'armée française, qui, de 1862 à 1881 (1870-1871 exceptés), pour un effectif permanent à peu près semblable, n'enregistre que 6 décès par oreillons, sur lesquels 2 reviennent à la Tunisie et à l'Algérie. Il est pertinent, à la vérité, qu'un certain nombre de décès revenant aux oreillons ont été sous-

(1) Collect. d'observat. sur les malad., etc., 1778, I, p. 474.
(2) *Transact. of the pathol. Soc. of London*, 1869, XX, p. 185.
(3) *The New-York med. Journ.*, 1880, p. 249.
(4) *Rec. mém. méd. et ph. milit.*, 1882, p. 167.
(5) *The med. and surg. hist. of the war of Reb.*, 1870, 1re partie, 1. *Appendit.*, p. 637 et 710.

traits à cette rubrique pour être joints aux maladies des divers organes, d'après les causes immédiates de la mort.

La principale cause de la mort, dans les oreillons, est *la méningite*, comme dernier aboutissant des phénomènes cérébraux qu'on observe assez fréquemment lors de l'apparition de l'orchite, alors que l'état typhoïde, avec un appareil non moins terrifiant, ne paraît pas, dans un seul exemple authentique, avoir jamais compromis l'existence. La fréquence de cet accident ne doit cependant pas être exagérée; ce n'est que de loin en loin qu'il est signalé par les auteurs, et nous n'en avons recueilli qu'un nombre très restreint de cas authentiques.

La plus ancienne observation, à notre connaissance, remonte à R. Russell. Chez un homme qui présentait une tumeur parotidienne considérable, la tuméfaction disparut le quatrième jour, et le malade, pris de frissons répétés et de fièvre, eut aussitôt de l'orchite. Celle-ci diminuait sous l'influence de la saignée et d'applications émollientes, quand la fièvre reparut accompagnée de délire, et tournant en *phrenitis*, qui emporta le malade en peu de jours (1).

L'observation de R. Hamilton et J. Tayler est analogue : c'est un homme de 22 ans qui, atteint d'oreillons, est traité énergiquement, purgé, saigné. La rétrocession de la parotide est suivie d'une fièvre ardente, avec orchite volumineuse. On croit à un accident vénérien et les moyens antiphlogistiques sont repris. La tumeur testiculaire disparaît subitement le lendemain, et le malade est pris de délire violent, de convulsions effroyables au milieu desquelles il succombe « fou furieux » le troisième jour (2).

« J'ai vu, dit Astley Cooper, chez un enfant d'environ 11 ans, la disparition soudaine de l'engorgement des glandes salivaires à la suite de lotions faites avec la solution de sous-acétate de plomb et d'alcool, suivie de symptômes de compression du cerveau, auxquels succéda le délire; l'enfant mourut en moins de huit jours (3). »

Cette idée des dangers de répercussion par disparition subite de la parotidite ou de l'orchite, effet d'un mouvement critique contrarié par un traitement intempestif ou d'un défaut de réaction spontanée, domine les préoccupations des anciens auteurs, et, toute doctrine à part, doit garder une place dans les nôtres. Cullen écrit : « Quelquefois, lorsque le gonflement des testicules ne succède pas à celui de la gorge, ou que l'un ou l'autre a été subitement répercuté, la pyrexie devient considérable; elle est souvent accompagnée de délire et elle a quelquefois été mortelle (4). » Et Saucerotte, dans ses *Mélanges de Chirurgie*, admet que cette issue a souvent été la conséquence de l'administration inopportune des purgatifs.

Matéo signale un cas de mort à la suite de la disparition subite des

(1) Ricardo Russell : *Œconom nat. in morbis acut.*, etc., Londres, 1755, p. 114. Les exemples d'*accidents cérébraux graves* ne sont pas rares dans les oreillons : faits de Rességuier, Gailhard, Jourdan, Laveran, Hatry, Raillot, Glénereau (*Bulletin de thérapeutique*, 1884, p. 464), Lynch (*Dublin med. J.*, 1856, p. 276), Spengler (*Med. Zeit.*, 1852, p. 184), Duke (*The Lancet*, 1875, II, p. 471), etc..... Des *troubles mentaux* persistants sont signalés dans une observation de Gailhard, une autre de Wolmsley (*The Lancet*, 1878, II, p. 313). Enfin, l'*aphasie* a été observée par Sorel (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1883, II, p. 429) et Healy (*The Lancet*, II, p. 280).

(2) *Transactions of the R. Soc. of Edimburgh*, 1790, n° II, p. 159.

(3) *Œuvres chirurgicales*, trad. Chassaignac et Richelot, 1835, p. 355.

(4) *Elém. de méd. pratiq.*, trad. Bocquillon, 1819, I, p. 371.

oreillons, à bord du *Latona;* mais l'absence de tout détail ne nous permet pas un classement rigoureux de ce fait (1). Nous citerons encore l'observation plus précise de J. Maximowitch, médecin militaire russe. Le malade, dans le cours d'une parotidite apyrétique, peu volumineuse, fut pris de frissons, de céphalée. La face, les yeux s'injectent, les pupilles sont dilatées; il a des bluettes; délire la nuit; constipation (ventouses scarifiées, vessies de glace sur la tête). La température atteint 40°. Le malade tombe dans le coma et meurt après avoir présenté le phénomène de Cheyne-Stokes. A l'autopsie, on trouve la surface du cerveau œdémateuse et violacée; les sillons comblés par un exsudat séro-fibrineux adhérant aux membranes et entourant les troncs nerveux à leur origine comme des fourreaux; pie-mère se détachant mal du tissu cérébral; hypérémie du cervelet et de la moelle, etc...; méningite séreuse (2).

La mort peut encore se produire par *asphyxie mécanique*, compression des premières voies, conséquence d'une tuméfaction péri-parotidienne excessive. Tourtille vit mourir, à deux heures d'intervalle, le frère et la sœur, un petit garçon de 7 ans et une petite fille de 5 ans 1/2, étouffés par suite de l'œdème parotidien à tout le cou. La tête était énorme et la circonférence du cou avait doublé (3).

Dans le fait de Bougard, les oreillons débutent à gauche, avec de violents frissons. La tuméfaction assez prononcée des régions parotidienne et sous maxillaire donnait la sensation d'un corps pâteux rénitent; à la surface, la peau était rouge, tendue. Pas de dyspepsie, pas de toux; pouls à 80; sudation, gastricité, prostration. Le quatrième jour, le gonflement envahit le côté droit, la réaction fébrile est toujours insignifiante. Le lendemain, la tuméfaction était moindre partout, quand, pendant la nuit fort agitée, il accusa, vers quatre heures du matin, une grande gêne de la respiration et, un quart d'heure après, mourait subitement (4).

Il n'y eut pas d'autopsie. Bougard suppose que l'état fluxtionnaire s'était propagé aux médiastins et avait déterminé l'apoplexie (?), soit par compression rapide du poumon ou du cœur, soit par une forte pression exercée sur un point des voies aériennes, Il est bien plus probable qu'il s'agissait d'*un œdème de la glotte*, lésion observée à l'autopsie, dans un cas de Jacob. C'est un artilleur de 21 ans, atteint d'une parotidite droite peu développée et accompagnée de symptômes généraux insignifiants. Il se couche l'après-midi, ressentant un léger malaise; se réveillant brusquement vers deux heures du matin, en proie à une violente dyspnée, il cherche à sortir en proférant des cris inarticulés, s'affaisse et meurt. A l'autopsie on constatait un œdème considérable de la glotte, dont l'ouverture se trouvait presque complètement obturée par un bourrelet œdémateux (5).

Il est probable que c'est la fréquence des accidents de cette nature observés par les anciens auteurs qui avaient fait donner à la maladie ces noms

(1) *Arch. de médecine navale.* 1884, II, p. 146.

(2) *St. Petersb. med. Woch.*, 1880, p. 185.

(3) Th. de Paris, 1828. Ces deux faits sont souvent attribués à Trenel, dont la thèse (th. de Strasbourg, 1812) ne renferme rien de semblable.

(4) *Journal de méd. de Bruxelles*, 1866, XLII, p. 26. Granier (*loc. cit.*) cite avec indication bibliographique incomplète, Bangrand, comme ayant publié un cas de mort par asphyxie due à un œdème considérable des parois du cou. Il nous paraît évident qu'il s'agit de l'observation de Bougard, avec nom d'auteur dénaturé.

(5) *Rec. de mein. de méd. et chir. milit.*, 1875, p. 529.

SBIU Santé

de *angina maxillaris* (Vogel), *anginà parotidea* (Tott), *cynanche parotidea* (Sauvages et Cullen), *esquinancie séreuse* (Chalmers), qui nous semblent si impropres aujourd'hui. On voyait alors couramment de ces oreillons englobant tout le col et ses glandes, y compris la thyroïde (1), allant des tempes aux clavicules (L. Chalmers), « s'étendant dans tous les sens au point de former une tumeur d'une grosseur énorme dont le poids accablant inquiétait beaucoup les malades. » (Binet) (2).

Il n'est pas très rare de voir l'oreillon prendre les caractères de l'inflammation franche et aboutir à la suppuration (Dionis, Hamilton, De la Motte, Meilheurat, Trenel, Emand, O. Soltmann, Fehr, Laveran Lamotte, Imolenski, etc.). Dès lors il devient un accident chirurgical dont il encourt tous les risques, et c'est ainsi que nous voyons la statistique de l'armée anglaise pour 1882, mentionner un cas de mort par *pyémie*, à la suite d'oreillons spécifiques suppurés avec plegmon du cou (3).

Enfin nous nous bornerons à rappeler les cas de mort non moins exceptionnels, que nous avons eu l'occasion de mentionner dans le cours de ce travail, par *syncope* (Gillet de Beauzée), par *urémie* (L. Colin), par *brancho, pneumonie* (O. Soltmann, Boinet) (4).

Parvenus au terme de cette étude, il nous paraît indispensable de revenir un instant en arrière pour embrasser d'un coup d'œil l'ensemble si varié, si mobile et parfois si imprévu du tableau symptomatique des oreillons où, au milieu du travail de morcellement analytique, l'individualité nosologique aura semblé sombrer.

Nous savons que l'effort de la maladie, inconnue dans son essence, aboutit à une localisation sur la parotide et les autres glandes salivaires, manifestation habituelle, cependant accessoire et qui, nous l'avons dit, ne représente pas plus toute la fièvre ourlienne que la splénomégalie n'est tout l'impaludisme.

Si, en effet, les principaux organes restent d'ordinaire indemnes et les grandes fonctions intactes, on assiste aussi au développement d'états généraux à cycles fébriles définis, dont l'oreillon à forme typhoïde est la dernière expression, précédant une seconde localisation, l'orchite ourlienne.

C'est encore là l'histoire banale de la maladie, et nous nous sommes

(1) L'oreillon thyroïdien a été observé par Groffier. Kœchling (*horn's Arch.* 1835, sept. oct., p. 818). Jourdan, Lamotte, Bettelheim (*Wiener mediz. Woch.*, 1883, p. 1,222).

(2) *List. des mém. de l'Acad. de Toulouse*, 1782, I. p. 86.

(3) *Army med. Dep. Rep.*, p. 1882-1884, p. 6.

(4) Une observation « d'oreillon terminé par une hémorrhagie mortelle » publiée par Louyer Villermé neveu (*Journ. des conn. méd.* 1835, p. 169), reste plus que douteux quant à sa signification. Il s'agit d'une tumeur de la parotide gauche qualifiée d'abord d'oreillons parce qu'on traversait une épidémie d'oreillons. Le malade ayant succombé à la suite d'hémorrhagies par la bouche, le nez, l'oreille, on trouvait à l'autopsie au centre de la glande une cavité kystique sanguine, anévrysme faux consécutif résultant de la destruction de l'artère auriculaire postérieure et des ramuscules pénétrant dans la parotide. Nous partageons absolument, à l'égard de la valeur de cette observation, le scepticisme de notre distingué collaborateur L.-H. Petit, qui a bien voulu, à notre demande, se reporter à ce texte et à l'obligeance duquel nous devons un autre éclaircissement. C'est à propos d'un fait de Bertrand, th. de Paris 1839, qu'on intitule : *De l'oreillon, cas rare de mort subite*. La thèse de l'auteur porte en effet sur plusieurs sujets dont le premier est de l'oreillon, et le second un cas de mort subite, sans aucune relation avec le thème précédent.

défendus de l'aborder, comme aussi la mention de ces accidents déjà plus contingents du côté du tube digestif : stomatite, angine, amygdalite, état gastrique, etc..... Mais nous avons dû signaler les lésions de l'appareil sécréteur du rein : néphrite, albuminurie ; de l'appareil excréteur lui-même, cystite, uréthrite ; puis la participation du poumon à ces désordres : bronchite, bronchopneumonie ; du cœur lui-même, endopéricardite ; des organes des sens, membranes de l'œil, glande lacrymale, oreille interne et externe, etc.

Le lien anatomique commun semble être la lésion des épithéliums glandulaires et cavitaires qui nous donnent encore la clé des accidents cérébraux, de l'arachnitis : le lien clinique est de ceux qui dénoncent avec le plus d'autorité une maladie générale, totius substantiæ. Cette démonstration, déjà faite sur d'autres bases, est donc pleinement corroborée par l'histoire des complications des oreillons qui tient toute entière dans ces deux mots : infection, spécificité. R. LONGUET.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1884.

La séance du 2 avril, la première de ce trimestre, a été remplie par une discussion sur le *procédé de taxis herniaire* de M. Ad. HENROT. Voici comment opère cet habile chirurgien : il tire sur le pédicule comme s'il n'y avait plus de paroi abdominale au moyen d'une pression continue au-dessus de l'anneau.

La résistance de cette paroi est peu considérable et avec un peu de persistance, la tumeur se réduit sans courir le danger de presser sur la partie herniée. Parmi les avantages de ce procédé, l'un des plus importants serait d'agir sur une partie de l'intestin qui n'est pas malade. Le motif pour lequel M. Décès redoute ce procédé est la crainte d'altérations de l'intestin et d'une rupture de cet organe.

Dans la même réunion, M. LÉVÊQUE a entretenu ses collègues d'une *hernie interstitielle scrotale gauche* en partie réductible, faisant saillie par sa pointe dans le scrotum et s'étalant dans le pli de l'aine. Dans le cas actuel, la réduction a été spontanée.

M. LUTON a pratiqué sur un malade de son service l'*opération d'Estlander chez un pleurétique*. Celui-ci portait une fistule costale suppurante et devenait rapidement cachectique. Deux tronçons des sixième et septième côtes le long de la ligne axillaire furent enlevés avec des couronnes de trépan. Le malade mourut subitement le lendemain, et l'autopsie établit l'existence d'une pleurésie purulente sans complication tuberculeuse et sans lésions cardiaques. Malgré cet insuccès, la tentative des deux médecins de Reims était d'actualité et tout à leur honneur au moment où on réhabilite l'opération d'Estlander.

C'est encore une intéressante observation d'*épilepsie ayant débuté chez un vieillard de 82 ans*, dont M. ROBIN a donné lecture. Cette affection débuta après des blessures profondes de la face que lui avaient faites un maniaque. Depuis ce premier accès, il a été atteint de nouvelles attaques environ tous les deux mois.

Analogue aux convulsions épileptiformes provoquées expérimentalement par M. Brown-Séquard, cette épilepsie est peut-être la conséquence de blessures du trijumeau. Seulement, selon la remarque de M. Gentilhomme, il serait intéressant de rechercher si l'excitation du tissu cicatriciel ne provoque pas de phénomènes épileptiformes.

L'*emploi de la pilocarpine contre l'ascite et l'anasarque généralisée* a été essayé par M. DÉCÈS chez des cardiopathes. Ces accidents diminuèrent rapidement après quinze injections sous-cutanées de 2 centigrammes. C'est à l'augmentation des sécrétions urinaire et sudorale qu'il faut attribuer ces résultats, selon la remarque de M. Langlet, qui, en 1877, a présenté à la Société un travail sur le jaborandi.

©BIU Santé

Parmi les autres communications, en voici une de M. Luton qui mérite l'attention. Supposant l'existence de la syphilis chez un jeune enfant atteint de *coqueluche*, il prescrivit chaque jour l'administration de 2 milligrammes de sublimé. Les quintes diminuèrent, et, en présence de ce résultat, notre savant confrère employa le même traitement chez la sœur de cet enfant. Huit jours après, l'amélioration était considérable et les quintes n'avaient plus le caractère coquelucheux. Ce moyen mérite à nouveau d'être mis à l'essai, malgré les inconvénients des mercuriaux.

Enfin, il faut mentionner encore les cas de *myxome* étudiés par M. Henrot, d'*éclampsie* signalés par M. Décès, et une observation de *fracture du crâne avec épanchement sanguin et compression du cerveau*, par M. Gentilhomme. Les séances de ce trimestre ont donc été bien remplies. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juillet 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Présentation. — Rapport sur un travail intitulé : *Des calculs enchatonnés de la vessie;* discussion. — Lecture : Sur une modification du pansement antiseptique. — Présentation d'appareil destiné à faciliter les tractions continues sur les membres.

M. Tillaux présente une brochure de M. le docteur Schwartz sur la pathologie des nerfs.

M. Monod lit un rapport sur les calculs enchatonnés de la vessie, à propos de deux intéressantes observations adressées à la Société, l'une par M. Maréchal, l'autre par M. Pousson, qui l'a recueillie dans le service de M. le professeur Guyon.

Le malade de M. Maréchal était porteur d'un calcul s'étant développé autour d'une petite bougie tombée dans la vessie; il avait dû subir à deux reprises la taille périnéale sans qu'il fût possible de faire l'extraction de sa pierre enclavée derrière la prostate, dans le bas-fond de la vessie; finalement, et plus d'un an après la première intervention, on pratiqua une taille sus-pubienne qui permit d'extraire sans grande difficulté un calcul volumineux enchâssé dans la prostate, et pesant 50 grammes. Le malade se rétablit rapidement. L'observation adressée par M. Pousson est relative à un malade ayant subi, quinze mois auparavant, une première taille hypogastrique, qui fut suivie d'une récidive du calcul pour l'extraction duquel on dut faire une deuxième taille sus-pubienne : la pierre était enclavée dans une loge située immédiatement en arrière de la prostate et se prolongeant même dans l'épaisseur de la glande; pour l'extraire, M. Guyon dut inciser son orifice. Le calcul avait la forme d'un rostre répondant par sa base au trigone et se prolongeant par sa pointe dans l'épaisseur de la prostate. Le malade guérit vite de son opération, et, après avoir présenté quelques accidents de cystite et un peu d'incontinence d'urine due à la paralysie du col, il quitta l'hôpital complètement débarrassé de sa pierre, de sa cystite et de son incontinence.

Les calculs enchatonnés sont rares; M. Guyon, dans la 1re édition de ses *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, déclare n'en avoir jamais rencontré, et sir Henry Thompson n'en aurait rencontré que cinq ou six cas; cependant, ils ont été l'objet d'une étude très approfondie de la part de Houstet, à l'ancienne Académie de chirurgie. Deschamps leur consacre aussi un chapitre important; mais, près de nous, nous ne trouvons que la thèse de M. Lemaire (Paris, 1877) et le travail que nous a adressé M. Pousson, où la question soit envisagée dans ses détails. M. Pousson laisse de côté les pierres enkystées proprement dites infiniment rares, et dont le type est l'observation bien connue de Littre; il ne s'occupe pas davantage des calculs adhérents à la muqueuse par pénétration réciproque de cette membrane et de la concrétion calcaire, il n'a en vue que les calculs enchatonnés, c'est-à-dire ceux qui sont contenus dans une loge communiquant par un orifice en collet plus ou moins large avec la cavité de la vessie. La constitution des parois de cette poche et surtout de son collet importe beaucoup à connaître; son corps est, en général, assez mince, peu résistant, exclusivement

formé par la muqueuse et la séreuse; par contre, le collet est épais, car, si sa structure a été peu étudiée anatomiquement, la pratique d'un grand nombre de chirurgiens indique qu'on peut porter sans danger le bistouri sur lui pour le débrider. M. Monod, après l'étude de ces données anatomiques, passe en revue les divers modes d'intervention dont sont justiciables les calculs enchatonnés. Avec M. Pousson, il rejette la lithotritie, qui est, dans ces cas, le plus souvent impraticable, le calcul ne pouvant être saisi entre les mors de l'instrument, et qui, si le calcul pouvait être brisé, pourrait devenir le point de départ de graves accidents, les fragments étant difficilement et incomplètement expulsés; cependant, il est juste de rappeler que Civiale et Ségalas ont réussi, par la lithotritie, chacun dans un cas de calcul enchatonné. La taille est la seule opération qui convienne à ce genre de calculs, et, parmi ses divers procédés, la taille hypogastrique l'emporte de beaucoup sur les autres, ainsi que cela résulte de la statistique de M. Pousson, qui repose sur 21 faits; les observations de Houstet, qui ne figurent pas dans cette statistique, sont aussi en faveur de la taille sus-pubienne. Seule cette opération permet de remplir sans danger une indication capitale pour l'extraction du calcul, à savoir le débridement de la loge dans laquelle il se trouve emprisonné. Murray Humphry, après une taille périnéale, voulant agrandir l'orifice d'une loge vésicale habitée par un calcul, perfora la vessie, et sir Henry Thompson préféra, dans les mêmes conditions, abandonner la pierre dans sa cellule plutôt que de s'exposer à un accident. Par contre, la taille hypogastrique permit, il y a déjà longtemps, à Garengeot de retirer sans difficulté et sans accident un calcul d'une loge dont il incisa le collet; depuis, cette manœuvre a été répétée avec un plein succès par un certain nombre de chirurgiens. L'incision hypogastrique joint encore à l'avantage de favoriser toutes ces manœuvres celui d'assurer l'évacuation complète de la poche vésicale, et celui de la débarrasser des incrustations qui pourraient exister dans ses parois; en un mot, de faire *la toilette de la vessie*.

M. Monod aborde en terminant la question du diagnostic, que M. Pousson a intentionnellement laissée de côté et que M. Lemaire a esquissée dans son travail. Ces calculs semblent se révéler d'abord par une faible intensité des troubles fonctionnels; c'est ainsi que les douleurs sont peu vives, même lorsque le malade se livre à de grands mouvements, les hématuries font souvent défaut et les urines conservent tous leurs caractères. Les signes physiques obtenus par l'exploration sont précieux : si le calcul est complètement enkysté, circonstance rare, ainsi qu'on l'a vu, la sonde rencontre un corps dur, résistant; mais au lieu de donner une sensation de rugosité, de surface sèche, elle donne une sensation de mollesse tomenteuse; le bruit de choc de l'instrument, au lieu d'être clair, est sourd. Dans le cas de calcul enchatonné, la sonde donne les mêmes notions à la périphérie du corps étranger; mais, au point où la loge communique avec la cavité vésicale, le bec de l'instrument donne un choc clair dans une petite étendue; la pierre est toujours trouvée au même endroit et ne se déplace pas avec la position des malades; le lithotriteur ne peut pas la saisir dans la très grande majorité des cas, et, si il y arrive, il ne peut lui imprimer de mouvements; enfin le toucher rectal donne de très précieux renseignements, surtout dans les pierres du bas fond et dans les calculs vésico-prostatiques. Il peut se trouver des cas où le diagnostic, non seulement des conditions dans lesquelles se présente le calcul, mais même de son existence, soit des plus difficiles, alors la taille hypogastrique sera entreprise sans arrière-pensée, puisque c'est la seule qui permettra de reconnaître sûrement la cause des accidents dont se plaint le malade, de saisir les indications opératoires et de les remplir.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser des remerciements à M. le docteur Maréchal et à M. le docteur Pousson; 2° de déposer honorablement leur travail dans les archives. (Adopté.)

M. Desprès demande à présenter quelques observations au sujet du rapport de M. Monod. En ce qui concerne l'observation de M. le docteur Maréchal, M. Desprès s'étonne des difficultés que les chirurgiens ont rencontrées pour établir le diagnostic; il pense qu'il eût suffi de pratiquer l'exploration par le toucher rectal pour arriver sans peine à ce résultat. Il estime d'ailleurs qu'il faut établir une grande distinction entre les cal-

culs de la prostate et les calculs enchatonnés dans la vessie que l'on rapproche à tort, suivant lui, les uns des autres.

M. Desprès a eu dernièrement l'occasion d'opérer un malade qui lui avait été adressé par son médecin. C'était un fermier de la Brie, âgé de 36 ans, qui, depuis plusieurs années, était traité pour la tuberculose. Son médecin soupçonnait l'existence d'un calcul de la vessie.

M. Desprès, après examen du malade, reconnut un calcul d'une dureté exceptionnelle, immobile, qu'il n'était pas possible de déplacer avec la sonde, et d'un volume supérieur à une grosse noix autant que l'on pouvait en juger en explorant avec la sonde à béquille ordinaire. A son avis la lithotritie devait être rejetée et remplacée par la taille hypogastrique.

L'opération a été pratiquée il y a douze jours, après chloroformisation, sans injection préalable et sans ballon de Petersen.

Le calcul irrégulier, calcul mural, était enchatonné. Il fallut, pour l'extraire, pratiquer un débridement à la suite duquel le calcul, attiré au dehors avec la muqueuse, fut énucléé avec l'ongle des loges diverses dans lesquelles ses prolongements étaient engagés.

L'extraction faite, une sonde fut passée dans la vessie et, à sa suite, un tube à drainage n° 12 de la filière Charrière. La plaie fut pansée avec le simple et vulgaire cataplasme, sans aucune précaution antiseptique.

Aujourd'hui, treizième jour de l'opération, il n'y a pas de fièvre, l'appétit est conservé. Le drain a été retiré le cinquième jour ; la plaie n'est pas encore cicatrisée, mais elle est en bonne voie de guérison.

Comme M. Monod, M. Desprès admet la supériorité de la taille hypogastrique sur toutes les autres espèces de tailles pour les cas de ce genre. C'est elle qui donne le maximum de succès avec un minimum de danger.

— M. Polaillon a dans son service un jeune homme de 21 ans, entré pour un calcul enchatonné dans la vessie depuis son enfance.

Par l'exploration avec la sonde on reconnaît facilement le calcul fixé dans la position derrière le pubis ; mais le toucher rectal ne fait rien constater.

M. Polaillon s'est mis en devoir d'opérer ce malade par la taille hypogastrique pratiquée suivant tous les perfectionnements de la chirurgie moderne.

La vessie de ce malade est peu dilatable et admet à peine de 120 à 130 grammes de liquide. Après une injection préalable de 100 grammes d'une solution d'acide borique et l'introduction du ballon de Petersen, il pratiqua l'incision sur la ligne médiane de la région sus-pubienne. Malheureusement le cul-de-sac péritonéal descendait tellement bas à la face antérieure de la vessie qu'il ne fut pas possible d'en éviter la perforation. Cet accident n'eut d'ailleurs aucune suite fâcheuse, mais le chirurgien dut fermer la plaie abdominale sans terminer l'opération de la taille hypogastrique devenue impossible par suite de cette situation anormale du cul-de-sac péritonéal.

M. Richelot fait observer qu'il n'est pas toujours facile, quoi qu'en ait dit M. Desprès, de découvrir, par le toucher rectal, la présence d'un calcul de la prostate, même lorsque le calcul est volumineux. Dans un cas de ce genre le doigt introduit dans le rectum ne sentait pas le calcul situé en avant de la prostate, et accessible seulement à l'aide de l'instrument explorateur.

M. le docteur Bédoin (du Val-de-Grâce) lit un travail sur certaines modifications qu'il propose au pansement antiseptique de Lister. Ces modifications, au nombre de trois, sont : 1° la substitution d'un papier spécial imperméable à la place de la gaze antiseptique ; 2° la substitution de la gutta-percha au mackintosh ; 3° la suppression du protecteur devenu inutile, grâce au papier imperméable.

— M. Championnière, au nom de M. Périer, met sous les yeux de ses collègues un appareil désigné sous le nom de gouttière à galets, pour faciliter les tractions continues sur le membre inférieur.

— Dans cette séance, le titre de membre honoraire a été conféré à M. Verneuil, sur sa demande, en échange de celui de membre titulaire. — A. T.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 16 AU 25 JUILLET 1885.

Jeudi 16, à 1 heure. — M. Barral : Contribution à l'étude du rhumatisme puerpéral (MM. Pajot, président ; Le Fort, Richelot et Bouilly). — M. Delarocheaulion : De l'arthrite déformante de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil et des déviations consécutives (MM. Le Fort, président ; Pajot, Richelot et Bouilly). — M. Casanova : Intoxication chronique, par l'alcool, l'absinthe et le vulnéraire (MM. Ball, président ; Bouchard, Hallopeau et Peyrot). — M. Brossier : Essai sur la responsabilité au point de vue mental (MM. Bouchard, président ; Ball, Hallopeau et Peyrot).

Vendredi 17, à 1 heure. — M. Anderson : Etudes sur les variations de la température chez les blessés et les opérés et sur leurs causes (MM. Trélat, président ; Verneuil, Reclus et Terrillon). — M. Chabaud : Contribution à l'étude de la syphilis du maxillaire inférieur (MM. Verneuil, président ; Trélat, Reclus et Terrillon). — M. Ivanof : De l'ostéomyélite subaiguë ou insidieuse pendant la grossesse (MM. Trélat, président ; Verneuil, Reclus et Terrillon).

Samedi 18, à 1 heure. — M. Ribeton : De la curabilité de certaines formes de cirrhose atrophique du foie (MM. Peter, président ; Grancher, Raymond et Hutinel). — M. Voisenet : Etudes sur les différentes formes de myélites tuberculoses (MM. Peter, président ; Grancher, Raymond et Hutinel). — M. Bruneau : Empoisonnement par le gaz de l'éclairage ; recherches sur les propriétés physiologiques propylène (MM. Grancher, président ; Peter, Raymond et Hutinel).

Lundi 20, mardi 22, mercredi 23. — Pas de thèses.

Jeudi 23, à 1 heure. — M. Vigues : Du sublimé en chirurgie (MM. Richet, président ; Bouchard, Bouilly et Debove). — M. Garin : Sur un cas de diabète azoturique (MM. Bouchard, président ; Richet, Bouilly et Debove). — M. Coumailleau : Etude sur le mouvement de la population en France (MM. Laboulbène, président ; Ball, Hallopeau et Hanot). — M. Boehler : Etude critique sur l'angine de Ludwig (MM. Ball, président ; Laboulbène, Hallopeau et Hanot). — M. G. Pichon : L'Epilepsie dans ses rapports avec les fonctions visuelles (MM. Ball, président ; Laboulbène, Hallopeau et Hanot). — M. Viron : Contribution à l'étude clinique des œdèmes périphériques d'origine nerveuse (MM. Regnauld, président ; Cornil, Lutz et Peyrot). — M. Romiszowski-Devoucoux : Des récidives de la fièvre typhoïde (MM. Cornil, président ; Regnault, Lutz et Peyrot). — M. Callais : De l'utilité des révulsions dans les affections aiguës de la moelle (MM. Peter, président ; Brouardel, Troisier et Humbert). — M. Wœhling : L'avortement dans ses rapports avec la dépopulation de la France (MM. Brouardel, président ; Peter, Troisier et Humbert). M. Zouiovitch : De la thyroïdite aiguë rhumatismale (MM. Vulpian, président ; Grancher, Raymond et Quinquaud). — M. Bernard : Contribution à l'étude des paralysies dans l'urémie (MM. Vulpian, président ; Grancher, Raymond et Quinquaud). — M. Arthaud : Etude sur le testicule sénile (MM. Vulpian, président ; Grancher, Raymond et Quinquaud).

Vendredi 24, à 1 heure. — M. Bouillon : De la réfrigération par le chlorure de méthyle (MM. Damaschino, président ; Gautier, Hanriot et Straus). — M. Peut : Etude sur les kystes hématiques du corps thyroïde (MM. Damaschino, président ; Gautier, Hanriot et Straus). — M. Chevy : Acide fluorhydrique. — Son emploi en thérapeutique (MM. Gautier, président ; Damaschino, Hanriot et Straus). — M. Peugniez : De l'hystérie chez les enfants (MM. Charcot, président ; Fournier, Rendu et Joffroy). — M. Gascard : La syphilis placentaire (MM. Fournier, président ; Charcot, Rendu et Joffroy).

Samedi 25. — Pas de thèses.

FORMULAIRE

GLYCÉRÉ CONTRE LA VAGINITE. — Chéron.

Acide borique	80 grammes
Glycérine neutre	120 —

Faites dissoudre à chaud. — Des tampons imbibés de ce glycéré sont introduits dans le vagin enflammé. En les retirant, on pratique des irrigations avec de l'eau additionnée de ce glycéré, dans la proportion de 4 cuillerées à bouche par litre.

L'auteur traite également l'uréthrite chronique, en injectant dans l'urèthre, une fois tous les jours, 60 grammes d'eau tiède additionnée d'une cuillerée à café de glycéré, et, selon lui, la guérison a lieu dans l'espace de quinze jours, même dans les cas rebelles.

N. G.

COURRIER

Légion d'honneur. — Ont été nommés :

Au grade de commandeur : MM. les docteurs Daga (Joseph-Ch.) et Mauger (Pierre).

Au grade d'officier : MM. Moisson (Louis-Félix-Edouard) ; Duburquois (Alexandre-Thomas-Didier) ; Pallé (Jean-Pierre) ; Mourlon (Charles-François-Auguste-Léandre) ; Aron (Jules) ; Arnould (Jules-Hippolyte) ; Dupeyron (Jules-Germain) ; Schaeuffelé (Etienne-Joseph-Adolphe).

Au grade de chevalier (service de santé de la marine et de l'armée de terre) : MM. Achard (Pierre Frédéric), médecin-major de 2e classe ; Sérès (Bertrand-Flavien), médecin de 1re classe de la marine ; Maget (Lucien-Gabriel), médecin de 1re classe de la marine ; Lalaude (Ernest-Jean-Baptiste), pharmacien de 1re classe de la marine ; Romanowski (Simon-Gustave-Albert), médecin de 2e classe de la marine ; Péthellaz (Angel-Balthazard-François), médecin de 2e classe de la marine ; Mondon (Louis-Clément), médecin de 2e classe, aide-major à l'artillerie de la marine ; Foucaud (Jean-Marie-Hector), médecin-major de 2e classe, aide- major à l'infanterie de la marine ; Balbaud (Marie-Léonce) ; Jaugeon (Joseph-Nicolas-Jules) ; Carrassan (Séraphin-Paulin) ; Cauvy (Joseph-Paul) ; Fouque (Louis-Honoré-Christophe) ; Antoine (Ferdinand) ; Jenevin (Louis-Henri-Constant) ; Le Forestier de Quillien (Henri-Joseph-François-Marie) ; Nicol (Joseph-Delphin) ; Linon (Léon-Jacques-Isidore) ; Zaepffel (Emile-Léon) ; Grandjean (Charles-Désiré) ; Charton (Charles) ; Rouflay (François-Xavier-Ferdinand) ; Pierrot (François-Achille-Auguste) ; Caillet (Casimir Joseph-Marie) ; Hintzy (Charles-François-Emile-Ernest) ; Lardennois (Pierre-Edouard) ; Joly (Marie-Auguste-Emile) ; Petitpoisson (Julien-Victor-François) ; Jubiot (Albert-Marie) ; Perrin (Augustin-Guillaume).

— Ont été aussi nommés chevaliers, MM. les docteurs Saucerotte (Antoine-Victor-Frédéric) ; Lapeyre (Jean-Eléazard).

— Par arrêté ministériel, en date du 6 juillet 1885, sont nommés :

Officiers de l'instruction publique : MM. Pennetier, professeur à l'École de médecine de Rouen ; Tixier, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand ; Perret, professeur à l'École de médecine de Rennes ; Grehant, Terreil, Costantin et Mocquard, aides-naturalistes au Muséum ; Meurein, pharmacien, adjoint au maire de Lille.

Officiers d'Académie : MM. Dudon et Demons, chargés des fonctions d'agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Laguesse, professeur à l'École de médecine de Dijon ; Moniez, professeur à la Faculté de médecine de Lille ; Bor, professeur à l'École de médecine d'Amiens ; Demange, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy ; Garnier, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy ; Boudet, suppléant à l'École de médecine de Limoges ; Poirault, professeur à l'École de medecine de Poitiers ; Malherbe, professeur à l'École de médecine de Nantes ; Durand, médecin de l'École normale d'institutrices de Lyon ; Rousseau, professeur d'hygiène à l'Ecole normale de Laon ; Vigier, pharmacien à Paris.

Dyspepsies. — Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez. — Exp. de MM. Archambault, Gubler, etc. (*Envoi franco échantillons.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. Congrès des médecins allemands. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Variétés. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Ainsi, M. Ferran est candidat au prix Bréant de l'Académie des sciences, et nous demande cent mille francs pour avoir découvert un remède efficace contre le choléra. On penserait moins aux cent mille francs et davantage à l'honneur impérissable que lui ferait cette récompense, s'il n'avait pris soin de nous renseigner lui-même sur la valeur commerciale qu'il attache à ses travaux.

M. Ferran propose de venir à Paris et de se mettre à la disposition de ses juges. Trois membres de la commission académique ont voulu se rendre à son désir; un laboratoire, des animaux lui seraient fournis, et devant tous il pourrait déployer son habileté expérimentale et montrer la valeur des faits sur lesquels il s'appuie. L'Institut, qui a six mois pour se prononcer, étudierait mûrement la question en dehors de toute influence, afin d'éviter le reproche qu'on fait aux Académies, non toujours sans raison, de nier les découvertes récentes et de rebuter les hommes de progrès. « Prenez garde, a dit l'un de ces membres; déjà certaines communes du Midi nous demandent de les vacciner. Si nous refusons d'écouter l'inventeur, et si le choléra vient en France, on nous fera d'amers reproches. » Mais cette opinion n'a pas prévalu; résolution fut prise de laisser M. Ferran à ses chères études, en lui réclamant toutefois des statistiques démonstratives. Or, c'est là un produit que l'auteur espagnol n'a pas encore fabriqué. L'Académie sait parfaitement qu'elle a demandé l'impossible, et qu'il en sortira le néant.

Dira-t-on qu'elle eût été plus sage en affectant d'examiner la question? Mais pourquoi donner un semblant d'autorité, un commencement de consécration à des recherches de mauvaise foi, puisqu'il est notoire que les soutiens de M. Ferran sont des journaux payés, puisque le *Figaro* a touché 7,000 francs pour attaquer le rapport de M. Brouardel, puisqu'on sait le nom du médecin très connu, mais très peu honorable, qui a signé *Veritas* l'article paru dans cette feuille le 12 juillet, puisqu'une heure d'entretien avec l'homme de Tortose a paru suffisante, pour le juger des pieds à la tête, à MM. Brouardel, Albarran et Charrin, missionnaires du gouvernement français, au docteur Gibier, préparateur de M. Bouley, au docteur Métadier, membre du Conseil d'hygiène de la Gironde, au docteur van Ermengem, notre savant confrère de Belgique, enfin à M. de la Granja, envoyé du Massachusetts, qui a pris congé du vaccinateur en lui disant : « Monsieur, je retourne dans mon pays pour y dire que vous êtes un escroc. »

M. Ferran écrit des lettres à M. Pasteur, le remercie, l'encense, le compare à Jésus-Christ, et semble faire entendre qu'on vise le maître en attaquant son disciple. Voudrait-il nous faire croire que M. Brouardel est allé en Espagne pour chercher noise à M. Pasteur? Puisqu'il se réclame de notre illustre savant et s'en fait « un bouclier », il est bon que personne ne s'abuse sur l'attitude et les sentiments de celui qu'il invoque. M. Pasteur, en présentant à l'Académie des sciences le rapport de M. Brouardel,

a dit quelques mots que la presse a reproduits d'une manière équivoque : « Si le docteur Ferran a trouvé le moyen de préserver l'homme du choléra, il n'est nul besoin pour lui de la signature d'un ministre. L'humanité tout entière deviendra la garantie du prix moral et matériel de sa découverte. S'obstiner à ne pas le comprendre serait autoriser tous les soupçons, et c'est ce qui a eu lieu à la suite des réponses faites à nos missionnaires en Espagne. » Lisez : Si M. Ferran s'obstine à ne pas le comprendre, il autorise tous les soupçons... En d'autres termes, il est vrai que M. Pasteur a écrit au médecin espagnol des lettres pleines de bienveillance et d'impartialité, mais il n'en écrit plus aujourd'hui, car il est édifié comme les autres, et M. Ferran paie d'audace quand il se prévaut de ces encouragements pour se moquer du monde.

Le rapport de M. Brouardel, écrit dans un langage à la fois si ferme et si mesuré, a été violemment attaqué dans certains journaux politiques ; mais les arguments parus dans ces feuilles qui n'impriment rien gratis et sous des plumes incompétentes, laissent de côté les traits les plus vifs du rapport, ou ne les discutent qu'après les avoir affaiblis. Quelle confiance accorder à un homme qui demande à quelles conditions notre gouvernement deviendrait acquéreur de sa découverte, et déclare ensuite avoir gardé son secret parce qu'il était « blessé dans sa dignité d'homme de science » ? A un homme qui prétend avoir parlé sans réserves dans un mémoire envoyé à l'Académie, et qui ne veut rien dire quand on est là, devant lui, quand un œil compétent peut suivre et juger en détail les procédés qu'il emploie, leur constance et leur précision ? A un homme qui dit maintenant avoir caché, non le secret scientifique, mais la « fabrication purement industrielle » du virus sur une grande échelle (deux mètres cubes en un jour), comme si un tel débit du virus atténué dans des conditions définies, sans altérations et toujours identique à lui-même, n'était pas un prodige capable d'éveiller des doutes sur la moralité du fabricant ? A un homme qui, dépourvu des connaissances élémentaires et des instruments usuels de la microbiologie, a décrit des formes étranges, des évolutions fantastiques, ne peut rien montrer de ce qu'il a décrit, et aujourd'hui se fait un argument de la pauvreté de son laboratoire pour hausser le mérite de son invention ?

Où sont les animaux qui servent à ses expériences ? Ils n'existent pas. Y a-t-il des cochons d'Inde à Valence ? Il n'en sait rien. Pourquoi ces bacilles-virgules sont-ils droits au lieu d'être courbes, et deux fois plus gros, avec 7 ou 800 diamètres, que les bacilles de Koch avec un grossissement double ? Réponse : « Mon bouillon est bi-nutritif » ; et son acolyte, l'avocat Pascual, s'écrie : « Oh ! le beau bouillon ! » C'est ainsi qu'on fait la science en Espagne.

Les procédés importent peu, dit M. Ferran ; l'essentiel est de savoir si la vaccination est efficace. Eh sans doute ! mais comment le savoir ? « Je préserve, allez-y voir » est un argument sans réplique ; tout homme vacciné qui n'a pas le choléra vous sert de preuve. Où sont-ils et combien sont-ils ? Les statistiques d'Alcira, d'Albérique, d'Algemesi, de Carcagente sont entre vos mains, c'est vous qui les faites, ou bien des médecins qui sont tous ferranistes, par la bonne raison qu'un matras qui coûte 200 francs leur en rapporte 1,000. Or, puisqu'on interroge les chiffres pour savoir si vous êtes des imposteurs, il est clair qu'un chiffre sorti de vos mains est une pétition de principe. En l'absence de documents authentiques et suffisamment nom-

breux, nous persistons à croire qu'il y avait intérêt à vous voir fabriquer le virus.

Cette société bizarre, cet acte passé devant un notaire de Valence entre un avocat, un ingénieur, un accoucheur et M. Ferran, ne nous disent rien qui vaille. L'atténuation des virus et le titre de bienfaiteur de l'humanité ont bouleversé les cervelles et tenté les ambitieux ; l'impossibilité de vérifier sur l'homme les résultats obtenus leur a donné libre carrière. On injecte un liquide, et, pourvu qu'il ne tue pas, on est pour longtemps sur un terrain solide, où l'ignorance et l'affolement des hommes rendent l'exploitation facile: pour longtemps on défie la critique et on bat monnaie en prenant des allures de savant maltraité.

Monsieur Ferran, plusieurs de ceux qui vous connaissent et qui vous ont compris admirent votre talent, car peu d'hommes réussissent aussi vite à propager leur nom dans les cinq parties du monde. Cependant, n'ayez pas trop d'orgueil; la prolixité de vos lettres et l'habileté de vos défenseurs à gages ne sont pas les seules causes de votre fortune. C'est l'importance de la découverte qu'on désire et qu'on aurait voulu acclamer, qui fait de vous un si gros personnage; mais c'est elle aussi qui fait ressortir la petitesse de votre caractère et l'indignité de vos réclames.

L.-G. Richelot.

Congrès des médecins allemands.

Quatrième session, tenue à Wiesbaden du 8 au 11 avril 1885.

Présidence de M. le professeur Gehrardt, directeur de la clinique interne de Wurzbourg, en remplacement de M. Frerichs décédé.

Les travaux du Congrès ont été inaugurés par la lecture d'un rapport de MM. Ebstein et Henneberg (de Gœttingen) sur le traitement de l'obésité. M. Ebstein part de ce principe, que pour que le traitement puisse être bon, il faut qu'il réunisse les trois conditions suivantes :

1° La graisse seule doit disparaître ; partant toutes les autres méthodes, qui enlèvent en même temps les substances albumineuses et mènent à l'inanition, ne valent rien.

2° Le traitement doit être simple et susceptible d'être adopté aux différentes individualités.

3° Le traitement doit être tel que le malade puisse le continuer après la guérison, pendant toute sa vie, puisque sans cela la disposition existante aboutirait tôt ou tard à une récidive de la maladie.

L'auteur examine les différents modes de traitement en usage et arrive aux conclusions suivantes :

1° La méthode de Banting (suppression de la graisse de la nourriture) amène l'amaigrissement ; mais, en général, elle n'est pas bien supportée et ses résultats ne sont que passagers ;

2° Les méthodes basées sur la diminution des liquides introduits dans l'organisme (Dancel, Œrtel) sont efficaces, mais difficiles à supporter, parce qu'elles condamnent le malade au supplice de la soif ;

3° La méthode de l'auteur, qui consiste à diminuer la quantité de graisse et de liquides alimentaires, mais non à les supprimer de l'alimentation, est aussi rationnelle et aussi efficace que les précédentes, mais en outre elle a l'avantage d'épargner au malade la torture de la faim et de la soif ;

4° Les exercices forcés sont bons comme remède accessoire à côté du régime alimentaire ; mais il faut prendre des précautions, surtout en présence de l'athérome des artères ;

©BIU Santé

5° Les traitements pharmaceutiques n'ont qu'une importance médiocre et beaucoup d'entre eux sont même dangereux.

M. Henneberg, médecin vétérinaire, a étudié surtout l'engraissement chez les animaux, au point de vue des conditions qui le favorisent et de celles qui préviennent l'amaigrissement, mais les résultats obtenus sont encore incomplets, les expériences n'étant pas terminées, et ne prouvent d'ailleurs pas grand chose au point de vue du traitement de l'obésité chez l'homme.

La discussion qui suivit fut un exposé des préférences de chacun des membres en faveur de telle ou telle méthode : M. Bauer (de Munich) préfère un Banting modifié par Voit ; M. Meinert (de Dresde) se prononce pour la méthode d'Ebstein, mais en y ajoutant des eaux minérales ; M. Leube commence toujours par celle d'Ebstein et n'essaie les autres que si la première échoue ; M. Unna (de Hambourg) dit que celle d'Ebstein ne fait disparaître que la graisse péricardiaque et sous-cutanée, mais que celle de l'abdomen ne cède qu'au Banting modifié. M. Jürgensen (de Tubingue) rappelle les inconvénients des méthodes qui dégraissent trop vite.

M. Baelz, qui a exercé au Japon, donne d'intéressants détails sur l'hygiène de ce pays. Les Japonais des basses classes sont très vigoureux et ne sont presque jamais obèses. Un traîneur de voitures transportait ce confrère, qui pèse 80 kilogrammes, à une distance de 50 à 60 kilomètres, toujours au trot ; un autre traînait un Japonais, d'un poids moindre, à une distance de 105 kilomètres en quatorze heures. C'est que les Japonais des basses classes ne mangent que suivant leur faim, tandis que l'Européen mange plus qu'il ne lui faut. En outre, ils boivent très peu d'eau, point d'alcool, et se nourrisent presque exclusivement de riz et d'autres végétaux. Par contre, les lutteurs sont très obèses ; ils mangent beaucoup de viande et boivent beaucoup d'alcool. Ceux qui prennent beaucoup de thé tendent davantage encore à l'obésité. Les « trainers » en Angleterre et en Amérique, pour se débarrasser de leur graisse à l'occasion des courses, s'abstiennent de liquides. En Europe, il faut tenir compte de nos habitudes de carnivores ; et M. Baelz contractait toujours au Japon une gastrite aussitôt qu'il imitait les ndigènes et ne mangeait comme eux que des végétaux.

Les affections bacillaires ont été représentées à ce Congrès par la syphilis, le choléra, et l'actynomycose.

On sait que M. Lustgarten (de Vienne), a déjà étudié avec soin les micro-organismes de la syphilis. Il en est une espèce, inconnue jusqu'à présent, qui par ses propriétés morphologiques et sa manière de se comporter vis-à-vis des matières colorantes, se rapproche surtout des bacilles de la lèpre et de la tuberculose. On trouve ces bacilles non pas libres, mais inclus dans des cellules migratrices, soit dans la zone d'infiltration des accidents syphilitiques, soit dans la couche de Malpighi, soit encore dans la lumière des vaisseaux lymphatiques. La présence constante de ces bacilles dans les sécrétions et dans les coupes des produits syphilitiques a conduit M. Lustgarten à leur attribuer la même importance diagnostique qu'aux bacilles de la tuberculose dans les crachats. Il pense en outre, d'après les points où il a trouvé ces bacilles, que les lymphatiques jouent le rôle principal dans la propagation du virus syphilitique, et que les infiltrations dermiques peuvent devenir contagieuses quand la couche de Malpighi vient à être mise à nu.

M. A. Pfeiffer (de Wiesbaden) a présenté des cultures sur la gélatine des bacilles trouvés par Koch dans le choléra asiatique et de ceux trouvés par Finkler et Prior dans le choléra nostras. La différence est des plus frappantes et rend très facile dès le quatrième jour la distinction entre les deux microbes.

M. Bostrœm (de Giessen) a présenté des cultures d'actinomyces. Sur la gélatine, celui-ci ne pullule que très lentement ; sur le serum sanguin, il fait des plaques blanches veloutées, terminées à la périphérie par des granules qui se transforment de nouveau en filaments longs, formant ainsi un mycelium épais. Tant qu'il vit, l'actinomyces donne lieu à la suppuration ; mort, il est enfermé par une inflammation consécutive, comme tout autre corps étranger.

Guérison de la lèpre. — M. Unna de Hambourg) dit avoir guéri une femme atteinte de

lèpre tubéreuse, d'assez grande intensité, couvrant tout le corps et ayant affecté les yeux et la muqueuse nasale, au moyen d'un traitement compliqué par l'ichthyol, la résorcine, la chrysarobine et le pyrogallol, intus et extra, pendant dix-huit semaines. Mais M. Bœlz, qui a vu des guérisons temporaires au Japon, se demande s'il n'y aura pas de récidive dans le cas présent.

M. Immermann (de Bâle), décrit, sous le nom de *polyarthritis larvata* par analogie avec l'intermittens larvata, une affection ayant des rapports étroits d'étiologie et de traitement avec le rhumatisme articulaire, mais caractérisée par des névralgies aiguës, siégeant surtout dans le trijumeau, dépourvue de manifestations articulaires, pouvant s'accompagner d'endocardite, et cédant au salicylate de soude.

M. Edlsfen (de Kiel) a constaté des faits du même genre. De plus il a fait sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu des recherches portant sur 800 car d'où il résulte que cette affection revient souvent dans les mêmes maisons, sans différence tenant à l'âge, au sexe, à l'hérédité. Ainsi 728 cas ont été observés dans 493 maisons, donc en moyenne 100 cas sur 68 maisons. Quelquefois il y avait 6 ou 7 cas dans la même maison ; ce qui semble démontrer l'origine infectieuse de la maladie et indiquer que le germe se développe sur un certain terrain, en d'autres termes, que la polyarthrite est une *maladie de maison*. Il y aurait donc lieu de recommander aux malades de changer de logement pour être moins exposés aux récidives.

M. Friedlœnder (de Leipzig) confirme cette opinion que partage M. Jürgensen, en s'appuyant sur une statistique de 250 cas.

M. Jürgensen attire en outre l'attention sur ce fait que chez les rhumatisants atteints d'endocardite la température s'élève surtout le matin et vers midi jusqu'à quatre heures; tandis que le soir elle est normale.

M. Filehne lit un rapport sur l'antipyrèse, dont voici les conclusions :

L'action thérapeutique des antipyrétiques (abstraction faite des spécifiques dans les maladies franchement infectieuses) ne consiste ni en une diminution de la production de la chaleur, ni en une réduction de la perte de la chaleur, mais en une influence sur le centre nerveux régulateur de celle-ci. Le meilleur de tous les nouveaux médicaments est l'antipyrine ; ni la kairine ni la thalline ne peuvent lutter avec lui à cause de leur action trop forte et partant trop peu durable.

M. von Liebermeister ne considère les antipyrétiques que comme des adjuvants et dans les cas où les bains froids sont contre-indiqués. Bien que l'antipyrine lui ait donné des résultats qui surpassaient ses expérances, il lui préfère encore les bains froids sauf dans le traitement des fièvres infectieuses contre lesquelles on possède des spécifiques.

MM. von Jaksch et Strumpfell expriment des opinions à peu près analogues. Du reste, d'une manière générale, l'avis de M. Liebermeister est partagé, et le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids proclamé le meilleur.

M. Zuntz (de Berlin) dit que MM. Aronsohn et Sachs ont trouvé, dans son laboratoire, le centre de calorification; celui-ci siège dans le cerveau, dans le *nucleus caudatus*, tout près d'un centre moteur dont la lésion force les animaux à courir sans cesse. L'auteur y voit une preuve que la chaleur est produite surtout par les mouvements musculaires.

M. Rossbach (d'Iéna) décrit les mouvements qui se passent dans l'estomac, le pylore et le duodénum pendant la digestion.

M. Fleischer (d'Erlanger) a fait un grand nombre d'expériences pour rechercher l'origine de l'urine, mais n'est encore arrivé à aucun résultat positif. Il a seulement trouvé que l'urée donnée à un chien était un puissant diurétique, et pense qu'on pourra l'utiliser chez l'homme en l'injectant dans le rectum.

M. Fürbringer (d'Iéna) a cité des faits très curieux relativement à l'albuminurie consécutive à la syphilis et au traitement mercuriel.

Sur 100 syphilitiques choisis, il a observé 8 syphilitiques qui, ayant les reins tout à fait sains, devenaient albuminuriques pendant le traitement mercuriel, *intus aut*

©BIU Santé

extra, le restaient pendant toute la durée du traitement, et même quelques semaines après, et cessaient de l'être spontanément ensuite, ce qui prouve que la lésion rénale n'était pas très marquée. Chez 100 autres malades, devenus albuminuriques pendant la *roséole*, avec des cylindres formés dans l'urine, l'albuminurie cédait au traitement mercuriel. Dès lors, l'albuminurie n'est point une contre-indication à ce traitement qui, au contraire, doit être nécessairement prescrit.

M. Schuster a vu des cas analogues qui rappellent la diarrhée mercurielle, et M. Schuhmacher rappelle qu'il y a des cas où la syphilis et la néphrite existent en même temps.

Asthme bronchique. — M. Curschmann, directeur de l'hôpital général de Hambourg, rappelle les diverses théories émises pour expliquer la nature de l'asthme : spasme des bronches, du diaphragme, altérations de la muqueuse des bronches, et croit que l'asthme est plutôt un complexus de maladies, comme le mal de Bright, qu'une seule affection et qu'on peut en reconnaître plusieurs formes :

1° Asthme primitif, produit par des troubles fonctionnels des centres nerveux peu importants ;

2° Asthmes secondaires, produits par un réflexe provenant des organes respiratoires ou d'autres organes.

La plupart des cas appartiennent à cette seconde catégorie et doivent être encore divisés en deux groupes, suivant que les organes respiratoires ne sont pas affectés, en sont altérés plus ou moins.

Dans ce dernier cas, il s'agit d'une bronchiolite exsudative, avec des crachats spéciaux, en spirilles, dans lesquels Charcot et Leyden ont trouvé des cristaux connus; mais, pour que l'asthme se produise, il faut que le processus inflammatoire atteigne une certaine étendue et trouve une certaine irritabilité. Ainsi les bronchiolites aiguës des pneumonies ne provoquent pas d'accès d'asthme.

L'asthme sans altération de la muqueuse bronchique s'accompagne d'une altération de la muqueuse nasale, et dans certains cas il y a combinaison de l'asthme nasal avec la bronchiolite exsudative, et il peut y avoir : 1° coexistence simple des deux formes; 2° asthme nasal, comme cause de la bronchiolite chronique; 3° bronchiolite chronique, comme cause de l'affection nasale.

L'asthme purement cérébral n'existerait pas.

Le pronostic varie avec la cause de la maladie.

Quant au traitement, il concerne l'accès auquel on oppose les narcotiques, et la maladie elle-même, contre laquelle M. Curschmann préconise l'iodure de potassium.

Le traitement chirurgical de Hack ne peut être utile que dans les cas d'asthme purement nasal, car il ne faut pas oublier que, même après la guérison de la lésion nasale, la bronchiolite peut persister, et par suite l'asthme.

M. Riegel examine ensuite avec plus de détails les théories de la production de l'asthme, de son mécanisme. Il conclut qu'aucune cause mécanique ne peut produire à elle seule l'accès d'asthme, mais qu'une cause nerveuse doit toujours s'y joindre. L'accès ne peut s'expliquer que par la coexistence du spasme bronchique, du spasme du diaphragme, et d'une fluxion de la muqueuse par influence vaso-dilatatrice.

Dans la discussion qui suivit, M. Donders (d'Utrecht) rappela une expérience faite il y a dix-huit ans, et tendant à confirmer les opinions de M. Riegel; — M. A. Frænkel dit que les cristaux de Charcot et Leyden sont un symptôme plus constant de l'asthme bronchique que les cristaux en spirille, et que l'asthme cardiaque lui paraît plus fréquent que MM. Curschmann et Riegel ne le laissait supposer; — M. Bern. Frænkel, que l'asthme nasal est plus fréquent qu'on ne le croit, et que souvent il a pu arrêter net un accès d'asthme par un simple badigeonnage de la muqueuse nasale avec une solution de cocaïne. — M. Schmid a vu des cas analogues. — M. Hecker attira l'attention sur la nécessité de distinguer de l'asthme les accès de dyspnée chez les neurasthéniques; enfin, M. Lazarus (de Berlin) fit valoir les bons résultats du traitement de l'asthme par la respiration de l'air comprimé.

Le traitement chirurgical de *Hack*, dont il a été question plus haut, est basé sur la

relation remarquée par ce chirurgien entre l'asthme et les inflammations légères de la muqueuse des fosses nasales, et en particulier des cornets, qui agiraient comme des accumulateurs de l'irritation retentissant sur les nerfs producteurs des accès d'asthme et d'autres troubles nerveux (migraine, etc.).

Hack en arriva ainsi à détruire les cornets au moyen de la galvano-caustique. Sur 600 cas traités de cette façon, il note 240 migraines et 87 asthmes produits par des altérations de la muqueuse nasale; l'asthme disparut dans 81 cas. Sur les 600 cas, 12 seulement ont résisté au traitement; 17 ont été très améliorés; tous les autres ont guéri.

M. Binz (de Bonn) fait une communication sur les résultats récents fournis par quelques médicaments nouveaux : le nitrite d'amyle; l'arbutine (glycoside de l'*uva ursi*), agit comme antiseptique ; le *cannabium tannicum* (hypnotique; remplace le *cannabis indica*); l'eucalyptol; l'ichthyol; le jéquirity; l'acide hyperosmique (antinévralgique); la naphthaline; l'urate de mercure, employé en injections sous-cutanées.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet le rapport qui lui a été adressé par M. le docteur Paul Gibier, au sujet des vaccinations cholériques faites en Espagne par M. le docteur Ferran. Les conclusions de ce rapport sont, à peu de chose près, les mêmes que celles du rapport lu dans la dernière séance par M. Brouardel.

M. Larrey présente, au nom de M. Bérenger-Féraud, diverses brochures : 1° Nouvelles recherches sur le traitement du tænia; — 2° Étude d'un empoisonnement multiple par l'usage de morue altérée; — 3° La maye de Provence; — 4° Clinique de l'hôpital maritime de Lorient; — 5° Étude sur la tarasque.

M. Brouardel présente, au nom de M. le docteur Napias, une brochure intitulée : *Rapport et projets de loi et règlements relatifs à la salubrité et à la sécurité du travail.*

M. Polaillon présente, de la part de M. le docteur Auguste Revol, une brochure intitulée : *Des hygromas suppurés de la bourse prérotulienne; application de la méthode antiseptique à leur traitement.*

M. Guéniot dépose sur le bureau une brochure intitulée : *De la revaccination des jeunes sujets, en particulier des collégiens, comparée à celle des adultes.*

M. Tarnier présente deux enfants nés avant terme.

Le premier est une jumelle née à six mois de grossesse, au dire de la mère. Cette enfant est née le 8 juin; son poids initial était de 1,020 grammes; il est descendu à 850; son poids actuel est de 955 grammes.

Son alimentation, du 8 au 12 juin, a consisté dans le gavage, toutes les heures, à l'aide d'une sonde par laquelle on faisait ingérer 8 grammes de lait de femme chaque fois.

Du 12 juin au 5 juillet, gavage toutes les trois heures avec 16 grammes de lait de femme. Dans l'intervalle des gavages, on faisait couler du lait dans la bouche de l'enfant.

A partir du 5 juillet, l'enfant a été mise au sein et a tété.

En outre, l'enfant a été mise dans la couveuse du 8 juin au 20 juillet. Elle a aujourd'hui 2 mois.

Le deuxième enfant a été apporté de la ville à la Maternité trois jours après sa naissance. Il est entré le 23 mai dernier. Son poids initial était de 1,100 grammes; il est descendu à 1,000 grammes; son poids actuel est de 1,500 grammes.

Son alimentation a consisté dans le gavage pratiqué de deux en deux heures avec 8 grammes de lait; entre chaque gavage, on lui faisait couler du lait dans la bouche.

Il a commencé à téter le 12 juin, et cependant on l'a gavé encore quatre fois en vingt-quatre heures. A partir du 14 juin, il a tété sans être gavé.

En outre, cet enfant est resté dans la couveuse du 23 mai au 5 juillet.

La température de la couveuse varie de 30 à 37 degrés, suivant l'âge utérin, le poids et la force de l'enfant.

M. Blot félicite M. Tarnier du résultat si remarquable qu'il a obtenu. Toutefois il croit devoir faire observer qu'il est extrêmement difficile de déterminer d'une manière précise l'âge utérin d'un enfant. Tant qu'on n'a pas vu le délivre, on n'a pas le droit de préciser l'âge d'un enfant impossible à déterminer d'après le poids seul.

M. Blot estime en outre qu'il sera bien difficile, pour ne pas dire impossible, de faire accepter la couveuse dans la pratique civile. Ce qu'il y a de plus simple et qui sera toujours préféré, c'est l'enveloppement dans l'ouate qui du reste peut parfaitement bien suffire à préserver l'enfant contre le refroidissement. Quant au gavage, M. Blot croit que ce mode d'alimentation aurait en ville beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages.

Ce n'est guère qu'à l'hôpital qu'une telle opération pourra être pratiquée dans des conditions convenables.

M. Féréol dit qu'il est parvenu dans sa clientèle à élever un enfant qui avait les mêmes apparences que le premier des deux enfants présentés par M. Tarnier. Les parents affirmaient que l'enfant ne pouvait pas avoir plus de six mois et quelques jours. On l'a élevé en l'enveloppant de ouate et en lui faisant avaler d'heure en heure une cuillerée à café de lait.

Pendant les premières vingt-quatre heures qui ont suivi la naissance, les deux grand' mères se sont relayées tour à tour auprès de l'enfant pour lui donner toutes les heures sa cuillerée de lait.

L'enfant a aujourd'hui cinq ans.

M. Tarnier fait remarquer que jusqu'à ces dernières années il paraissait à peu près impossible de faire vivre un enfant né à six mois bien que la loi française le déclare viable ; les cas de viabilité à cet âge ne pouvaient être considérés que comme des exemples exceptionnels.

Aujourd'hui, grâce à la couveuse et au gavage, les faits de ce genre se multiplient de plus en plus, M. Tarnier pense, contrairement à M. Blot, que la couveuse ne peut en aucun cas être remplacée par l'ouate, puisque dans la couveuse seule l'enfant peut respirer un air dont la température varie entre 30 et 37 degrés.

Parmi les effets les plus remarquables de l'emploi de la couveuse, M. Tarnier cite la guérison rapide de cet état que l'on a désigné sous le nom de sclérème.

En général les enfants atteints de cette maladie sont complètement guéris après vingt-quatre heures ou trente-six heures de séjour dans la couveuse.

M. le Président adresse ses félicitations à M. Tarnier et dit que, lorsqu'il s'agit d'économiser la vie humaine, il n'est pas de petites économies.

— M. Trélat fait une communication sur l'extirpation totale de l'utérus en cas de cancer de cet organe.

L'orateur rappelle l'historique de cette opération à partir des tentatives de Sauter, de Constance, en 1822, et surtout de Récamier, dont le procédé est resté le type de l'opération qu'on pratique aujourd'hui par la voie vaginale.

Abandonnée pendant cinquante ans, malgré les succès obtenus par ces deux opérateurs, elle fut d'abord reprise par Freund en 1878, mais par une voie toute nouvelle.

Sauter et Récamier enlevaient l'utérus par le vagin ; Freund procédait, comme pour une ovariotomie, en ouvrant l'abdomen.

Les résultats obtenus par lui et par les chirurgiens allemands qui l'imitèrent, étaient loin d'être encourageants, car la mortalité s'élevait à 75 p. 100 et les récidives étaient très rapides.

Vers le même temps, en Amérique et en Allemagne, on revenait à la méthode de Récamier, c'est-à-dire à l'extirpation par la voie vaginale.

En 1883, M. le docteur Demons (de Bordeaux) et M. Péan firent connaître à l'Académie les opérations qu'ils avaient faites l'année précédente, et M. Demons, rassemblant les faits publiés de divers côtés en nombre déjà considérable, arrivait à une moyenne de mortalité de 28 p. 100 seulement.

A Bordeaux, cette opération a été pratiquée onze fois, et par des chirurgiens différents; il y eut cinq morts, mais cette mortalité, beaucoup trop forte, tient en partie à des causes accidentelles.

M. Trélat passe en revue les communications faites à la Société de chirurgie l'année dernière par MM. Jules Bœckel (de Strasbourg), et Demons (de Bordeaux); puis les opérations pratiquées à Paris par MM. Tillaux, Terrier et par lui-même. L'opération qu'il a pratiquée, le 2 juillet dernier, a eu les meilleurs résultats, et la malade peut être considérée comme à peu près guérie.

Plus récemment, M. Terrier a opéré une malade qui a succombé à une péritonite, par suite du très grand nombre d'assistants qui a empêché le chirurgien de prendre toutes les précautions antiseptiques nécessaires.

La statistique de Paris est après tout très satisfaisante et elle le deviendra davantage encore lorsque les chirurgiens, sortis d'apprentissage, se seront familiarisés de plus en plus avec cette opération toute nouvelle.

Quand on prendra toutes les précautions antiseptiques avec la plus grande rigueur, quand l'opération sera pratiquée dès que le diagnostic aura été établi d'une manière précise, sans attendre l'envahissement des parties voisines de l'utérus malade, on pourra, suivant M. Trélat, faire tomber la mortalité à 12,10, voire à 9 et même 8 p. 100, c'est à dire à la même moyenne que pour les extirpations partielles, les excisions du col utérin.

Alors il ne restera plus qu'une question, celle des récidives. On ne peut pas raisonner en passant d'un organe à un autre en fait de cancer, car les conditions d'évolution de cette maladie sont très différentes suivant les régions. Cependant on doit se rappeler qu'en ce qui touche les tumeurs du sein, en opérant le plus tôt possible, on est arrivé à des résultats infiniment plus avantageux que ceux que l'on obtenait autrefois par des opérations tardives. Il est permis de croire qu'il en sera de même pour l'utérus, et qu'une exacte appréciation de l'opportunité opératoire rendra les récidives plus rares ou plus tardives.

Ce sont là les problèmes de l'avenir. L'acte opératoire semble jugé. Il a cessé d'être redoutable par lui-même. La question d'efficacité thérapeutique autrefois voilée reste seule et appelle un jugement définitif.

— A quatre heure quarante-cinq, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Schutzenberger sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie.

VARIÉTÉS

QUELQUES MOTS SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE ET SUR L'ORGANISATION DES SERVICES HOSPITALIERS A VIENNE (AUTRICHE) (1).

Par le docteur Z. L. S.

L'enseignement clinique est donné dans une série de leçons traitant les unes d'un sujet général, les autres, et c'est la plupart, d'un chapitre restreint de la pathologie interne ou externe. La simple énumération suivante donnera une idée de l'extrême division de l'enseignement, en même temps que de la part immense faite à l'instruction reçue à l'hôpital relativement à celle des sciences fondamentales, l'anatomie, l'histologie, etc.

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 juillet 1885.

I. *Histoire de la médecine.* — Deux cours.

II. *Anatomie.* — Six cours d'anatomie, y compris trois séries d'exercices pratiques. Deux cours *d'histologie*, y compris une série d'exercices pratiques.

III. *Physiologie.* — Dix leçons, y compris cinq séries d'exercices pratiques.

IV. *Pathologie générale, anatomie pathologique, thérapeutique*, et *toxicologie.* — Quatorze leçons dont six pour les travaux pratiques.

V. *Médecine interne.* — Quarante et une leçons dont les trois quarts avec démonstrations pratiques.

VI. *Chirurgie.* — Trente leçons dont plus des trois quarts avec démonstrations pratiques.

VII. *Maladies des oreilles.* — Quatre cours, tous avec démonstrations pratiques.

VIII. *Maladie des yeux.* — Quatorze, dont les trois quarts avec démonstrations pratiques.

IX. *Gynécologie et pædiatrie.* — Tous ou la plupart avec exercices pratiques.

X. *Maladie de peau et syphilis.* — Dix-huit leçons, toutes pratiques.

XI. *Psychiatrie.* — Douze, dont la moitié avec exercices pratiques.

XII. *Hygiène publique et hygiène privée.* — Dix-huit leçons dont la moitié avec exercices pratiques.

XIII. *Chimie médicale appliquée.* — Neuf, dont trois avec manipulations.

Ces cours ou conférences sont faits soit par les professeurs, soit par les *assistants*, soit par les *docteurs privés*, parmi lesquels un médecin de régiment. Il va sans dire qu'il s'agit ici du dernier semestre d'hiver.

A l'inverse de ce qui se passe en France, à Paris même, où l'enseignement clinique est donné à peu près exclusivement le matin et sensiblement à la même heure dans tous les services, les leçons précitées ont lieu à toutes les heures soit du matin, soit de l'après-midi et même d'une partie de la soirée. Si l'on tient compte, en outre, du cercle très restreint où elles sont données, on comprendra très aisément avec quelle facilité l'étranger, aussi bien que le Viennois, peut dans l'espace de quelques semaines connaître la plupart des services des professeurs.

Cours de chirurgie. — Ce qui frappe l'observateur au plus haut degré dans les cours de chirurgie professés à l'Hôpital général, c'est le culte absolu de la méthode antiseptique. Les récipients suspendus à une hauteur de 3 ou 4 mètres fournissent par l'intermédiaire de longs tubes en caoutchouc de l'eau phéniquée pour désinfecter les mains de l'opérateur, les instruments et les plaies dues à un traumatisme ou à une intervention chirurgicale. Malheur à l'étudiant, voire même au docteur qui touche à la plaie la plus insignifiante, ou à une pièce de pansement sans avoir préalablement trempé ses mains dans l'eau phéniquée, eût-il, au reste, les mains parfaitement propres à la suite d'ablutions faites dans un autre local !

Les opérateurs et surtout les aides subalternes l'accablent de leur colère. Nous ne saurions trop recommander à nos compatriotes, même dans l'intention de prêter leur concours, de ne jamais effleurer la moindre compresse. Qu'ils s'en rapportent à notre expérience personnelle.

Inutile de dire que tous les instruments servant dans une opération sont trempés dans un bassin renfermant de l'eau phéniquée. Nous n'avons pas vu employer de pulvérisateur. Mais, en revanche, le champ opératoire, si l'on peut s'exprimer ainsi, est irrigué, pendant toute la séance, avec l'eau phéniquée.

Le pansement antiseptique ne diffère guère du pansement classique de Lister ; toutefois très fréquemment, et surtout dans les cas de plaies profondes, destinées à une suppuration et à une cicatrisation fort longues, la première pièce du pansement appliquée sur la surface opérée est la gaze iodoformée à un titre plus ou moins élevé.

Nous avons vu appliquer la méthode antiseptique à peu près avec la même rigueur dans les divers services.

Service du docteur Billroth. — Le cours du savant professeur est intitulé : *Clinique chirurgicale avec préleçons* (Forlesungen), *sur la pathologie et la thérapeutique chirurgicale ;* il a lieu tous les jours de dix heures à midi, sauf le samedi et le dimanche.

Quelquefois la leçon publique est remplacée par une séance d'opération très délicate,

par un *banquet* chirurgical, — ce sont les termes mêmes du professeur, — auquel ne sont conviés qu'un nombre restreint de spectateurs, invités chacun par la lettre suivante :

« Monsieur le docteur X... est invité pour samedi 21 février 1885, à 9 heures, à une opération de laparotomie, à la condition qu'il aura soin, ce jour-là, de ne fréquenter, avant l'opération, ni la salle des malades, ni la salle de dissection, ni aucun autre bâtiment de l'Institut pathologique et qu'il ne portera aucun habit dont il ait coutume de se vêtir pour la fréquentation de n'importe quel Institut.

« L'accès de la salle d'opération n'est permis que sur la présentation de cette lettre d'invitation. » — *Professeur : Docteur E. Billroth.*

On voit que l'antisepsie est toujours l'objet des plus minutieuses précautions.

Le professeur ne fait jamais la leçon purement théorique. Le plus souvent il présente le malade, en décrit l'affection, l'opère séance tenante ou bien il remet l'opération à un des jours suivants.

Toutefois certaines leçons sont consacrées presque exclusivement à la discussion de quelques points de diagnostic élucidés par l'examen du patient, ou par l'exhibition des pièces anatomiques, enfin par des figures tracées au tableau avec des crayons de diverses couleurs : même en ce moment, l'enseignement n'a cessé d'être pratique aussi bien dans la forme de l'exposition que dans le but.

Le professeur, un élève auprès de lui, toujours debout près du tableau ou près du lit sur lequel est déposé le malade, sollicite constamment l'attention de l'auditeur, en la fixant sur un objet tangible. Le professeur est écouté religieusement. Sa voix, faible au commencement de la leçon, ne tarde pas à s'élever.

Il ne nous appartient pas de critiquer la manière d'opérer du savant professeur. Il serait banal d'insister sur la sagesse chirurgicale qui l'a porté à faire placer la plupart des instruments opératoires dans la salle même d'opérations, sur la minutie avec laquelle il désigne la place et les fonctions de ses aides, sur le sang-froid qu'il conserve dans les circonstances les plus graves.

S'il nous est permis de formuler une critique, extra-scientifique peut-être, nous dirons que nous n'approuvons guère l'exhibition de pièces fraîches d'anatomie sous les yeux du malade déposé sur le lit d'opération, qui, chose étrange, ne paraît pas prêter grande attention à ce spectacle singulier.

Service du professeur Albert. — Nous avons entendu également le professeur Albert, dont l'enseignement jouit d'une grande faveur auprès des étudiants très empressés et très nombreux à son cours. Une grande partie des leçons est consacrée à l'interrogation des malades et de l'étudiant chargé d'établir le diagnostic des cas fournis par la consultation.

Dans la même enceinte, nous avons entendu le cours d'orthopédie du privat-docen Larenz, qui nous a témoigné une bienveillance toute particulière. Des travaux antérieurs et des recherches originales dans lesquelles il a formulé et discuté une théorie nouvelle sur la formation des pieds plats, le préparaient à l'enseignement de cette branche de la chirurgie. (Février et mars 1885.) (*A suivre.*)

FORMULAIRE

Potion contre l'éclampsie des enfants. — J. Simon.

Bromure de potassium	1 gramme
Musc	de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 cent.
Sirop de codéine	5 —
Sirop de fleurs d'oranger	30 —
Hydrolat de tilleul	100 —

F. s. a. Une potion, à donner par cuillerée, à un enfant de 2 ans environ, atteint de convulsions. — On commence avant tout par administrer, en lavement, un verre et demi

d'eau tiède additionnée d'une cuillerée à dessert de sel, ou de trois à quatre cuillerées à bouche d'huile à manger, ou bien encore de glycérine ou de miel. Si la bouche peut s'ouvrir, on débarrasse l'estomac à l'aide d'un vomitif. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Le docteur Jean-Aloïs Minnich vient de mourir à l'âge de 84 ans. — Né en 1801 à Lenzbourg (canton d'Argovie), il fit ses études médicales dans les Universités allemandes de Fribourg en Brisgau, de Wurtzbourg, et devint ensuite le disciple et l'assistant du célèbre professeur Schoënlein.

Dès 1832, M. le docteur Minnich vint s'établir à Baden où il pratiqua la médecine jusqu'à sa mort. C'est à lui, sans contredit, que les Bains de Baden doivent leur réputation non seulement en Suisse, mais dans tous les pays étrangers. Ses écrits, en effet, sur les Eaux de Baden et leur emploi, ont été traduits en plusieurs langues. — Il devint le conseiller de tous les malades qui se rendaient à ces Eaux thermales dont il dirigea l'emploi avec autant de sagesse que de discernement. Son nom devint dès lors inséparable de celui des Bains de Baden. Notre éminent confrère ne se borna pas à la seule pratique des Eaux minérales, mais il rendit aussi de précieux services à la population toute entière de cette localité argovienne, notamment pendant les épidémies de choléra de 1832 à 1854.

M. Minnich était un homme d'élite aussi remarquable par les qualités du cœur que par celles de l'intelligence, aussi les regrets d'une foule émue l'ont-ils accompagné à sa dernière demeure. Cette renommée sans tache ne devait pas rester sans être honorée par l'*Union médicale*.

M. Minnich laisse, en mourant, un fils et un petit-fils qui continueront les traditions de leur père.

Récompenses. — La Société nationale d'agriculture de France, dans sa séance publique annuelle, a accordé le prix Barotte (3,400 fr.) à M. Pasteur pour ses découvertes sur les maladies contagieuses.

M. Toussaint, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, a obtenu le prix Behage (1,000 fr.).

Statue de Philippe Pinel. — L'inauguration officielle de la statue de Philippe Pinel, déjà installée depuis plusieurs mois devant l'hospice de la Salpêtrière, a eu lieu le lundi 13 juillet à 10 heures du matin. M. le préfet de la Seine présidait la cérémonie, assisté de M. Dagonet, président de la Société médico-psychologique, qui, sur l'initiative de M. Legrand du Saulle, avait organisé la souscription. On remarquait encore dans l'assistance officielle le docteur Robinet, vice-président du Conseil municipal, et deux petits-fils de Pinel, M. le docteur Ph.-C. Pinel, et M. Honoré Pinel, rédacteur du journal des *Débats*.

Des discours ont été prononcés par M. Dagonet qui a offert la statue à la ville de Paris au nom de la Société médico-psychologique, par M. Poubelle qui a remercié au nom de la ville, et rappelé que Pinel avait eu pour auxiliaire modeste et précieux dans l'œuvre de l'émancipation des aliénés le surveillant Pussin, dont le nom mérite de passer à la postérité. M. Legrand du Saulle a retracé dans une spirituelle allocution les péripéties qu'ont eu à traverser les organisateurs de la souscription. M. Ritti a lu un éloge très remarquable de Pinel et M. Pichon a ajouté quelques mots au nom du conseil municipal.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec et 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 fr. 50.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Ch. Eloy : Les déterminations de la fièvre ourlienne sur l'appareil auditif. — II. L'Epidémie cholérique de 1885. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie.

Les déterminations de la fièvre ourlienne sur l'appareil auditif.

La surdité ourlienne. — C'est la dernière venue dans l'étude des déterminations sensorielles de la fièvre ourlienne. — Ses caractères cliniques. — Cophose d'emblée. — Cophose vertigineuse. — Cophose temporaire et permanente. — Diagnostic avec les dysécies des parotidites, des otites ou des suppurations. — Sa pathogénie.

C'est une courte histoire que celle des métastases ourliennes sur l'appareil auditif. Elle date de quelques années seulement.

Naguère, il est vrai, on avait bien noté des cas de cophose chez des individus atteints de fièvre ourlienne. D'ici, de là, dans la littérature médicale on en trouverait des observations ; mais cette recherche, qui demanderait seulement un peu de patience et beaucoup de bonne volonté, ne jetterait guère de lumière sur l'obscurité de ces phénomènes. Nos devanciers s'occupaient en effet de l'enregistrement de tels faits cliniques plutôt que de leur interprétation pathogénique.

Mieux vaut donc s'en tenir au présent et constater que, dans la période décennale dont l'année 1885 marque le terme, il en a été tout autrement ; car des observations, des notes, des revues critiques, en un mot, des mémoires petits et grands ont enrichi la bibliographie de cette question. A l'heure actuelle la médecine pratique peut directement tirer profit de ces travaux, dont l'énumération serait longue, mais parmi lesquels je citerai ceux de MM. Buck, Noyes, Knapp, Calmettes, Pierce, Dreyfus Brisac, Lemoine et Lannois, et surtout le mémoire qui, en 1884, a mérité à son auteur distingué, M. Fournié, le prix de médecine militaire.

Jusqu'à cette époque, on avait collecté 17 cas de surdité ourlienne ; mais, en leur ajoutant ceux de M. Pierce, on réunit facilement 21 observa-

FEUILLETON

CAUSERIE

Crocodiiana :

L'homme est un animal mammifère de l'ordre des primates, famille des bimanes, caractérisé par des fesses et des hanches saillantes, et aussi par une organisation cérébrale entraînant un degré de sociabilité plus grand que chez les autres animaux.

En vertu de ce don naturel, les hommes ont montré de tout temps un penchant irrésistible à se grouper en sociétés de toute espèce. Adam a commencé par former avec Eve une société dont nous représentons les dividendes. Avec la multiplication du genre humain et les progrès de la civilisation, le nombre des sociétés s'est accru démesurement, en même temps que leur but variait à l'infini. On s'est d'abord associé pour la chasse à l'ours et la pêche du veau marin ; plus tard, on s'est syndiqué pour la chasse à l'actionnaire et la pêche du gogo ; les gens plus modestes se sont contentés de former des sociétés d'admiration mutuelle, qui sont des plus florissantes ; il y a aussi des sociétés de botanique, d'agriculture, de gymnastique, dont la principale occupation est de porter des bannières dans les défilés et d'organiser des banquets. Enfin, quand on s'est aperçu que les prétextes à sociétés commençaient à s'épuiser, on a heureusement trouvé un nouveau filon dans les sociétés antivivisectionnistes.

Quand il existe, sous des latitudes éloignées, plusieurs sociétés du même genre, elles

©BIU Santé

tions contemporaines de cophose ourlienne. Une excursion plus complète à travers les publications périodiques augmenterait sans doute ce total. En tout cas, ce chiffre suffit pour ébaucher les principaux traits cliniques de ces déterminations morbides sur lesquelles l'attention n'a été définitivement attirée qu'au récent Congrès de Newport, en 1881.

Parmi les caractères des cophoses ourliennes en voici un d'abord sur lequel tous les observateurs sont d'accord : leur apparition rapide, inattendue, presque subite. Ce n'est pas à dire pour cela qu'elles sont précoces; puisqu'on les voit débuter tantôt, mais rarement, avec la fièvre ourlienne plus souvent dans les deux et trois premiers jours, ou durant la période d'état, au sixième ou huitième jour, ou bien encore plus tardivement, vers le quinzième jour, durant le déclin et la convalescence.

Leur début est donc variable : leur siège ne l'est pas moins : bilatérales aussi souvent qu'unilatérales, elles affectent aussi bien, dans ce dernier cas, l'oreille gauche que l'oreille droite ; correspondant aussi avec la localisation parotidienne ou alternant avec elle, sans qu'il soit possible de trouver le motif de son caprice ou de sa prédilection.

L'influence du sexe et de l'âge est également nulle : conséquemment on peut clore ici le paragraphe des causes banales, et, avec M. Fournié (1), constater seulement la fréquence relative d'une complication longtemps mal connue, et dont cependant on a, en moins de dix années, publié 21 relations authentiques.

Cliniquement, cette manifestation est loin d'être toujours une dans son évolution. Par l'analyse des travaux de divers écrivains on voit que la cophose ourlienne revêt une double forme ; et sur ce point l'attention des médecins ne saurait trop être en éveil.

Cette surdité peut se montrer *d'emblée*. Rien n'annonce son début, sinon la surdité elle-même. Pas de signes objectifs, pas de symptômes prémonitoires, absence de douleurs, absence d'otorrhée, absence de lésions appa-

(1) Fournié : *Arch. de méd. militaire*, 15 mars 1885.

se réunissent en congrès ; c'est ce qui vient d'arriver aux sociétés antivivisectionnistes, dont le congrès a eu lieu le mois dernier dans un vieil hôtel de la rue de Lille.

Car le faubourg Saint-Germain possède le privilège d'attirer à lui tous les congrès, et de fourmiller de sociétés. Si l'on dressait une carte de Paris en teintant les quartiers suivant le nombre des sociétés qui y tiennent leurs séances, la couleur la plus foncée reviendrait au faubourg Saint-Germain, et ce serait un curieux sujet d'études pour les hygiénistes que de rapprocher de cette carte la fréquence des épidémies par arrondissement. Qui sait si l'on ne trouverait pas la gravité des maladies populaires exactement proportionnelle à la répartition des sociétés savantes ou autres, dans les différentes zones de Paris ?

Quoi qu'il en soit, vingt-six sociétés de France et de l'étranger ont pris part au congrès antivivisectionniste, et je vous laisse à penser si les physiologistes ont été maltraités par cette imposante assemblée de zoophiles.

* * *

En principe, les abus de la vivisection sont aussi condamnables que son usage bien entendu est louable et nécessaire. Si les antivivisectionnistes, même sous forme de sociétés et de congrès, veulent poursuivre les abus de la vivisection, je suis volontiers avec eux ; ne pas sacrifier inutilement des animaux, restreindre autant que possible leurs souffrances, c'est un programme auquel tout le monde peut souscrire. Un très sage règlement sur la vivisection a été édicté en Allemagne, et concilie pour le mieux les besoins de la science avec la protection et l'amour des animaux. Que les apôtres

rentes du conduit auditif externe ou de ses membranes ; tout au plus existence de bourdonnements et de sifflements. La surdité seule est à la fois le phénomène initial de la complication et cette complication elle-même.

Plus souvent cependant, au lieu d'être de forme silencieuse, cette cophose s'accompagne de troubles divers : nausées, vertiges, étourdissements, déséquilibration d'intensité variable depuis le chancellement pendant la marche jusqu'à la tendance à la giration, à la chute dans une même direction, ou aux titubations ébrieuses. Parfois enfin, l'erreur de côté accompagne ces phénomènes et contribue encore à faire obstacle à l'audition (1).

Cette *forme vertigineuse* de la surdité ourlienne a bien quelques apparences du syndrome de Ménière, comme en témoignent les faits publiés par MM. Calmettes, Noyes et Fournié; elle n'est pas non plus de rareté, puisque ce dernier observateur la reconnaît huit fois dans une série de dix-sept cas. Enfin, l'insomnie, les troubles gastriques, l'émaciation du malade lui donnent un caractère de réelle gravité.

Avec ces allures symptomatiques, et surtout sous ces deux formes, la cophose ourlienne devient, en général, permanente. Ici, cependant, il convient d'établir une distinction pronostique, puisque, à côté de ces surdités permanentes, il en est d'autres, de courte durée et moins graves dans leur symptomatologie. M. Dreyfus-Brisac en a rapporté deux observations dans la *Gazette hebdomadaire* de 1884; et on en trouve un autre exemple dans le récit de l'épidémie de Dax, par Jourdan, cité par M. Fournié. Dans ces trois cas, la cophose s'atténua et disparut après une durée d'un à deux septénaires.

Cette cophose passagère, — distinction clinique à noter, — se manifeste dans la convalescence. Elle ne débute pas d'emblée, comme la surdité permanente, et semble être un accident tardif de la fièvre ourlienne, sur-

(1) Pierce : On mumps as a cause of ear disease. — *The Medical Chronicle*, mars 1881, p. 505.

bénévoles de l'antivivisection s'en tiennent là, ils pourront se rencontrer dans leurs congrès avec les défenseurs de la vivisection et travailler en commun à la même œuvre, acceptée de tous.

L'amour des animaux est une des formes de la bonté et de la charité ; c'est un des hommages les plus directs que nous puissions rendre à la nature et à la création ; si l'on a trop souvent des raisons pour manquer à l'amour envers ses semblables, jamais les animaux ne nous donnent sujet de les mépriser. Les vivisecteurs ne sont pas des bourreaux qui font du mal aux animaux en s'amusant de leurs souffrances, comme des enfants méchants ; ils aiment la science et ils surmontent pour elle leur compassion envers les animaux. Si les animaux ont des droits incontestables à notre protection, la science aussi a bien ses droits ; faut-il remettre sous les yeux des antivivisecteurs toutes les conquêtes positives et considérables dont la science et l'humanité sont redevables à la vivisection ? Je crois que ce serait peine perdue, et que ces tentatives de conviction échoueraient auprès de gens qui ne veulent pas être convaincus. Autant vaudrait s'acharner à prouver aux antivaccinateurs les bienfaits de la vaccination ; car ceux-là aussi se préparent à foudroyer les vaccinateurs dans un autre congrès qui va se tenir à Charleroi, en Belgique. Vous remarquerez que la Belgique est la terre favorite de l'antivaccination ; il y a comme cela des légumes qui poussent tout seuls dans certains terrains, sans qu'on sache pourquoi.

En résumé, l'agitation antivivisectionniste me semble poursuivre une tâche tant soit peu forcée et puérile, pour laquelle la société protectrice des animaux suffisait parfai-

©BIU Santé

venant de dix à dix-sept jours après la disparition des symptômes parotidiens.

On s'exposerait cependant à des erreurs de diagnostic et de pronostic, si on ne tenait pas compte d'autres dysécies passagères du cours de la parotidite. Celles-ci sont autres dans leur phénoménalité et leur origine. Une obnubilation de l'ouïe en est bien le symptôme fonctionnel; mais la compression du conduit auditif les produit. On peut donc avec raison partager l'avis de M. Fournié à leur égard, et « les regarder comme un « symptôme secondaire de même ordre que l'amblyopie passagère qui « accompagne les fluxions exagérées des parotides. »

L'organe de l'ouïe est aussi le siège d'une autre manifestation ourlienne, l'otorrhée. Le catarrhe séro-purulent est analogue, au siège près, au catarrhe ourlien de la conjonctive ou de l'urèthre.

On ne peut donc pas faire rentrer ces déterminations morbides dans la catégorie des autres cophoses ourliennes, car la surdité qu'elles produisent se montre après et non pendant la poussée ourlienne. Elles lui sont consécutives, sans en être la conséquence, et dépendent d'une otite suppurée.

C'est assez dire qu'en résumé, dans la fièvre ourlienne, les troubles de l'appareil auditif, définitifs ou temporaires, ont pour origine une localisation nerveuse de la maladie, et sont des accidents ourliens. Les autres, otorrhée, dysécie passagère, compression, ou otite par propagation inflammatoire et avec suppuration, sont des accidents de voisinage.

Par quel mécanisme pathogénique expliquera-t-on ces localisations ourliennes sur l'appareil auditif? Le témoignage de l'anatomie pathologique est ici bien incomplet, puisqu'il se réduit à une seule autopsie où Toynbee constata une hémorrhagie labyrinthique.

Testis unus, testis nullus, disent les légistes. Suivons leur exemple. Cherchons donc une autre explication de ces déterminations morbides; tâche aisée, d'ailleurs, car, malgré cette disette de faits, les interprétateurs ne manquent pas. Selighson s'est fait l'avocat de la transmission inflammatoire par les voies de communication entre l'oreille et la loge paroti

---

tement. Contre cette dernière il n'y a rien à dire ; elle est compatissante sans exagération ni sensiblerie, et elle s'appuie sur un texte de loi que ses adhérents réussissent très souvent à faire observer, au grand soulagement des animaux et pour l'honneur de l'humanité.

***

Passe encore si les sociétés antivivisectionnistes se bornaient à prévenir les abus et à modérer le zèle des néophytes en matière de physiologie expérimentale. Mais quand on prend de l'antivivisection, on n'en saurait trop prendre ; il en résulte que dans les congrès de cette espèce il se débite des choses absolument déraisonnables, qu'il ne faut pas laisser passer sans protestation.

Il y a d'abord les antivivisecteurs gais; ce sont les Anglais, qui ont pris la parole pour signaler à leurs collègues les abus auxquels la législation anglaise contre la vivisection laisse la porte ouverte. J'ai pris des informations pour savoir ce qu'avaient voulu dire exactement ces délégués anglais, et voici les résultats de la plus haute importance que m'a donnés cette enquête. Vous avez entendu parler, sans aucun doute, des abominables scandales révélés avec tant de retentissement par la *Pall Mall Gazette*? Ces articles, mettant sur la sellette les plus hauts personnages de l'aristocratie anglaise, ont causé une surprise et une émotion faciles à comprendre de la part d'un peuple qui est précisément l'inventeur du mot *shocking*, et qui s'est fait un devoir de promener ce mot terrible dans le monde entier, concurremment avec la Bible et les pardessus en caoutchouc.

dienne, étayant cette théorie sur les cas de phlegmon parotidien s'ouvrant dans le conduit auditif. Voilà une explication qui ne donne pas la raison des cas, — et ce sont les plus nombreux, — où la suppuration fait défaut.

Quant à la propagation par l'intermédiaire du nerf facial, il ne lui manque qu'une sanction, très indispensable à coup sûr : la démonstration réelle d'un consensus sympathique entre l'appareil auditif et la glande parotidienne en puissance d'inflammation ourlienne. Je passe outre à cette hypothèse de la propagation intra-auriculaire d'un exanthème buccal, cet exanthème n'étant rien moins que démontré. On se trouve donc conduit à chercher plutôt l'explication de ces phénomènes dans une *influence* paralysigène sur le nerf auditif, influence comparable à celle qui sur l'œil produit l'amaurose et la perversion des sens chromatiques dans le cours des oreillons. C'est là, provisoirement du moins, la seule interprétation satisfaisante à tous points de vue de ces phénomènes singuliers.

La critique en serait aisée; mais, à titre d'hypothèse provisoire, elle a le mérite de faire rentrer les localisations sensorielles des oreillons dans la catégorie des déterminations nerveuses des maladies infectieuses, affections avec lesquelles la fièvre ourlienne possède de si nombreuses analogies. Au reste, de récentes recherches de laboratoire (Capitan, Charrin, Bouchard), confirmées par M. Aug. Ollivier, ne font-elles pas soupçonner la nature microbienne de cette affection et ne donnent-elles pas une vraisemblance plus grande encore à cette opinion ?

Mode fréquemment insidieux de son début, obscurité non moins grande de sa pathogénie, gravité de son pronostic; enfin, impuissance de la thérapeutique, tels sont les caractères de la cophose ourlienne; tels sont aussi les motifs qui la recommandent à la sagacité et à la vigilance des praticiens

Ch. ÉLOY.

Eh bien, il paraît que la *Pall Mall Gazette* a tout simplement donné dans une fumisterie colossale; que tout ce qu'elle a raconté comme étant arrivé à des jeunes filles, à des enfants, n'est arrivé qu'à de pauvres animaux, victimes des vivisecteurs anglais. C'est justement la sollicitude des Anglais pour les animaux qui a amené cette méprise; les chiens, les pigeons, les grenouilles, qui étaient enlevés à leurs familles pour servir aux manœuvres des vivisecteurs, portaient des noms de jeunes filles, et grâce à cette touchante habitude, la *Pall Mall Gazette* a pu prendre d'un bout à l'autre les vivisecteurs pour des proxénètes, et d'inoffensives grenouilles pour des prostituées en bas-âge, absolument comme le singe de la fable prenait le Pirée pour un homme.

Je suis heureux de rétablir la vérité sur ce point, de restituer leur signification réelle aux horreurs de la *Pall Mall Gazette*, et surtout de montrer combien les délégués anglais au congrès de la rue de Lille étaient fondés à se plaindre de l'extrême *tolérance* des lois anglaises.

*
* *

D'autres orateurs sont venus ensuite, parmi lesquels plusieurs dames. Il y a beaucoup de dames fourvoyées dans l'antivivisectiou; je ne commettrai pas l'irrévérence de me demander si elles ne feraient pas mieux de s'occuper d'autre chose; elles sont peut-être embarrassées pour l'emploi de leur temps?

L'une d'elles a conseillé à ses collègues de tous les pays (collègues en antivivisection) de rechercher le chiffre des dépenses occasionnées par l'entretien des laboratoires de physiologie. « Il y a là, a dit cette éplucheuse de budgets, des abus nombreux qu'il est

©BIU Santé

L'Épidémie cholérique de 1885.

Extension et répartition de l'épidémie. — Les statistiques. — Les ferranistes et leur arithmétique. — Le ferranisme.

Près de 14,500 cas et environ 5,200 décès, tel a été, du 16 au 22 juillet, c'est-à-dire en six journées, le bilan approximatif des ravages de l'épidémie en Espagne.

Ces chiffres ont une lugubre signification, et cependant n'expriment pas la vérité tout entière, nous n'en voulons pour preuve que les déclarations de la presse médicale transpyrénéenne, et en particulier cet aveu du dernier numéro du journal *El Siglo medico*, reconnaissant qu'à Valence LA HECATOMBA HA SIDO SUPERIOR A LO QUE SE HA REFERIDO. Les fantaisies de la statistique officielle donnent donc la raison de différences qu'on estime chaque jour à 500 décès et à 1,000 cas! On peut juger, par ce fait, du fonds qu'il faut faire sur les fameuses statistiques ferraniennes et de l'impossibilité d'en vérifier les éléments!

La marche de l'épidémie varie d'une localité à l'autre; mais les provinces de Valence et de Murcie en restent toujours les théâtres principaux.

Valence, chef-lieu de la capitainerie de ce nom, est encore cruellement frappée. La visite des ministres espagnols n'a pas été l'origine d'améliorations à ses conditions antihygiéniques. Dans la ville de Murcie, les ravages sont tels que, malgré l'émigration du cinquième de la population, 2,000 habitants ont succombé en trois semaines. A Tolède, à Saragosse et dans la province d'Alicante, l'épidémie possède les mêmes allures que le choléra de 1884 à Toulon et à Naples; à savoir, une brusque aggression, un génie meurtrier, et une prompte diminution des cas après une excessive malignité des attaques.

La morbidité et la mortalité d'Aranjuez témoignent aussi de cette évolution. Du 15 au 21 juillet, la morbidité quotidienne y descendait de 72 invasions à 1 seul cas et la mortalité de 42 à 2 décès. Il est vrai, ajoute notre correspodant, que cette atténuation tient à l'absence de personnes aptes à contracter la maladie et non à la bénignité plus grande du choléra. Il en est ici comme ailleurs :

Et le combat finit faute de combattants!

En étendue, l'épidémie fait rapidement la tache d'huile. Chaque jour, elle parcourt une étape nouvelle vers le sud et vers le nord-est de la péninsule, en menaçant de plus en plus les provinces pyrénéennes. Le 10, la vieille Castille et la région septentrionale de l'Andalousie étaient atteintes. Le 18, le télégraphe annonçait la contamination défi-

---

« urgent de signaler au public et aux législateurs appelés à discuter les questions budgétaires dans les Parlements. »

On ne sait vraiment comment remercier cette oratrice de la lumière qu'elle vient d'apporter ainsi dans les difficultés financières des États. Pour ne parler que de la France, vous vous figuriez peut être que le déficit du budget venait du Tonkin, de la concurrence étrangère et autres balivernes semblables? Vous savez maintenant à quoi vous en tenir. Si le budget est mal équilibré, c'est à cause des vivisecteurs qui prennent pour leurs laboratoires tout l'argent disponible ; voilà le secret de tous nos malaises pécuniaires, et, s'il est resté si longtemps ignoré, c'est évidemment parce que les vivisecteurs, gens influents et habiles, répandaient eux-mêmes toutes les erreurs courantes sur le budget, afin qu'on ne s'aperçût pas qu'ils dépensent trois milliards tous les ans à fabriquer des tambours enregistreurs et des canules à gastrostomie.

***

Tout cela n'est qu'amusant, et les antivivisecteurs ne dépassent pas la mesure tant qu'ils prêchent leur croisade avec ces arguments folâtres.

Mais quelquefois ils vont plus loin, trop loin et alors il est nécessaire de les arrêter.

Voici, par exemple, Mme X... qui demande qu'on se livre à des investigations sur les expériences tentées sur les malades dans les hôpitaux; et Mme Z... qui dans un discours très applaudi, paraît-il, a critiqué la méthode de Claude Bernard et les dangers qui en résultent lorsqu'il s'agit du traitement des malades.

nitive des provinces de Cadix et de Malaga. La vieille Ségovie avait été frappée. Le lendemain, on apprenait l'apparition du mal indien dans les environs de Grenade et de Valladolid et, le surlendemain, dans la province d'Almeria.

Aujourd'hui, dix-huit provinces forment le domaine du fléau. Ce sont celles d'Alicante, d'Albacète, d'Almeria, de Castellon, de Grenade, de Terragone, de Saragosse, de Murcie, de Valence, de Tolède. de Salamanque, de Jaen, de Valladolid, de Ségovie, de Guadalagara, de Soria, de Teruel et de Cuenca, où, après un début lent et des cas isolés, le choléra augmenta rapidement d'intensité.

La morbidité et la mortalité cholériques sont toujours faibles à Madrid. Quelle est la cause de cette immunité? D'aucuns modestement. confessent leur ignorance et constatent l'heureux privilège de la capitale. D'autres, de plus facile crédulité, l'attribuent à la présence de M. Ferran, dont les plus candides de nos confrères espagnols demanderont la canonisation!

Malgré l'exécution morale dont il a été l'objet dans notre pays par des voix et des plumes autorisées, le futur saint du calendrier espagnol publie statistique sur statistique.

Voulez-vous des chiffres? Il en a mis partout, et quels chiffres! Alcira possédait 6,000 habitants, et de plus six médecins ferranistes; 2,642 inoculations et 7,881 réinoculations y furent pratiquées. Ces six confrères ferranistes comptent 303 invasions, 112 guérisons, 148 décès, et 43 malades encore en traitement parmi les non inoculés. Honnis soient ces rebelles aux injections ferraniennes! Le choléra, qui fait vivre les vaccinateurs et les protège, a frappé ces récalcitrants dans la proportion de 50 p. 100. Parmi les inoculés, il n'atteint que 35 individus, et, bon prince, il en ménage même 38 pour en tuer 9 seulement. Bénin tribut, sans doute, qui fait chanter victoire aux ferranistes. Encore un peu et ils conviendront candidement que le choléra est leur auxiliaire auprès des naïfs et des crédules.

A Benefago, pays de 3,615 âmes, il y aurait eu 450 inoculations, 381 réinoculations, et, parmi elles, une seule invasion fort bénigne! De plus, les trois signataires de cette statistique déclarent que sur 301 non inoculés préalablement, 128 sont morts. Aussi, du 28 au 30 juin, les trois vaccinateurs sont en zèle; ils inoculent 2,315 habitants en quarante-huit heures; en d'autres termes, ils pratiquent vingt-sept vaccinations à l'heure et s'y livrent durant douze heures chaque jour. Quelle ardeur! Le choléra les venge encore des incrédules, tue 40 des non-inoculés et seulement 6 des inoculés. La série des réinoculés est plus heureuse encore, disent-ils, on n'y observe ni décès ni invasion.

Quelle est donc cette méthode de Claude Bernard, incriminée par Mme Z..., et quels dangers fait-elle courir aux malades? On peut supposer que Mme Z... n'a pas des idées nettes là-dessus, et qu'elle a parlé de Claude Bernard, des hôpitaux et des malades comme les aveugles parlent des couleurs.

Le cas de Mme X... est encore plus grave, quand elle signale à la vindicte publique les expériences tentées sur les malades dans les hôpitaux. Non, Madame, on ne fait pas d'expériences sur les malades dans les hôpitaux; ce sont là des histoires qui peuvent se raconter sur le pas des portes, entre la crémière et la concierge; il n'y a pas d'autres conciliabules où l'on se représente les hôpitaux comme les derniers asiles de la sorcellerie et de l'inquisition; mais tout le monde sait que les malades sont soignés dans les hôpitaux non seulement avec toutes les ressources avérées de la science, mais aussi avec le dévouement et le respect les plus scrupuleux. C'est donc une mauvaise action que de colporter ces cancans, qui n'ont aucune valeur pour les gens éclairés, mais qu peuvent être pris au sérieux par les pauvres gens, simples d'esprit, dont l'hôpital est l'unique refuge contre la souffrance, et pour lesquels il faut conserver intacte la juste et bonne renommée de l'hôpital. Mettre en suspicion les médecins des hôpitaux, les dénoncer comme se livrant sur leurs malades à quelque chose de comparable à la vivisection, c'est manquer à la fois à la vérité et à la philanthropie; l'emploi de pareils moyens met le comble au discrédit et au ridicule des parlottes antivivisectionnistes, et réduit à leur juste valeur les larmes qu'y versent des crocodiles amateurs, en habit noir ou en jupons.

P. Dubray.

©BIU Santé

A Cheste : 3,117 des 5,227 habitants se soumettent à la seringue ferranienne entre le 1er et le 10 juillet. On remarque parmi eux 13 invasions et 7 décès ; la morbidité et la mortalité des non-inoculés s'élevant dans le même temps à 54 cas et 18 morts.

Voilà des statistiques ! M. Ferran en promet d'autres, et il les produira, je n'en doute pas, pour l'admiration des naïfs et la joie des pédants !

Peu en importe le nombre ! Il manquera toujours à ces documents un contrôle contradictoire ; ils n'auront guère de valeur, ne présentant d'autre garantie que les déclarations d'individus juge et partie dans leur cause ! Quand on sait à propos redresser les bacilles virgules ou rectifier leur courbure, et opportunément les condamner à l'obésité, ne serait-il pas au besoin très aisé de modifier la table de Pythagore, au profit des tableaux statistiques ?

Quant au secret du docteur Ferran ; je m'en rapporte à son confident et son avocat parisien M. Respont. Ce rédacteur du *Temps* déclare, en effet, que le virus-vaccin de M. Ferran « n'enlève pas à notre organisme une substance qui lui appartient » mais agit « par l'apport d'une substance étrangère, d'un poison créé par le microbe. »

Il y a beau de cette théorie à l'atténuation des virus par les méthodes devenues classiques ! Naguère M. Ferran faisait acte de foi dans les doctrines pastoriennes. Aujourd'hui le voilà presque en hérésie vis à vis d'elles ! Cette évolution n'étonne pas ; convenons néanmoins qu'elle est d'un mauvais exemple quand, apôtre déjà dans Alcira, le paradis des microbes comma, on espère y arriver un jour, à la béatification ! — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Vulpian présente une note de MM. Nicati et Rietsch, intitulée : *Atténuation du virus cholérique.*

« Nous avons repris, dès le mois de mai dernier, une série nouvelle d'expériences d'inoculation avec les cultures de bacilles-virgules que nous avions maintenus vivants par des transplantations successives (en moyenne deux ou trois par mois). Le résultat principal de ces expériences est le suivant :

« Tandis que les cultures fraîches *inoculées dans le tube digestif des cobayes* provoquaient, à la fin d'octobre dernier, de la diarrhée suivie, au deuxième, troisième et même cinquième jour, d'un état subit d'algidité amenant la mort en quelques heures, et que le cadavre des animaux présentait les signes classiques du choléra, ces mêmes cultures semblent être aujourd'hui devenues inertes. Elles ne provoquent plus la diarrhée et ne donnent plus la mort. Lorsque, par quelque accident d'opération, l'animal vient à mourir, le cadavre ne présente plus les lésions caractéristiques.

« M. van Ermengem accuse un résultat identique dans ses essais récents ; M. Koch, M. Doyen ont été obligés, pour obtenir des effets pathologiques, d'accroître artificiellement la sensibilité des cobayes, et encore le premier ne signale-t-il pas l'apparition de la diarrhée caractéristique.

« Tous ces faits concourent à établir que le bacille-virgule s'atténue dans les conditions où sont faites les cultures, c'est-à-dire dans le bouillon ou la gélatine nutritive, et par une température moyenne qui a été, pour les nôtres, de 20° à 25°.

« Nous n'avons pas de données sur le temps minimum nécessaire à ce degré d'atténuation, parce que nous avons dû brusquement interrompre nos expériences à la fin de l'épidémie.

« Quant aux expériences par injections sous-cutanées, il n'y a pas lieu de rechercher pour elles une atténuation. Les plus petits animaux, et les cobayes en particulier, supportent ainsi de notables quantités de virus, même à l'état absolument frais, c'est-à-dire sous forme de matières fécales ou de contenu intestinal de cholériques. On sait cela dès longtemps avant la découverte de M. Koch, c'est-à-dire dès les épidémies de 1862 et de 1867. »

MM J. Béchamp et A. Dujardin adressent une note sur « les *microzymas du jéquirity* ».

« Nous démontrons : 1° que les microzymas isolés des graines de jéquirity possèdent l'activité phlogogène de la jéquiritizymase; 2° qu'ils peuvent, comme celle-ci, fluidifier l'empois; 3° qu'ils peuvent par évolution devenir bactéries; 4° que, en injection intraveineuse, ils déterminent la mort et les mêmes désordres que la jéquiritizymase; 5° que l'infusion filtrée de jéquirity ou la solution de jéquiritizymase perd son activité, lorsqu'on y laisse développer des bactéries au contact de l'air, même lorsque celles-ci sont présentes.

« Les microzymas jéquiritiques possèdent identiquement les mêmes activités chimique et phlogogène que la jéquiritizymase, de même que les microzymas pancréatiques possèdent celles de la pancréazymase; les microzymas jéquiritiques, comme ceux d'autres organismes, peuvent subir l'évolution bactérienne; l'activité de la macération n'est pas due à des microbes venus de l'air; lorsqu'on a trouvé des bactéries actives, c'est que, sans doute, c'étaient celles qui provenaient du premier temps de l'évolution des microzymas jéquiritiques. »

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section de minéralogie, en remplacement de M. Cailletet, élu académicien libre.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 36, M. Gosselet obtient 29 suffrages, M. Dieulafait 6, M. Barrois 1.

M. Gosselet, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 juillet 1885. — Présidence de M. de Beauvais, président.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend les journaux et revues de la quinzaine : le *Progrès médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal des sages-femmes*, les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, le *Journal des Sociétés scientifiques*, la *Revue de thérapeutique*, etc.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le docteur Rougon, dans laquelle il adresse à la Société sa démission de membre titulaire et d'archiviste. La Société décide de surseoir à toute décision jusqu'au retour de M. le docteur Rougon à Paris; elle espère que cet honorable confrère reviendra sur sa regrettable détermination.

M. le docteur Coignard demande une rectification dans le rapport du secrétaire général (1) sur les travaux de la Société, au sujet de son mémoire sur l'albuminurie. Il a conclu à l'existence d'albuminuries transitoires et non à celle d'albuminuries physiologiques, comme on le lui fait dire par suite d'une transposition.

COMMUNICATIONS.

M. le docteur Dubuc lit une observation de *Tuberculose primitive de la vessie chez une jeune fille*. (Sera publiée.)

M. Duroziez : Je suis étonné de la crainte que M. Dubuc manifeste pour les injections vésicales. Comment, lorsque les tubercules envahissent le poumon, il semble qu'on ait tous les regrets de ne pouvoir pénétrer jusqu'au foyer du mal pour le combattre directement, et ici, dans la vessie, lorsque l'on a le corps du délit sous la main, M. Dubuc recule devant toute action directe, devant tout traitement local!

M. Dubuc : Logiquement, il pourrait paraître avantageux d'employer les moyens *directs*. Mais l'expérience a démontré que leur emploi, loin d'être utile, ne fait qu'aggraver l'état du malade. Ainsi, par exemple, les instillations de nitrate d'argent peuvent

(1) *Union médicale* du 21 juin 1885, p. 1045, ligne 40.

avoir pour résultat de réveiller et d'exagérer, ou même de faire naître l'état douloureux, ou encore de produire des hémorrhagies très difficiles à arrêter. M. Guyon en a cité des exemples. Ainsi, lorsque le diagnostic est bien établi, toute intervention active est contre-indiquée, tout au plus, quand la vessie n'est pas intolérante, peut-on agir par les antiseptiques, et notamment par les injections d'acide borique.

M. Duroziez : Je suis tout à fait de l'avis de M. Dubuc, et je comprends que l'on n'emploie pas les traitements *forts*, mais je pense que, lorsqu'on est en présence de tubercules au début, on peut recourir à un traitement mitigé. D'ailleurs, les tubercules de la vessie ne sont pas toujours aussi graves que semble le croire M. Dubuc ; il y en a qui guérissent, ou du moins qu'on a la prétention de guérir.

M. Dubuc : Le pronostic est toujours grave ; mais il est évident que tous les cas ne se ressemblent pas, qu'il y en a de relativement favorables, et j'ai moi-même parfois observé de longues rémissions. Mais, dès que la vessie est envahie dans une certaine étendue, que les tubercules sont arrivés à la période d'ulcérations, toute intervention active me paraît à redouter.

M. Martin : Ce que M. Dubuc vient de dire de la cystite tuberculeuse, je le crois également vrai pour la laryngite tuberculeuse : là aussi toute intervention active paraît contre-indiquée. Ne pourrait-on cependant pas obtenir quelques bons résultats de l'iodoforme insufflé dans la vessie ?

M. Dubuc : L'iodoforme aurait un inconvénient ; il ne resterait pas en place ; il serait entraîné et délayé par l'urine. C'est d'ailleurs l'introduction de la sonde qui est pénible et douloureuse.

M. Polaillon : Je voudrais rappeler un fait qui confirme ce que vient de nous dire M. Dubuc. Il y a quelques années, je fus consulté par une femme d'une trentaine d'années qui se plaignait de ténesme vésical et de grandes douleurs en urinant. Les urines étaient claires, à peu près normales ; elles ne renfermaient ni sang ni pus. L'utérus était sain. Le ténesme vésical était le seul symptôme apparent. J'essayai les injections dans la vessie d'une solution d'acide borique ; résultat nul. Je pratiquai alors, à l'aide d'un instrument spécial, la section du col de la vessie : l'opération se fit bien, mais ne produisit aucune amélioration. Je songeai alors à faire la dilatation brusque du col vésical, après avoir chloroformé la malade ; je n'obtins encore rien, et je remarquai qu'après chaque opération, la femme allait un peu plus mal. Plus tard, cette malade maigrit, toussa ; elle mourut tuberculeuse, et, à l'autopsie, on constata une magnifique tuberculose de la vessie, que, pendant la vie, on n'avait pas reconnue.

M. Dubrisay lit un travail intitulé : *De certaines perturbations fonctionnelles au début des maladies organiques de l'estomac.* (Sera publié).

M. Duroziez. Il me semble qu'on admet trop facilement la dénomination de *cancer* de l'estomac, et je doute qu'il y ait sous cette rubrique une idée bien nette. Chez le malade de M. Dubrisay les lésions ont suivi une filière qui me fait croire à une altération *générale* plutôt qu'à une altération *spécifique*. Je crois volontiers avec M. Verneuil que beaucoup de lésions dites *cancéreuses* ne sont que des lésions banales, sans aucune spécificité. C'est même pour cela que l'observation de M. Dubrisay me paraît surtout intéressante : Dyspepsie diabète, puis cancer, voilà une trilogie dans laquelle il n'y a rien de spécifique.

M. Fraignaud. Je vois en ce moment un monsieur, goutteux depuis plus de vingt ans, qui, il y a six semaines environ, allant en voiture à Paris, fut pris tout-à-coup d'une hématémèse épouvantable. Depuis cette époque je constate que la paroi antérieure de l'estomac a perdu sa souplesse ; il se forme un point résistant au-dessus de l'ombilic. Evidemment il s'agit ici d'un cancer de l'estomac, qui, d'après les idées nouvelles, serait l'évolution tertiaire d'une affection goutteuse. La perversion de la fonction qui aboutit au produit cancéreux ne se traduit pas nécessairement par le diabète, car autrement il y aurait du sucre dans l'urine de tous les cancéreux. J'ajouterai que, parmi les symp-

tômes du cancer de l'estomac, le vomissement n'est pas constant ; mais ce qui m'a toujours frappé, c'est l'*anorexie*, anorexie persistante et résistant à tous les traitements. L'usage, et même l'abus du tabac, ne me paraît pas être la cause de cette anorexie ; elle ne se rencontre que chez les malades que j'appellerai volontiers les cancéreux de l'avenir.

M. Dubrisay : Je suis tout à fait de cet avis.

M. Perrin : S'il est vrai que les lésions de nutrition et d'assimilation soient susceptibles d'amener à la longue une déchéance de l'organisme finalement, et trop souvent, productive elle même du tubercule ou du cancer, il n'en est pas moins certain que cette interprétation étiologique est insuffisante pour donner la raison de cette même évolution du tubercule ou du cancer, chez nombre d'individus chez lesquels l'affection organique en cours n'a été jusque-là précédée d'aucun trouble apparent dans la santé. Cette affirmation de notre part, basée sur une observation clinique attentive, nous a paru surtout vraie chez les tuberculeux ou les cancéreux *par hérédité*.

M. Duroziez : Je réagis contre l'expression de *cancer*, parce qu'il n'est pas indifférent de dire à quelqu'un qu'il a un cancer, ou une tumeur. Encore si par cancer de l'estomac, on entendait quelque chose de net, d'invariable : mais cela n'est pas, on y englobe toute espèce de lésions. Pour ma part, quand je sens une tumeur, je dis qu'il y a une tumeur, je ne dis pas qu'il y a un cancer.

M. Dubrisay. Alors mon malade, chez lequel il y a aujourd'hui une tumeur bien nette au niveau de la région pylorique, ne serait pas un cancéreux aux yeux de M. Duroziez ?

M. Duroziez : Non.

M. Dubrisay. M. Duroziez est donc plus royaliste que le roi, car MM. Bouchard, Verneuil et tous ceux qui partagent leurs idées, ne songent nullement à supprimer le cancer. Il y a en effet cliniquement une maladie caractérisée par la production d'un tissu d'apparence spéciale à la vue et au microscope, et qu'on ne peut nullement confondre avec d'autres lésions auxquelles M Duroziez a fait allusion, notamment avec celles du cœur et des gros vaisseaux. De ce que, chez un arthritique ou un goutteux, le cancer se produit par suite d'une altération générale, il ne s'ensuit pas qu'à un moment donné il n'aboutisse à une lésion locale. Le fait clinique reste le même, l'interprétation seule change.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, J. Christian.

FORMULAIRE

Pommade contre la gale. — Kaposi.

Naphtol	15 grammes.
Savon vert	50 —
Craie blanche pulvérisée	10 —
Axonge	100 —

Mêlez. — On fait une friction énergique, avec cette pommade, sur les régions où se tiennent les acares, puis on saupoudre avec de l'amidon. Cette pommade n'a pas d'odeur désagréable et ne tache pas le linge; cependant, elle détermine des inflammations cutanées sous forme de taches rouges, d'urticaires ou de papules disséminées d'eczéma qui n'atteignent jamais un haut degré de gravité. Pour les nourrissons et les jeunes enfants, la proportion de naphtol doit être réduite à 5 p. 100. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Les trois concours de clinicat se sont terminés mardi dernier par les nominations suivantes :

Chefs titulaires de clinique médicale, MM. les docteurs Siredey et Capitan ; chefs de clinique adjoints, MM. les docteurs Duplaix et Martinet.

Chef titulaire de clinique chirurgicale, M. le docteur Ménard ; chef de clinique adjoint, M. le docteur Ozenne.

Chef titulaire de clinique des maladies du système nerveux, M. le docteur Babinski.

— Le concours ouvert pour la nomination à deux places de prosecteur vient de se terminer par la nomination de MM. Broca et Chaput.

— Le concours du Bureau central en médecine vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Comby et Chantemesse.

Concours *pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices (année 1885)*. — La composition écrite du concours pour les prix de l'Internat en médecine et en chirurgie, aura lieu le mardi 3 novembre 1885, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

Ce concours est obligatoire pour les élèves qui terminent leur deuxième année. Ceux qui, à moins de dispense préalable accordée par le directeur de l'Administration, n'auront pas fait et lu la composition prescrite, et ceux auxquels le jury n'aura pas donné au moins la note *passablement satisfait*, seront rayés de la liste des élèves internes des hôpitaux.

Les élèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure apprécié par le jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, ne seront admis à concourir pour le Bureau central qu'après trois années de doctorat.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

Nécrologie. — On annonce d'Attigny, 7 juillet, la mort du docteur Alfred Lesure, frappé dans la force de l'âge et au milieu des apparences de la santé la plus vigoureuse par une attaque d'apoplexie foudroyante. M. Lesure était vice-président de l'Association des médecins du département des Ardennes, depuis 1877, époque à laquelle il succédait à un frère suivi de non moins unanimes regrets.

Avec lui disparaît un nom qui avait acquis dans l'Aisne, à la suite de tout un siècle d'exercice, un patrimoine unique de notoriété, d'estime sympathique et de haute honorabilité professionelle. M. le docteur Toussaint, président de l'Association, et M. le député Drumel, son collègue du Conseil général, se sont faits les interprètes des sentiments de la foule immense d'obligés et d'amis qui avaient tenu à lui rendre les derniers devoirs, et ont rappelé avec émotion le dévouement désintéressé, l'activité infatigable et les aptitudes complexes et originales de ce confrère distingué.

Société de médecine de Paris. — Séance du 25 juillet 1885. *Ordre du jour :* 1. Lecture du mémoire de M. Girardin sur la tuberculose pleuro-péritonéale et méningée. — 2. Communications diverses. — 3. Vacances en août et septembre.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Lœwenberg : Du traitement des suppurations mastoïdiennes sans trépanation. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — III. Thèses de doctorat. — IV. Courrier.

Du traitement des suppurations mastoïdiennes sans trépanation (1),

Par le docteur Lœwenberg.

Bien que les affections de l'oreille soient, en elles-mêmes, exemptes de danger pour la vie, elles peuvent, néanmoins, amener les plus graves désordres, et même la mort, par les complications qu'elles sont susceptibles d'entraîner. De pareils accidents surviennent principalement dans le cours de l'otite moyenne purulente chronique ou « otorrhée », affection des plus communes, mais généralement négligée ou, pis encore, soignée en dépit du bon sens médical. Ainsi, nous voyons journellement espérer la guérison de cette affection auriculaire, et de bien d'autres encore, de l'époque de la puberté, dont l'avènement ne guérit, bien entendu, aucune maladie de l'oreille! Et, en attendant, les années s'écoulent, et nous voyons s'enraciner et devenir définitivement incurables des lésions qui, soignées à temps, auraient été combattues sans peine. Il en va ainsi surtout de l'otite moyenne purulente qui, au début, cède le plus facilement du monde au simple traitement antiseptique, tandis que, abandonnée à elle-même, elle devient rapidement chronique et peut alors entraîner des complications mortelles.

Vu la gravité que toute otorrhée peut acquérir à un moment donné, j'ai insisté, il y a déjà longtemps, sur l'importance du symptôme « écoulement de l'oreille » (p. ex. dans mon premier mémoire sur les *Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal*. Paris, 1878, p. 75). On négligerait certainement l'otorrhée beaucoup moins si l'on savait qu'elle indique la perforation du tympan, car le siège de la sécrétion étant dans la caisse, le pus ne peut s'écouler au dehors qu'après avoir percé cette cloison. Dans des cas extrêmement rares seulement, et bien autrement graves encore, des matières formées dans les cavités mastoïdiennes (2) tournent pour ainsi dire la caisse et débouchent directement dans le conduit auditif, après avoir perforé la paroi osseuse qui le sépare de ces cavités.

Heureusement, la voix du spécialiste n'est plus la « vox clamantis in deserto », et la lumière commence à se faire sur ce point. M. Albert Robin, p. ex. dans son intéressante thèse d'agrégation (3), en traitant des complications cérébrales qui peuvent être suscitées par les affections de l'appareil auditif, résume parfaitement les résultats de l'observation spéciale de maints auteurs en s'exprimant ainsi : « Il faut reconnaître

(1) D'après un mémoire lu au troisième Congrès otologique international (Bâle, septembre 1884) et une communication faite au Congrès français de chirurgie (Paris, avril 1885).

(2) Sans entrer ici dans l'étude des innombrables variétés individuelles que présente le développement relatif des diverses cavités de l'apophyse mastoïde (antrum et cellules), je les engloberai toutes sous la dénomination collective de *cavités mastoïdiennes;* j'y comprendrai également les espaces cellulaires creusés dans d'autres parties du temporal et communiquant avec ces cavités.

(3) Albert Robin : *Des affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif* (Paris, 1883, p. 19).

©BIU Santé

que, dans la majorité des cas, c'est l'otite moyenne suppurée chronique, ordinairement désignée sous le nom d'otorrhée chronique, qui est la cause dominante des affections inflammatoires de l'encéphale. Cette otorrhée succède le plus souvent à l'otite moyenne aiguë qui passe à l'état chronique, d'abord par négligence thérapeutique, puis sous l'influence d'un traitement mal dirigé, etc. L'idée populaire d'un exutoire utile, dont la suppression va produire les accidents les plus graves et même des maladies du cerveau, est une interprétation fausse de ce grand fait que les manifestations cérébrales des otorrhées suivent souvent l'arrêt de l'écoulement purulent ; aussi hésite-on à traiter ces otites....; l'absence de traitement, est, au contraire, un agent efficace de cette transmission cérébrale. »

Les complications de l'otorrhée capables de compromettre la vie sont généralement occasionnées par la propagation du processus inflammatoire aux organes capitaux qui avoisinent l'oreille moyenne; ainsi, il peut y avoir : carie et nécrose du temporal, méningite, méningo-encéphalite, phlébite et thrombose des sinus veineux voisins du rocher ou du golfe de la veine jugulaire, perforation de la carotide interne ou du sinus latéral, etc. Mais la complication la plus fréquente des écoulements auriculaires, — souvent fort anciens, — c'est l'inflammation et la suppuration dans les cavités mastoïdiennes (1).

L'inflammation suppurée de l'apophyse mastoïde est non seulement une affection extrêmement longue et douloureuse, mais elle compromet même la vie dans bon nombre de cas en amenant, à son tour, une des terminaisons énumérées ci-dessus, telle que la propagation ultérieure de l'inflammation aux sinus, aux méninges, à la substance cérébrale, etc., ou bien des affections générales, telles que la pyémie, la septicémie, l'embolie, la tuberculisation même, d'après certains auteurs.

En présence des longues souffrances et des dangers entraînés par la maladie en question, on conçoit aisément l'importance majeure de tout acte thérapeutique capable d'arrêter sa marche et de prévenir ses conséquences délétères. Or, parmi ces moyens, les spécialistes, à l'étranger surtout, tendent de plus en plus à considérer comme l'unique planche de salut *la trépanation de l'apophyse mastoïde,* instituée dans le but d'évacuer le pus et de rendre les cavités malades accessibles aux applications thérapeutiques. Fait significatif pour le rôle de cette opération, l'année 1884 a vu discuter aux nombreuses réunions dans lesquelles elle a assemblé les membres de notre profession, en deçà et au delà de l'Atlantique, les différentes questions surgissant à propos de l'époque à choisir pour la trépanation, des méthodes chirurgicales à adopter et du traitement à instituer après la perforation de la paroi osseuse. Mais on n'a pas songé, à mon grand étonnement, à résoudre un problème qui, par son importance capitale, me paraît logiquement primer tous les autres soulevés par ce sujet, problème qu'en style parlementaire on appellerait *la question préalable.* En d'autres termes, je pense qu'avant d'aborder la discussion des détails de cette opération, il faudra se demander : *Est-il toujours nécessaire de répaner ou non ? Or, la pratique des six dernières années m'a démontré qu'il*

(1) Ce mémoire étant exclusivement destiné à faire ressortir les modifications que je désire apporter au *traitement de l'inflammation mastoïdienne suppurée* n'entrera pas dans es détails des diverses formes localisations de l'affection en question.

existe un grand nombre de cas d'affection mastoïdienne grave qu'on peut guérir sans recourir à cet acte chirurgical, toujours sérieux, — ni même à l'incision de Wilde, qui consiste à fendre simplement les téguments recouvrant l'apophyse.

Quoi que pensent quelques confrères, la trépanation de cet os est loin de constituer une opération toujours facile et exempte de danger. Dans beaucoup de cas, d'abord, il est extrêmement difficile de poser les indications de cet acte chirurgical, attendu que, d'une part, il existe quelquefois les altération les plus graves à l'intérieur de l'apophyse (carie et nécrose) sans qu'aucun signe extérieur les révèle ; d'autre part, des troubles éclatant à grand fracas dans les téguments de la région et accompagnés de violentes douleurs, peuvent faire croire à une affection profonde qui n'existe pas.

Les plus grandes difficultés peuvent, en outre, surgir pendant l'opération et non seulement en empêcher l'achèvement, c'est-à-dire la mise à nu du foyer purulent, mais même exposer l'opéré aux plus graves dangers. J'ai déjà fait allusion plus haut (note 2, page 157) aux innombrables variétés que présente la conformation intérieure de l'apophyse. Les tissus pneumatique, diploïque et compact peuvent y être représentés dans les proportions les plus diverses, souvent même d'une façon différente des deux côtés du même individu. Outre ces variations physiologiques, il en est d'autres d'origine pathologique ; ainsi pour ce qui nous intéresse spécialement ici, les otorrhées anciennes occasionnent souvent un épaississement de la couche corticale de l'apophyse mastoïde ou une sclérose de ses cellules pneumatiques. Or le développement prédominant des substances diploïque ou compacte peut empêcher l'opérateur de parvenir jusqu'au foyer, car, en pénétrant à plus de 16 millimètres de profondeur sans trouver de pus, on s'expose à blesser le labyrinthe, l'aqueduc de Fallope et le canal semi-circulaire horizontal.

D'autre part, chez certains sujets, l'épaisseur du tissu osseux existant entre la paroi extérieure de l'apophyse et la face interne de la base du crâne se trouve tellement réduite qu'on risque d'entamer du premier coup le sinus latéral ou la dure-mère (1) ; une préparation de M. Politzer montre même ce sinus recouvert par la peau seulement ! (2) De plus, celui-ci ou la dure-mère peuvent être blessés par des éclats d'os, et cet accident qui souvent échappe à l'attention du chirurgien peut conduire à la mort.

Bien que l'emploi de la méthode antiseptique ait enlevé à ces accidents opératoires une partie de leur gravité, leur possibilité, que nul ne saurait prévoir avant l'opération, fait désirer un procédé moins difficile et n'exposant à aucun de ces terribles mécomptes. Or, la méthode dont je vais tracer les principes plus loin, réalise ces avantages : on la préfèrera d'autant plus volontiers à la trépanation dans une très-grande proportion des cas si j'ajoute qu'elle amène souvent la guérison dans l'espace de un à deux mois, tandis que d'après M. Schwartze qui a certainement pratiqué le plus souvent

(1) Ce sujet est magistralement exposé dans le *Traité des maladies de l'oreille*, de M. Politzer, trad. franç. par M. Joly (de Lyon) ; (pp. 55 et 502-531). Quant aux détails de l'opération, je recommande la lecture de cent cas de trépanations exécutées par M. Schwartze et discutées par cet auteur avec autant de sagacité chirurgicale que de royauté scientifique (in *Archiv für Ohrenheilkunde*), voir aussi les travaux de M. Bezold.

(2) V. Richard Wehmer : *Ueber die künstl. Eröffnung des Warzenfortsatzes*, etc., 1883, p. 12.

©BIU Santé

ladite opération, celle-ci guérit le malade en neuf à dix mois en moyenne (loc. cit. vol. XIV, 1879, p. 202), lorsqu'elle le guérit. En évitant la trépanation, on épargne, en outre, aux malades les fistules, souvent incurables, à l'apophyse, qui, quand elles guérissent finalement, laissent d'horribles cicatrices enfoncées, objets de dégoût surtout chez les femmes !

Voici maintenant *l'exposé de la méthode* que j'ai adoptée pour traiter ces cas si embarrassants, et les résultats qu'elle m'a valus :

Le traitement par lequel j'ai réussi à guérir maints cas d'inflammation et de suppuration mastoïdienne grave, sans recourir à la trépanation, est basé, d'une part, sur les principes élémentaires de la chirurgie générale et, d'autre part, sur la méthode antiseptique, telle que les résultats de mes recherches microbiologiques antérieures me l'ont fait adapter aux circonstances spéciales.

Voici d'abord le point que j'ai emprunté aux principes chirurgicaux généraux : Toutes les fois qu'il existe une collection de pus dans une cavité naturelle ou d'origine pathologique, il est de règle de donner issue au liquide par incision ou ponction, principe que nous appliquons tous les jours en otologie en perforant la membrane du tympan pour évacuer des liquides accumulés dans la caisse. En appliquant ce principe au sujet qui nous occupe ici, c'est-à-dire en perçant le tympan pour faire sortir les matières renfermées dans les cavités mastoïdiennes, j'ai pour but d'utiliser la voie naturelle pour leur écoulement, la communication que ces cavités possèdent avec la caisse du tympan ; la perforation de la membrane du tympan pratiquée dans les conditions encore à expliquer joue ainsi un rôle prépondérant dans le traitement que je propose pour combattre l'inflammation mastoïdienne suppurée. La trépanation de l'apophyse crée également un déversoir pour les matières, mais l'instinct chirurgical nous conseille évidemment de l'établir au prix du moindre délabrement possible; or tandis que cette opération crée un traumatisme considérable, le simple percement de la cloison tympanique est un acte opératoire tout à fait insignifiant. Il en est de même de l'élargissement des perforations qui existent déjà généralement dans ces cas.

Quant à ce second point, l'on passe généralement sous silence la nécessité que je crois avoir été le premier à faire ressortir, *de ne pas se contenter du fait de l'existence d'une perforation du tympan, artificielle ou créée par la nature, mais de procurer au liquide accumulé une porte de sortie suffisamment grande et assez bien placée pour le libre écoulement des matières.* J'ai fait ressortir cette indication pour la première fois d'une façon générale au Congrès otologique international de Milan (1880) (1), et j'ai eu la satisfaction de me voir cité et appuyé par mon savant ami M. Bezold (2).

J'ai développé davantage mon idée en l'appliquant spécialement aux troubles mastoïdiens devant deux Congrès médicaux auxquels j'ai pris part en Angleterre en 1881. Dans le Meeting annuel de l'Association médicale britannique, tenu à Ryde (Ile de Wight), j'ai dit ceci : (Extrait du compte rendu que je traduis littéralement) : (3)

« Le docteur Lœwenberg pense qu'il faut autant que possible éviter l'ou-

(1) Congrès périodique international d'otologie, deuxième session, Milan 1880, *Compte rendu*, p. 66.

(2) *Vierter Bericht*, etc. v. Dr. Bezold, *in Aerztl. Intelligenzblatt*, 1881 ; n° 26.

(3) *British medical Journal*, 1881, II, 397.

verture de l'apophyse mastoïde. Beaucoup de cas d'inflammation mastoïdienne sont dûs à l'insuffisance de l'ouverture existant dans la membrane du tympan, de sorte que les matières sécrétées dans la caisse sont obligées de refluer dans les cellules mastoïdiennes. »

Au Congrès médical international de Londres (même année), j'ai dit ceci (V. le compte rendu (1) que je traduis textuellement) : « Je suis étonné de voir qu'en discutant sur l'ouverture (artificielle) de la membrane du tympan, on ne mentionne pas une des catégories les plus importantes de cas, à savoir la nécessité d'*élargir* une ouverture de cette membrane dans le but de dégager les cavités mastoïdiennes enflammées. » (Mes paroles ont été assez mal reproduites dans ce compte rendu, — soit dit en passant, — entre autres on a mis « adénoïdes » à la place de « mastoïdes », confusion due probablement au souvenir du discours d'introduction que j'avais prononcé à ce Congrès sur les végétations adénoïdes de la cavité pharyngo-nasale.)

Or, bien des auteurs ont reconnu l'importance, dans la genèse des inflammations mastoïdiennes, de la rétention absolue du pus causée par des polypes ou des séquestres, soit du conduit, soit de la caisse, mais on n'a pas, que je sache, songé à celle provenant de la simple insuffisance d'un déversoir existant et qu'on pourrait appeler *rétention relative*. J'entends par cette dénomination l'état pathologique où une cavité produit du pus trop rapidement pour qu'il puisse s'écouler à mesure qu'il se forme, et où il reste soumis, par ce fait, à un excès de pression. Je me figure, de plus, que celle-ci peut favoriser la pénétration des micro-organismes ou des produits délétères élaborés par eux au sein des matières stagnantes (ptomaïnes) dans les vaisseaux lymphatiques ou sanguins, et j'incline à penser que voilà une des causes des complications graves énumérées plus haut. Peut-être à côté des conditions de quantité faut-il encore admettre des qualités spéciales, telle qu'une épaisseur ou viscosité particulières du pus sécrété, mais je ne veux pas pénétrer davantage dans le domaine de l'hypothèse.

Une fois entré dans cet ordre d'idées, la voie thérapeutique à suivre se trouve toute tracée : il ne faut pas se contenter de l'existence d'une perforation naturelle ou artificielle, mais se demander si elle suffit, ou non, au libre écoulement des matières. *(A suivre.)*

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juillet 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Présentations de pièces pathologiques : Calculs enchatonnés dans la vessie. — Rapport sur un travail intitulé : *Des avantages de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatiques et péri-prostatiques*. — Rapport sur un cas de kyste congénital du cou. — Présentation de moule d'un sein cancéreux chez un homme. — Deux observations de laparotomie avec présentations de pièces pathologiques : Kyste hydatique du bord antérieur du foie ; rein droit suppuré ; extirpation ; guérison. — Lecture : Ablation d'une tumeur de l'antitragus. — Présentation d'un nouveau thermo-cautère.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et du rapport de M. Monod sur l'enchatonnement des calculs dans la vessie, M Le Dentu met sous les yeux de ses

(1) *Transactions of the International medical Congress, London*, 1881, vol. III, p. 341 et 351.

©BIU Santé

collègues un dessin à l'aquarelle qui représente, d'après nature, un cas des plus remarquables d'enkystement de deux calculs dans la vessie. On y voit deux poches appendues à la paroi vésicale et communiquant avec la cavité de la vessie par un orifice extrêmement étroit.

M. Pozzi présente également un exemple rare d'enchatonnement de calcul dans la vessie. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est qu'il s'agit d'un vieillard de 88 ans qui, depuis quinze ans, présentait des troubles du côté de la miction. Ces troubles prirent tout à coup une grande intensité et il se produisit des symptômes d'urémie qui entraînèrent rapidement la mort du malade.

A l'autopsie, on trouva un calcul libre dans la cavité vésicale; mais il existait sur la paroi une loge dans laquelle ce calcul était resté sans doute enchatonné pendant bien des années, jusqu'au jour où, devenu libre, il provoqua les accidents aigus auxquels le malade a succombé.

— M. Reclus fait un rapport sur un travail de M. le docteur Paul Segond, intitulé : *Des avantages de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatiques et périprostatiques*. M. le rapporteur fait ressortir le grand intérêt de ce travail basé sur des observations personnelles très bien prises et très probantes, desquelles l'auteur a tiré des conclusions dont l'utilité pratique ne saurait être révoquée en doute.

Il termine en proposant : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remerciements; 2° de déposer honorablement son mémoire aux archives; 3° d'inscrire son nom dans un bon rang sur la liste des candidats à la place de membre titulaire. (Adopté.)

M. Monod lit un rapport sur une observation de kyste congénital du cou adressée par M. le docteur Dubar, chirurgien des hôpitaux de Lille.

Il s'agit d'une petite fille de 9 ans que M. Monod avait eu occasion de voir et de soigner à Paris, au mois de juin 1882, pour une tumeur de la région sous-hyoïdienne, grosse comme une petite noisette qui avait été aperçue pour la première fois un an environ auparavant.

Soupçonnant, en raison de l'âge de la malade et du siège de la tumeur, un kyste d'origine congénitale, M. Monod pratiqua une ponction qui donna issue à un liquide incolore, visqueux, analogue à du blanc d'œuf non cuit, présomption de plus en faveur de l'hypothèse d'un kyste congénital.

Comme les parents redoutaient une opération sanglante, M. Monod essaya de détruire le kyste par la cautérisation à l'aide du chlorure de zinc déliquescent conseillé par M. Théophile Anger dans le traitement de la grenouillette. Il en fit pénétrer deux gouttes dans la poche à l'aide d'une seringue de Pravaz. Le résultat immédiat dépassa son attente. Une réaction vive se produisit et la peau elle-même se mortifia sur une étendue égale à celle d'une pièce de 20 centimes en argent.

Cette eschare cutanée qui se continuait avec la paroi mortifiée du kyste formait une masse qui fut lente à se détacher. Un mois après, cependant, la petite plaie profonde qui résultait de l'élimination de ces eschares était entièrement comblée; quelques jours plus tard la cicatrisation était complète, il n'y avait plus trace appréciable de la tumeur.

Malheureusement, six mois après se manifestaient des signes de récidive. La petite malade qui se trouvait, à ce moment, à Lille, fut conduite à M. Dubar qui constata, à la partie antérieure du cou, au niveau du cartilage thyroïde, une tuméfaction recouverte par une peau saine, sans changement de coloration, placée sur le côté droit du cartilage thyroïde et sur le bord antérieur de ce cartilage, empiétant à peine sur le côté gauche. La peau n'est pas adhérente, excepté au niveau de la cicatrice de l'ancienne opération. En saisissant la tumeur entre les doigts, on arrive à la déplacer de bas en haut et latéralement sur le cartilage. Son volume est celui d'une grosse amande. Sa consistance est assez ferme et néanmoins nettement fluctuante. En cherchant à la limiter dans tous les sens on constate que de son extrémité supérieure, qui correspond à peu près au bord supérieur du cartilage thyroïde, se détache un cordon de la grosseur d'une petite plume d'oie, qui remonte au devant de la membrane hyothyroï-

dienne, et semble venir s'attacher au bord inférieur de l'os hyoïde. Rien de pareil ne se remarque à l'extrémité inférieure de la tumeur.

M. Dubar recherche si la tumeur par l'intermédiaire de ce prolongement avait communiqué ou communiquait actuellement avec le pharynx. Aucun caractère fonctionnel ou physique ne permettait de le supposer. Des pressions réitérées n'amenaient aucun changement de volume appréciable. Si donc le prolongement supérieur était canaliculé, un cul-de-sac existait sans doute à une hauteur impossible à déterminer.

Il n'était pas dout ux qu'il s'agissait d'un kyste congénital dont une portion avait échappé à la cautérisation et avait été le point de départ de la reproduction de la tumeur. Il était non moins évident qu'une extirpation précédée d'une dissection minutieuse de la tumeur et de son prolongement, était le seul mode d'intervention auquel on pût songer.

M. Dubar, après avoir pris l'avis de M. Monod, procéda, le 12 janvier 1884, à l'opération à la suite de laquelle la guérison parut complète.

Malheureusement, au bout de trois mois, la tumeur se reproduisit, et M. Dubar, en piquant la pellicule superficielle avec un bistouri, fit écouler au dehors un liquide filant analogue à du blanc d'œuf. Ce chirurgien n'hésita pas à pratiquer une opération nouvelle (26 juin 1884), dans laquelle il circonscrivit la petite tumeur par deux incisions courbes et l'enleva complètement avec la partie indurée sur laquelle elle reposait.

La réunion fut immédiate et la guérison peut, cette fois, être considérée comme définitive, car il n'y a pas eu trace de récidive.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans l'examen histologique de la tumeur enlevée, examen dont certains détails donnent l'explication des deux récidives qui se sont produites.

Il en résulte, d'après M. Dubar, que la tendance si remarquable de ces kystes congénitaux à la récidive paraît tenir non seulement à la constitution particulière de leur paroi et à leur revêtement épithélial, mais à la propriété qu'ils ont de pousser des bourgeonnements épithéliaux à une certaine distance. Il est donc nécessaire, ajoute M. Dubar, quand on pratique l'ablation, de dépasser notablement les limites de la paroi kystique.

M. le rapporteur pense que cette remarque, appuyée sur un fait bien observé, peut être asolument vraie pour les tumeurs qui récidivent après une ablation incomplète, mais qui a nécessairement ouvert le kyste et permis l'expansion au dehors de l'épithélium contenu. Mais elle ne s'applique peut être pas à l'extirpation d'un kyste intact, n'ayant subi encore aucune solution de continuité. Pour ceux-ci une ablation exacte, mais limitée à la poche kystique elle-même, serait sans doute suffisante.

M. Reclus a opéré une jeune fille qui avait déjà été opérée à Bordeaux successivement par M. Denucé et par M. Négrié pour une tumeur kystique du cou. M. Reclus la croyait définitivement guérie lorsqu'il a reçu dernièrement de Bordeaux une lettre dans laquelle on lui annonce une nouvelle récidive. Au niveau du point qui était le siège de la tumeur s'est formé un abcès qui s'est ouvert en donnant issue à une petite quantité de pus; un stylet introduit par l'orifice fistuleux conduit directement jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. M. Reclus se demande s'il ne s'agirait pas là, comme dans le cas de M. Dubar, d'un bourgeon épithélial provenant d'un point de la tumeur échappé au bistouri des opérateurs.

M. Théophile Anger a conseillé les injections de chlorure de zinc dans les kystes et particulièrement dans la grenouillette ; l'expérience lui a appris que ce moyen très efficace dans la grenouillette ordinaire est insuffisante dans les kystes ayant des prolongements et que le caustique ne peut pas atteindre de manière à détruire la paroi kystique. Dans ce cas, le succès n'est possible qu'à la condition d'ouvrir largement la cavité pour permettre au liquide d'en cautériser toute l'étendue.

M. Tillaux fait observer combien est difficile la cure radicale des kystes congénitaux du cou. Il a même entendu dire à Nélaton, son maître, que l'on ne pouvait réussir à guérir les fistules thyrohyoïdiennes qu'à la condition de disséquer avec soin le kyste et d'enlever complètement le trajet fistuleux. On ne peut espérer avec certitude la guéri-

BIU Santé

son que si un stylet introduit dans l'orifice cutané ne sort pas par l'autre extrémité du trajet ; en d'autres termes, il faut, dans l'opération, avoir dépassé le cul-de-sac de la fistule et être bien certain de n'avoir laissé intacte aucune partie du trajet. Nélaton pensait que ces fistules avaient pour point de départ le follicule épiglottique, et le fait de M. Reclus semblerait venir à l'appui de cette théorie. Au demeurant, il est difficile d'arriver à la cure radicale de ces fistules ; M. Tillaux a opéré deux fois une jeune fille, et il craint d'avoir bientôt à faire une troisième opération.

M. Pozzi pense qu'il est toujours possible de pousser la dissection jusqu'au cartilage thyroïde.

M. Monod rappelle que ce qui rend la guérison difficile par l'injection de chlorure de zinc, c'est l'impossibilité d'atteindre les prolongements.

M. Championnière communique deux observations, l'une de kyste hydatique du bord antérieur du foie guéri par l'extirpation totale ; l'autre du rein droit suppuré guéri par première intention après extirpation totale.

Le sujet de la première observation adressé par M. Straus, présentait dans le flanc droit une tumeur ayant tout les caractères d'une tumeur du rein d'un volume assez considérable. La tumeur s'était développée rapidement, sans provoquer beaucoup de douleur, ni de trouble du côté des urines.

Dans le doute au sujet du diagnostic, M. Championnière pensa que le plus sage était d'ouvrir l'abdomen sur la ligne médiane, d'explorer la tumeur, ainsi que le rein gauche, et, suivant les circonstances, d'extirper cette tumeur par la paroi antérieure ou par une ouverture faite en arrière.

La laparotomie ne l'éclaira pas d'abord sur le siège de la tumeur adhérente à toute sa périphérie. Le rein était tout petit. Après des recherches prolongées, il constata avec M. Terrier que le rein droit existait, refoulé au loin vers le foie.

M. Championnère procéda à la dissection de cette tumeur rattachée au bord antérieur du foie par un pédicule large de deux travers de doigts. Cette dissection fut très laborieuse ; l'épiploon était adhérent à toute la surface et la tumeur avait poussé un prolongement qui traversait le mésentère dans lequel un gros trou resta béant. Une anse d'intestin était intimement attachée à la paroi qu'il fallut sculpter sur elle.

En somme la tumeur est un kyste hydatique rattaché au bord antérieur du foie. Il contenait une multitude de petites hydatides ; certains points du voisinage de la paroi avaient suppuré. La paroi était d'une épaisseur extrême, sauf quelques points très adhérents aux parties voisines, ce qui rendait la dissection très laborieuse. Dans cette opération M. Championnière a été assisté par MM. Terrier, Périer, Berger et Prengrueber.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une femme de 40 ans adressée par M. Doléris. Elle avait une tumeur du flanc droit ; elle avait eu des douleurs suivies de vomissements. Cette tumeur prit tout d'un coup un développement énorme. M. Championnière la ponctionna et en tira plus d'un litre de pus.

Quelques jours plus tard, pour s'assurer qu'il n'avait pas affaire à une suppuration périphérique au rein, il ouvrit l'abdomen sur le côté (21 mai) et constata que le rein était malade. A partir de ce jour seulement, la malade rendit abondamment du pus par l'urine.

Le 13 juin, M. Championnière fit l'extirpation du rein à l'aide d'une incision partant des fausses côtes et se dirigeant obliquement vers la fosse iliaque pour décoller le péritoine, auquel une boutonnière d'ailleurs insignifiante fut pratiquée.

L'opération fut laborieuse à cause du volume énorme du rein ; il fallut détacher séparément l'uretère et le bassinet. Plus tard, on enleva des morceaux de la capsule hypertrophiée. La ligature double du pédicule avec deux fils de soie au sublimé fut un peu laborieuse. Les suites ont été favorables ; il y a eu une bonne réunion primitive ; la malade se levait le 1er juin.

M. Championnière met la pièce sous les yeux de ses collègues. Le rein est volumineux, lobulé. Sa substance est reconnaissable en bien des points, quoique profondément altérée. On peut voir des débris de capsule d'une épaisseur énorme ; plus loin, l'uretère

et le bassinet, qui étaient remplis de pus fétide; au-dessus de ce niveau, le rein avait son volume normal.

M. Championnière a fait cette opération avec l'assistance de MM. Terrier, Berger, Nicaise et Prengrueber.

— M. Gillette présente le moule et la photographie d'un sein cancéreux qu'il a enlevé sur un homme de 64 ans. L'opération n'a présenté aucune difficulté et la guérison a eu lieu en trois semaines. M. Gillette ajoute que le cancer du sein, rare chez l'homme, a également, chez lui, une évolution plus lente que chez la femme, bien qu'il ait une même tendance à la récidive.

— M. Guermonprez (de Lille) donne lecture d'une observation d'ablation de tumeur de l'antitragus (rapporteur, M. Bouilly).

— M. Vassèges, fabricant d'instruments, présente un nouveau thermo-cautère. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juillet 1885. — Présidence de M. Vidal.

Sommaire : *Paralysies hystériques consécutives au traumatisme. — Le microbe du paludisme.*

M. Troisier ramène devant la Société un malade qu'il a déjà présenté dans la séance du 27 mars 1885 (voir l'*Union médicale* du 31 mars). Il s'agit d'un homme jeune, un peu contrefait, mais vigoureux et bien portant qui, tombé du siège d'une voiture sur le moignon de l'épaule, avait vu se développer rapidement, mais non subitement, une monoplégie brachiale droite, dont le diagnostic fut très embarrassant. On rejeta la névrite traumatique du plexus brachial parce qu'il n'y avait ni réaction de dégénérescence ni atrophie musculaire quatre mois après l'accident, parce que l'anesthésie empiétait sur la sphère du plexus cervical et qu'il y avait persistance des mouvements de la main. Cet homme n'était pas alcoolique. On élimina l'idée d'une lésion centrale, soit corticale, à cause de l'intensité de l'anesthésie et de sa persistance, soit de la partie postérieure de la capsule interne, à cause de l'absence d'ictus apoplectique et du début graduel. M. Troisier admit donc comme probable la paralysie hystérique.

M. Joffroy affirma ce diagnostic. M. Rendu le rejeta, au contraire, en proposant de rattacher le cas à certaines contusions singulières du plexus brachial étudiées récemment en Angleterre.

M. Charcot, qui a eu le malade dans son service depuis cette époque, affirme la nature hystérique de la monoplégie. Le malade est, à ses yeux, un type d'hystérie mâle et il a été montré comme tel à la clinique de la Salpêtrière. Depuis l'époque de sa première présentation à la Société des hôpitaux, il y a eu des modifications dans les accidents. Les mouvements de l'avant-bras ont été récupérés en grande partie; les muscles de l'épaule seuls, notamment le deltoïde, demeurent paralysés. Il n'y a ni atrophie musculaire, ni rigidité articulaire. Les réflexes tendineux sont conservés; pas de troubles trophiques. L'anesthésie est réduite actuellement à quelques plaques disséminées.

Mais cet homme a eu ce que M. Charcot nomme les *stigmates de l'hystérie* : hémianesthésie de la peau et des muqueuses de toute la moitié droite du corps, absence de réflexe épiglottique, insensibilité gustative et olfactive.

Diminution du champ visuel : polyopie monoculaire (de Parinaud), c'est-à-dire qu'il voit doubles ou triples les objets qu'il ne regarde qu'avec un seul œil, et il les voit réduits de volume (micropsie). Ces phénomènes seraient presque caractéristiques de l'hystérie.

La sensibilité musculaire est abolie, d'où la perte de la notion de position du membre paralysé et de la notion du poids.

On trouve dans ses antécédents une mère hystérique ou épileptique, une sœur hystérique, un père buveur d'absinthe.

Ce malade n'a pas eu, il est vrai, d'attaques convulsives ni spontanées ni provoquées

©BIU Santé

mais on sait que, d'après Briquet et Charcot, le tiers des femmes hystériques n'en a pas. Il n'est pas hypnotisable.

M. Ferron, médecin militaire, a publié récemment un cas tout à fait analogue de paralysie absolue d'un membre supérieur survenue chez un hussard à la suite d'une chute sur l'épaule. Ce soldat fut naturellement d'abord considéré comme un simulateur, mais on découvrit qu'il avait de l'hémianesthésie, qu'il avait eu de la surdité passagère, de l'amblyopie, qu'il était hypnotisable et somnambule. Les observations d'hystérie chez l'homme deviennent de plus en plus nombreuses, et l'influence du traumatisme sur l'éveil de l'hystérie est bien démontrée.

M. Rendu se déclare convaincu maintenant de la nature hystérique de cette paralysie, et, averti même depuis quelque temps par M. Charcot, il a trouvé récemment dans son service un cas du même genre.

M. Joffroy présente un malade du service de M. Charcot, dont l'observation a été prise par M. Guinon, interne distingué du service, et qui est un autre exemple de paralysie hystérique.

M. Joffroy appelle ces paralysies *hystéro-traumatiques*. Elles sont plus fréquentes qu'on ne le croit, comme l'hystérie chez l'homme d'ailleurs. On a eu longtemps le tort de dire que les accidents hystériques étaient surtout changeants et fugaces; la ténacité est souvent l'apanage de quelques-uns d'entre eux.

Le malade est un jeune maçon. Il a eu de 1 à 5 ans de l'incontinence d'urine; à 9 ans, il faisait des fugues de la maison paternelle et passait plus tard un an à la Roquette. Il eut un rhumatisme articulaire aigu avec complication cardiaque (lésion de l'orifice aortique) qui, pouvant éveiller à un moment donné le soupçon d'hémiplégie d'origine embolique, venait compliquer le diagnostic.

Il y a quatorze mois, en passant à travers une fenêtre d'une maison en construction, il fit une chute sur l'épaule et perdit connaissance. Revenu à lui, il accusa une faiblesse de membre supérieur gauche et une certaine douleur de la jambe expliquée par une excoriation prérotulienne.

L'impotence fonctionnelle augmenta bientôt, et, le troisième jour, M. Berger constatait au Bureau central qu'il avait une hémianesthésie complète du côté correspondant à sa monoplégie.

Le malade entre dans le service de M. Vulpian, suppléé par M. Déjérine; il a alors une hémiplégie totale motrice et sensitive. Soumis aux aimants, il voit la paralysie disparaître, sauf dans la partie du membre supérieur correspondant à l'épaule.

Dans le service de M. Charcot, plus tard, on lui a trouvé de nombreux stigmates d'hystérie. Il a un point hystérogène dont l'irritation détermine une grande attaque convulsive avec attitudes passionnelles et délire. Après une attaque, la paralysie disparut subitement. M. Charcot, désappointé de ne pouvoir la montrer aux auditeurs de sa clinique, suggère au malade l'idée que sa paralysie est revenue, et, en effet, la paralysie reparut passagèrement. La suggestion ne réussit pas une seconde fois. Mais une nouvelle attaque convulsive fut suivie du retour de la paralysie. L'exercice fréquent du dynamomètre fit renaître graduellement la force musculaire qui est à peu près normale maintenant. L'anesthésie et la perte du sens musculaire persistent.

M. Joffroy pense que, en dehors de l'existence de manifestations hytériques évidentes, le diagnostic de la monoplégie brachiale hystérique peut être fait dès le début par un examen minutieux.

Les névrites par contusion de l'épaule se divisent en plusieurs variétés : Il y a le type Duchenne-Erb, dans lequel le deltoïde, le grand pectoral, le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur, et, suivant Miss Klumpke, les muscles postérieurs de l'épaule sont paralysés. Les troubles de la sensibilité sont alors légers ou nuls et il m'envahissent en tout cas jamais le domaine du cubital.

Il y a un type de monoplégie brachiale complète, durable, avec troubles de la sensibilité d'une topograhie précise, et un type de paralysie limitée aux muscles inférieurs bras, et avant-bras) avec intégrité des muscles de l'épaule; s'est le type inverse de celui de Duchenne-Erb.

Enfin, un cas dans lequel la section totale du plexus brachial a été pratiquée chez l'homme dans des conditions presque expérimentales a montré que l'anesthésie consécutive est strictement limitée au bras et au domaine d'innervation du plexus brachial.

Quand il s'agit d'une lésion portant sur l'origine des nerfs du plexus, le volume des muscles et leur contractilité sont toujours modifiés, et par irritation médullaire de voisinage on voit se produire du myosis et du rétrécissement palpébral du côté correspondant.

M. Debove cite deux cas d'un diagnostic très difficile.

Un homme ne présentant aucun signe de nervosité est pris subitement de monoplégie supérieure droite. M. Debove, flairant cependant la névrose à cause de la singularité du début, agit par suggestion et voit disparaître la paralysie. Il apprit ensuite du malade que dix-huit mois auparavant pareil accident lui étant arrivé, on lui fit prendre pendant six mois de l'iodure de potassium et on s'applaudit grandement d'avoir obtenu ainsi la guérison.

Un plombier de 20 ans, employé aux travaux de la Faculté, se frappe d'un coup de marteau la lèvre supérieure et devient aphone subitement pendant une heure. La voix reparaît passagèrement, puis l'aphonie reprend de plus belle au bout de quelques heures. M. Debove, consulté par M. Farabeuf au sujet de ce jeune homme, croit pouvoir conclure à une paralysie hystérique des muscles vocaux, dont le traumatisme a été l'occasion.

L'hystérie chez l'homme, longtemps niée, est très fréquente ; tout le monde l'admet aujourd'hui, mais on ne sait pas encore assez que l'hystérie fruste est plus fréquente chez lui que la forme convulsive.

M. Laveran rappelle ses travaux sur le *microbe du paludisme*, qui est bien différent du bacillus malariæ que Klebs et Tommasi ont cru découvrir. Il est heureux de voir que deux observateurs italiens, MM. Marchiafava et Celli, ont réussi à constater comme lui les filaments du sang des paludiques et à reproduire, par injection intraveineuse à l'homme de sang de paludique contenant ces filaments, des accès de fièvre intermittente quotidienne, avec tuméfaction de la rate et présence constatée des filaments semblables dans le sang des inoculés.

M. Debove dit que Gerhardt (de Wurzbourg) a publié antérieurement aux observateurs italiens des faits semblables et plus probants encore.

M. Richard a vu dans un hôpital algérien des faits qui sont de nature à lui faire soupçonner la possibilité de la contagion du paludisme d'homme à homme.

M. Vidal demande si la situation de l'hôpital dans un foyer palustre ne suffit pas à expliquer le paludisme acquis dans l'hôpital par des gens indemnes auparavant sans invoquer la contagion.

M. Dujardin-Beaumetz, préoccupé surtout du côte thérapeutique de la question, demande à M. Laveran s'il croit au sulfate de quinine la propriété de tuer ou de neutraliser les organismes auxquels il attribue les accidents palustres parasitaires.

M. Laveran : Pendant les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent l'administration du sulfate de quinine, on voit disparaître du sang des paludiques les filaments animés ; on voit persister seulement les granulations figmentaires.

M. Richard : Il faut même signaler ce fait aux médecins désireux de rechercher les filaments parasitaires ; cette recherche est vaine tant que le sujet est sous l'influence quinique.

M. Guyot s'étonne que, si la quinine a une action si manifestement antiparasitaire, elle ne réussisse pas à guérir toujours les paludiques. Or on voit des paludiques invétérés qui ont été saturés de quinine pendant des mois et des années ne guérir que par l'arsenic et l'hydrothérapie.

M. Laveran : Le sulfate de quinine n'agit que sur les éléments pathogènes les plus actifs, les filaments mobiles.

M. Richard : On peut même prédire l'insuccès relatif de la quinine quand on ne trouve plus ceux-ci dans le sang.

M. Dujardin-Beaumetz demande si le sulfate de quinine est utile comme prophylactique, et si on a essayé, avant d'injecter à des hommes du sang de paludique, et en administrant préalablement de la quinine, de créer un milieu rebelle au développement des agents pathogènes.

M. Richard admet la vertu prophylactique de la quinine, pour en avoir fait l'expérience sur lui-même et sa famille. — P. L. G.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 27 juillet 1885.

Lundi 27, à 1 heure. — M. Saint-Agnès : Contribution à l'étude de l'étiologie de la luxation de la hanche dans la coxalgie. (MM. Verneuil, président ; Lannelongue, Reclus et Terrillon.) — M. Riboul : Contribution à l'étude du traitement du tétanos. (MM. Verneuil, président ; Lannelongue, Reclus et Terrillon.) — M. Béraud : De l'occlusion intestinale. (MM. Lannelongue, président ; Verneuil, Reclus et Terrillon.) — M. Arnaud : De l'hémiatrophie de la langue dans le tabès dorsal ataxique. (MM. Charcot, président ; Damaschino, Joffroy et Straus.) — M. Genestoux : Contribution à l'étude de l'urémie expérimentale. (MM. Damaschino, président ; Charcot, Joffroy et Straus.) — M. Martinelli : De la pleurésie interlobaire aiguë. (MM. Damaschino, président ; Charcot, Joffroy et Straus.) — M. Cornet : Contribution à l'étude des anévrysmes de l'artère pulmonaire. (MM. Damaschino, président ; Charcot, Joffroy et Straus.) — M. Rabion : Recueil d'observations de souffle extra-cardiaque. (MM. Potain, président ; Vulpian, Rendu et A. Robin.) — M. Fauchon : Contribution à l'étude du mal perforant. (MM. Vulpian, président ; Potain, Rendu et A. Robin.) — M. Touchet : Des conjonctivites rhumatismales aiguës. (MM. Vulpian, président ; Potain, Rendu et A. Robin.) — M. Fouchard : Du gliôme de la rétine. (MM. Trélat, président ; Guyon, Segond et Kirmisson.) — M. Issoulier : Traitement de l'entropion par le thermo-cautère. (MM. Trélat, président ; Guyon, Segon et Kirmisson.) — M. Galland : Contribution à l'étude des corps étrangers de l'uretère. (MM. Trélat, président ; Guyon, Segond et Kirmisson.) — M. Rollin : Contribution à l'étude de l'hématurie dans les néoplasmes de la vessie. (MM. Guyon, président ; Trélat, Segond et Kirmisson.)

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Joubert, député d'Indre-et-Loire, décédé le 20 juillet 1885, à l'âge de soixante et onze ans.

— Nous apprenons également avec regret la mort de M. Philippe-Victor Collin, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et de M. Antoine-Léon Boyer, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, chevalier de la Légion d'honneur.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 20 juillet 1885, M. le docteur Duval, membre du Conseil général et de la commission départementale de la Seine-Inférieure, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Mérite agricole. — Par arrêté ministériel, la décoration du Mérite agricole a été conférée à M. le docteur Bernard, maire de Cuers (Var).

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Tillaux : Sur la pathogénie des dermoïdes de l'œil. — II. Le rapport de la Commission chargée d'examiner les projets de réformes de l'exercice de la médecine. — III. Revue des Journaux, — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de biologie. — V. Thèses de doctorat. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Paris, 30 juillet 1885.

L'article paru dans l'*Union médicale* du 23 juillet 1885, sur la question des vaccinations cholériques, a été écrit par moi. Moi seul en ai eu connaissance avant son insertion, et seul j'en accepte la responsabilité.

L.-G. Richelot,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

Sur la pathogénie des dermoïdes de l'œil.

Lettre à M. le professeur Panas.

Mon cher ami,

Dans le numéro du samedi 4 juillet de l'*Union médicale*, M. le docteur de Lapersonne, votre chef de clinique, a publié une de vos leçons sur les *dermoïdes de l'œil*. Cette leçon m'a vivement intéressé à plusieurs titres : d'abord, parce qu'il s'agit d'un fait clinique rare dont vous avez donné une description très complète; ensuite, parce que ce fait se rattache à une question de développement, et que nous devons saisir et étudier avec empressement tout ce qui peut éclairer et confirmer les problèmes encore si obscurs de l'embryogénie. Vous avez, en effet, admis que cette affection était toujours congénitale, bien qu'elle ne prenne, en général, de développement apparent qu'à l'époque de la puberté. C'est sur la pathogénie de cette curieuse affection que je désire appeler votre attention, d'autant plus que j'ai à vous soumettre une théorie qui me paraît peut-être rendre mieux compte des faits que celles qui ont été proposées jusqu'à ce jour.

Le dermoïde de l'œil, dites-vous, est une tumeur dont la structure est identique à celle de la peau, qui siège ordinairement au niveau du limbe scléro-cornéen, sur lequel elle se trouve comme à cheval, et qui adhère si intimement aux enveloppes de l'œil que vous donnez le sage conseil d'en pratiquer seulement l'abrasion. C'est donc qu'à un moment donné de la vie embryonnaire, une portion du tégument externe est venue solidement adhérer à la surface de l'œil et s'est même fusionnée avec les membranes.

« Pour expliquer le dermoïde, on a dit que c'était le lambeau conjonctival resté au contact de l'air qui, peu à peu, prenait les propriétés du tégument cutané. » Vous penserez comme moi que ce n'est pas là une théorie, mais le simple énoncé du fait. « D'autres auteurs ont pensé que cet état coïncidait avec la formation des paupières et qu'il y avait là une adhérence anormale des bourrelets palpébraux avec la conjonctive ou la cornée. » Je ne suis pas encore très satisfait, je l'avoue, de cette manière de voir. Vous repoussez ensuite, avec raison, la théorie des germes inclus. Vous acceptez l'opinion émise par M. van Duyse (de Gand), à savoir que le dermoïde de l'œil est dû à des adhérences intra-utérines entre l'amnios et le

©BIU Santé

tégument externe qui recouvre chez l'embryon la vésicule oculaire. On en peut rapprocher les propositions émises par votre élève, M. Vassaux, à la fin de son intéressant mémoire sur ce sujet; les voici :

« Le dermoïde a tous les caractères de la peau.

« Cette tumeur est produite par une invagination de la paupière en un point quelconque de la conjonctive bulbaire et palpébrale.

« Cette invagination reconnaît pour cause une adhérence préalable et temporaire entre l'amnios et la vésicule oculaire. »

Ne pensez-vous pas, mon cher ami, que, s'il était démontré qu'à une certaine époque de la vie embryonnaire, le tégument externe s'enfonce au sein de la vésicule oculaire primitive, la persistance d'une portion de ce tégument à la surface du globe ne serait pas bien plus facilement compréhensible? N'est-ce pas ainsi que nous expliquons la formation des kystes dermoïdes du sourcil et du cou par le pincement du feuillet cutané de l'embryon dans une fente branchiale?

Or, l'embryogénie nous donne, ce me semble, toute satisfaction à cet égard. Permettez-moi de rappeler, en deux mots, pour les lecteurs qui pourraient l'avoir oublié, le mode de développement du cristallin et du corps vitré établi par Remak et généralement admis.

Tout à fait au début de la vie embryonnaire, vers la quatrième semaine, le tégument qui passe au devant de la vésicule oculaire primitive, s'épaissit dans le point où apparaîtra plus tard la cornée. Cette partie épaissie se déprime à son centre, se creuse d'un ombilic; bientôt, on voit se former une véritable poche qui communique, par une ouverture très rétrécie, avec la surface cutanée, la partie proéminente de cette poche s'enfonce en arrière dans la vésicule oculaire primitive qui se déprime à ce niveau. Le feuillet épidermique ainsi invaginé donne naissance au cristallin, tandis que le feuillet dermique, refoulé nécessairement en même temps, forme la membrane capsulo-pupillaire ou sac cristallinien.

Donc, à un moment donné, entre le cristallin et la surface de l'œil, existe un pédicule cutané qui ne tarde pas à se rompre et à disparaître; mais, supposez qu'une portion de ce pédicule persiste au moment de la formation de la cornée et de la sclérotique, ne comprendrons-nous pas mieux ainsi l'apparition ultérieure d'une tumeur qui aura tous les caractères de la peau?

Mais, dira-t-on, le dermoïde ne siège pas toujours en avant, au niveau ou au voisinage du point où le tégument externe déprime la vésicule oculaire pour aller constituer le cristallin, il peut être latéral et sous-conjonctival. Or, permettez-moi de rappeler que le corps vitré se développe d'une façon identique à celle du cristallin, avec cette différence que la dépression de la vésicule oculaire, au lieu de se faire en avant, se fait sur les côtés au niveau de la sclérotique. Peu à peu, le pédicule du corps vitré se resserre, et, quand il a complètement disparu, la fente de la sclérotique se ferme. Ne peut-il donc rester une portion de ce pédicule cutané entre les lèvres de la fente?

Me basant sur ces données embryogéniques, je formulerai ainsi mon opinion sur la pathogénie du dermoïde de l'œil : le dermoïde se développe aux dépens d'un débris du feuillet cutané de l'embryon qui persiste après la formation du cristallin et du corps vitré et se trouve emprisonné dans l'épaisseur des membranes extérieures de l'œil.

Cette manière de voir, pour le moins rationnelle, n'est-elle pas encore

justifiée par la phrase suivante que j'emprunte à votre leçon et par laquelle je termine ? « L'expérience a démontré que ces tumeurs pénètrent profondément dans le tissu de la cornée ou de la sclérotique; si on pratiquait une dissection trop profonde, on serait exposé à la perforation de l'œil avec toutes ses conséquences : hernie de l'iris, etc. Il suffira d'abraser la tumeur sans essayer de la détruire jusqu'à sa face profonde. »

Votre bien affectionné TILLAUX.

Le rapport de la Commission chargée d'examiner les projets de réformes de l'exercice de la médecine.

Sous le n° 3,828, le rapport de la Commission, chargée d'examiner la proposition de loi sur l'exercice de la médecine, a pris rang dans les innombrables dossiers qui forment les archives parlementaires.

On avait un peu oublié cette proposition, depuis l'époque lointaine où la Commission d'initiative en fut saisie. Aujourd'hui, à la fin de la législature, et à l'ouverture de la période électorale, nos confrères députés nous font connaître leurs efforts; un empressement moins tardif n'aurait pas été superflu; car, s'il avait vu le jour quelques mois plus tôt, ce document n'aurait pas l'air lugubre d'un testament *in extremis*, testament fort platonique d'ailleurs, puisque, d'après les mœurs parlementaires, les œuvres d'une Chambre expirante ne lui survivent jamais dans celle qui la suit.

Ce document est donc en péril d'oubli. Ayons cependant moins d'ingratitude, et, avant d'assister au deuil du projet, examinons quelles en sont les principales dispositions.

Il a pour origine les pétitions du corps médical, les démarches actives de l'Association générale et les vœux formulés par des syndicats. Son auteur, M. Chevandier, insiste beaucoup sur ces derniers; et cependant il était peut-être prudent de s'y arrêter moins longuement au moment où la légalité de ces sociétés est mise en doute. Question de discrétion et de prudence, me répondra-t-on. Soit; mais je ferai remarquer que mon objection n'est pas seulement une querelle de mots dans un milieu où les adversaires des réformes sont nombreux, et nos plus justes revendications, en réelle défaveur. Fournir des armes à ses adversaires serait vraiment de la naïveté.

Les commissaires empruntent leurs propositions à des projets publiés dans ces dernières années. Aussi, à défaut de l'originalité, cette législation aurait le mérite de codifier complétement ces réformes et de faire une sorte de code médical en trois titres et 23 articles. Puisse cette qualité devenir une vertu prophylactique contre tous les agents infectieux de la pratique médicale, depuis les renoueurs de bas-étage jusqu'aux guérisseurs exotiques plus ou moins scandaleusement patentés!

Le titre Ier unifie les grades, maintient pour tous les praticiens l'enregistrement des diplômes, régularise provisoirement la situation de l'officier de santé, facilite, pour les médecins de deuxième ordre, l'accès au doctorat, crée un certificat spécial aux dentistes, et n'autorise les gradués étrangers « à exercer en France ou aux colonies « qu'après avoir établi qu'ils ont exercé quatre ans leur profession à l'étranger, avoir « obtenu la dispense de scolarité, sur avis du *Comité consultatif de l'instruction publique*, « avoir subi avec succès, devant une Faculté de l'Etat, deux examens portant sur les « cliniques médicales, chirurgicales et obstétricales, présenté et soutenu une thèse et « produit un certificat de bonnes vie et mœurs. Ils payeront les frais des deux examens « qu'ils auront à subir et la soutenance de la thèse. » Pourquoi cette modération des frais de scolarité à l'égard des gradués étrangers? Elle ne s'explique pas et ne satisfait guère au principe d'égalité et d'équivalence proclamé dans l'exposé des motifs.

La Commission apporte encore d'autres tempéraments en faveur de certains de ces gradués. Elle autoriserait volontiers à exercer, sans examen préalable, « les gradués « étrangers, célèbres par leur renommée et leurs travaux.... accompagnant leurs clients « dans les stations thermales ou hivernales et les médecins fixés à l'étranger, dont la

©BIU Santé

« résidence ne sera pas éloignée de plus de 20 kilomètres de la frontière française, à la « condition que les médecins résidant en France jouiront des mêmes droits. »

On peut, relativement aux « médecins célèbres », se demander où commence la célébrité et quel en sera le juge? Les commissaires s'en rapportent sagement aux avis que le ministre devra prendre « auprès de la Faculté de médecine de Paris et du Comité consultatif de l'instruction publique. » Rien de mieux si cet avis est demandé et si cette consultation est écoutée. En sera-t-il ainsi?

La réglementation des équivalences en faveur des élèves étrangers en instance d'inscriptions dans les Facultés, est soumise également aux Comité consultatif de l'instruction publique. En outre, le ministre aurait la Faculté d'autoriser « à exercer la méde- « cine, durant une épidémie ou en cas de remplacement, des internes des hôpitaux « nommés au concours ayant douze inscriptions, et les étudiants en médecine munis « de seize inscriptions. » Il faut rendre justice à l'initiative de toute la commission. Les abus de cette disposition sont prévenus par la caducité même de l'autorisation ministérielle, « qui ne pourra dépasser trois mois. »

Le titre premier se termine par deux articles destinés à donner satisfaction à des réclamations aussi anciennes que multipliées. L'article 9 fixe le rapport du médecin avec les autorités qui le requièrent. « Tout médecin, lorsqu'il en est dûment requis, « doit le concours de son art à l'autorité administrative et judiciaire en cas d'urgence « absolue et de flagrant délit. Dans toutes les autres circonstances, il est libre de prêter « ou de refuser le concours qui lui est demandé. Le médecin qui a accepté une mis- « sion, en vertu des dispositions qui précèdent, agit en qualité d'expert et a droit à la « rémunération afférente à cette qualité. »

L'article 10 rétablit le droit commun en faveur des créances du corps médical; de sorte que l'action « des médecins, accoucheurs, dentistes... se prescrirait par cinq ans. » La médecine, et surtout la médecine rurale, aurait lieu d'être satisfaite de cette disposition!

Dans le titre II, la Commission légifère sur les conditions d'études jusqu'ici fixées par des arrêtés ministériels, des décrets ou des décisions du Conseil de l'instruction publique. Cette revendication de prérogatives monopolisées par l'administration constitue une innovation en faveur des assemblées délibérantes. A ce point de vue, elle mérite d'être notée. En codifiant ainsi dans un seul projet tout ce qui, de loin ou de près, touche à la profession médicale, les commissaires essayent de résoudre toutes les inconnues de ce difficile problème. Cette tentative ne manque pas d'ampleur, mais, il faut l'ajouter, elle serait aussi une cause probable d'échec auprès des députés, toujours avares de leur temps et de leur attention pour les questions étrangères aux passions politiques.

L'exercice illégal serait réprimé au moyen des pénalités énumérées dans le titre III, dont les dispositions sont empruntées, pour la plupart, au projet de M. Lunier et de l'Association générale. Désormais, l'exercice illégal serait juridiquement défini, comme « tout acte commis par celui qui fait office de médecin et outrepasse les limites imposées par son diplôme, couvre de sa signature les écrits d'un individu exerçant illégalement, empirique, rebouteur, somnambule, ou bien usurpe un titre qu'il n'a pas obtenu devant une Faculté française. » Cette définition est complète et de nature à faciliter l'action de la justice, si tant est que la magistrature soit quelque jour mieux disposée en faveur de la profession médicale.

Très profitable pour l'honneur du corps médical, le dernier article détermine les incapacités légales, entrainant la déchéance du droit d'exercer, sauf pour les crimes ou délits politiques. Enfin, voici le dernier article, c'est l'article 22. Il aurait à protéger les prérogatives parlementaires. Nous députés ont plus que l'orgueil de leurs droits; ils en possèdent la jalousie ; et, avec cette passion dans l'âme, ils n'hésitent pas à déclarer que « nulle modification ne pourra être apportée à la présente loi que par une loi. » On sait ce que valent ces déclarations quand l'omnipotence administrative est en péril ou se croit amoindrie.

J'accorde une utilité à cette disposition finale, mais je crains bien qu'il en soit de cet article comme des autres; car le rapport de la Commission, excellent à tant de points

de vue, est un rapport d'enterrement. Aujourd'hui, sans écho dans une Chambre agonisante, il manquera demain peut-être d'avocat dans le Parlement en gestation ; la morale de cet épisode où nos médecins députés font des efforts trop tardifs pour être féconds, est qu'il restera seulement beaucoup de bruit pour rien. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS.

Compte rendu de la statistique de 50 femmes opérées de fistules uro-génitales, par M. le professeur Morisani (de Naples). — 54 fistules, dont 4 doubles ; Vésico-vaginales, 23; urétro-vaginales et vésicales, 6; vésico-cervico-utérines superficielles, 12; vésico-cervico-utérines profondes, 5; cloaques uro-génitaux, 8.

Nombre des opérations, 111. — Guérisons complètes ; femmes, 41; fistules, 35. — Guérisons incomplètes, 7; mort, 2.

Les manœuvres opératoires ont varié suivant les cas, et, dans plusieurs circonstances, le chirurgien a du, sur le terrain même, modifier les divers temps de l'opération dans ses grandes lignes classiques; il lui a fallu aussi recourir plusieurs fois à l'occlusion complète du vagin et de la vulve. En résumé, les procédés de Sims, de Simon, l'emploi du cautère Paquelin, ont fait à peu près seuls les frais de ces délicates opérations; l'auteur semble même avoir une préférence marquée pour la méthode de Sims. (*Rivista clinica e terapeutica*, n° 4.)

Néphrite sans albuminurie, professeur de Renzi. — A. G..., âgée de 12 ans, de faible constitution, avec prédominance du lymphatisme, ayant eu autrefois la rougeole et la scarlatine, souffrait depuis deux ans d'entérite catarrhale avec péritonite partielle; en outre elle a eu la malaria, mais sans que cette dernière affection, dont elle guérit parfaitement, eût modifié beaucoup son état général. A la suite de toutes ces misères, il se produit de l'œdème, d'abord à la face, puis aux diverses articulations, et finalement tout le corps est envahi par une véritable anasarque, bientôt suivie de palpitations et d'accès d'asthme. Le cœur, néanmoins, est trouvé sain et l'urine, examinée avec attention, ne révèle aucun trouble excrémentitiel.

Sous l'influence du régime lacté, l'œdème disparaît pour reparaître plusieurs fois dans les mêmes conditions, l'asthme persiste et augmente en raison directe de la fatigue, ce qui rend manifeste le diagnostic d'œdème du poumon et de maladie de Bright. M. le professeur de Renzi a rencontré plusieurs fois cette anomalie du manque d'albumine dans la dégénérescence graisseuse du rein, mais seulement dans les cas de néphrite interstitielle. C'est donc le premier fait de son observation qu'il publie aujourd'hui où le diagnostic de maladie de Bright se soit nettement imposé, malgré l'absence d'albumine, et pour les raisons suivantes qui paraissent incontestables :

1° Œdème de la face, puis de tout le corps;

2° Œdème de la base des poumons et accès d'asthme semblable à ceux qui se rencontrent dans l'albuminurie;

3° Hypertrophie du ventricule gauche se manifestant par suite de la durée de la maladie.

Le traitement a consisté uniquement dans le régime lacté; il a donné un excellent résultat. (*Rivista clinica e terapeutica*, n° 5.)

Recherches expérimentales sur les neutralisants du bacille tuberculeux au point de vue prophylactique et thérapeutique, par MM. le professeur Giuseppe Sormani et M. le docteur Eugène Brugnatelli. — Jusqu'au jour où la science aura trouvé le moyen de débarrasser sûrement l'organisme de ses envahisseurs petits et grands, la thérapeutique est exposée à bien des mécomptes, aussi doit-on tenir grand cas des efforts qui se font pour arriver à la solution de ce difficile problème. MM. Giuseppe Sormani et Brugnatelli ont fait dans ce but une série nombreuse d'expériences de laboratoire sur toutes les substances ayant un pouvoir parasiticide bien reconnnu, et en ont suivi les effets sur le bacille de Koch.

©BIU Santé

Voici, au point de vue thérapeutique, les substances que la médecine pourra essayer en clinique; l'action de ces différents corps est basée d'après leur puissance destructive, en d'autres termes il a fallu pour détruire toute trace du bacille de Koch :

1 *cc* d'acide lactique;
1 *cc* de solution saturée d'acide camphorique;
7/10 de *cc* de solutlon alcoolique saturée de camphre;
1/2 *cc* de bromure d'éthyle;
0,20 centigr. de naphthol β;
5 gouttes de térébenthine;
0,10 centigr. de chlorure de palladium;
2 gouttes ou 0,10 centigr. de créosote;
0,05 centig. de naphtol α;
0,05 centigr. d'acide phénique;
0,005 milligr. de bichlorure de mercure. (*Annali universali di medicina e chirurgia*, février 1885.)

Sarcome encéphaloïde de l'ovaire droit; — laparotomie; — mort, par M. le professeur C. Galozzi. — Il s'agit d'une fillette de 13 ans, non encore réglée et n'ayant aucune tare pathologique. Peu de mois avant son entrée à l'hôpital des Cliniques de Naples, cette enfant commence à s'apercevoir que son ventre augmente de volume en même temps qu'il devient douloureux à la pression beaucoup plus qu'auparavant, quoiqu'elle s'en soit plainte depuis plusieurs années. Elle est anémique, fébricitante, mais n'offre pourtant rien d'anormal dans les grandes fonctions. Une volumineuse tumeur bosselée, assez dure, quoique de consistance élastique, est reconnue dans l'hypochondre droit; le diagnostic porté par le chirurgien fut : sarcome développé probablement dans l'ovaire droit. Ce diagnostic était exact et l'opération, pratiquée quelque temps après, le prouva d'une façon manifeste. Au milieu du spray phéniqué, l'abdomen est ouvert et la tumeur enlevée; mais en procédant à la toilette du péritoine, on constata deux autres néoplasmes de même nature encéphaloïde, situées l'une sur le gauche du rachis et unie à l'os, l'autre dans l'excavation du bassin. Le chirurgien jugea leur extirpation impossible et dut fermer l'abdomen sans les enlever; deux jours après, l'opérée mourait de péritonite diffuse. (*Rivista clinica dell' Umiversita di Napoli*, n°3.)

De l'action déprimante sur les vaisseaux de l'ipéca administré à haute dose dans les pneumonies franches, par M. le docteur Ferdinand Verardini, médecin en chef du grand hôpital de Bologne, etc. — Bonne étude expérimentale et clinique faite par un médecin consciencieux dont l'attention ne s'est pas lassée depuis plusieurs années que durent ces recherches, aussi est-il acquis pour ce clinicien :

1° Que les hautes doses d'ipéca ont été données d'une façon empiriques contre les pneumonies fibrineuses par les médecins les plus en renom du siècle passé, à cause de son action dépressive et antiphlogistique.

2° Que l'emploi des hautes doses d'ipéca (2, 4, 6 et 8 grammes selon les cas et dans les vingt-quatre heures) n'a aucune influence fâcheuse sur la stase sanguine ni sur la paralysie cardiaque et que l'action vomitive ne se manifeste qu'exceptionnellement.

3° Qu'il est hors de doute que ces doses ont une influence salulaire pour modérer l'afflux sanguin dans le poumon, pour atténuer et faciliter la résolution des pneumonies franches et cela sans faire courir le moindre risque au malade.

4° Que les hautes doses d'ipéca occasionnent dans l'organisme des effets dissemblables de ceux de l'émétique. (M. Verardini pense avoir démontré ce fait le premier.) En effet, l'ipéca produit l'ischémie pulmonaire, tandis que le principe actif de l'émétique occasionne une hypérémie très prononcée: faits reconnus expérimentalement.

5° L'auteur, en produisant sur des animaux des pneumonies franches au moyen de diverses substance irritantes telles que cantharidine, ammoniaqne, crachats pneumoniques, etc., portés directement par les bronches dans le parenchyme pulmonaire, a pu constater clairement l'action comparative de l'ipéca et de l'émétique sar le cœur et le poumon.,— Millot-Carpentier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juillet 1885. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance officielle comprend l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Vallin comme membre titulaire dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Vallin prend place parmi ses collègues.

M. Marc Sée présente un mémoire manuscrit, de M. le docteur Wertheimer (de Lille), sur la perméabilité de la veine ombilicale chez l'adulte.

M. Laboulbène fait hommage de la thèse de M. le docteur Pignot sur l'hôpital du Midi et son origine; recherches sur l'histoire de la syphilis à Paris.

M. Larrey présente diverses brochures : 1° de M. de Séré : *La virilité et l'âge critique chez l'homme et chez la femme;* — 2° de M. E. Duval : *Sur l'orthopédie;* — 3° de M. le docteur Patritti : *Sur le choléra à Brignoles en 1884;* — 4° de M. le docteur Bertherand : *Sur le choléra à Alger en 1884.*

M. Guéniot offre en hommage les *Leçons cliniques* qu'il a faites en 1873, à la Clinique d'accouchements, sur l'art d'élever les enfants avant terme.

M. Vidal fait hommage d'un mémoire sur la lèpre et son traitement.

M. Jules Guérin dépose la réponse de M. le docteur Durand (de Marsillan, Hérault) aux questions de l'Académie sur l'épidémie de choléra en France en 1884.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Javal; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. d'Arsonval et Riban; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Hanriot, Hardy et Albert Robin.

Le nombre des votants étant de 58, majorité 30, M. Javal obtient 39 suffrages, M. Riban 7, M. Hardy 5, M. Albert Robin 4, M. d'Arsonval 2. Bulletin nul, 1.

En conséquence, M. Javal, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

— M. le docteur Boisseau du Rocher lit une note à propos de la présentation du mégaloscope (endoscope pour le rectum, la vessie, l'estomac). Ces instruments sont construits d'après un principe d'optique nouveau qu'il appelle la mégaloscopie. Ils permettent de voir les muqueuses des cavités sur une étendue d'un diamètre de 0,20 centimètres, et les lésions qu'elles présentent avec un fort grossissement comme au moyen d'une loupe.

M. Germain Sée communique les résultats des recherches qu'il a faites sur la terpine ou principe actif des différentes térébenthines. Son travail a pour titre : *Traitement de la phthisie catarrhale, des hémoptysies et des bronchites chroniques par la terpine.*

Voici les conclusions de ce travail :

La terpine constitue un modificateur énergique de la muqueuse respiratoire et un antisécrétoire puissant :

1° Elle diminue et tarit rapidement l'expectoration purulente dans les formes catarrhales de la phthisie. Que la sécrétion muco-purulente provienne des bronches irritées par les tubercules, ou bien de la paroi des cavernes pulmonaires, que la maladie soit au début ou dans la phase de la fonte purulente, ou même à la période des excavations formées, la terpine sera indiquée toutes les fois que la formation de pus est assez abondante pour fatiguer le malade, ou pour épuiser ses forces et pour entraîner le dépérissement.

©BIU Santé

2° Elle sera employée avec succès dans les hémoptysies de la tuberculoss commençante, c'est-à-dire lorsque la maladie n'est pas arrivée au développement des grandes cavités avec anévrysmes de l'artère pulmonaire.

3° Dans le traitement des catarrhes pulmonaires, des bronchites chroniques indépendantes de l'asthme et ne provoquant qu'une dyspnée par encombrement des bronches, la terpine constitue le meilleur moyen d'amoindrir l'hypersécrétion bronchique.

4° Son action prompte, sûre et exempte d'inconvénients physiologiques, doit la faire préférer aux préparations de térébenthine ou de goudron ou de bourgeons de sapin, qui en contiennent si peu, à l'essence de térébenthine qui n'est pas tolérée. Elle présente même, à cause de sa parfaite innocuité et de sa facile digestibilité, des avantages sur la créosote.

5° Les meilleurs procédés, pour administrer ce médicament, sont la forme pilulaire ou la solution alcoolique, et la meilleure dose est celle de 1 gramme.

6° Dans l'asthme nerveux, emphysémateux ou catarrhal, qu'il faut distinguer du catarrhe primitif, l'iode et la pyridine ont une supériorité incontestable. »

— Dujardin-Beaumetz fait une communication sur les propriétés physiologiques, toxiques et thérapeutiques du sulfure de carbone. Voici le résumé de ce travail :

M. Dujardin a expérimenté le sulfure de carbone depuis plus d'un an, avec l'aide de M. le docteur Sapelier. Bien que la production industrielle de ce composé et son emploi contre le phylloxera aient considérablement augmenté, il est remarquable que les accidents décrits autrefois par Delpech, comme succédant à son usage, soient devenus extrêmement rares. Il était donc nécessaire de faire de nouvelles recherches à ce sujet.

MM. Dujardin-Beaumetz et Sapelier les ont entreprises tantôt avec le sulfure de carbone pur, tantôt avec l'eau sulfo-carbonée, dissolution de 2,04 de sulfure de carbone par litre d'eau à 0°, et de 1 gr. 87 à 15°. Voici les résultats de ces recherches.

Par les voies digestives, l'eau sulfo-carbonée n'a jamais produit d'accidents toxiques, soit chez l'homme, soit chez les animaux ; avec le sulfure de carbone, même à doses assez considérables, on ne détermine, chez l'homme et les animaux, que de la diarrhée et des vomissements.

Par la voie pulmonaire, les vapeurs de sulfure de carbone ont des propriétés anesthésiques manifestes; toutefois, les lapins et les chiens les supportent assez bien, tandis que les coqs en éprouvent un certain affaiblissement et les cobayes y succombent.

Quant à l'application du sulfure de carbone sur la peau, elle produit du refroidissement d'abord, puis une congestion et une rubéfaction extérieure vive, sans déterminer de phénomènes d'intoxication.

Par la voie hypodermique, on a des eschares plus ou moins étendues, et, lorsque a dose est trop considérable, les animaux succombent non à des symptômes d'intoxication, mais aux conséquences des brûlures étendues ainsi produites.

Enfin, l'eau sulfo-carbonée peut être injectée dans les veines sans inconvénients, à la dose de 20 grammes par kilogramme du poids de l'animal. La principale voie d'élimination du sulfure de carbone paraît, d'ailleurs, être la voie pulmonaire; en effet, quel que soit le mode d'administration, l'haleine de l'animal ne tarde pas à prendre l'odeur caractéristique de ce corps. Le rein, il est vrai, en élimine aussi une partie. La liqueur de Fehling, comme l'a indiqué M. le docteur Roux, en décèle les moindres traces dans les urines par la coloration noirâtre qu'elle y détermine dans ce cas. En revanche, on ne trouve jamais le sulfure de carbone dans les matières fécales ; elles sont complétement désinfectées, mais ce composé a disparu en raison de sa volatilité. La sueur, enfin, a quelquefois aussi l'odeur caractéristique.

M. Dujardin-Beaumetz estime, en conséquence, que les accidents attribués au sulfure de carbone, dans les intestins, sont dûs plutôt à l'hydrogène sulfuré qu'il renferme lorsqu'il n'est pas suffisamment purifié, ou qui se dégage lorsqu'on le met en contact avec d'autres corps, l'alcool en particulier; ce sont donc les alcooliques qui sont le plus sujets à cette intoxication. Toutefois, M. Dujardin-Beaumetz pense que le sulfure de carbone, étant un gaz irrespirable, anesthésiant, peut être toxique, aussi bien par lui-

même que par l'hydrogène sulfuré qu'il renferme. Si dans les huileries les accidents sont rares, c'est que la distillation y prive le sulfure de carbone de son hydrogène sulfuré. Dans le traitement de la vigne, le travail en plein air atténue les causes d'intoxication, et, dans les usines de caoutchouc, il est nécessaire de faire le travail sous des hangars non fermés.

D'autre part, au point de vue thérapeutique, le sulfure de carbone et l'eau sulfo-carbonée sont de puissants médicaments aseptiques. Ils stérilisent les bouillons de culture et empêchent toute fermentation, à dose relativement minime. Son action rubéfiante très rapide peut être précieuse dans certains cas ; son emploi, dans les plaies de mauvaise nature, doit être recommandé.

Donné à l'intérieur, à la dose de 25 grammes par 500 grammes d'eau et 50 gouttes d'essence de menthe (une cuillerée à bouche dans du lait ou dans de l'eau rougie, quatre à dix fois par jour), le sulfure de carbone est bien supporté ; la désinfection des garde-robes est complète, et les propriétés infectieuses de ces garde-robes sont complètement détruites. Il convient donc de l'administrer dans tous les cas où se développe de la putridité dans le tube digestif, fièvre typhoïde, dilatation de l'estomac compliquée de diarrhée, diarrhées infectieuses, diarrhées de Cochinchine.

M. Constantin Paul, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Cornil, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Zambaco, intitulé : *De la lèpre observée à Constantinople.*

Le mémoire de M. le docteur Zambaco a surtout pour objet l'étude de la lèpre tuberculeuse. Il est accompagné de six observations détaillées auxquelles sont jointes des représentations des lésions par l'aquarelle, qui sont de véritables objets d'art et permettent d'y voir les caractères extérieurs presque aussi bien que sur les malades qui font l'objet de ces observations.

L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° La lèpre n'est pas une maladie héréditaire ; elle est acquise. Il est possible qu'elle le soit par la contagion, mais ni la clinique, ni l'expérimentation sur les animaux, ni l'expérimentation sur l'homme n'ont pu le démontrer encore.

En acceptant même que tout lépreux n'a pu trouver l'origine de sa maladie que dans la contagion par l'introduction dans l'organisme de bacilles spécifiques, il ne s'en suit pas fatalement que ce lépreux va répandre facilement sa maladie autour de lui et qu'il soit devenu si redoutable. Les enquêtes cliniques négatives et l'insuccès des inoculations prouvent, dans tous les cas, que cette maladie ne se transmet pas facilement et qu'il n'y a aucune proportion entre les chances possibles de la contagion et la sévérité des mesures que l'on prend en Orient contre les lépreux.

2° A Constantinople, comme en Norwège, les lépreux sont atteints d'affections oculaires dans la proportion des deux tiers ou des trois quarts. Ces affections portent surtout sur la cornée, l'iris et le cristallin, avec cette différence que la forme tuberculeuse s'annonce plus souvent par la kératite, tandis que la forme anesthésique altère la cornée et la conjonctive à cause de la paralysie orbiculaire qui ne retient plus les larmes.

3° La thérapeutique consiste dans la combinaison du traitement général par les toniques tels que le quinquina, l'arsenic, l'ergot de seigle, et du traitement local par la destruction des tubercules au moyen du thermo-cautère.

M. le rapporteur propose en terminant :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur ;

2° De renvoyer son mémoire au Comité de publication ;

3° D'inscrire favorablement son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant étranger. (Adopté.)

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 juillet 1885.

M. Clado fait, au nom de M. le professeur Duplay et au sien, une communication sur

CBIU Santé

les atrophies musculaires chirurgicales. Leur communication porte aujourd'hui spécialement sur les atrophies par fractures articulaires.

Ces auteurs ont constaté à l'œil nu un épaississement considérable de l'aponévrose et de la peau, qui est doublée d'une couche graisseuse épaisse. L'atrophie musculaire généralisée du segment du membre situé au-dessus de la fracture, la surcharge graisseuse du périmysium interne des muscles atrophiés.

Histologiquement ils ont rencontré une diminution considérable des faisceaux primitifs, l'altération de leur striation, le plissement et la prolifération des noyaux du sarcolemme et enfin un envahissement par des granulations graisseuses très fines de tout le faisceau primitif.

Dans le tissu périfascirculaire de nombreux vaisseaux atteints d'endopériartérite qui envoient des ramifications dans l'épaisseur même du faisceau primitif. La plupart de ces vaisseaux sont entourés par une couche graisseuse abondante qui, s'étendant au loin, élargit l'espace interfasciculaire et lui fait prendre un volume au moins égal à celui du faisceau.

MM. Duplay et Clado font remarquer, sans vouloir toutefois donner, pour le moment, une interprétation pathogénique de ces altérations, qu'il s'agit là de lésions irritatives avec production de tissu nouveau qui tend à se substituer au tissu normal : ce qui le démontre, c'est qu'au voisinage de la fracture l'altération est telle, que c'est à peine si l'on peut retrouver çà et là quelques fibres musculaires au milieu d'une gangue conjonctive remplie de cellules graisseuses et de noyaux.

Les filets intramusculaires ne présentent aucune altération.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 28 juillet au 1er août 1885.

Mardi 28, à 9 heures. — M. Simon Pietri : Note à propos d'un cas d'anévrysme de l'aorte abdominale. (MM. Verneuil, président; Landouzx, Terrillon et Kirmisson.) — M. Bonfils : Paludisme et puerpéralité. (MM. Verneuil, président; Landouzy, Terrillon et Kirmisson.) — M. Sidky : Des modifications récentes de la périnéorrhaphie. (M. Verneuil, président; Landouzy, Terrillon et Kirmisson.) — M. Feuillade : Contribution à l'étude des hémorrhagies palustres. (MM. Verneuil, président ; Landouzy, Terrillon et Kirmisson.). — M. Bonnet : Des troubles nerveux dans l'intoxication par le sulfure de carbone. (MM. Ball, président; Cornil, Hallopeau et Hanot.) — M. Lelarge : Contribution à l'étude de la maladie de Ménière et de son traitement. (MM. Ball, président; Cornil, Hallopeau et Hanot) — M. Bouquet : Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse et des maladies du cœur. (MM. Cornil, président; Ball, Hallopeau et Hanot.) — M. Doyen : Recherches anatomiques et expérimentales sur le choléra épidémique (MM. Cornil, président; Ball, Hallopeau et Hanot.) — M. Weill : Contribution à l'étude clinique des œdèmes périphériques d'origine nerveuse. (MM. G. Sée, président; Peter, Raymond et Troisier). — M. Mouzon : De la valeur séméiotique des hémoptysies dans certaines formes de maladies du cœur. (MM. G. Sée, président; Peter, Raymond et Troisier.) — M. Cuny : Tabac et tabagisme. (MM. Peter, président; G. Sée, Raymond et Troisier). — M. Dubromelle : Contribution à l'étude du traitement local des accidents cutanés de la syphilis. (MM. Peter, président; G. Sée, Raymond et Troisier.) — M. Chpolianski : Des analogies entre la folie à deux et le suicide à deux. (MM. Brouardel, président; Laboulbène, Debove et Hutinel.) — M. Le Guellant : Sur les phénomènes prurigineux que l'on rencontre à la période d'invasion de la scarlatine. (MM. Brouardel, président; Laboulbène, Debove et Hutinel.) — M. Fauche : Contribution à l'etude des fistules hépato-bronchiques consécutive à la lithiase biliaire. (MM. Laboulbène, président; Brouardel, Debove et Hutinel.) — M. Gérard : Contribution à l'histoire de la fécondation artificielle. (MM. Pajot, président; Richet, Charpentier et Richelot.) — M. Ménager : De la résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe. (MM. Richet, président; Pajot, Charpentier et Richelot.). — M. Colle : Des fistules osseuses d'origine dentaire. (MM. Richet, président, Pajot, Charpentier et Richelot.)

Mercredi 29, à 9 heures. — M. Escarras : Des varices du thorax et des membres supérieurs ; leur valeur séméiologique dans les tumeurs du médiastin. (MM. Vulpian, président ; Damaschino, Ch. Richet et Joffroy.) — M. Gosset-Delonchamps : Etude expérimentale sur les effets physiologiques du guarana et de la guaranine. (MM. Vulpian, président ; Damaschino, Ch. Richet et Joffroy.) — M. Henri Martin : Contribution à l'étude des affections chroniques de l'oreille moyenne. (MM. Damaschino, président ; Vulpian, Ch. Richet et Joffroy.)

A 1 heure. — M. Compain : Contribution à l'étude des injections hypodermiques de chlorhydrate de cocaïne. (MM. Potain, président ; Landouzy, Rendu et Kirmisson.) — M. Bermont : Contribution à l'étude des signes physiques des anévrysmes artériels et particulièrement des anévrysmes intra-thoraciques. (MM. Potain, président ; Landouzy, Rendu et Kirmisson.) — M. Carillon : Observations sur la tuberculose. (MM. Baillon, président ; Fournier, Straus et Joffroy.) — M. Chapard : La roséole squameuse dans ses diverses formes. (MM. Fournier, président ; Baillon, Straus et Joffroy.) — M. Notin : Etude sur les papillomes simples. (MM. Fournier, président ; Baillon, Straus et Joffroy.) — M. Bourguet : Cautérisation dans les tumeurs récidivantes. (MM. Trélat, président ; Tarnier, Pinard et Terrillon.) — M. Roger : Etude comparative de l'ostéotomie et de l'ostéoclasie dans le traitement du genu valgum. (MM, Trélat, président ; Tarnier, Pinard et Terrillon.) — M. Boudon : Etude critique sur l'opération césarienne et l'opération de Porro. — Manuel opératoire. (MM. Tarnier, président ; Trélat, Pinard et Terrillon.)

Jeudi 30, à 1 heure. — M. Magnier : Contribution à l'étude de l'ulcération dans les tumeurs bénignes. (MM. Richet, président ; Ball, Debove et Campenon.) — M. Lannes : Des fractures multiples de la clavicule. (MM. Richet, président ; Ball, Debove et Campenon.) — M. E. Doyen : Quelques considérations sur les terreurs morbides et le délire émotif en général. (MM. Ball, président ; Richet, Debove et Campenon.) — M. Bernard (Léon) : De la curabilité de la tuberculose aiguë à localisations multiples considérée chez l'adulte. (MM. Laboulbène, président ; Grancher, Troisier et Hutinel.) — M. Pignot : Sur l'hôpital du Midi et les origines de la syphilis en France. (MM. Laboulbène, président ; Grancher, Troisier et Hutinel.) — M. Teixeira de Assumpçao : Du purpura rhumatismal. (MM. Grancher, président ; Laboulbène, Troisier et Hutinel.) — M. Prieur : La fièvre typhoïde à Saint-Denis (Seine), de 1873 à 1884 inclusivement. (MM. Grancher, président ; Laboulbène, Troisier et Hutinel.) — M. de Torres Mendiola : Contribution à l'étude de la rétention du placenta. (MM. Pajot, président : Bouchard, Charpentier et Hanot.) — M. Lanchamp : Contribution à l'étude des indications et des difficultés de la version céphalique par manœuvres externes. (MM. Pajot, président ; Bouchard, Charpentier et Hanot.) — M. Andrieu : Considérations générales sur les réactions constitutionnelles dans les maladies. (MM. Bouchard, président ; Pajot, Charpentier et Hanot.)

Vendredi 31, à 1 heure. — M. Marcus : Le microbe de la syphilis. (MM. Vulpian, président ; Damaschino, Hanriot et Straus.) — M. Cloez : Considérations sur l'étiologie du choléra envisagée dans ses rapports avec la prophylaxie des campagnes. (MM. Vulpian, président ; Damaschino, Hanriot et Straus.) — M. Nollet : Du régime alimentaire chez les albuminuriques. (MM. Damaschino, président ; Vulpian, Hanriot et Straus.) — M. Sieurac : Contribution à l'étude de la néphrite secondaire aux affections cardiaques. (MM. Potain, président ; Fournier, Joffroy et Rendu.) — Ramalo : Contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire (particulièrement chez l'homme). (MM. Fournier, président ; Potain, Joffroy et Rendu.) — M. Dubrueilh : De la broncho-pneumonie cholérique. (MM. Fournier, président ; Potain, Joffroy et Rendu). — M. Grand-Moursel : Contribution à l'étude des abcès de la rate. (MM. Verneuil, président ; Landouzy, Reclus et Kirmisson.) — M. Oudar : Des arthropathies de l'articulation tibio-tarsienne. (MM. Verneuil, président ; Landouzy, Reclus et Kirmisson.) — M. Wins : L'allaitement à la nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés. (MM. Verneuil. président ; Landouzy, Reclus et Kirmisson.) — M. Fauvel : Des paralysies traumatiques d'origine périphérique. (MM. Verneuil, président ; Landouzy, Reclus et Kirmisson.)

Samedi 1er août, à 1 heure. — M. Juranville : Recherches expérimentales et thérapeutiques sur l'action somnifère d'un glucoside du Boldo. (MM. Béclard, président ; Gran-

©BIU Santé

cher, Ch. Richet et Raymond.) — M. Herr : Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale épidémique. (MM. Grancher, président; Béclard, Ch. Richet et Raymond). — M. Fouque : Des manifestations articulaires. (MM. Grancher, président; Béclard, Ch. Richet et Raymond.)

COURRIER

Concours. — Nous envoyons nos félicitations les plus amicales à MM. Brun et Routier, qui viennent d'être nommés chirurgiens des hôpitaux.

— Par arrêtés ministériels en date des 9, 10 et 14 juillet 1885, ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs Berthault, président de la délégation cantonale, à Is-sur-Tille ; Desormeaux, chirurgien du lycée Louis-le-Grand ; Larcher, délégué cantonal du XVIe arrondissement, à Paris ; Monin, médecin inspecteur des écoles de de la ville de Paris ; Saffray, sécrétaire de la Société française d'hygiène, à Paris ; Vallin, professeur au Val-de-Grâce ; Widal, directeur du service de santé du corps d'armée, à Orléans.

Officiers d'académie. — MM. les docteurs A. Brochin, médecin inspecteur du personne scolaire de la Seine ; Belin, publiciste à Paris ; Malécot, à Paris ; Paul, délégué cantonal à Istres ; Sicard, à Béziers ; Ruelle, à Paris ; Antelmy, délégué cantonal à Carcès ; Bacoul à Alby ; Desnos (Ernest-Louis), à Paris ; Dubar, chirurgien des hôpitaux de Lille ; Galland, à Paris ; Gueillot, délégué cantonal à Vouziers ; Lagnoux, délégué cantonal, maire d'Yerville ; Lanquetin, chef adjoint du service médical de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest ; Bach, délégué cantonal à Conches ; Benoit, délégué cantonal, adjoint au maire de Dieulefit ; Blanchard, délégué cantonal à Saint-Affrique ; Cazal, médecin en chef de l'hôpital militaire de Clermont-Ferrand ; Cledou, conseiller général, délégué cantonal à Navarreux ; Daviot, délégué cantonal, maire de Saint-Léger-sur-Dheune ; Degos, délégué cantonal à Mugron ; Despaux, delégué cantonal à Crouy-sur-Ourcq ; Duboué, à Pau ; Fabre, directeur de l'asile public d'aliénés de l'Ariège, à Saint-Lizier ; Fauchey, conseiller d'arrondissement à Saint-Vivien ; Favre, médecin de la Compagnie de Paris-Lyon-Méditérranée, à Lyon ; Gillet, délégué cantonal à Lamarche ; Grenier, à Paris ; Guyon, délégué cantonal, adjoint au maire de Remiremont ; Hannard, délégué cantonnal, maire d'Arville ; Jaurès, délégué cantonal, adjoint au maire de Dourgne ; Lautar, délégué cantonal à Mazamet ; Le Bœuf, conseiller municipal à Cahors ; Lionet, délégué cantonal à Doué-la-Fontaine ; Masson de Saint-Félix, délégué cantonal, maire de Liginiac ; Mook, médecin inspecteur des écoles de la ville de Paris ; Naudin, délégué cantonal à Toulouse ; Petit, médecin-major au 28e d'infanterie ; Prevost, délégué cantonal, maire de Faux-la-Montagne ; Tournier, délégué cantonal à Mouthe ; Van Merris, médecin en chef de l'hôpital de Dunkerque ; Daviot, président de la délégation cantonale à Gueugnon ; Geoffroy, délégué cantonal, membre du bureau d'administration du collège, à La Fère ; Nielly, médecin professeur de la marine ; Raby, professeur agrégé au Val-de-Grâce ; Vercoutre, médecin-major à Tunis ; Famechon, médecin-major à l'École de Rambouillet ; Paquelin, lauréat de l'Académie de médecine ; Bercioux, médecin du lycée de Bourges ; Bergeron, médecin du lycée de Vanves ; Richard, médecin adjoint du lycée de Vanves ; Simon, médecin du lycée de Caen ; Garimond, médecin du lycée de Montpellier. — M. Ravillain, officier de santé, délégué cantonal à Camon.

Nécrologie. — Médecins morts en Espagne victimes du choléra :

Docteurs Calatayud (de Muro), Cervellera (de Masamagrell), Bernard Quiros (de Jumilla), Miralles (de Valence), Fos (de Sueco). Comme on le voit, nos confrères d'Espagne payent un large tribut à l'épidémie.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Panas : Quelques considérations sur la pathogénie du goître exophthalmique. — II. Revue des Journaux. — III. L'Epidémie cholérique de 1885. — VI. Sociétés médicales des départements. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Clinique ophthalmologique de la Faculté.

Quelques considérations sur la pathogénie du goître exophthalmique.

Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, par le professeur PANAS.

Recueillie par le docteur de Lapersonne, chef de clinique.

Messieurs,

Les premières notions, sur l'affection qui nous occupe, datent du commencement du dernier siècle. Dans son livre, Saint-Yves parle d'une femme ayant une saillie anormale des yeux, s'accompagnant de troubles chlorotiques. Scarpa, Louis et d'autres encore donnent des observations isolées. Mais c'est seulement en 1840 que Basedow en donne une description complète et réunit la triade symptomatique pour constituer une nouvelle entité morbide, c'est donc avec justes raisons qu'on a l'habitude de désigner le goître exophthalmique sous le nom de maladie de Basedow. Depuis ce moment de très nombreuses publications sur la matière ont été faites par des physiologistes, des médecins ou des oculistes, mais leur énumération m'entraînerait trop loin et je vous renvoie, pour l'historique complet, à l'article que j'ai publié sur la pathogénie du goître exophthalmique, dans les *Archives d'ophthalmologie* (1).

Vous savez que la triade symptomatique est caractérisée par les troubles cardio-vasculaires, l'hypertrophie du corps thyroïde, enfin l'exophthalmie. A ces trois symptômes il faut en ajouter quelques-uns d'importance encore assez grande : entre autres les phénomènes très marqués d'anémie qui ont permis à quelques auteurs de décrire la maladie sous le nom d'anémie essentielle. C'est par la même raison qu'on a souvent noté la disparition des règles ; c'est le cas pour la malade qui est aujourd'hui soumise à notre observation et qui n'a pas eu ses règles depuis quinze mois.

De tous les phénomènes qui caractérisent la maladie de Basedow, les seuls qui soient réellement constants, qui apparaissent les premiers et ne manquent jamais, ce sont les troubles cardio-vasculaires caractérisés dès le début par la fréquence des battements du cœur, par des palpitations, des sensations de battements dans les vaisseaux de la tête et du cou, par des bouffées de chaleur et par d'autres phénomènes vaso-moteurs que nous ne pouvons passer en revue dans cette leçon.

Quant au goître, il est très variable suivant les cas, généralement bilatéral, peut-être un peu plus prononcé à droite, il est quelquefois si peu accusé qu'il pourrait passer inaperçu, et chez la malade que nous a adressée M. Letulle, notre collègue n'a pu reconnaître l'hypertrophie du corps thyroïde qu'en faisant boire la malade et en provoquant des mouvements brusques de déglutition. Ceci suffit à prouver l'erreur de ceux qui ont attribué

(1) Panas : Nature et traitement du goître exophthalmique. *Arch. d'ophthalmologie*, I, p. 97, 1881.

©BIU Santé

à la maladie de Basedow, une origine mécanique et un rôle prépondérant à l'hypertrophie du corps thyroïde.

Du côté des yeux nous observons la protusion des globes : les paupières sont largement ouvertes, la coloration de la sclérotique apparaît tout autour de la cornée, ce qui, joint à leur immobilité, rend les yeux hagards et donne à la physionomie un aspect des plus étranges. Le clignotement même n'existe presque pas, il y a une véritable parésie de tous les muscles de l'œil que Grœfe avait bien observée. Il avait en outre remarqué une discordance entre le releveur de la paupière et le muscle droit supérieur ; il faisait de cette gêne des mouvements de la paupière un signe caractéristique du début de la maladie de Basedow. A notre avis, il n'existe qu'un obstacle mécanique dû à la protusion de l'œil. Mais la parésie musculaire n'est pas douteuse et, chez notre malade, nous avons spécialement noté une diminution de l'amplitude de convergence, réduite à six angles métriques (1). D'ailleurs cet affaiblissement musculaire est général, il y a, chez cette femme, du tremblement des mains, de la faiblesse des jambes : nous verrons que tout ceci cadre bien avec l'origine centrale que nous assignons à la maladie.

La vision est peu altérée chez ces sujets : la vue est bonne, le fond de l'œil normal, la pupille conserve ses réflexes lumineux et accommodateur. Mais un fait intéressant à noter, c'est que cette malade qui était autrefois hypermétrope, ou du moins emmétrope, et voyait très bien de loin, présente aujourd'hui 1,25 dioptries de myopie. Ce cas est à rapprocher de celui que j'ai déjà publié dans les *Archives* et d'une observation de Praël. Ceci est tout à fait en désaccord avec les affirmations de Græfe, qui niait la possibilité de la myopie : l'axe antéro-postérieur de l'œil devant subir, par le fait de l'exophthalmie, un aplatissement antéro-postérieur.

Les conditions étiologiques, qui président au développement de la maladie de Basedow, viennent apporter des renseignements, au moins aussi utiles que la clinique, pour l'étude pathogénique de cette singulière affection. Un premier fait, noté dans toutes les statistiques, c'est que cette maladie est incomparablement plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et dans une proportion d'environ 90 pour 100. Est-ce que les lésions de l'appareil utéro-ovarien exerceraient une influence marquée sur la production de ces phénomènes? Dans beaucoup de cas, on a noté ces lésions comme causes possibles; moi-même, j'ai vu débuter le goître exophthalmique au sixième mois d'une grossesse difficile. Mais tout ceci est dominé par un état particulier du système nerveux, rendu plus irritable par le fait de la lésion utéro-ovarienne. Je suis, en effet, convaincu que le système nerveux joue un rôle prépondérant dans l'étiologie; ces malades sont tous, ou presque tous, des névropathes.

Revoyez l'histoire de cette femme : bien avant l'apparition de ses troubles cardiaques, elle a été irritable, nerveuse; un oncle maternel est mort fou; son frère est sombre et a une tendance marquée à la lypémanie. Deux de ses enfants sont morts de convulsions; elle a une fille idiote, un fils très sombre, très taciturne; une autre fille, de 20 ans, très nerveuse, et qui est atteinte de goître exophthalmique.

J'ai eu l'occasion d'observer, à ma consultation, un jeune homme du Havre atteint de goître exophthalmique. Il est essentiellement névropathe;

(1) Nous faisons suivre cette clinique de l'observation qui en a été le point de départ. Elle a été prise avec beaucoup de soins par M. Kalt, élève du service. — F. L

en outre, son front est bombé, son crâne asymétrique, et il a un frère enfermé dans un asile d'aliénés.

Depuis la publication de mon travail dans les *Archives*, je ne manque pas l'occasion, d'ailleurs assez rare pour moi, de rechercher les antécédents névropathiques chez les malades eux-mêmes ou chez leurs ascendants. Il serait même intéressant de reprendre les observations publiées par les auteurs et de voir si cette influence a été signalée. Je suis convaincu, pour ma part, qu'elle doit être très fréquente, et qu'il faut ranger désormais le goître exophthalmique, parmi les maladies du système nerveux, au même titre que l'épilepsie, l'hystérie, etc.

Le début de la maladie vient attester cette origine; c'est, en effet, à la suite d'une violente émotion, d'un grand chagrin, que surviennent les accidents. Tel est le cas pour notre malade, qui fait remonter l'origine de tous ces troubles à l'époque de la mort de son mari. Enfin, dans l'évolution même de l'affection, on a très souvent observé des troubles de la sensibilité (hyperesthésie cutanée, attaques d'hystérie, chorée), du tremblement des mains, des changements du caractère.

L'origine nerveuse du goître exophthalmique étant admise, il faut se demander dans quelle partie du système nerveux on doit le placer; en un mot, quel est son siège?

Beaucoup d'auteurs, frappés par la paralysie vaso-motrice et la tension intra-vasculaire, se rappelant d'ailleurs les belles expériences de C. Bernard sur la section du grand sympathique cervical, ont pensé que le goître exophthalmique était dû à une altération de la partie cervicale de ce nerf au niveau du ganglion cervical supérieur; l'exorbitis et l'hypertrophie du corps thyroïde seraient secondaires à la congestion veineuse.

Dans mes leçons cliniques, je me suis depuis longtemps élevé contre cette hypothèse, avec d'autant plus de raison que j'avais eu l'occasion d'observer un cas de paralysie du grand sympathique cervical chez l'homme (1).

Dans la paralysie de ce nerf on a du myosis, une rougeur congestive intense de la conjonctive, enfin des phénomènes oculo-pupillaires très marqués qui manquent dans le goître, et d'ailleurs nous observons un phénomène beaucoup plus important, c'est l'accélération des battements du cœur.

Tout ceci nous oblige à rapporter le siège de la lésion nerveuse au bulbe même, et à admettre une influence non douteuse des noyaux d'origine des nerfs bulbaires. C'est aussi l'opinion de M. Vulpian qui l'a développée dans ses leçons à la Faculté, à l'époque où je professais les mêmes idées dans mes leçons cliniques.

Une autre raison qui milite en faveur de ce siège, c'est que, dans certains cas, on a observé de la polyurie, de l'albuminurie et même de la glycosurie, comme dans la fameuse expérience de C. Bernard sur la piqure du plancher du quatrième ventricule. Ces malades sont donc, à n'en pas douter, des bulbaires.

Pour M. Vulpian, il faut admettre un processus irritatif, agissant sur les origines bulbaires du grand sympathique. Il pense que l'excitation des filets cardiaques du sympathique cadre mieux avec les autres symptômes d'hyperesthésie et d'exagération des réflexes cutanés et tendineux. Dans

(1) Mémoires de la Société de chirurgie, 1868.

©BIU Santé

le mémoire que j'ai publié dans les *Archives d'ophthalmologie*, j'ai dit que l'hypothèse d'un travail paralysant pouvait expliquer les faits observés. Du côté du cœur, il y aurait paralysie des nerfs d'arrêt, d'où accélération des mouvements de cet organe, comme après la section du nerf vague; du côté de la tête et du cou, paralysie des filets sympathiques. Une même cause peut agir en détruisant le noyau bulbaire du pneumogastrique et en paralysant la partie la plus élevée du grand sympathique.

Mais dans l'hypothèse de M. Vulpian, comme dans la mienne, il n'est pas besoin d'invoquer un double processus, à la fois paralytique et irritatif, ayant pour siège le grand sympathique, comme cela a été admis jusqu'ici.

De cette étude, il est nécessaire que vous reteniez ceci : Le goître exophthalmique est une tare névropathique dont vous devez tenir compte dans les antécédents héréditaires; dans ces observations, vous ne manquerez pas de rechercher d'autres manifestations nerveuses. Le siège est le bulbe et c'est seulement en admettant cette origine centrale qu'on peut expliquer tous les symptômes si disparates au premier abord.

Observation recueillie par M. Kalt, élève du service.

Femme Jouhaud, 43 ans, se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu au mois de juin 1885.

La malade habite Paris depuis vingt-quatre ans. N'a jamais souffert de privations, mais a eu des chagrins prolongés dans les cinq dernières années. La mère, âgée de 65 ans, vit encore : elle est très irritable, mais n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Père mort tuberculeux à 25 ans, non alcoolique. Grands-parents inconnus. Un oncle maternel mort fou (c'était un frère du second lit de la mère de la malade). A eu trois frères : l'aîné et le plus jeune tuberculeux. Le second est très irritable, emporté, d'un caractère sombre.

Mariée à 16 ans. Fausse couche après six mois; puis un accouchement tous les ans : 1° enfant mort de convulsions au bout de quarante jours; 2° *idem* au bout de quinze jours; 3° fille ayant actuellement 23 ans, nullement nerveuse, mais un peu simple d'esprit; 4° fils ayant 21 ans, violent, très sombre; 5° fille de 20 ans, très nerveuse, serait sujette à des palpitations et aurait de l'exophthalmie comme sa mère (?) 6° garçon mort de convulsions à 6 mois; 7° fausse couche de 1 mois suivie de pelvipéritonite (la malade avait alors 32 ans).

Étant enfant, la malade a toujours été de constitution délicate. De tout temps, elle a été sujette à des faiblesses accompagnées d'étouffements l'obligeant à s'asseoir, mais sans perte de connaissance. Leur durée était d'environ dix minutes. Depuis cinq ans, elle n'en aurait eu que trois, toutes à la suite d'une contrariété. Jamais d'aura, ni morsure de la langue, ni cri initial, ni relâchement des sphincters. Face reste pâle pendant l'accès.

Depuis une dizaine d'années, accès de migraine durant un jour, avec battements dans les tempes, le front, le globe oculaire gauche, photophobie, nausées.

Réglée à 12 ans, avec interruption d'une année. Depuis l'âge de 14 ans, les règles sont régulières, durent de huit à dix jours, s'accompagnent de maux de reins. Depuis deux ans, elles ne duraient plus que quatre à cinq jours. Depuis mars 1885, elles sont complètement supprimées.

Il y a un an et demi, la malade s'est aperçue que ses yeux étaient gros et saillants. Elle éprouvait une gêne continuelle dans les orbites. Les palpitations, que la malade a eues de tout temps, augmentèrent à cette époque en force et en fréquence. Elles survenaient dans la journée sans cause appréciable ou à la suite d'une émotion, duraient cinq ou dix minutes et s'accompagnaient d'un point douloureux sous-mammaire. Le corps thyroïde était peu augmenté de volume, et c'est M. Letulle qui, il y a trois mois, découvrit une légère hypertrophie passée inaperçue pour la malade.

Actuellement : Yeux hagards, saillants, le gauche un peu moins que le droit. Paupière

supérieure élevée, laissant apparaître une bande de sclérotique de 2 millimètres au-dessus de la cornée. Les mouvements des globes et des paupières sont synergiques. Pupilles moyennement dilatées ; réflexes pupillaires conservés. La malade dit avoir eu une vue très longue dans son enfance. Depuis un an, elle s'aperçoit qu'elle ne reconnaît plus les personnes à distance.

Tonus normal : Kératoscopiquement, O D; M = ID; avec les verres, O D M = 1,5 V = 1; O G M = 0,5 V = 1. — Pas d'asthénopie musculaire.

Convergence : $P_c + 6^{am}$, $r_c + 0^{am},75$. — $A_c = 5^{am},25$.

Amplitude d'accommodation : O D = 4_D5; O G = 5_D5.

Ophthalmoscope : Fond d'œil normal. Veines remplies, légèrement flexueuses. Soupçon d'ondulation. Pas de pouls artériel.

Cœur : Pointe bat dans le cinquième espace. Souffle anémique à la base et dans les vaisseaux.

Pouls : 104-120, assez faible. Respiration, 32.

Corps thyroïde : Dépasse peu son volume normal. Lobe droit un peu plus développé que le gauche. Battements normaux dans la région carotidienne.

Tube digestif : Dyspepsie habituelle. Appétit exagéré certains jours. Diarrhées fréquentes durant un à trois jours.

Pleurésie à la base gauche il y a deux mois. Bronchite tous les hivers.

Organes des sens paraissent normaux. Sensibilité intacte. Réflexe rotulien normal.

La malade est toujours en sueur. Bouffées de chaleur au visage. A toujours trop chaud, même en hiver. Très agitée, surtout la nuit; insomnie ou sommeil léger avec rêvasseries, soubresauts. Urines normales : ni sucre, ni albumine, mais polyurie qui oblige la malade à se lever deux ou trois fois par nuit.

REVUE DES JOURNAUX

De la nitro-glycérine dans la néphrite interstitielle, par le professeur Rossbach. (*Berliner Clinic Woschenschrift*, 19 janvier 1885.) — L'opinion générale est que l'hypertrophie cardiaque et la haute pression artérielle concomitante maintiennent le taux de l'urine excrétée longtemps à une hauteur suffisante. Le sang, grâce à ces conditions, circulant plus rapidement, la partie demeurée saine du tissu rénal finit par suppléer les éléments disparus et l'urine est excrétée en quantité sensiblement égale à celle qui serait excrétée par une glande normale sous une pression inférieure. Le professeur Rossbach, à l'encontre de cette théorie, apporte trois observations détaillées.

Bien que la nitro-glycérine abaisse fortement la pression artérielle, elle fut donnée à trois malades affectés de petits reins contractés et souffrant d'un état de haute tension artérielle, en même temps que de rétinite albuminurique, d'asthme urémique et du malaise général caractéristique de l'artério-sclérose généralisée arrivée à un stade avancé.

Malgré l'abaissement de tension introduit dans la circulation par l'usage de la trinitrine, les symptômes urémiques, loin de s'aggraver, diminuèrent.

L'urine augmente de quantité, l'albuminurie fut moins évidente, et la rétinite moins marquée et moins gênante.

De ces trois observations, le professeur Rossbach conclut :

1° Que, dans le petit rein blanc, l'augmentation dans la quantité d'urine, qu'excrètent les parties restées saines de la glande, dépend d'autres conditions que de la hauteur de la tension artérielle. Peut-être cette exagération fonctionnelle résulte-t-elle d'une perméabilité plus parfaite des parois capillaires saines? Du moins, Thomas (1) a-t-il montré la rapidité et la facilité avec lesquelles non seulement les substances cristalloïdes solubles et les substances colloïdes, mais encore les particules de vermillon, passent à

(1) Virchow's : *Archiv.*, vol. LXXI, 1877, p. 42 et 277.

©BIU Santé

travers la paroi restée sans rupture des capillaires sanguins de la substance corticale dans les reins atteints de néphrite interstitielle.

2° Il paraît probable que la haute pression sanguine favorise la production des symptômes les plus graves de la néphrite à petits reins blancs, tels que l'asthme, la rétinite, etc.

3° La nitro-glycérine (trinitrine de Huchard) constitue un excellent traitement de la néphrite interstitielle.

Les doses thérapeutiques de 0,0005 à 0,001 milligr. déterminent souvent une céphalalgie passagère qui s'évanouit au bout de peu de jours.

Pour ce qui est de la préparation pharmaceutique à préférer, Rossbach conseille la suivante : une quantité connue de nitro-glycérine est dissoute dans de l'éther, et l'on mélange cette solution avec deux parties de chocolat en poudre et une partie de gomme arabique.

Pour chaque décigramme de nitro-glycérine, on prend 200 grammes du mélange ci-dessus. On laisse évaporer l'éther complétement et l'on triture, avec une quantité d'eau suffisante, pour préparer une pâte épaisse qu'on réduit en petites tablettes telles que chacune contienne 0,0005 ou 0,001 milligr. par tablette.

Chaque dose serait donc de 0,0005 à 0,001 milligr. à répéter de 10 à 15 fois par jour, à une heure d'intervalle.

La forme de solution alcoolique au 100e de M. Huchard, dédoublée s'il est besoin, nous paraît au moins aussi commode, plus praticable et plus sûre.

Dans les expériences que Rossbach a tentées à ce sujet, notons que le nitrite d'amyle a donné de moins bons résultats, étant plus difficile à employer. Le nitrite de sodium ou de potassium se montre comme un poison encore beaucoup plus violent, produisant, même à de faibles doses, des symptômes graves de céphalalgie, etc. Tous les malades, sans exception, refusaient d'en continuer l'usage.

Les découvertes du professeur Rossbach, sur ce point, méritent d'attirer l'attention des praticiens. Les malades sur lesquels la nitro-glycérine a été expérimentée ont quitté l'hôpital aussitôt améliorés, et l'auteur se demande si l'emploi prolongé de cette substance n'amènerait pas un arrêt complet de l'affection et une prolongation sérieuse de l'existence. — L. Dn.

L'Epidémie cholérique de 1885.

Les coefficients obituaires et les écarts des statistiques. — Les mesures sanitaires. — Le traitement du choléra et la méthode de M. Mœstro-Perès.

Ce n'est pas, à coup sûr, par la lecture des informations officielles qu'on peut se rendre compte de la marche général de l'épidémie dans la péninsule hispanique.

Durant ces derniers jours, elles évaluaient le nombre des invasions quotidiennes à 2,500 et celui des décès à 900. Or, le 26 juillet, par exemple, l'épidémie frappait 2,698 personnes et en tuait 862. Un tel choléra serait de mortalité moyenne relativement faible; malheureusement, on arrive à une autre conclusion en comparant ces chiffres avec les statistiques locales.

La proportion de la mortalité varie singulièrement d'une province à l'autre. Le coefficient qui l'exprime est de 38, 40, 41 et 44 pour 100 dans les provinces de Murcie, de Fernel, d'Alicante et de Saragosse. Dans celles de Valence, de Tolède et de Castellon, on l'évalue à 45 ou 48 p. 100. Dans les provinces de Cuenca et de Madrid, il s'élève à 50 et 51 p. 100. Enfin, à Ferragone et dans les environs, s'élevant plus haut encore, la mortalité atteint 61 p. 100 des cas.

On constate même des écarts de chiffres semblables dans les statistiques locales. A Madrid, par exemple, du 1er au 10 juillet, il y aurait eu, d'après la *Gazette officielle*, 59 invasions et 28 décès, tandis que le *Bulletin officiel* mentionne 69 cas et 34 décès, et le *Registre de l'état civil* accuse 33 décès seulement. Voilà des différences qui confirment les critiques et infirmeront quelque peu la valeur des statistiques ferraniennes.

En outre, à titre rétrospectif, voici les renseignements plus exacts que donne *Il Siglo*

Medico du 26 juillet. Entre le 1er et le 15 de ce mois, il relève : 1,357 invasions et 741 décès dans la province de Madrid; 1,316 invasions et 509 décès dans celle de Zarogoza; 1,406 invasions et 671 décès dans celle de Castellon; 287 invasions et 126 décès dans celle de Cuenca; 305 invasions et 165 décès dans celle de Terragone. Pendant la même période, la province de Tolède avait 723 cas et 305 décès; celle d'Alicante, 1,933 invasions et 875 décès, et celle de Murcie 1,058 décès et 2,945 cas. Ce n'est pas tout. il manque les chiffres des provinces de Budajoz, Soria, Albacète, Jaen, Malaga, Ségovie et Fernel!

Aujourd'hui, il faudrait ajouter à la liste de ces provinces contaminées celles de Lérida et de Girone, dont la situation au pied des Pyrénées rend le voisinage si menaçant pour nos frontières.

Il est vrai que l'épidémie s'atténue à Murcie et dans quelques localités, comme Ortigola, Actéa, et même à Valence. Mais, ici encore, la dissimulation d'un grand nombre de cas et de décès ne permet guère de porter un jugement certain.

Cette dissimulation, dont les familles se rendent coupables, parfois avec la complicité des médecins, a pour but d'éviter l'ingérence de la police et les tracasseries administratives. Leurs multiples formalités entraînent de tels retards que, dans quelques localités, on a vu des cadavres séjourner plusieurs jours dans les habitations, ou attendre leur inhumation dans les cimetières, faute d'un certificat administratif.

Néanmoins, de louables efforts sont l'œuvre des autorités sanitaires de certaines localités. C'est ainsi que, à Valence, des voitures spéciales transportent, durant la nuit, les hardes des cholériques hors de la ville, où on les détruit. Des brigades de désinfecteurs y ont été créées avec mission d'assainir les maisons contaminées, et les bureaux de l'état civil y sont ouverts en permanence, nuit et jour, pour l'enregistrement des décès.

Parmi les médications les plus en usage contre cette épidémie, il en est une qui, à défaut de succès contestables, obtient la faveur de nombreux médecins et les honneurs de la publicité dans la presse médicale espagnole : c'est la méthode des injections hypodermiques systématiques préconisées à grand bruit par M. Thomas Maestro Perès (de Murcie). Vraiment, les succès annoncés sont trop complets; ils se chiffrent par 90 et 95 guérisons sur 100 cas, et cette magnificence de résultats ne le cède guère qu'aux fameuses opérations ferraniques!

M. Maestro Perès emploie le phénate de quinine. La solution est ainsi formulée. P. phénate de quinine, une partie ; alcool à 4°, trois parties, f. s. a.

Dans la première période, et en arrivant au lit du malade, il en injecte trois fois le contenu d'une seringue de Pravaz. Une heure après, il provoque la sudation au moyen d'un demi centigramme de pilocarpine administré par la même voie. Pour boisson, il prescrit l'eau albumineuse et l'eau vineuse.

La maladie est-elle entrée dans sa deuxième période ? Il injecte cinq ou dix gouttes d'une solution de sulfate de strychnine dosée à 500 grammes pour 10 grammes de véhicule ; ou bien, en cas d'insuccès, les classiques injections d'éther. Pour revenir, plus tard, au phénate de quinine.

Contre les crampes, il fait usage du curare ; contre les douleurs, de la morphine, et, dans la période ultime, de l'hydrate de chloral ; tous médicaments qu'il administre par la même voie.

Singulier système thérapeutique dans les périodes d'une affection, où l'absorption se fait peu ou point ; où l'élimination est suspendue, et où on s'expose trop souvent, en cas de réaction, à des dangers d'intoxication. N'en déplaise à nos confrères espagnols, l'enthousiasme pour les systèmes est moindre au Nord des Pyrénées que sur le versant méridional de ces montagnes, et si l'utilité des injections hypodermiques contre certains phénomènes du choléra y est opportunément admise, elle n'y possède plus le mérite de la nouveauté. — C. L. D.

©BIU Santé

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE 1884.

Dans la séance du 2 juillet, M. Dubois (de Villers-Bretonneux), l'un des membres les plus actifs de cette laborieuse Société, a donné lecture d'un travail intitulé : *Trois cas de péritonite aiguë*, partielle, succédant chacune à un arrêt subit des menstrues. Notre confrère les attribue « à une espèce de métastase de cette hémorrhagie » et en donne le signalement clinique suivant : début brusque, violent, frisson et tremblement initial, douleur vive accrue à la pression et aux moindres mouvements ou attouchements, ballonnement abdominal, petitesse du pouls, altération des bruits, etc.

Comme l'a fait remarquer M. Padieu, ces accidents ont une autre cause et sont dus à l'épanchement d'une petite quantité de sang dans le péritoine plutôt qu'à une métastase. Cette explication se trouve légitimée par les cas où on voit des poussées péritonéales accompagner l'apparition des menstrues. D'ailleurs, il semble avec M. Léger que, dans l'étiologie de ces phénomènes, ont est souvent fondé à faire intervenir l'état nerveux du péritonisme.

Une autre observation remarquable est celle dont M. Andrieux, interne à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, a donné lecture, sous le titre de : *Phlébite et autres manifestations de nature rhumatismale*. Ce malade présentait à son entrée à l'hôpital tous les signes classiques d'une phlébite de la veine crurale vers son tiers inférieur et en même temps des symptômes d'arthrites à l'épaule gauche, au poignet droit et aux articulations métacarpo-phalangiennes ainsi que les signes d'un hydropéricarde. Par le repos, le sulfate de quinine, la colchique et la poudre de Dower, ces accidents disparurent en douze jours, mais le malade accusait alors de l'arthrite du genou gauche.

La mobilité et la succession de ces phénomènes ne laissent pas de doute sur leur nature rhumatismale. A ce titre, cette observation, recueillie dans le service de M. Padieu, mérite bonne place à côté des faits que M. S. Schmidt a cités dans son mémoire sur la phlébite rhumatismale.

Cette séance a été aussi occupée par la discussion d'une observation de M. Grenet (de Cerisy-Gally), sur la *cautérisation par la pâte arsenicale*; médication qui lui a souvent procuré des succès dans la cure des cancroïdes. Ce moyen, comme le remarque M. Huber, est en usage parmi les empiriques et donne lieu à des récidives, graves ou bien même irréparables. Avec le thermocautère ou par l'emploi du bistouri, on évite de tels dangers, de sorte que la méthode des caustiques leur est inférieure. Enfin, je signalerai encore un mémoire d'hydrologie de M. Deligny sur le *traitement de l'eczéma par les eaux minérales*. M. Deligny est membre correspondant de la Société de médecine, consultant aux eaux de Saint-Gervais; il était donc à ce double titre autorisé à traiter cette difficile question.

Le 6 août, M. Niquet, interne de M. Peulvé, a communiqué une observation de *luxation spontanée du cristallin en avant*. La partie inférieure de cet organe se trouvait au devant de l'iris et la partie supérieure en arrière. De plus, la cause de ce déplacement ne paraissait plus résulter ni d'altérations du fond de l'œil ni de traumatisme, mais plutôt de fatigue. Par conséquent, le cristallin était intact dans sa texture, fait rare, et M. Peulevé en pratiqua l'extraction avec succès,

Enfin, à cette même date, lecture était faite d'un mémoire de M. Pluquet sur la *fièvre typhoïde*. Il avait pour objet d'établir une théorie de cette maladie, dont l'origine serait un principe morbide venant de l'extérieur et modifiant les activités fonctionnelles des centres nerveux. De là, pour M. Pluquet, une indication thérapeutique capitale, celle de tonifier le système nerveux, résultat qu'il croit obtenir par l'application sur le front des malades de compresses imbibées dans une infusion de menthe et de mélisse, qu'on additionne d'ammoniaque, de sel marin et d'alcool camphré. Ce traitement aurait l'avantage de la simplicité, mais il me semble avoir aussi des analogies avec la méthode de l'expectation !

Enfin, je signale à l'attention des épidémiologistes et des hygiénistes un remarquable rapport sur les *maladies régnantes*, dans lequel M. Bax a su grouper des renseignements cliniques précieux. Ce mémoire, nourris de faits, possède, comme les précédents, des qualités d'exposition qui font toujours honneur à la plume de notre estimé confrère.

C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la formation d'une liste de deux candidats qui doivent être présentés à M. le ministre de l'instruction publique, pour la chaire de mécanique céleste et de mécanique analytique, devenue vacante au Collège de France par le décès de M. Serret.

En première ligne, M. Maurice Lévy ; en deuxième ligne, M. Mathieu.

M. Gosselin donne lecture de la note suivante :

« La commission de l'Académie des sciences, chargée d'examiner les titres des candidats au prix Bréant, déclare, en ce qui touche les travaux de M. Ferran, qu'il lui est indispensable, avant tout examen, d'avoir à sa disposition les statistiques *officielles* et *complètes*, relatives aux inoculations déjà pratiquées par ce médecin. Elle exprime, en conséquence, le vœu formel que ces statistiques soient adressées à l'Académie le plus tôt possible. »

M. Dumontpallier lit une note intitulée : *De l'action vaso-motrice de la suggestion chez les hystériques hypnotisables.*

« En 1882, j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie deux mémoires où se trouvaient exposés les résultats des expériences que j'avais entreprises à l'hôpital de la Pitié pour étudier l'action des agents physiques (lumière, chaleur, électricité, etc.) sur les hystériques en état d'hypnotisme. Dans le même ordre d'idées, j'ai été conduit à rechercher, avec le thermomètre, les modifications de température que la suggestion peut déterminer en différentes régions de la surface du corps chez les hystériques hypnotisables.....

« Dans ces derniers temps, MM. Bernheim, Beaunis et Liébeault (de Nancy), ont communiqué aux Sociétés savantes les résultats de leurs expériences sur la vésication de la peau, déterminée par suggestion chez une hystérique en état de somnambulisme. La situation officielle, l'honorabilité des expérimentateurs, commandaient que l'on prît en sérieuse considération leurs affirmations. Dans le courant du mois de juin, j'ai donc voulu répéter l'expérience qui avait été faite par MM. Bernheim et Beaunis.

« Alors, sur une malade hystérique de mon service, à l'hôpital de la Pitié, je procédai de la façon suivante. Une bande de linge fut enroulée autour de la partie supérieure de la jambe droite de cette malade et, pendant la période de somnambulisme, je suggérai à la malade l'idée que sous la bande de linge se trouvait un papier vésicant qui devait produire, le lendemain matin, une vésication de la peau sur la région supérieure et interne de la jambe droite. Toute la journée et la nuit, la malade éprouva une sensation de brûlure à l'endroit indiqué ; le lendemain, lorsque j'enlevai la bande de linge, je constatai avec le thermomètre une différence de température de 4° C. entre la région sus-indiquée et la région homologue du membre opposé ; mais il n'y avait pas apparence de vésication.

« Restait à étudier si le dispositif expérimental, unilatéral, n'avait pas déterminé le phénomène dit *transfert de la température*, ce qui eût, en dehors de toute action de suggestion, expliqué l'élévation de température.

« Le 30 juin, je recommençai l'expérience sur deux hystériques de mon service. Les malades étant l'une et l'autre dans l'état somnambulique, j'appliquai, sur la partie supérieure et interne de chacune de leurs jambes, un morceau de papier ordinaire. Le papier était maintenu en place par plusieurs tours de bande de linge, et le tout fut fixé

©BIU Santé

par une bandelette de diachylon. Puis, ayant constaté que le bandage, identique pour les quatre jambes, ne pouvait produire de gêne de la circulation, je traçai sur chaque appareil des lignes, afin de pouvoir m'assurer que l'appareil ne serait pas dérangé.

« Tout étant ainsi disposé pour chacune des deux malades en état de somnambulisme, je suggérai à l'une d'elles que la région supérieure et interne de sa jambe gauche serait le siège d'une vésication, et, à la seconde malade, que la même région de sa jambe droite serait aussi le siège d'une vésication de la peau.

« Le matin du jour de l'expérience, les malades restèrent endormies seulement pendant une heure. Dans l'état hypnotique et dans l'état de veille, chacune de ces malades se plaignait d'une sensation de brûlure, que l'une d'elles comparait à la brûlure d'un sinapisme. Deux jours de suite, ces malades furent hypnotisées, matin et soir, pendant une heure; dans le somnambulisme, on leur répéta plusieurs fois que le papier vésicant devait agir. Le lendemain et le surlendemain du début de l'expérience, les appareils de pansement ne paraissaient pas altérés par de la sérosité; mais, en glissant un thermomètre, au contact de la peau, sous chacun des pansements, on constatait :

« Pour la jambe droite de la nommée H..., une élévation de température de 3° (34°-37°) après vingt-quatre heures, et de 2°,4 après quarante-huit heures (34°-36°,4).

« Pour la jambe gauche de la nommée M..., une élévation de température de 3/10e de degré après vingt-quatre heures (33°,2-33°5) et de 2°,8 après quarante-huit heures (33°,2-36°)

« Notons que, immédiatement au-dessous des zones influencées par la suggestion, la température était inférieure de plusieurs degrés pour chaque membre en expérience. Dans les zones homologues des deux membres inférieurs de la même malade, la température a présenté des oscillations à différents moments de l'expérience; mais toujours la température est restée supérieure pour le côté où avait porté la suggestion.

« Afin de diminuer les conditions d'erreur, lorsque je repris, pour la troisième fois, les mêmes expériences, du 5 au 8 juillet, chez les mêmes malades, je variai le dispositif expérimental qui, cette fois, ne portait que sur le membre inférieur, opposé à celui qui avait servi à la première série d'expériences.

« De ces nouvelles expériences, il ressort :

« 1° Que, pendant toute la durée des expériences, mais surtout dans les périodes hypnotiques, l'élévation de la température du membre, sur lequel avait porté la suggestion, a été constante et marquée par un maximum de 2°,4 (34°,4-36°,8) pour l'une des hystériques, et de 1°,7 (35°,1-36°,8) pour l'autre sujet;

« 2° Que la différence de température des deux membres de la même malade, dans les régions homologues et aux mêmes moments de l'expérience, a oscillé entre 0°,5 et 2° pour l'une des malades, et entre 0°,5 et 6°,4 pour la seconde malade. (Une part doit être faite au phénomène du transfert, pour se rendre compte de la différence de 6°,4.)

« Toutefois, ce qui est constant, c'est la surélévation de température de la région du membre sur lequel a porté la suggestion.

« 3° Les expériences terminées, la température est redevenue égale pour les régions homologues des membres inférieurs.

« De l'exposé de ces faits, il résulte que, dans des circonstances déterminées, *la suggestion peut produire une modification vaso-motrice, caractérisée par une élévation de température de plusieurs degrés centigrades, et cela pour des régions limitées à volonté.*

« Le fait de l'élévation locale de la température, déterminée par la suggestion, ouvre la voie à une série d'expériences nouvelles de même ordre et permet une interprétation physiologique de phénomènes sur la réalité desquels planait toujours le doute scientifique : peut-être n'existe-t-il, entre l'élévation locale de la température et la production de phlyctènes, d'ecchymoses, d'hémorrhagies, que des degrés d'action de la suggestion. »

M. Paul Bert présente des observations à propos des expériences sur les décapités.

« Les expériences qu'on a faites ou qu'on peut faire sur les décapités peuvent être classées en plusieurs catégories :

« Il y a d'abord des recherches de physiologie générale ou tout au moins d'une physiologie qui s'applique à tous les mammifères; par exemple : la durée de la contractilité musculaire, de l'excitabilité des nerfs, des centres nerveux, des divers actes réflexes, etc. Je suis d'opinion qu'il n'y a que peu de choses à tirer pour la science de cet ordre d'expériences. Un chien ou un lapin donnent des résultats plus précis, plus faciles à constater et à étudier dans des conditions variées.

« On peut encore essayer de résoudre un certain nombre de problèmes physiologiques spéciaux à l'homme, ou de vérifier, chez l'homme, les détails de faits physiologiques déjà connus par les expériences sur les animaux. C'est à cet ordre de travaux que se rapporte la note de MM. Regnard et Loye. Ce sont là des recherches modestes, qui frappent peu l'imagination, et qui, pour cette raison peut-être, ont été beaucoup trop négligées jusqu'ici. Je citerai, à titre d'exemples, l'action encore peu connue de certains muscles, le rôle de certains nerfs moteurs, la distribution dans les muscles des diverses racines nerveuses motrices, l'action de nerfs moteurs sur les organes internes (diaphragme, estomac, intestins, vessie, poumons, etc.), la contractilité considérée comme douteuse de certains organes (conduits glandulaires, poumons, etc,), la nature de certaines sécrétions au sortir même de la glande (pancréas, glandes salivaires, intestinales), la quantité totale du sang (recherches plus faciles à faire sur les pendus que sur les guillotinés), la qualité du sang dans diverses régions, la présence ou l'absence de gaz dans les diverses parties de l'intestin, la nature de ces gaz, l'état de la digestion, etc.

« Dans ces études je conseille, comme parfaitement licite et comme très utile, l'emploi de la transfusion du sang et de la respiration artificielle pour entretenir les propriétés de tissu du tronc décapité.

« Mais je parlerai, dans des termes tout différents, des injections de sang faites dans la tête du supplicié, en vue de conserver ou de rappeler la sensibilité et la conscience. Ces tentatives ont pour origine la très curieuse expérience de M. Brown-Séquard, faisant revenir à la vie une tête de chien séparée du corps en rétablissant la circulation sanguine. *A priori*, je ne crois guère à la réussite d'une telle expérience chez l'homme, étant donnée l'extrême facilité avec laquelle un coup ou une altération de circulation fait perdre connaissnnce; mais je dis qu'on n'a pas le droit de la tenter. Si elle réussissait, elle infligerait au malheureux décapité la plus épouvantable des tortures morales et physiques. Or, la loi de 1791, à laquelle se réfère notre Code pénal, dit textuellement : « La peine de mort consiste dans la simple privation de la vie, sans qu'il « puisse jamais être exercé aucune torture envers les condamnés. » La loi est donc d'accord avec la conscience et interdit ce que celle-ci réprouve.

« J'ai pensé qu'il était nécessaire de formuler devant l'Académie cette énergique protestation. »

De la part d'un vivisecteur comme M. Paul Bert, cette protestation contre les *hémivivisections* (si l'on peut dire ainsi) est non seulement bien énergique : elle était inattendue.

FORMULAIRE

COSMÉTIQUE CONTRE LA TEIGNE. — Descroizilles.

Beurre de cacao.....	10 grammes.
Cire.....	10 —
Huile de croton.....	20 —

F. s. a. — On coupe les cheveux au niveau des plaques de teigne tondante ou faveuse; on provoque la chûte des croûtes à l'aide de corps gras ; puis, pendant une demi-minute ou une minute au plus, on frictionne doucement les plaques avec une petite quantité de cosmétique. Le derme et les follicules pileux s'enflamment, et en détermine ainsi la chûte des cheveux infestés de parasites. — N. G.

©BIU Santé

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Pendant la durée des vacances scolaires, les différents services de clinique des hôpitaux de Paris seront occupés par les médecins agrégés dont les noms suivent, en remplacement des professeurs titulaires desdites chaires :

Hôtel-Dieu. — M. le docteur Peyrot remplacera MM. les professeurs Richet et Panas ; M. le docteur Hanot remplacera M. le professeur Germain Sée.

Hôpital de la Charité. — M. le docteur Segond remplacera M. le professeur Trélat ; M. le docteur Landouzy remplacera M. le professeur Hardy.

Hôpital de la Pitié. — M. le docteur Richelot remplacera M. le professeur Verneuil ; M. le docteur Troisier remplacera M. le professeur Jaccoud.

Hôpital Necker. — M. le docteur Kirmisson remplacera M. le professeur Le Fort ; M. le professeur Potain continuera son service.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Hallopeau remplacera M. le professeur Fournier.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur Hutinel remplacera M. le professeur Grancher.

Hôpital de la clinique d'accouchements. — M. le docteur Charpentier remplacera M. le professeur Pajot.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le docteur Quinquaud remplacera M. le professeur Charcot.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Berthier, médecin adjoint de l'hospice de Montdidier.

Bourses de doctorat. — Par arrêté ministériel, en date du 17 juillet dernier, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 26 octobre 1885. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 17 octobre, à quatre heures. Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi, avec la note *Bien*, le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878 ; les épreuves porteront sur la *physique*, la *chimie* et *l'histoire naturelle médicale ;*

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi, avec la note *Bien*, le premier examen probatoire, et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques : les épreuves porteront sur l'*ostéologie*, l'*arthrologie* et la *myologie ;*

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi, avec la note *Bien*, la première partie du deuxième examen probatoire : les épreuves porteront sur l'*anatomie*, la *physiologie* et l'*histologie ;*

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi, avec la note *Bien*, la seconde partie du deuxième examen probatoire : l'épreuve écrite portera sur la *pathologie interne et externe ;*

5° Les candidats justifiant des grades de bachelier ès sciences et ès lettres qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, s'ils ont obtenu la note *Bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité : les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et de l'autre régime d'études.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *Bien*, pourront obtenir sans concours une bourse de première année.

DES DIVERSES DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTEBRALE (Scolioses et mal de Pott), par E. Duval, médecin en chef de l'Institut orthopédique et hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe. 1885.

Cet ouvrage se trouve chez J.-B. Baillière et fils.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Duroziez : De l'auscultation de l'aine. — II. Revue des Journaux. — III. Sociétés médicales des départements. — VI. Variétés. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

De l'auscultation de l'aine

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 9 mai 1885,

Par P. Duroziez.

L'examen des vaisseaux de l'aine est de date récente; peut-être avons-nous contribué à appeler sur eux l'attention en décrivant notre double souffle intermittent crural ?

Le diagnostic des maladies du cœur peut se dénouer à l'aine, et parfois il s'agit de rompre la confusion entre les maladies organiques du cœur réelles et celles qui n'en ont que les apparences, on ne peut donc pas dire que la fin n'excuse pas tant de peines.

De tout temps, on a interrogé la radiale; on trouve des renseignements plus précis à la brachiale, à l'aine et au cou. L'examen par l'œil, l'oreille et le doigt a, sur le sphygmographe, l'avantage de se faire facilement sur toutes les artères, tandis que l'instrument ne s'applique que sur la radiale, et avec quelles variations et quelle dépense de temps! On découvre dans un vaisseau ce qu'on n'a pas trouvé dans un autre; plus on examine de vaisseaux, plus on a de chances d'arriver à un diagnostic passable. L'examen d'un seul vaisseau ne suffit pas; on n'en est pas assez convaincu.

On a mis en doute et nié l'utilité de l'auscultation de la crurale, parce qu'il faut employer la compression; nous sommes étonné de cette objection.

L'aine présente des conditions favorables à l'auscultation, artère et veine volumineuses, plan osseux sur lequel on peut les comprimer facilement, valvules veineuses. On y entend des claquements, des souffles et des bruits musicaux, à rhythme varié, dont il n'est pas toujours facile de fixer l'origine artérielle ou veineuse.

Les claquements appartiennent à l'artère et à la veine.

Le claquement présystolique ne peut être que veineux et indique une oreillette droite dilatée et hypertrophiée, le sphincter de la veine cave inférieure forcé, des valvules veineuses fermant bien. Jamais, à l'état normal, on n'entend un claquement crural présystolique qui ne ferait pas défaut s'il existait un reflux, comme on l'admet, dans la veine cave inférieure; le reflux est pathologique de même que le claquement présystolique.

Le claquement systolique peut appartenir à l'artère et à la veine. Le claquement artériel sans compression s'entend dans l'insuffisance aortique constamment, dans le goître exophthalmique et dans la chlorose; il dépend de la force d'impulsion du sang.

Le claquement veineux systolique indique l'insuffisance de la tricuspide.

Dans l'insuffisance aortique, on entend par compression deux claquements au premier temps, comme on perçoit un double mouvement de la pointe au premier temps.

Peut-on entendre un claquement au deuxième temps ? La présystole ne précède pas toujours immédiatement la systole; elle paraît être au deuxième temps, et le claquement qui lui appartient paraît diastolique. Il n'est pas

©BIU Santé

rare, dans le bruit du galop, d'entendre trois claquements à intervalles égaux, la présystole étant à égale distance de la diastole et de la systole.

Enfin, un claquement paraît être au deuxième temps, parce que le ventricule gauche se contracte à vide et que le ventricule droit seul envoie du sang ; la pulsation radiale manque ; on se croit au deuxième temps ; une insuffisance de la tricuspide est nécessaire.

Un claquement peut-il être produit par la systole artérielle, au deuxième temps ? Nous n'en sommes pas certain.

Enfin, parfois on entend un véritable cliquetis dû à des contractions multiples de l'oreillette droite ; ce sont les valvules des veines qui claquent, on le sent à la ténuité du bruit.

L'étude des souffles cruraux n'est pas moins difficile que celle des claquements.

A l'état normal, si on comprime la crurale, on produit un souffle ; il existe chez tous les individus ; il n'y a pas à tenir compte de ce souffle.

Dans l'insuffisance aortique, par la compression, on obtient un ou deux souffles au premier temps et un souffle au deuxième temps. Beaucoup d'auteurs confondent le double souffle du premier temps avec notre double souffle appartenant au premier et au deuxième temps. Pour être mieux compris, nous eussions dû dire, souffle au deuxième temps par compression dans l'insuffisance aortique. Comme nous sommes obligé de comprimer l'artère pour produire le souffle du deuxième temps, la compression produit en même temps le souffle du premier temps, et nous entendons un double souffle ; le souffle du premier temps n'a pas de valeur.

Puis, vient chez les Allemands la confusion des claquements et des souffles sous le nom commun de sons ; nous ne savons jamais si on parle de claquements ou de souffles. Nous avions cru que Traube parlait d'un double claquement ; nous voyons qu'il s'agit d'un double souffle, probablement de celui que nous avons signalé. Les Allemands ne connaissent pas le mot souffle en médecine. Quand ils parlent de notre mémoire, ils traduisent double souffle par doppeltone. Ils n'emploient pas un terme correspondant à claquement.

Friedreich est venu ajouter un élément nouveau de confusion. Il ne parle que de sons et dit que le souffle artériel crural est très rare ; pour lui, le souffle du deuxième temps est produit par la systole des artères périphériques, mais celui du premier temps appartient à la veine crurale ; nous ne pouvons accepter cette opinion. En comprimant l'aine, on agit à la fois sur l'artère et sur la veine ; à coup sûr, on produit un souffle dans l'artère ; pour en produire un dans la veine, il faut admettre une insuffisance de la tricuspide qui n'existe pas nécessairement dans l'insuffisance aortique ; nous préférons attribuer le souffle du premier temps par compression à l'artère où il existe toujours. Nous ne comprenons pas l'idée de Friedreich. Si Friedreich nous disait que le souffle du deuxième temps est veineux, le sang remontant dans les veines au moment de la dilatation du cœur, au deuxième temps ; s'il nous disait qu'on entend un souffle, au deuxième temps, veineux, à l'aine comme au cou dans la chlorose, nous l'accepterions parce que c'est notre avis dans un certain nombre de cas en dehors de l'insuffisance aortique, mais Friedreich n'admet pas le souffle veineux du deuxième temps ; quand il parle d'un double souffle veineux, il entend un souffle présystolique et un souffle systolique qu'il rattache à l'insuffi-

sance de la tricuspide ; il ne s'agit pas de souffle au deuxième temps. Il n'attaque donc pas notre double souffle crural puisqu'il accepte le souffle, du deuxième temps, artériel, le seul qui nous importe ; nous n'avons que faire du souffle du premier temps.

Le souffle veineux du premier temps est-il fréquent dans l'insuffisance de la tricuspide ? Nous serions embarrassé pour le dire ; il a besoin de la compression ; on comprime en même temps l'artère et la veine ; comment distinguer le foyer de production, si ce n'est en se reportant à la tricuspide ?

Friedreich a eu raison d'insister sur ces souffles possibles des veines ; il en a abusé dans la discussion du double souffle intermittent crural.

Enfin, on peut entendre au niveau de l'aine un bruit musical continu qui augmente à chaque inspiration ; celui-ci a bien lieu dans la veine.

L'étude des bruits de l'aine aide parfois au diagnostic. Nous avons pu affirmer la présence ou l'absence de l'insuffisance aortique, en entendant un souffle net au deuxième temps au niveau de la crurale, ou en en constatant l'absence complète. C'est un moyen de diagnostic que nous ne devous pas négliger. Il y a des causes d'erreur, mais quel est le signe qui, à lui seul, donne un diagnostic complet et absolu ? Nous avons trouvé le double souffle crural parce qu'on attribuait au péricarde beaucoup de souffles du deuxième temps. Au niveau de l'aine, il ne pouvait plus être question du péricarde. Ceux que ce signe gênait en ont contesté la valeur, que nous n'exagérons pas, mais dont nous tenons compte. On lui a reproché d'avoir besoin de la compression ; qu'on comprime la crurale d'un individu sain, on n'obtiendra pas le souffle du deuxième temps. Cette nécessité de la compression a toutefois un inconvénient, il faut comprimer juste de la quantité nécessaire ; il y a là une manœuvre un peu délicate qui demande de l'attention et qui fait que tous les observateurs ne le trouvent pas.

Conclusion. — Il faut ausculter les vaisseaux de l'aine, avec et sans compression. On y trouve des éléments de diagnostic qui peuvent être importants.

L'auscultation des vaisseaux est aussi utile que celle du cœur. Si on trouvait dans les vaisseaux un élément de diagnostic pour l'état des poumons, on l'y chercherait.

Qu'on étudie avec autant de soin les différents bruits des vaisseaux qu'on le fait pour les tracés sphygmographiques, le diagnostic des maladies du cœur y gagnera.

REVUE DES JOURNAUX

Extrait d'un rapport bisannuel sur les maladies nerveuses et mentales, par Ringrose Atkins (1) (*The Dublin Journal of med. science*, novembre 1884.)

Dans ce rapport, l'auteur signale plusieurs observations et travaux auxquels nous croyons utile de faire écho dans ce journal.

Folie à deux. — Le docteur Lehmann, dans les *Archiv. für Psychiatrie, BD. XIV*, rapporte une intéressante observation de *Folie à deux*, qui rappelle ces cas d'*hystérie à deux* dont parle M. Huchard, dans son *Traité des névroses*.

Il s'agit de deux sœurs neurasthéniques, de souche névropathique, qui toutes deux

(1) Surintendant médical de l'Asile des aliénés du district de Waterford.

©BIU Santé

furent atteintes d'aliénation mentale, dans les conditions suivantes : l'aînée, vers l'époque de la menstruation, commença à présenter des symptômes de nymphomanie très caractéristiques, accompagnés d'hallucinations auditives, d'illusions des sens, du goût et de l'odorat qui aboutirent au refus de se nourrir, de dépression mentale et de tendance au suicide avec tentatives réitérées d'exécution. Sa jeune sœur ne tarda pas à partager ses aberrations intellectuelles et présenta à son tour les mêmes hallucinations auditives, olfactives et gustatives, en même temps que s'affirmaient chez elle les tendances à la dépression mentale et à la nymphomanie de sa sœur aînée.

La suppression des menstrues, qui eut lieu dès le début de la psychose, fut traitée avec succès chez les deux malades, en ce qui concerne le rétablissement des règles, mais, tandis que la sœur cadette guérit au point de vue intellectuel, chez l'aînée les troubles mentaux aboutirent à la chronicité. Dans ce cas, la part que prit la tendance à l'imitation dans le développement des troubles psychiques chez la jeune sœur, tendance si marquée chez les hystériques, est indiscutable ; cette tendance à l'imitation en semblable occurrence a été bien mise en lumière par Hughes et de Montyel.

Démence des glycosuriques. — Snell, dans le *Psych. Centralblatt*, et Cotard dans les *Annales medico-psychiques*, appellent l'attention sur ce fait que la mélancolie et la manie peuvent alterner avec la glycosurie ; de son côté, Santos, affirme que le diabète peut quelquefois alterner avec la folie. Dans bon nombre de cas de diabète il existe un trouble mental spécifique caractérisé par la dépression psychologique et pouvant quelquefois aboutir au suicide ; l'intensité des symptômes est directement proportionnelle à la quantité de sucre dans les urines. Plus tard, au cours de l'affection, le malade tombe dans un état apathique, se causant à lui-même, montrant une diminution notable dans la puissance de ses facultés intellectuelles, mais sans présenter en somme d'illusions ni d'hallucinations notables. Ces conditions mentales persistent souvent jusqu'à la mort.

Madigan, dans le *Journal of. nerv. and ment. diseases*, 1884, rapporte plusieurs observations de folie dans lesquelles la glycosurie alternait avec les symptômes maniaques. Dans ces cas de folie circulaire, le sucre apparaissait dans les urines pendant les intervalles de lucidité et pendant les accès de mélancolie. Le docteur Turner rapporte une observation dans laquelle la disparition de la glycosurie fut suivie de typhomanie à laquelle le malade succomba. D'après Hughes, la glycosurie et la mélancolie alternent ou coexistent plus souvent qu'on ne pense.

Troubles mentaux de la scarlatine. — Bon nombre d'auteurs ont signalé et rapporté des cas d'aliénation mentale, suite de fièvre scarlatine dont la caractéristique prédominante était constituée par l'existence d'hallucinations intermittentes accompagnées d'excitations motrices très marquées. Des cas de démence ont été aussi signalés comme résultat d'altérations méningées consécutives à la scarlatine. Kirman dans le *Journal of nerv. and ment diseases*, pose les conclusions suivantes :

1° Indépendamment du délire symptomatique, il existe trois groupes de phénomènes mentaux consécutifs à la scarlatine.

2° Le premier de ces troubles mentaux est constitué par une variété de *mélancolia agitata* accompagnée d'hallucinations, et son début est précédé d'un retour subit au degré normal de la haute température existant auparavant.

3° Le second groupe de troubles mentaux est constitué par des cas de démence attribuables à la méningite scarlatineuse ; le malade passant sans secousse de l'hyperpyrexie de la scarlatine à l'hyperpyrexie de la méningite, à l'issue de laquelle on constate l'état dans lequel la maladie l'a laissé, une fois son évolution faite.

4° Le troisième groupe est marqué par les changements intervenus dans le caractère des malades par le fait de l'atteinte de scarlatine qu'ils ont subie : tantôt on les voit conserver jusqu'à un âge avancé des naïvetés juvéniles peu en rapport avec la maturité naturelle de leur âge ; quelques-uns d'entre eux tombent en démence. Le docteur Wick, dans le *Cincinnati Lancet and Clinic* du 10 mars 1883, rapporte le cas suivant : Au mois de décembre, il donnait ses soins à un jeune homme âgé de 18 ans, atteint d'une scarlatine grave qui présentait des symptômes typiques : rash et éruption bien

développée, angine sévère. A peine la fièvre venait-elle de cesser, et au moment où l'on pouvait espérer une convalescence rapide, le malade présenta des troubles du sensorium commune : délire avec hallucinations, agitation, insomnie, délire de paroles. Tantôt il s'imaginait être exposé aux poursuites d'un homme porteur d'une arme à feu; il voulait sortir de son lit et se réfugier dans une chambre voisine, se cacher sous son lit, au chevet duquel il n'admettait, pour le veiller et le protéger, que son père. A ce stade de la maladie, la température était revenue à la normale et l'appétit était satisfaisant. Il resta dans ces conditions pendant près d'une semaine. Grace à de fortes doses de chloral, on put réussir à le calmer et à le plonger dans un profond sommeil d'où il ressortit guéri après environ deux mois de maladie en tout. La desquamation se fit régulièrement vers cette époque. C'est là un de ces cas que Thomas range parmi les psychoses de la convalescence (*Alienist and Neurologist*).

Symptômes précoces de la paralysie générale. — Le docteur W.-B. Goldsmith, dans un travail sur les symptômes précoces de la démence paralytique, travail inséré dans les *Archiv. of medici*, août 1883, pose les conclusions suivantes :

1° On ne constatera que très exceptionnellement, chez les malades atteints de démence paralytique, au stade auquel il est le plus important de faire le diagnostic, l'ensemble frappant et caractéristique des symptômes décrits par Calmeil en 1826, et auquel il est d'usage depuis de donner la prééminence dans les livres.

2° Les symptômes physiques et mentaux font habituellement leur apparition presque simultanément, de sorte que le médecin peut trouver dans l'étude de l'un et l'autre groupe les éléments de son diagnostic, et il est probable que la plupart de ces cas de démence paralytique sans troubles intellectuels ne sont que des cas où l'on n'a pas su reconnaître les troubles élémentaires d'une démence au début.

3° On voit, en effet, que, dans ces cas, les observateurs appartiennent à cette classe d'auteurs qui font des troubles d'articulation du langage le symptôme le plus fréquent, le plus précoce et le plus caractéristique.

4° Les modifications dans la pupille et les désordres de la marche sont moins fréquents et ont moins de valeur pour le diagnostic que l'on ne leur en attribue généralement, et, quand elles existent, les modifications pupillaires ne sont pas plus fréquentes dans un stade de la maladie que dans un autre.

5° Chez environ 25 pour 100 des déments paralytiques, on trouve une exagération marquée du réflexe du tendon rotulien, et la constatation de ce symptôme doit être considérée comme corroborant la valeur des autres manifestations de la maladie, bien que son absence n'ait pas de signification négative au point de vue de la détermination du diagnostic.

6° Les hallucinations ou les troubles fonctionnels des sens spéciaux sont très rares, en tant que symptômes précoces. Les hallucinations auditives n'ont été notées qu'une seule fois, à titre de symptôme précoce, dans un cas appartenant à Goldsmith, et les troubles de la vision qu'une fois aussi, et encore était-ce chez un malade syphilitique. La diminution du sens de l'odorat, que Voisin considère comme très fréquente dans les stades précoces, n'a pas été observée dans un seul des cas de Goldsmith; toutefois, il se peut faire qu'un léger degré de diminution de l'odorat ait pu, bien que présent, échapper à l'attention de cet observateur.

7° Il est de première importance, étant donné un malade qui présente les symptômes d'un dérangement intellectuel, de rechercher soigneusement s'il n'y a pas eu une histoire de convulsions ou de perte de connaissance, puisque ce sont là les premiers symptômes moteurs relevés dans vingt des cas observés par Goldsmith.

Troubles trophiques des cheveux chez les déments. — Le docteur Reinhardt, dans les *Wirchow's Archiv.*, rapporte une observation intéressante de changement périodique trophique des cheveux chez un épileptique idiot. Pendant la période d'excitation, les cheveux primitivement blonds prirent une teinte d'abord rougeâtre, puis brune; pendant la période de stupeur, ils revinrent à la couleur primitive. Kirman (*Journ. of nerv. and ment. diseases*) appelle l'attention sur ce fait que les modifications

©BIU Santé

trophiques des cheveux et de la peau sont fréquentes dans l'hebephrenia, dans la démence paralytique, dans la folie épileptique, la folie circulaire, etc.

L'auteur de ce rapport donne en ce moment ses soins à un jeune homme atteint de démence d'un type bénin, chez lequel les cheveux ont rapidement tourné du noir au gris. Ces cheveux gris étant venus à tomber ont laissé de larges places à nu. Au bout d'un certain temps, sur ces régions dénudées, les cheveux repoussèrent avec une couleur grise, laquelle subséquemment revint au noir. L'auteur a pu déjà observer un cas semblable chez une femme atteinte de manie chronique. — L. Dn.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD PENDANT LE QUATRIÈME TRIMESTRE DE 1884.

Les travaux de M. Aubert (de Lyon), sur le traitement des chancres mous par une température élevée, ont de l'écho parmi nos confrères de la savante Société du département du Nord. On sait que M. Martineau a prescrit, dans le but d'enlever leur virulence aux chancres mous, l'immersion prolongée des malades dans un bain à 40°, mais cette médication n'est pas sans inconvénient. Pour prévenir des accidents syncopaux, on doit, pendant la durée du bain, administrer des cordiaux au malade et entretenir des applications froides sur sa tête. M. Castelain remplace le grand bain par un bain local de verge au moyen d'un *appareil destiné à désinfecter les chancres mous*.

Cet ingénieux appareil est une petite boîte rectangulaire en fer blanc, de deux litres de capacité, et munie sur la paroi supérieure de deux ouvertures, l'une destinée au remplissage et l'autre recevant un thermomètre. Sur la paroi inférieure se trouve un orifice d'écoulement pour le liquide et sur l'un des côtés une ouverture garnie d'un manchon de caoutchouc et destinée à recevoir la verge.

L'emploi de l'appareil est aisé : on remplit le réservoir avec de l'eau à + 46°, température facilement supportée. Après deux ou trois bains, le chancre mou a perdu sa virulence.

C'est encore dans le domaine du parasitisme que M. Castiaux se plaçait dans la séance du 24 octobre, en lisant une intéressante observation de *tænia inermis chez une malade ayant fait usage de la viande de bœuf crue*. Le traitement consistait : 1° à manger le moins possible la veille, en apaisant la faim avec des œufs ou du laitage, et à prendre, dans l'après-midi, une dose de 30 grammes d'huile de ricin; 2° le lendemain, à prendre une décoction d'écorce de racines de grenadier ainsi préparée : faire macérer 60 grammes d'écorces dans un bol d'eau froide pendant toute la nuit. Au moment de l'administrer, on la fait bouillir jusqu'à réduction de moitié, on la passe et on boit le liquide seul. Deux heures plus tard, le malade prend 40 grammes d'huile de ricin.

Cette préparation de l'écorce de grenadier est compliquée; M. Thibaut préfère employer la macération à froid. Au reste, d'après M. Arnould, ce traitement donne d'heureux résultats à l'hôpital militaire de Lille, où on a souvent l'occasion de combattre le tænia inerme chez les hommes qui rentrent de Tunisie.

Un morceau de cuivre accidentellement introduit dans le conduit auditif a été l'occasion pour M. Noquet d'une instructive lecture *sur les corps étrangers de l'oreille*. Il le termine en posant les règles suivantes, qui n'ont pas, dit-il, le mérite d'être absolument neuves, mais qui, à mon avis, acquièrent une grande valeur en recevant la sanction de l'expérience clinique de notre confrère. Les injections d'eau tiède et savonneuse doivent être vigoureuses; on peut les faire précéder d'instillations de glycérine bicarbonatée; on les complètera, s'il est nécessaire, par l'extraction avec des pinces spéciales, le crochet de Baratoux, ou bien avec un stylet en bois garni d'une pâte faite avec la poudre de gomme délayée dans l'eau, d'après la méthode si ingénieuse de M. Gellé.

Quant aux insufflations d'air avec la poire de Politzer, le malade ayant été préalablement soumis à la percussion avec la tête inclinée de côté, M. Noquet les croit inférieures aux injections d'eau chaude.

L'introduction de corps étrangers dans les voies naturelles a fourni la matière de deux autres communications : La première, de M. Folet, a pour objet *un corps étranger intra-vésical;* la seconde, de M. Wartel, est relative *à un corps étranger du rectum*, dont l'extraction présentait d'exceptionnelles difficultés. C'était un ressort à boudin ayant 21 centimètres de longueur, 2 centimètres de diamètre et 32 tours de spire. Par le toucher rectal, M. Wartel avait senti, à 1 centimètre environ de l'orifice anal, l'extrémité pointue du fil de fer, l'amena à l'extérieur et là fixa une corde sur laquelle un aide exerça une traction verticalement de haut en bas. M. Wartel soutenait le sphincter d'un main, tandis que, de l'autre, il dévissait le ressort suivant sa spire. Cette opération fut des plus douloureuses.

Dans le domaine de l'oculistique, voici une présentation de M. Cuignet sur un *ostéome de la choroïde*. Ce corps étranger était lamelliforme et provenait d'une femme dont l'œil droit avait été contusionné dix-huit ans auparavant par le choc violent d'une branche d'arbre. Plus tard survint un phlegmon avec fonte purulente et réduction de l'organe à l'état de moignon. Enfin, en 1883, des accidents sympathiques motivèrent une double intervention opératoire : extraction du bulbe à droite, iridectomie à gauche.

Les propriétés anesthésiques de la *cocaïne* et leur emploi en thérapeutique oculaire sont trop à l'ordre du jour pour qu'elle ne soit pas l'objet des recherches et des vérifications des ophthalmologistes lillois, toujours avides de progrès. M. Cuignet, d'une part, M. Baudry, de l'autre, ont essayé avec succès l'emploi de cet anesthésique, confirmant ainsi les résultats obtenus ailleurs. Ce n'est pas tout; M. Noynet a fait usage de cette même *cocaïne, comme anesthésique local dans l'oreille, le pharynx et le nez*. Ces essais ont été satisfaisants, et l'habile otologiste lillois compte mettre à profit les vertus de cette substance non seulement pour produire l'anesthésie des muqueuses, mais bien encore pour diminuer leur hypérémie et leurs sécrétions, contre les catarrhes, les inflammations aiguës : pharyngites ou amygdalites.

En terminant, je mentionne d'une part un cas d'*hermaphroditisme* rapporté par M. Castiaux et ayant motivé une expertise médico-légale, et d'autre part de nouveaux succès à l'actif du thermo-cautère en médecine opératoire. Dans un cas, il s'agissait d'une *désarticulation coxo-fémorale* pratiquée par M. Paquet avec cet instrument et sans perte de sang. L'opération s'acheva heureusement; mais le malade, débile d'ailleurs, succombait huit heures plus tard, après un refroidissement prolongé tel que le thermomètre s'était abaissé à 36°.

Les autres opérations sont des *uréthrotomies externes* durant lesquelles M. Paquet procéda sans effusion de sang. Ces succès confirment la valeur de ce procédé et légitiment les conclusions de l'habile chirurgien lillois. — C. L. D.

VARIÉTÉS

QUELQUES MOTS SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE ET SUR L'ORGANISATION DES SERVICES HOSPITALIERS A VIENNE (AUTRICHE) (1).

Par le docteur Z. L. S.

Médecine. — Les noms et les ouvrages de Bamberger, de Nothnagel, de Winternitz, etc., sont trop familiers au lecteur pour que nous jugions convenable de décrire le mode d'enseignement de chacun d'eux.

Nous dirons seulement quelques mots de l'enseignement des professeurs que nous avons suivis d'une façon particulière.

A l'Hôpital général, nous avons été accueilli avec une grande bienveillance par le professeur Rosenthal. Le professeur s'exprimant avec la plus grande facilité dans la langue française, il est très facile d'obtenir des explications détaillées sur les points obscurs de chaque consultation. Un malade atteint d'une affection nerveuse se présente à la visite : il est examiné par le professeur qui, séance tenante, lui applique ou lui fait

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 19 et 23 juillet 1885.

©BIU Santé

appliquer par ses aides, rarement par les élèves, le traitement électrique. Indépendamment des appareils électriques les plus récents installés et fonctionnant dans la salle de consultation et dans une salle voisine, une pharmacie renfermant les modificateurs les plus actifs du système nerveux est placée en quelque sorte sous la main du professeur, de telle façon que les malades reçoivent sous ses yeux mêmes les médicaments jugés nécessaires.

Dans un autre bâtiment, à la Polyclinique, le professeur Benedickt, vieillard encore très vert, à la parole vive, fait également des leçons sur les maladies nerveuses en présentant les malades de la consultation.

Le professeur attache une importance spéciale aux données de la crâniométrie. Il paraît posséder une certaine prédilection pour les tournures et les mots de notre langue.

Cours de psychiâtrie. — Cette chaire de clinique est occupée par le professeur Meynert. Grâce à sa bienveillance, nous avons pu parcourir les différentes salles de son service et admirer la propreté qui y règne. Il est installé dans un bâtiment de l'Hôpital général.

Les hommes et les femmes ne sont pas séparés par des barrières semblables à celles qu'on observe dans certains asiles en France. Ainsi, au premier étage, un simple couloir sépare le service des hommes qui est à droite de celui des femmes qui est à gauche. Le service des uns et des autres est assuré par des infirmières.

Dans la salle des femmes, le lit de l'infirmière est à gauche de la porte d'entrée ; ceux des malades se trouvent à droite et à gauche de la salle. Au milieu se trouve une table affectée à des usages multiples : table à manger, etc.

La literie proprement dite et le mobilier accessoire sont d'une grande simplicité et parfaitement appropriés à leur destination spéciale.

La paillasse et la couverture sont supportées par un treillis métallique.

Dans les pièces réservées à un ou deux malades atteints d'affections exigeant un isolement permanent, le lit est remplacé par une simple peau ou une simple couverture. Le malade, placé entre quatre murs, dans une pièce très haute il est vrai, ne reçoit l'air et la lumière que de la porte et du plafond, par une sorte de lucarne. Aussi l'odorat n'est-il pas très agréablement flatté à la visite du matin. Ces salles sont pourtant très fréquemment désinfectées, mais sont occupées par des malades qui ne permettent guère d'y obtenir une propreté absolue.

Dans les salles ordninaires, les tables de nuit sont composées d'une planche supérieure sur laquelle sont déposés les habits du malade, et d'un réceptacle constamment ouvert pour le vase de nuit.

Nous avons pu assister en février et en mars à quelques leçons très intéressantes du docteur Alexandre Hollænder, assistant du professeur Meynert. Dans une série de leçons, le conférencier s'est appliqué à montrer à ses auditeurs, parmi lesquels nous avons remarqué une dame, des types très nets d'aliénation mentale. Chaque donnée théorique s'appuie sur une démonstration *de visu*, *de tactu*, grâce à l'exhibition du malade.

Dans d'autres conférences du domaine médico-légal auxquelles se rendent en masse et en rang discipliné, sous la direction d'un professeur, les étudiants en droit, M. Hollænder s'attache à l'étude des cas où l'observation des symptômes extérieurs, tels que l'aspect général, la démarche, le langage écrit et parlé, permettent aux gens de robes d'émettre une opinion motivée. Dans ces conférences, d'où les considérations pathogéniques et les termes techniques sont bannis avec le plus grand soin et où le professeur insiste sur le degré de responsabilité du patient à chaque période de la maladie, défilent devant les spectateurs des paralytiques généraux des monomanes, etc.

Le professeur s'exprime avec une grande netteté et, grâce à ses connaissances polyglottes (il parle très bien la langue française), il donne un grand intérêt à son enseignement, pénétré de la lecture des revues scientifiques sur les maladies mentales.

Exercices pratiques de laryngoscopie et de rhinoscopie. — Comme l'indique le titre, le cours du professeur Schnitzler est essentiellement pratique. Il a lieu à la Polyclinique. Qu'on se représente une salle vaste, facilement transformée en chambre noire ; deux tables longues et minces disposées, l'une le long du mur, l'autre au milieu de la salle

sont surmontées de becs de gaz dont chacun éclaire largement quatre miroirs laryngoscopiques groupés deux à deux à droite et à gauche de chaque foyer lumineux. Un miroir réflecteur, de six centimètres de diamètre environ, fixé sur le front de l'observateur par des liens circulaires, réfléchit la lumière du gaz sur le miroir laryngoscopique.

M. le professeur Schnitzler préconise l'iodoforme dans la plupart des cas de lésion de l'épiglotte. — Dans les cas de laryngite, le badigeonnage suivant :

Cocaïne.	2 à 5 centigr.
Chlorhydrate de morphine.	
Glycérine.	100 grammes

lui a donné d'excellents résultats. Généralement il ne prescrit que 30 grammes du composé. Rien de particulier dans l'examen rhinoscopique.

De nombreuses planches au tableau noir figurent les lésions les plus diverses des voies respiratoires supérieures.

Dans chaque séance défilent un très grand nombre de malades, examinés la première fois par le professeur, soignés ensuite par des pulvérisations ou des badigeonnages, etc., appliqués par de nombreux élèves.

Cours d'accouchement. — Les cours d'accouchement présentent ce caractère commun d'être limités à un petit nombre de leçons théoriques et d'être suivis ou complétés par des démonstrations pratiques extrêmement nombreuses.

On compte en effet par dizaines les accouchements auxquels les étudiants inscrits dans diverses cliniques peuvent assister chaque jour. Là, en observant les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, ils peuvent appliquer les données de l'enseignement théorique en collaborant à des accouchements. Ils sont du reste très bien préparés aux manœuvres les plus délicates par des exercices très difficiles sur les mannequins : nous en avons vu de très bien confectionnés dans la clinique des professeurs Spæth et Braun. La paroi abdominale est exactement représentée par une membrane jouissant du degré d'élasticité nécessaire. Les fœtus que l'on introduit dans la cavité abdominale, en soulevant cette membrane mobile, sont toujours naturels.

Maladies de peau et maladies vénériennes. — Voici comment procède le professeur Auspitz, pendant la période de l'année où il ne fait pas de clinique à l'amphithéâtre.

Les hommes atteints d'affections intéressant la région périnéale sont examinés sur une table-fauteuil roulante, assez semblable à celle qu'on emploie pour l'examen des femmes au spéculum. Des renflements placés à chaque extrémité de la table inclinée légèrement du côté de l'observateur donnent un point d'appui à la tête et aux pieds.

Le service des hommes comme celui des femmes est assuré par des infirmières qui assistent à l'examen des organes génitaux. Le professeur préconise, dans les cas de rétrécissement siégeant à des profondeurs diverses, des cautérisations avec nitrate d'argent pur ou mitigé et dans ce cas au 1/5 ou au 1/10. Le caustique est porté par un pinceau qui est conduit sur l'endoscope.

Le professeur Auspitz possède un laboratoire très bien éclairé et pourvu de tous les instruments et réactifs nécessaires pour l'observation des maladies vénériennes.

Maladie des oreilles. — Nous dirons deux mots de la clinique d'otiâtrie du professeur Grüber. L'ambulatorium ou salle de consultation est une vaste salle, destinée à l'examen des malades, très bien éclairée, où nous regrettons toutefois d'avoir vu une rangée de cinq ou six lits occupés par les clients de l'hôpital atteints du reste de lésions graves de l'organe de l'ouïe. Sauf ce désidératum, on ne saurait trop admirer l'organisation de ce service dans lequel on voit défiler, chaque matin, plus de cent malades examinés et soignés par un grand nombre d'élèves qui procèdent avec la plus grande rapidité aux pansements de l'oreille externe, au cathétérisme de la trompe d'Eustache, etc.

Le professeur arrive une demi-heure après le commencement de la consultation. Quelques minutes lui suffisent pour examiner les nouveaux malades, en nombre toujours considérable, ainsi que les cas intéressants en cours de traitement; il se sert, comme ses élèves, de l'otoscope à deux pièces. Au fur et à mesure de chaque examen,

©BIU Santé

il dessine au tableau noir les lésions correspondantes, puis commence sa leçon de clinique proprement dite.

Cet exposé, si incomplet et si superficiel qu'il soit de quelques-unes des leçons professées à l'Hôpital général et à la Polyclinique, suffit largement pour comprendre l'esprit et la méthode de l'enseignement médical à Vienne.

Il nous reste à dire un mot de la Faculté de médecine proprement dite et de la scolarité. La Faculté de médecine est installée dans la nouvelle Université, véritable monument consacré au culte de l'enseignement supérieur où, sous un dôme commun, un temple particulier a été élevé à chacune des sciences les plus hautes, la théologie, la philosophie, le droit, enfin la science d'Hippocrate. Les hautes colonnes qui en décorent le portique, le large escalier qui conduit à la porte ou plutôt au portail d'entrée contrastent singulièrement avec l'aspect si humble des anciens établissements universitaires.

L'intérieur répond à l'extérieur.

La bibliothèque, qui ne reçoit la lumière que du plafond, très haut placé, est remarquablement aménagée pour permettre une distribution rapide des livres demandés.

Chaque Faculté est en quelque sorte cantonnée dans un carré spécial, séparé des autres par des barrières. Des ascenseurs distribués le long d'un des murs longitudinaux, à partir de la porte d'arrivée, vont prendre, à deux étages au-dessus et au-dessous de la salle de lecture, les ouvrages du demandeur. Celui-ci en a préalablement inscrit le titre sur un petit carré de papier également transporté par l'ascenseur.

Il est fâcheux que les catalogues soient peu commodes à interroger. Il est fâcheux aussi de ne voir, en fait de journaux de médecine, que ceux de Vienne. La bibliothèque de l'Hôpital, au contraire, possède des journaux de différentes nations, deux ou trois français, anglais et italiens; mais il faut une autorisation spéciale pour la visiter et une rétribution mensuelle pour la fréquenter. La bibliothèque de la Faculté de médecine est publique dans le vrai sens du mot.

Scolarité. — Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Guttmann, le secrétaire de la Faculté de médecine, les renseignements suivants :

Pour être admis dans la Faculté comme auditeur ordinaire, le candidat doit avoir terminé ses études au gymnase et pouvoir justifier du certificat d'aptitude réglementaire : *legale Maturitætszeugniss.*

Pour obtenir le grade de docteur, il doit fréquenter pendant cinq années, c'est-à-dire pendant six semestres, la Faculté de médecine et subir avec succès l'examen sur les sciences naturelles, et les examens *rigorosum.*

L'examen sur les sciences naturelles peut être passé pendant la première année, le premier *rigorosum* pendant la première année; le deuxième et le troisième, après la cinquième année révolue seulement. Si le candidat satisfait à toutes ces épreuves, il obtient le diplôme de docteur, *doctor der gesamten Heilkunde*, et il peut exercer la médecine.

Ce règlement s'applique aux Autrichiens et aux étrangers qui, après avoir produit un certificat d'aptitude, *maturitats zeugniss*, obtenu dans leur patrie respective, doivent subir les examens précités pour être reçus docteurs. Mais le diplôme ne leur confère nullement le droit d'exercer la médecine, à moins que le titre de citoyen autrichien ne leur soit accordé.

La durée des études est donc plus longue qu'en France. Quant aux examens *rigorosum*, ils sont remarquables en ce qu'ils comportent tous une épreuve pratique et une épreuve théorique. Signalons aussi les interrogations sur la chimie et la physique qui font partie de l'épreuve pratique du *rigorosum;* enfin, les interrogations sur la pharmacie et les cliniques spéciales (yeux, etc.). On peut dire que la nature des matières répond au programme des études.

Quant aux examens en eux-mêmes, ils ne présentent rien de particulier. Toutefois, le jury paraît composé d'un plus grand nombre de professeurs. Les exercices préparatoires sont les mêmes qu'en France.

A Vienne, l'étudiant ne paie pas une somme fixe pour faire ses études de médecine,

il paie en particulier, et, sauf dans les cliniques magistrales, de la main à la main, le professeur ou le docteur dont il suit l'enseignement. Les cours ne s'appellent pas moins publics. La rétribution payée par les docteurs viennois ou étrangers est un peu supérieure à celle des étudiants; elle varie suivant les cours de 5 à 25 florins, autrement dit de 10 à 50 francs. Il y a loin de ces cours *publics* aux cours publics de nos Facultés de médecine et de nos hôpitaux. Nous nous hâtons, du reste, d'ajouter que, grâce à l'excellent accueil du docteur Hoffmann, directeur de l'Hôpital, qui nous avait délivré une *permission-carte* pour visiter cet établissement, et grâce à la bienveillance de chaque chef de service, nous avons pu, sans bourse délier, assister à plusieurs séances d'un grand nombre de cours. Deux mille deux cents étudiants, deux cents docteurs, parmi lesquels un grand nombre de Roumains et de Serbes, suivent l'enseignement de la Faculté de médecine de Vienne. Les dames ne sont admises qu'aux cours de psychiâtrie.

Conclusion. — Que conclure de cette esquisse sur l'organisation de l'enseignement médical dans la capitale de l'Autriche? Sinon que l'instruction donnée y est essentiellement pratique, que ce que nous appelons les *spécialités* fait partie intrinsèque du programme des études.

Sous un autre point de vue, on peut dire que le système adopté pour la scolarité, et en particulier le fractionnement de l'enseignement en une série interminable de cours ou de conférences parmi lesquels l'élève fait son choix, fait ressortir singulièrement les droits de ce dernier à l'attention du maître. L'étudiant qui a payé le cours peut, à juste titre, réclamer sa part d'interrogation. Aussi, quand le professeur Billroth, par exemple, appelle au commencement de sa clinique, l'élève auquel il posera des questions de diagnostic et de thérapeutique, il paraît moins s'acquitter d'une mesure disciplinaire que d'une obligation envers l'élève. Au lieu d'une feuille de papier ou d'un simple carnet, il a auprès de lui un énorme registre sur lequel tous les étudiants sont classés suivant l'époque de leur inscription.

Après avoir fait l'éloge de l'organisation si bonne de l'enseignement clinique à l'amphithéâtre, nous devons critiquer l'étude insuffisante de la maladie, dans les salles elles-mêmes, au lit même du malade. Quelques élèves seulement, chargés des observations, suivent la visite du matin et du soir. On a bien soin, il est vrai, de présenter à l'amphithéâtre tous les jours, sauf les samedis et les dimanches, les malades dont l'état a subi un changement important. L'étudiant ne se pénètre ni de la physionomie du malade, ni de ce qui l'entoure, ni des modifications tantôt lentes, tantôt brusques qui s'opèrent dans une partie ou dans l'ensemble de son organisme.

Enfin, sans nous laisser entraîner en dehors de notre sujet exclusivement médical, nous pouvons regretter l'absence d'un concours proprement dit pour la nomination du *personnel enseignant*, la toute-puissance de la recommandation et de l'investiture du gouvernement, certains préjugés religieux qui interdisent la plupart des chaires à la race sémitique. — Que devons-nous emprunter aux Viennois? La distribution dans la journée tout entière des diverses leçons cliniques, l'excellente organisation des démonstrations pratiques dans toutes les branches de la médecine et de la chirurgie, l'utilisation pour l'enseignement clinique des ressources de tout ordre de nos établissements (accouchements), peut-être encore une hospitalité moins large pour les colonies des étudiants et des docteurs étrangers.

FORMULAIRE

MIXTURE CONTRE LA PÉRIOSTITE DENTAIRE. — Redier.

Teinture d'iode.....	4 grammes
Alcoolature d'aconit.....	1 —

Mêlez. — Deux fois par jour, à l'aide d'un pinceau, on étend cette mixture sur le rebord gingival, dans le cas de périostite chronique, et surtout dans les caries non pénétrantes, lorsqu'après une obturation prématurée, la pulpe reste sensible aux im-

©BIU Santé

pressions de température. L'inflammation s'arrête ordinairement après 3 ou 4 jours de traitement. — N. G.

COURRIER

Concours. — Un concours pour la nomination à trois places d'internes en médecine et en chirurgie à l'hôpital civil de Mustapha s'ouvrira à Alger, le mardi 3 novembre 1885, à une heure de l'après-midi, à l'École de médecine d'Alger.

La durée des fonctions sera de trois ans ; le traitement sera de 1,200 francs pour les internes de première classe, et de 1,000 francs pour ceux de deuxième classe.

Les candidats devront se faire inscrire, personnellement ou par écrit, au secrétariat de la direction de l'hôpital civil de Mustapha au plus tard le 2 novembre 1885, avant quatre heures du soir.

Nécrologie. — On nous annonce la mort, à Marseille, de M. le docteur R. Guichard de Choisity, médecin en chef des hôpitaux. Notre regretté confrère était agé de 41 ans

Souscription. — Seconde liste de souscription pour offrir à l'Hôtel-Dieu un buste de M. Noël Gueneau de Mussy :

MM.	Siredey	20 francs.
	Alph. Guérin	20 —
	Moutard-Martin	20 —
	Tillaux	20 —
	Surmay (de Ham)	20 —
	Brown-Séquard	20 —
	Besnier (Ernest)	20 —
	Dreyfus-Brisac	20 —
	Leclerc (de Plombières)	20 —
	Sénac (de Vichy)	50 —
	Onimus	20 —
	Dally	20 —
	Bucquoy	20 —
	Blanche	20 —
	Marchant	10 —
	Hérard	20 —
	Cazaux (des Eaux-Bonnes)	5 —
	Budin	20 —
	Nivet (Clermont-Ferrand)	50 —
	Guermonprez (Lille)	10 —
	Mignot (de Chantelle)	10 —
	Hallé	20 —
	Duchaussy	40 —
	Lancereaux	20 —
	Baréty	50 —
	Léon Labbé	50 —
	Millard	20 —
	Guyot	20 —
	Rigal	20 —
		675 francs.
	Liste précédente	530 —
		1.205 francs.

La souscription sera close le 8 août 1885.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Lancereaux : Athérome artériel et affections cardiarques. — II. Bibliothèque. — III. Sociétés médicales des départements. — VI. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Hygiène publique. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Athérome artériel et affections cardiaques

Par le docteur Lancereaux.

Leçon de 1884 recueillie par M. Oettinger, interne du service.

Ces affections sont de deux ordres suivant qu'elles se localisent aux valvules (insuffisance aortique) ou au myocarde (selérose et stéatose). — Caractères distinctifs de l'insuffisance aortique dans l'athérome, dans l'endocardite rhumatismale et dans l'endocardite ulcéreuse. — Diagnostic de l'asystolie par athérome cardiaque; traitement de ce syndrome.

Les lésions organiques des reins et de l'encéphale ne sont pas seulement celles qui succèdent à l'athérome artériel. On pourrait dire à juste titre que tous les organes sont affectés dans l'endartérite généralisée, les uns plus, les autre moins. Effectivement, examinez les muscles d'un athéromateux, vous les trouverez amincis, flasques; excitez-les, ils réagiront sous le doigt, formeront la corde; voyez-les histologiquement, ils sont peu colorés, et leurs éléments granuleux; aussi dans ces conditions la force musculaire est-elle profondément diminuée. Les os sont soumis à des désordres assez semblables, moins faciles peut-être à reconnaître; ils sont friables, infiltrés de graisse, ce qui porte à attribuer ces lésions à la vieillesse. Du côté des testicules, on trouve des désordres de nutrition, et les poumons eux-mêmes subissent des modifications, telles que l'emphysème des vieillards, la congestion passive, etc.

Aujourd'hui, je veux vous parler des désordres qui se manifestent plus particulièrement du côté du cœur; ils sont de deux ordres, suivant qu'ils affectent les valvules ou le myocarde; les lésions des valvules sont caractérisées par la présence dans l'épaisseur de ces soupapes de taches jaunâtres, d'épaississements, qui modifient peu le fonctionnement de la mitrale, mais qui peuvent amener un retrait des valvules sigmoïdes de l'aorte, et, dans quelques cas, être l'occasion d'une insuffisance de l'orifice correspondant.

Plusieurs malades, actuellement dans nos salles, viennent nous donner la preuve de ce que j'avance.

Au n° 1 de la salle Piorry est couché un homme âgé de 51 ans, commissionnaire. Cet homme, d'apparence robuste, a présenté la plupart des manifestations que nous avons observées chez nos autres malades : acné dans la jeunesse, blépharite ciliaire, angine granuleuse, migraines, névralgies, etc.; à l'âge de 25 ans, il a souffert de poussées aiguës articulaires, peu accusées du reste, mais il conserve néanmoins des articulations malades, qui sont, au niveau des genoux, le siège de craquements très accusés, au niveau des articulations des orteils et des métatarses, le siège d'ostéophytes assez développées; les téguments offrent également des troubles divers de la nutrition : la peau est lisse, un peu écailleuse, et les ongles brillants, striés transversalement sont recourbés en forme de griffe.

Le 28 janvier 1884, ce malade entrait dans nos salles pour une sciatique, se caractérisant par des douleurs très vives le long du trajet du nerf, siégeant particulièrement aux lieux d'élection, à la fesse, à la cuisse et le

©BIU Santé

long de la jambe à sa face externe. L'examen du cœur nous révéla l'existence d'un double souffle ayant son maximum à la base et présentant les caractères des souffles aortiques avec prolongement dans les artères du cou et dans les fémorales; le cœur lui-même était notablement hypertrophié. Les artères des membres et les temporales étaient athéromateuses. Les viscères étaient sains et le foie ne présentait aucune augmentation de volume.

Nous instituâmes un traitement général destiné à combattre l'état du système artériel, traitement basé sur l'emploi de l'iodure de potassium, tandis que des vésicatoires appliqués à la région postérieure de la cuisse produisirent rapidement une notable amélioration des phénomènes douloureux éprouvés du côté du nerf sciatique.

Ainsi nous aurions pu croire au premier abord qu'il s'agissait d'une maladie purement locale; mais l'examen attentif du malade, l'étude de ses antécédents, nous amena à la conclusion qu'il présentait toute une série de manifestations morbides se rattachant à un même principe.

Au n° 14 de la salle Piorry est couché un homme, âgé de 48 ans, tonnelier, mais qui ne présente pas, malgré sa profession, les symptômes de l'intoxication alcoolique; il n'a jamais été malade, nous dit-il, avant ces trois dernières années, mais si nous l'interrogeons, il nous raconte qu'il est sujet à des éruptions prurigineuses revenant surtout au printemps, qu'il a eu dans sa jeunesse de fréquentes migraines et qu'il souffre depuis longtemps d'une dyspepsie habituelle peu accusée ; il est en outre atteint d'une calvitie incomplète, siégeant particulièrement au sinciput. Depuis 1881 ses forces ont diminué, et en 1883 il a été forcé d'interrompre son travail ; il y a quelques mois à peine, ses jambes ont enflé, et ses urines devenaient néanmoins plus abondantes. Le 24 février, il est admis à l'hôpital. Nous constatons l'existence d'un œdème des membres inférieurs remontant à cinq ou six travers de doigt au-dessus des malléoles ; le foie est hyperhémié et dépasse quelque peu les fausses côtes ; la percussion de cet organe est douloureuse ; le cœur est très hypertrophié et la pointe de ce viscère bat dans le sixième espace intercostal, en dehors du mamelon ; l'oreillette droite cependant est peu dilatée; l'auscultation permet d'entendre un double bruit de souffle au niveau du foyer aortiqne, bruits de souffle systolique et diastolique très accusés, se prolongeant dans l'aorte, dans les carotides et se retrouvant même jusque dans les fémorales. Ces artères sont extrêmement dures, sinueuses ; il en est de même des artères temporales et radiales. La valvule mitrale ne semble pas affectée ; du reste, au niveau du foyer des bruits de cette valvule nous ne trouvons pas de frémissement, et le bruit de souffle constaté à la pointe du cœur semble être un simple prolongement des bruits perçus à la base.

Les urines sont aujourd'hui peu abondantes et ne contiennent pas d'albumine.

Nous avons donc ici affaire à une affection généralisée du système artériel avec lésions de l'aorte et de ses valvules ; ce qui semble être malade dans ce cas particulier, c'est avant tout le myocarde, car les lésions valvulaires ne détermineraient pas des phénomènes d'insuffisance cardiaque, si le muscle du cœur était sain. Le régime lacté, les pilules diurétiques (scille, scammonée, digitale à la dose de 0,30 centigr. de chaque substance), ont amené, vous l'avez vu, une amélioration assez sensible dans l'état de ce malade ; l'œdème a disparu, mais la dyspnée et l'anhélation restent encore

assez accentuées. Le pronostic est donc plus grave que chez notre premier malade.

Toutefois, il s'agit bien chez nos deux malades d'un même état morbide général, avec cette différence que les localisations anatomiques sont un peu plus étendues dans le dernier cas que dans le premier. Or, cet état morbide général n'est, ni le rhumatisme franchement aigu (fièvre rhumatismale) qui affecte spécialement l'orifice mitral, ni l'impaludisme qui, bien que se localisant parfois à l'aorte, engendre des désordres fort différents et d'ailleurs faisait totalement défaut. Par contre, si nous prenons en considération les antécédents de nos malades, si nous tenons compte de la nature des manifestations morbides qui ont précédé la lésion du système artériel et de la généralisation de cette lésion, nous sommes forcément conduit à rattacher ce désordre et ceux qui l'ont précédé à ce que nous avons appelé du nom d'herpétisme.

L'insuffisance aortique est généralement considérée comme une maladie distincte, indépendante, et elle est décrite dans un chapitre spécial de la pathologie du cœur ; il nous semble que cette manière de faire est défectueuse, car l'insuffisance aortique est une lésion et non une maladie ; elle est loin d'être toujours identique à elle-même et elle semble subordonnée à des causes diverses.

Quelles sont donc les maladies dans lesquelles elle existe ?

Dans le rhumatisme articulaire aigu, on voit fréquemment survenir des désordes valvulaires à la suite de l'endocardite ; ces lésions atteignent plus particulièrement le cœur gauche, et leur siège de prédilection est la valvule mitrale ; il se forme là un tissu analogue à celui des bourgeons charnus ; la valvule irritée s'épaissit, se rétracte, et il en résulte un rétrécissement véritablement cicatriciel, semblable à celui que nous observons à la suite d'une plaie, d'une brûlure. En même temps, il est commun de voir les valvules sigmoïdes de l'aorte être atteintes au niveau de leur face ventriculaire ; la lésion est constituée par une sorte de collerette ou de guirlande de petites végétations, affectant les trois valves à la fois, et situées au-dessous du bord libre des valvules ; celles-ci plus tard s'épaississent, se rétractent, adhèrent entre elles, et l'insuffisance est alors constituée. Cependant il se peut que le bord libre des valvules, partiellement lésées, s'agrandisse et et obvie à leur insuffisance ; c'est ainsi qu'un souffle diastolique intense de la base observé chez des jeunes gens à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu peut finir par disparaître complètement. Ce fait, quoique rare, est, on le comprend, d'une grande importance au point de vue du pronostic.

Tous les signes d'une insuffisance aortique, souffle diastolique à la base, pouls de Corrigan, etc., peuvent encore se rencontrer chez un individu surmené, fatigué, ayant subi à plusieurs reprises des accidents d'intoxication palustre ; la fièvre s'allume, des frissons répétés apparaissent, l'état général s'aggrave, puis, en montant ou en descendant de son lit, cet homme meurt subitement de syncope.

Telle est résumée, en deux mots, l'histoire d'un malade que vous avez pu observer il y a quelques semaines dans nos salles et qui présentait tous ces symptômes, accusés au plus haut degré. A l'autopsie, comme vous vous le rappelez, nous avons trouvé les valvules sigmoïdes recouvertes de végétations luxuriantes, constituées par un tissu incapable de s'organi-

SBIU Santé

ser; ces végétations avaient fini par se détruire, et la mort était survenue par rupture brusque d'une des valvules sigmoïdes.

Dans d'autres cas, la mort est déterminée par des phénomènes d'infection générale produits par la pénétration dans le torrent circulatoire de microbes ou de particules provenant des végétations détruites et ulcérées.

Quelquefois aussi, dans l'impaludisme, se développent de véritables aortites en plaques, ayant pour siège la première portion de l'aorte; elles peuvent donner lieu à des phénomènes d'insuffisance aortique ou d'angine de poitrine, particulièrement dans les cas où les artères coronaires sont rétrécies à leur origine.

Chez les athéromateux, les lésions des valvules sigmoïdes sont fréquentes; ici, ce n'est plus la face ventriculaire, mais la face artérielle qui est atteinte; les valvules sont à peine épaissies, mais leur bord libre est induré, rétracté le plus souvent; en outre, il se forme, à cheval, pour ainsi dire, sur le point où s'accolent les valvules les unes aux autres, des plaques athéromateuses et des épaississements de la paroi artérielle qui aident encore à la rétraction des sigmoïdes et déterminent une insuffisance de l'orifice.

Nous avons donc trois types principaux d'insuffisance aortique :

1° Une insuffisance liée au rhumatisme articulaire aigu;

2° Une insuffisance liée à l'endocardite végétante et ulcéreuse des valvules sigmoïdes ou à l'aortite en plaques d'origine impaludique;

3° Une insuffisance liée à l'athérome artériel généralisé.

Si ces trois types ont des lésions anatomiques distinctes, ils ont encore, comme nous l'avons vu, une évolution bien différente; celle-ci est rapide dans l'endocardite ulcéreuse; plus longue dans l'endocardite en plaques et sujette à former des tumeurs anévrysmales, plus longue encore dans l'insuffisance rhumatismale, où elle est d'ailleurs subordonnée à la lésion mitrale, sa compagne presque obligée; mais elle est très lente dans l'athérome où l'insuffisance est relativement peu grave tant que le muscle cardiaque reste intact et se trouve à la hauteur de sa tâche.

Les lésions du myocarde concomitantes de l'athérome artériel ont pour caractères l'épaississement fibreux et la dégénérescence graisseuse.

Le cœur, obligé d'agir plus activement, s'hypertrophie pour lutter contre l'obstacle que lui oppose le reflux du sang dans la systole artérielle et pour suppléer à la perte de l'élasticité des artères dilatées, flexueuses, quelquefois rétrécies; l'hypertrophie est, dans ces cas, un bienfait de la nature; mais, au bout d'un certain temps, les artères coronaires, malades à leur tour, se rétrécissent en certains points, se dilatent en d'autres, et de leurs parois épaissies partent des travées de tissu conjonctif qui pénètrent dans l'épaisseur du myocarde et des piliers, suivant un processus semblable à celui que nous avons, en pareille circonstance, étudié dans le rein. La circulation reste gênée, insuffisante et le muscle mal irrigué; aussi voit-on les fibres musculaires subir la dégénérescence granulo-graisseuse. Les contractions du cœur deviennent moins énergiques, le muscle faiblit, et il survient alors des phénomènes de stase pulmonaire, hépatique, de l'œdème des membres inférieurs, en un mot, tous les symptômes groupés sous le nom d'asystolie.

Ce qu'il importe avant tout de connaître, c'est donc la lésion du muscle, les symptômes physiques fournis par l'auscultation n'ayant qu'une valeur

tout à fait secondaire; lors même que ces derniers sont très peu accusés, le pronostic peut être bien plus grave que dans certains cas où l'intensité du souffle semble inspirer de sérieuses inquiétudes pour l'avenir.

Les phénomènes d'oppression, d'hypérémie, d'œdème, etc., que nous avons énumérés comme appartenant, quelquefois, à l'insuffisance aortique d'origine athéromateuse, doivent être distingués de l'asystolie qui survient dans le rétrécissement mitral, ou encore à la suite de bronchites répétées ou de déviations du rachis. Dans le rétrécissement mitral, l'oreillette gauche se dilate, le poumon s'hypérémie; puis, à son tour, le ventricule et l'oreillette du côté droit subissent une augmentation notable dans leurs dimensions; leurs parois s'indurent, s'épaississent et prennent la consistance du cuir ou du caoutchouc. Le foie, dès le début, révèle cette gêne de la circulation du cœur; il augmente de volume et devient douloureux. L'asystolie est alors très grave, et la plupart des moyens thérapeutiques restent sans effet prononcé. Mêmes phénomènes, moins les dilatations de l'oreillette gauche, dans les affections des poumons et du rachis.

Dans l'asystolie due à une lésion du myocarde, la circulation périphérique est ralentie par diminution de la pression artérielle et de la *vis à tergo*, et il se produit un œdème relativement moins prononcé que précédemment; le foie, en outre, augmente de volume dans des proportions bien moins considérable et l'oreillette droite, loin de dépasser le bord droit du sternum de deux à quatre travers de doigt, est peu ou pas dilatée.

Enfin, dans l'asystolie athéromateuse, le cœur gauche est considérablement hypertrophié, tandis qu'il ne l'est que très peu dans l'asystolie par dilatation du cœur droit. Ajoutons que ce diagnostic pourra, en outre, s'appuyer sur les renseignements fournis par le malade, sur l'existence de lésions artérielles concomitantes, de déformations articulaires, etc.

La thérapeutique varie suivant les cas : quand il s'agit d'une asystolie par dilatation du cœur droit, il faut s'adresser surtout aux purgatifs, car la digitale n'agit plus beaucoup et on le comprend lorsqu'on voit, sur la table d'autopsie, le cœur droit avec ses parois indurées, parcheminées, rester béant après une incision. Quand il s'agit d'une asystolie par athérome des artères coronaires, lors même que le cœur est déjà un peu stéatosé et sclérosé, la digitale possède une action bien plus énergique; les diurétiques qu'on peut lui associer rendent de grands services, et je me sers volontiers de la préparation suivante :

Scammonée	}
Scille	} ââ 0 gr. 05 centigr.
Digitale	}

pour une pilule. Prendre chaque jour de 4 à 6 pilules; je prescris en même temps le régime lacté.

Vous avez pu juger des effets de cette médication sur une femme qui était, il y a quelques jours encore, dans la salle Lorain, n° 34, et qui était entrée pour de la dyspnée et de l'œdème des membres inférieurs; le cœur était hypertrophié, et nous ne trouvions chez elle qu'un souffle systolique à l'aorte. Le traitement que nous venons de vous indiquer fit en quelques jours disparaître l'anasarque, augmenta la diurèse d'une façon très notable, et elle sortait, au bout de peu de temps, entièrement guérie de ces accidents, lesquels, malheureusement, se reproduiront sans doute un jour ou l'autre.

©BIU Santé

En résumé, les affections complexes, dont il vient d'être question, exigent une connaissance exacte de la lésion matérielle du cœur et de la maladie qui l'a engendrée, sans quoi il est impossible d'arriver à établir un pronostic exact et à tirer des indications thérapeutiques utiles aux malades.

BIBLIOTHÈQUE

DE LA PLURALITÉ DES NÉOPLASMES CHEZ UN MÊME SUJET ET DANS UNE MÊME FAMILLE, par le docteur A. RICARD, prosecteur des hôpitaux, etc. Asselin et Houzeau. Paris, 1885.

Parmi les nombreux travaux qui sortent chaque année de la clinique chirurgicale de la Pitié, celui de M. Ricard est sans contredit un des meilleurs, et, comme ses aînés, est animé par le souffle puissant du savant maître qui l'a inspiré. Ce sont les idées émises par M. le professeur Verneuil sur la *diathèse néoplasique* et son étude étiologique, et défendues par lui dans de remarquables communications au Congrès de Copenhague, qui ont été reprises et développées par M. le docteur Ricard dans son intéressante thèse inaugurale.

Tout en rappelant la classification qu'a donnée M. Verneuil des néoplasmes multiples, — *homœo-histiques*, *hétéro-histiques*, *mono-organiques*, *mono-topes*, *mono-systématiques*, *poly-organiques*, *poly-topes*, *poly-systématiques*, *synchrones*, *homéliques* ou *hétéréliques* — l'auteur laisse de côté ces dix variétés cliniques, qui peuvent non seulement se combiner à l'infini, mais encore donner naissance à un nombre presque illimité de sous-variétés possibles, et se renferme dans le cadre pur et simple de la clinique, adoptant l'ancienne division des tumeurs en *néoplasmes bénins* et *néoplasmes malins*. Il les étudie successivement, et nous montre combien est fréquente leur multiplicité sur le même individu, que l'on ait affaire à des tumeurs purement bénignes, à des tumeurs malignes, ou enfin à un mélange de tumeurs bénignes et malignes. Mais la constatation de ces faits, qui est en quelque sorte le côté statistique du mémoire et qui se dégage du grand nombre d'observations puisées à un nombre infini de sources, n'est pour ainsi dire qu'une première étape, qui conduit l'auteur à pénétrer plus avant dans la question, et à rechercher quelle est la cause même de cette multiplicité. C'est là le but véritable de cette étude si consciencieuse, si nourrie, et c'est le point seulement que nous essaierons de mettre en lumière dans cette trop courte analyse.

La transformation des néoplasmes bénins, la succession des différents tissus dans une même tumeur (le lipome devenant fibrome, le kyste sébacé devenant fibreux, etc.), la coexistence de ces tumeurs sur un même individu peuvent légitimer l'hypothèse d'une seule diathèse : la *diathèse néoplasique bénigne*. Quant aux néoplasmes malins, leur multiplicité a toujours reconnu pour cause l'existence de la *diathèse néoplasique maligne* qui s'est imposée de tout temps. Or ces deux diathèses en apparence si dissemblables, si opposées par leurs manifestations, par leurs caractères, par leur pronostic, doivent être réunies en une seule et unique diathèse, la *diathèse néoplasique*.

Voici d'ailleurs les arguments, tirés par l'auteur de ses nombreuses observations, et, donnés par lui pour expliquer cette fusion :

« 1° La coexistence maintes fois constatée des néoplasmes bénins et des néoplasmes « malins sur un même sujet ;

« 2° La succession à longue échéance, *in situ*, d'une tumeur maligne à une tumeur « bénigne autrefois extirpée complètement, que cette succession ait lieu dans le même « organe, dans son congénère, ou dans une autre région ;

« 3° La métamorphose d'une tumeur pendant longtemps bénigne en une tumeur « tout à coup maligne ;

« 4° La succession possible d'un néoplasme bénin à un néoplasme malin ;

« 5° La réunion non seulement sur un même sujet, mais dans un même organe, et « qui plus est, dans une même tumeur, de néoplasmes bénins et malins ;

« 6° Enfin, la coexistence et la succession chez les différents membres d'une même « famille de néoplasmes différents par leur structure et leur gravité. »

C'est en développant chacun de ces arguments que M. Ricard a pu mettre en relief d'une façon remarquable l'*unité* de la diathèse néoplasique, dont l'essence reste unique tout en produisant les manifestations les plus diverses. Nous ne doutons pas qu'il ne rallie à son opinion la plupart de ses lecteurs, qui retrouveront l'ingéniosité des vues et la puissance des conceptions de M. le professeur Verneuil, présentées par un de ses plus brillants élèves qui a su y joindre le cachet d'originalité qui lui est propre. Mais alors comment concilier la théorie parasitaire, la nature infectieuse de la diathèse cancéreuse récemment soutenue par M. Ledoux-Lebard, avec la diathèse néoplasique unique ? La science n'a peut-être pas encore dit son dernier mot. — M. N.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1884.

Le choléra entrait dans les préoccupations générales à cette époque; il devait tenir une large place dans les débats de ce corps savant; il ne l'a cependant pas tenu tout entière, et, durant ce semestre, la Société médicale de Reims a entendu quelques importantes communications.

M. Lécuyer (de Beaurieux) l'a entretenue d'une *épidémie de fièvre typhoïde occasionnée par le transport d'un cadavre*, dont il a pu suivre la marche dans la petite commune de Vassognes, dont la population ne dépasse pas 180 habitants.

Au mépris des règlements de police et de l'observation des précautions sanitaires, le corps d'une jeune femme, morte de la fièvre typhoïde, ayant été transporté dans cette commune, fut, d'après notre estimé confrère, le point de départ de cette épidémie. Depuis quatorze ans, la commune avait été exempte de tout cas de fièvre typhoïde.

Il suivit sa propagation dans les habitations voisines du ruisseau qui traverse le village et reçoit les eaux des fumiers sur lesquelles on projetait les déjections et les liquides de lavage des linges pollués. De plus, on lessiva même ceux-ci dans un abreuvoir dont le trop plein s'écoulait dans le ruisseau.

Tous les malades consommaient le lait de vaches qui allaient boire à l'abreuvoir commun. Le facteur étiologique de la transmission de la maladie par le lait peut être invoqué aussi bien que celui de la contamination par les émanations infectes du ruisseau pendant les chaleurs de l'été et le transport des germes par ses eaux polluées. Ce mémoire constitue donc un important document de géographie médicale, et, quelle que soit la valeur de ses conclusions, n'en vient pas moins à l'appui de la théorie fécale de la dothiénentérie. Il serait désirable de voir nos confrères, exerçant dans les petites localités, imiter l'exemple de M. Lécuyer.

Un sujet toujours d'actualité est celui de la trachéotomie. M. Gentilhomme était donc le bienvenu en exposant son *nouveau procédé de crico-trachéotomie*, au moyen de l'instrument auquel il donne le nom de sonde cannelée dilatatrice. Les deux premiers temps de l'opération consistent à inciser les parties molles et la membrane crico-thyroïdienne; le troisième, à introduire la sonde cannelée dans l'ouverture de cette membrane; les trois autres, à inciser le cartilage cricoïde et les premiers anneaux de la trachée, à écarter les bords de la plaie et à intoduire la canule. M. Gentilhomme attribue à ce procédé l'avantage de la rapidité; par contre, il lui manque la sanction du nombre des opérations. On lui objectera, avec M. Guelliot, la difficulté de trouver la membrane crico-thyroïdienne, qui est beaucoup moins étendue chez l'adulte que chez l'enfant.

Une seconde lecture du même auteur n'a pas excité un moindre intérêt; elle avait pour titre : *Etude anatomo-pathologique sur une tumeur du sein*, et pour objet une variété de tumeur constituée par l'hypertrophie du tissu fibreux avec disparition progressive de l'élément glandulaire, en un mot, une sclérose comparable à la sclérose du foie. Son évolution était la suivante : choc violent et contusion de la glande mammaire vers l'âge de 15 ans; plus tard, congestions répétées au moment des grossesses et formation de tissu conjonctif. Au centre de la tumeur se trouvait un kyste, dont le con-

©BIU Santé

tenu liquide était formé par du pus, des cellules épithéliales, des éléments du lait et des cellules embryonnaires.

Un autre travail mérite encore de nous arrêter; il est relatif à l'*hémoglobinurie* à l'histoire de laquelle le nom de M. Henrot se trouve attaché depuis longtemps. La contribution nouvelle qu'il fournit est motivée par trois observations d'après lesquelles il formule les deux conclusions suivantes : 1° la pathogénie des accès d'hémoglobinurie par l'action du froid et de la fatigue musculaire; 2° la présence, dans l'économie, d'éléments biliaires en excès (hémaphéine et urobiline) favorisant la dissolution de l'hémoglobine dans le sérum. Enfin, M. Henrot fait observer que, puisqu'elle a son siège dans le sang et non dans le rein, il serait plus rationnel de désigner cette affection sous le nom d'hémoglobinhémie.

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juillet 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Présentation. — Du traitement des kystes para-ovariques; de leur récidive après la ponction simple. — Hystérectomie vaginale pour cancer. — Ostéoclasie pour genu valgum paralytique. — Néphrectomie pour hydronéphrose d'origine calculeuse. — Présentation de malade opéré de tuberculose prostatique. — Présentation d'appareil pour les fractures dont la consolidation est retardée.

M. Horteloup offre en hommage le recueil des *Éloges* qu'il a prononcés en qualité de secrétaire général de la Société de chirurgie.

— M. Terrillon fait une communication sur le traitement des kystes para-ovariques et leur récidive après la ponction simple.

L'auteur a observé personnellement sept kystes para-ovariens dont la nature ne peut être douteuse, puisque l'analyse des liquides, pratiquée avec soin, en a toujours démontré la composition caractéristique : densité faible; petite quantité d'albumine; absence de paralbumine; proportion assez élevée de chlorure de sodium; poids très faible de matériaux solides après dessication; enfin, transparence parfaite avec coloration nulle ou peu marquée. Sur deux malades, une première ponction a été pratiquée. La réplétion du kyste a eu lieu, chez l'une, après quinze mois; la seconde ponction, pratiquée chez toutes les deux en octobre 1884, a ramené un liquide semblable à celui de la première. A présent, il n'y a pas de récidive au moins apparente, mais on ne peut affirmer la guérison dans aucun de ces deux cas, puisque, chez les deux malades, après la première ponction, le liquide est resté plusieurs mois sans se reproduire, et que le kyste est redevenu ensuite aussi volumineux que la première fois. Trois autres malades ont été opérées avec succès de leurs kystes (une d'elles en avait deux semblables et voisins), après avoir été ponctionnées. Deux d'entre elles avaient été ponctionnées environ deux ans avant l'opération. Celle qui avait eu deux kystes avait subi trois ponctions à des intervalles de quinze mois, onze mois et treize mois avant l'opération radicale. Enfin, pour deux autres malades, l'une, ponctionnée en avril de cette année, semble encore guérie actuellement; l'autre, ponctionnée il y a six semaines, a déjà l'apparence d'une récidive légère.

M. Terrillon a pu relever, parmi les cas publiés, 71 exemples de kystes para-ovariens qui auraient été, au dire des auteurs, guéris par une simple ponction. On pourrait se laisser influencer par ces résultats; mais, en lisant ces observations, on voit qu'il existe, dans l'appréciation des résultats, une cause d'erreur considérable, à savoir : le court espace de temps après lequel la malade a été déclarée guérie, un mois et demi, cinq mois, un an, et rarement davantage.

Ces indications et ces affirmations semblent d'autant plus aventurées qu'on sait, depuis longtemps déjà, que ces kystes récidivent, mais assez souvent, quoique lentement. Or, en présence des récidives constatées à des époques variables, le plus souvent

après une année, mais parfois après huit et onze ans, comment peut-on affirmer la guérison après quelques mois seulement?

Parmi les faits publiés, M. Terrillon a pu réunir 38 cas dans lesquels il y a eu récidive après une ou plusieurs ponctions. Le liquide s'est reproduit après des intervalles variables de quelques mois à une ou deux années. Toujours il y a eu quelques mois de guérison apparente.

Cette longue période de guérison apparente semble spéciale à ce genre de kyste, car, dans les kystes ovariques les plus simples, la reproduction du liquide a presque toujours lieu très peu de temps après la ponction.

Si donc l'on tient compte de ces deux facteurs : d'une part, le temps insuffisant qui a séparé la ponction de la déclaration de guérison définitive dans un grand nombre de cas; d'autre part, la facilité de la récidive constatée plusieurs fois, surtout quand le liquide est légèrement albumineux, on pourrait conclure, avec M. Terrier, que la guérison après la ponction est l'exception et que la récidive est la règle, malgré l'affirmation contraire de quelques auteurs.

Parmi les 40 kystes récidivés, 16 fois on avait pratiqué deux ou trois ponctions successives, et trois seulement de ces cas semblent ne pas s'être reproduits.

En résumé, il n'y a que 10 ou 12 cas pouvant, après vérification plus ou moins longue, être considérés comme définitivement guéris.

Parmi les malades ponctionnées, et chez lesquelles la récidive est survenue, 15 ont été opérées et, chez toutes, la guérison a suivi l'opération.

On peut donc dire, sans être trop absolu, que, dans un grand nombre de kystes séreux para-ovariens, la ponction seule n'assure pas la guérison, la récidive survenant après quelques mois ou quelques années. La proportion des cas de guérison définitive, après une ou plusieurs ponctions, n'est pas possible à établir encore, mais des statistiques plus nombreuses et plus complètes permettront d'arriver bientôt à ce résultat.

Jusqu'à présent cette proportion est tellement minime (dans les cas suivis assez longtemps pour qu'on puisse connaître le résultat définitif de la ponction), qu'il ne saurait être permis de considérer celle-ci autrement que comme un moyen palliatif, à effet temporaire, dans la plupart des cas.

En d'autres termes, la ponction simple, ou avec aspiration, peut être suivie de guérison définitive dans les cas de kystes para-ovariens, comme dans certains cas de kystes séreux du foie et de la rate ; la guérison apparente peut durer des mois et des années ; mais, dans la grande majorité des cas, la récidive a lieu tôt ou tard, et, si l'on cherche la guérison définitive, c'est à l'opération radicale qu'il faut la demander.

M. Desormeaux dit avoir traité et guéri deux malades atteintes de kyste para-ovarique par la ponction suivie d'une injection iodée.

M. Terrier estime, comme M. Terrillon, que la guérison des kystes para-ovariens, après la ponction, est une guérison presque toujours apparente et suivie, après un temps variable, de reproduction du liquide ; cependant, certains kystes peuvent, après la ponction, rester stationnaires pendant des années sans récidive.

M. L. Championnière parle dans le même sens que M. Terrier ; il pense que les guérisons admises et publiées par certains chirurgiens sont plutôt des récidives retardées que des guérisons véritables ; seule l'opération radicale peut assurer la guérison définitive.

— M. Trélat dépose sur le bureau une observation d'hystérectomie vaginale.

Il s'agit d'une dame de 38 ans, mère de six enfants dont le dernier a quatre ans.

Au printemps dernier, elle vint à Paris consulter M. Tarnier pour de légers troubles utérins. A cette époque, M. Tarnier ne constata que de l'hypertrophie utérine sans ulcération. Cependant les troubles continuèrent ; la malade consulta en province ; on lui fit sur le col des applications caustiques et on communiqua à la famille un pronostic grave sur la nature des lésions observées. Le médecin de la malade la renvoya alors à Paris revoir M. Tarnier et réclamer au besoin un traitement radical pour son affection.

M. Tarnier reconnut un épithélioma et adressa la malade à M. Trélat qui constata,

©BIU Santé

comme M. Tarnier, l'existence d'un épithélioma du col, en occupant toute la surface. D'après la marche et la date des premiers accidents, on était presque au début de la maladie. Le néoplasme, étendu en surface, paraissait peu profond. La muqueuse vaginale était absolument saine, et, nulle part, ni dans les culs-de-sac vaginaux, ni dans les aines, ni à l'hypogastre, on ne trouvait aucun ganglion. Un examen très complet par le palper abdominal et le toucher vaginal et rectal démontra que l'utérus était mobile, sans brides, sans adhérences, mais qu'il était d'un volume considérable. L'hystéromètre introduit dans sa cavité marquait près de 9 centimètres. Dans le cours du dernier mois, de petites pertes sanguines irrégulières s'étaient manifestées.

Le cas paraissait, sous tous les rapports, favorable à une intervention opératoire; M. Trélat se décida pour l'hystérectomie de préférence à l'amputation sus-vaginale du col, opération aveugle, avec laquelle on n'est jamais sûr d'enlever tout le mal et qui expose, en conséquence, aux récidives beaucoup plus que l'ablation totale.

L'opération fut pratiquée, le 2 juillet, avec le concours de MM. Terrier et Bouilly, en présence de MM. Tarnier, Siredey, Peyrot, et du docteur Lecerf, médecin de la malade, toutes les précautions antiseptiques ayant été prises et la malade endormie. M. Trélat insiste sur les difficultés qu'il a rencontrées pour la ligature du ligament large, temps de l'opération qui réclame, dit-il, de sérieux perfectionnements.

L'utérus extirpé avait un grand volume; il pesait 197 grammes. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma superficiel du col avec hypertrophie simple du corps.

Les suites de l'opération ont été favorables. La température n'a pas dépassé 38°8, et aujourd'hui elle est redescendue à 37°6. L'appétit et les forces reviennent, la cicatrisation est complète, la malade se lève et son état est des plus satisfaisants.

M. Terrier communique l'observation d'une opération d'hystérectomie vaginale qu'il a pratiquée pour un cancer utérin et qui s'est terminée par la mort consécutive à une hémorrhagie intra-péritonéale. L'opération a eu lieu le 8 juillet, avec le concours de MM. Périer, Berger et Just Lucas-Championnière.

L'opérée paraît avoir succombée, le septième jour, à une péritonite suraiguë développée sous l'influence d'une hémorrhagie qui s'est produite dans le petit bassin, hémorrhagie résultant très certainement d'une insuffisance dans la ligature du ligament large droit à sa partie supérieure. A cet égard, M. Terrier croit qu'au lieu de faire deux ligatures sur le ligament large, il vaudrait mieux en faire trois qui, étreignant moins de tissus, auraient plus de chances de ne pas se desserrer ultérieurement. De plus, il pense qu'il faut éviter de se servir du cordonnet de soie, qui serre plus difficilement que le fil ordinaire.

— M. Trélat présente une malade à laquelle il a fait subir, avec grand bénéfice, l'ostéoclasie du fémur pour des déformations complexes du membre inférieur résultant d'une paralysie atrophique de l'enfance.

La paralysie semble remonter aux premiers mois de la vie. Elle porte sur tout le côté gauche : face, tronc et membres. Peu accusée à la face et à la partie supérieure du corps, elle est extrêmement prononcée au membre inférieur. Avec les années, la marche est devenue de plus en plus difficile.

En mai 1884, la malade subit, à l'hôpital Cochin, la ténotomie du tendon d'Achille, dans le service de M. Anger, sans aucun résultat.

Un examen attentif des parties montra à M. Trélat que la déformation ne consistait pas simplement en une attitude vicieuse, mais que le squelette était déformé de manière à rendre la marche impossible.

Il prit le parti de faire l'ostéoclasie sous-condylienne du fémur gauche, opération rendue facile par la ténuité de tous les os du membre. Elle fut exécutée, le 17 décembre 1884, avec l'appareil de M. Collin. Un très faible effort suffit à briser l'os. Appareil plâtré, sans réduction. Huit jours après : chloroforme, réduction, nouvel appareil plâtré.

La consolidation s'est faite dans les meilleures conditions. Il est à peu près impossible de reconnaître le cal. Le membre est droit et le pied porte sur le sol. La marche

est devenue possible. Chaque jour, la malade y devient plus habile et a subi, par le fait de cette opération, une véritable transformation et une atténuation considérable de son infirmité. Elle a recouvré la possibilité de la station debout et d'une certaine marche, ce qui constitue une amélioration extrêmement importante de son état.

— M. Trélat fait une troisième communication, accompagnée de présentation de pièce pathologique, relative à une néphrectomie qu'il a pratiquée avec succès pour une hydronéphrose d'origine calculeuse.

M. Trélat donnera la fin de l'observation au retour des vacances.

— M. Bouilly présente un malade atteint de tuberculose prostatique et à qui M. Schwartz avait déjà fait subir la castration du testicule gauche également tuberculeux. Ce malade, réduit au dernier degré du marasme, était presque mourant; M. Bouilly lui a pratiqué un grattage soigné de la loge prostatique réduite à une sorte de cloaque caséo-purulent. La cicatrisation s'est presque complétement effectuée; il ne reste plus qu'une fistule insignifiante; le malade a recouvré l'appétit et les forces, et a pu reprendre ses occupations ordinaires d'employé au télégraphe.

— M. Périer présente des attelles constituées par des ressorts d'acier très souple et inflexible, destinées surtout au traitement des fractures dont la consolidation est retardée. — A. T.

HYGIÈNE PUBLIQUE

LES MAISONS INSALUBRES DE PARIS ET UNE CIRCULAIRE PRÉFECTORALE.

On sait que le 24 juillet 1884, l'épidémie cholérique menaçant, on adjoignit aux commissions d'hygiène des arrondissements les membres du Conseil municipal, de la Commission des logements insalubres, les médecins des Bureaux de bienfaisance, de l'état civil et de l'inspection des Ecoles. On utilisa aussi les membres de la Délégation cantonale, de la Caisse des écoles, des Bureaux de bienfaisance, et même le bon vouloir de personnes étrangères à ces questions. Cette surabondance de personnel demeura sans explication et fut même le sujet de plus d'un étonnement.

Quel a été le résultat de cet appel? On a trouvé beaucoup de bonnes intentions de la part des commissaires; par contre, les résultats ont été incomplets, et de l'aveu préfectoral, une seule commission, celle du Xe arrondissement, termina la visite des immeubles insalubres. Une circulaire de M. Camescasse, alors préfet de police l'en a félicitée. C'était bien le moins; mais, outre son dévouement, il me semble qu'elle méritait des félicitations plus grandes encore pour sa persévérance, car, dans les commissions, nul ne l'ignore, l'empressement officiel s'est traduit par des paroles bien plus que par les faits.

Le document officiel, auquel nous faisons allusion, conviait ces commissions à entrer de nouveau en fonctions, à poursuivre leurs investigations dans tous les immeubles et à diviser ceux-ci en trois groupes : 1° immeubles formant une agglomération insalubre : cité, passage, rue, impasse ; — 2° immeubles insalubres isolés ; — 3° locaux insalubres dans un immeuble relativement sain. Le collationnement de ces rapports devait être fait dans les bureaux des maires et de la préfecture de police.

Cette circulaire était à coup sûr bien intentionnée ; j'en fais volontiers louange; seulement, je me demande quel en a été le résultat? Avec quelque bonne volonté de la part de son personnel, M. le préfet eût retrouvé des rapports adressés d'urgence en décembre dernier par des commissions qui, aujourd'hui encore peut-être attendent l'accusé de réception de la préfecture de police. Il en a été ainsi dans le XVIIe arrondissement, et ailleurs aussi, je pense. — C. L. D.

©BIU Santé

FORMULAIRE

SIROP CONTRE LES DERMATOSES HERPÉTIQUES. — Bazin.

Bi-carbonate de soude.....	0 gr. 10 centigr.
Arséniate de soude.....	0 gr. 10 —
Sirop de saponaire.....	500 grammes

Faites dissoudre. — Une cuillerée, matin et soir, dans une tasse de tisane de houblon ou de bardane, dans le cas de dermatoses herpétiques. — On prescrit, en outre, les tisanes amères, les laxatifs, et les diurétiques. — L'arséniate de fer convient surtout aux jeunes filles chlorotiques, atteintes d'aménorrhée ou de dysménorrhée, aux sujets faibles et débilités. — Parmi les eaux minérales, l'eau de la Bourboule est celle à laquelle l'auteur donne la préférence, en raison de sa richesse en arsenic, auquel s'allient du chlorhydrate et du bi-carbonate de soude. — N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date des 9, 11 et 14 juillet 1885, ont été nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs Thomas, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, et Job, président de la Société de gymnastique de « la Lorraine » de Lunéville. — M. Croutelle, pharmacien à Mantes.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 juillet 1885, M. le docteur Dupuy, professeur à l'Association philotechnique de Saint-Denis, a été nommé officier de l'instruction publique.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 21 juillet 1885, MM. les médecins de deuxième classe de la marine Dubut et Féraud ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

CONCOURS. — L'ouverture du concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris, et la nomination aux places d'élèves internes, vacantes au 1er janvier 1886, aura lieu le mercredi 7 oct. 1885, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, 3.

Les externes en médecine et en chirurgie de deuxième et de troisième année sont prévenus que, en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours du prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mardi 1er septembre jusqu'au mardi 22 septembre inclusivement.

— L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes au 1er janvier 1886 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le jeudi 8 octobre 1885, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mardi 1er septembre jusqu'au mardi 22 du même mois inclusivement.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. Polaillon : Contribution à la chéiroplastie. — III. Bibliothèque. — VI. Revue des Journaux. — V. L'Epidémie cholérique de 1885. — VI. Thérapeutique. — VII. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VIII. Formulaire. — IX. Courrier. — X. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

S'il y avait encore quelques doutes sur la valeur des inoculations anticholériques, le rapport du docteur Van Ermengem, que nous publierons *in extenso*, suffirait à les dissiper. Nous tenons à faire connaître ce document plein d'intérêt, parce qu'il émane d'une plume autorisée en microbiologie, et qu'il semble dicté par le bon sens et l'équité scientifique. Il contribuera sans doute à établir ce fait, que les médecins éclairés n'ont plus à discuter M. Ferran et ses œuvres, et que pour eux, sinon pour les gens du monde, la question n'est pas à l'étude, elle est jugée en dernier ressort.

Telle est notre réponse à ceux de nos confrères qui reprochent au corps médical, même en dehors des Académies, de ne pas examiner de bonne grâce les idées nouvelles, et qui, dans leur prudence extrême, supposent qu'il peut y avoir dans les vaccinations ferraniennes une idée nouvelle à examiner.

L'idée nouvelle est mise au jour dans une des lettres de M. Ferran : il y est dit que le microbe-virgule se détruit dans le tissu cellulaire; que l'immunité est produite non par lui, mais par une substance qu'il engendre; qu'un bouillon de culture où il n'existe plus en personne, peut être un vaccin très actif; que cette « vaccination chimique » avec « une substance morte » est un problème qui, depuis longtemps, préoccupe l'auteur, et qu'il va être bientôt résolu, non seulement pour le choléra, mais pour toutes les maladies infectieuses... Idée ingénieuse, qui permet de montrer aux missions dont la curiosité vous importune un liquide contenant, au lieu de virgules, des bâtonnets et des granulations, au besoin des râclures de tablier.

La pratique est aussi brillante que la théorie, à moins qu'on ne se borne à consulter les statistiques de M. Ferran et des ferranistes. J'ai sous les yeux une correspondance du *British medical Journal*, n° du 18 juillet, où il est raconté que, dans un asile des Petites-Sœurs des pauvres, soixante-dix religieuses furent inoculées le 1er de ce mois. Elles étaient toutes en bonne santé, sauf deux ou trois qui avaient une diarrhée légère. Le 5, dix d'entre elles étaient mortes et enterrées; trois ou quatre sont mortes depuis, et plusieurs sont dans un état extrêmement grave; toutes les autres vaccinées, c'est-à-dire quarante sur soixante-dix, ont le choléra, tandis que pas une de celles qui ont échappé à l'inoculation n'a été prise.

Voilà des faits qui pourraient bientôt ébranler la confiance que M. Ferran inocule, à défaut d'autre chose, et qui me serviront de réponse à la lettre suivante, reçue d'un confrère étranger :

Monsieur le rédacteur en chef,

Tout en admirant le courage et l'indépendance avec lesquels vous attaquez cette bande d'exploiteurs prête à envahir la France, ce beau pays de gobe-mouches, je ne suis pas d'humeur à discuter le fond de la question, que je laisserai volontiers à des plumes plus

©BIU Santé

compétentes. Mais je me sens disposé à envisager cette affaire avec moins d'indignation et plus de philosophie, et je me demande si après tout M. Ferran et sa cohorte, dans la providence des choses, ne font pas un grand bien qui l'emporte sur le mal insignifiant de tirer quelques millions de la poche des imbéciles.

Il est bien établi que la peur est un facteur important dans la propagation du choléra. Si, par un moyen quelconque, on supprime ou on atténue cette peur, on peut dans la même mesure diminuer le mal causé par elle. Or, la vaccination Ferran, avec tout le cortège des mystères qui l'entourent, est calculée de manière à frapper l'imagination et peut produire chez les sujets vaccinés une telle confiance dans leur invulnérabilité, qu'ils deviennent insensibles à la terreur. C'est comme un soldat qui, se croyant garanti par une maille cachée sous son uniforme, fait des prodiges de valeur, bien que cette maille soit une cuirasse plutôt morale que matérielle et que le drap soit une meilleure protection. Ferran, par l'application de son système, est donc le sauveur de ceux qu'il peut tromper; et, comme le mensonge se répand plus facilement que la vérité, Ferran et Cie feront beaucoup plus de bien avec leur prétendue découverte que vous n'en pourrez faire en la détruisant.

C'est par la foi qu'on sauve le monde; et, comme l'illustre compatriote de M. Ferran l'a dit, il y a bientôt quatre cents ans, « la fin justifie les moyens ». Je dis donc : Ferran for ever!

AMERICUS.

Notre correspondant nous rappelle avec esprit que M. Ferran est du pays de Loyola. Mais la fin pourrait bien n'être pas celle qu'il suppose. On dit déjà, en Espagne, que M. Ferran est le propagateur de l'épidémie actuelle.

Si nous avons pris parti dans cette question des vaccinations cholériques, dont l'auteur ne méritait que le silence des journaux sérieux, c'est qu'il est bon que l'opinion médicale soit éclairée en temps utile et affermie contre les événements. M. Ferran continue ses communications en haut lieu; sa prose, hier encore, était lue à l'Académie des sciences. D'autre part, l'épidémie nous menace; à Marseille, on signale déjà une vingtaine de décès cholériques. Si le mal se propage, nous aurons assez de lutter contre lui; il ne faut pas que M. Ferran, favorisé par nos incertitudes, puisse trop facilement s'installer parmi nous, tenir boutique de vaccin et continuer d'assurer l'avenir de ses enfants aux dépens de la crédulité française, peut-être même aux dépens de la santé publique. — L.-G. R.

Contribution à la chéiroplastie.

(Communication faite à la Société de médecine de Paris, le 13 juin 1885).

Par M. POLAILLON.

Chirurgien de la Pitié, membre de l'Académie de médecine,

Professeur agrégé libre.

Lorsqu'on a affaire à de larges pertes de substance de la main, il est toujours indiqué de sacrifier le squelette des doigts les plus compromis et de faire avec leur enveloppe cutanée des lambeaux qui serviront à recouvrir les tissus mis à nu. Il est si important de conserver la main, même privée d'un ou de plusieurs doigts, qu'on ne saurait hésiter à recourir à cette chéiroplastie plutôt que de faire la désarticulation du poignet ou l'amputation de l'avant-bras. J'ai appelé l'attention sur ce procédé dans ma CHIRURGIE DU DOIGT (*Diction. encyclopédique*, t. XXX, p. 331, 1884). Malgré son utilité

incontestable, elle n'a été mise en pratique, jusqu'à présent, que par un petit nombre de chirurgiens, parmi lesquels je citerai Courty (*Montpellier médical*, t. I, p. 143, 1858), Verneuil (*Bul. de la Soc. de chir.*, p. 518, 1863), E. Bœckel (*Gaz. des hôpit.*, p. 453, 1865). Je pense donc qu'il est utile d'y insister de nouveau, et de faire connaître un fait où cette sorte d'autoplastie m'a donné un bon résultat.

Un homme de 48 ans, nommé Metz... Florent, exerçant la profession de porteur aux Halles, avait sur le dos de la main gauche un large épithélioma végétant. Cette tumeur provenait d'une verrue qui avait été excoriée et négligée. Elle avait une base arrondie. Elle s'étendait de l'extrémité supérieure à l'extrémité inférieure des deuxième et troisième métacarpiens, et recouvrait le deuxième espace interosseux, une partie du premier espace interosseux et une partie du troisième. Elle était mobile sur le squelette, et n'intéressait point les tendons extenseurs qui avaient conservé l'intégrité de leurs fonctions. Les ganglions épitrochléens et axillaires étaient sains (fig. 1).

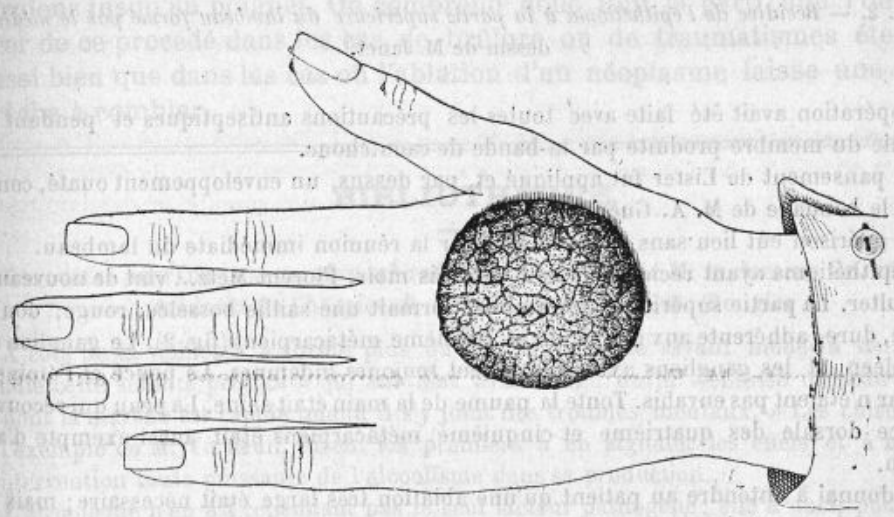


Fig. 1. — *Epithélioma végétant*, dessiné par M. Janet, externe du service.

L'ablation de cette tumeur nécessitait une large perte de substance, qui mettait à nu les tendons de l'index, du médius et de l'annulaire. Ces tendons, que les téguments n'auraient pu recouvrir, se seraient mortifiés ou auraient contracté des adhérences avec une large cicatrice, qui aurait certainement aboli leurs fonctions.

Je conçus donc l'idée de supprimer le doigt le plus compromis, c'est-à-dire l'index, et de me servir de son revêtement de parties molles pour recouvrir la plaie opératoire.

Cette opération fut mise à exécution au mois d'août 1884. La tumeur fut disséquée en dépassant les limites apparentes du mal. Une incision sur la face dorsale de l'index, depuis la plaie du métacarpe jusqu'à l'ongle, qui fut contourné par le bistouri au niveau de la pulpe, me permit de séparer les parties molles de ce doigt en dedans, en dehors et en avant. Pendant cette dissection j'eus grand soin de raser les phalanges et la gaine fibreuse des fléchisseurs, de manière à conserver dans le lambeau les artères et les nerfs collatéraux. Arrivé à l'articulation métacarpo-phalangienne, le squelette de l'index fut désarticulé. J'obtins ainsi un grand lambeau, très bien nourri, qui fut appliqué sur la face dorsale de la main et fixé par des fils métalliques. Le tendon extenseur du médius, qui avait été mis à nu dans une très grande étendue, était parfaitement recouvert, et devait conserver ses fonctions (fig. 2).

©BIU Santé

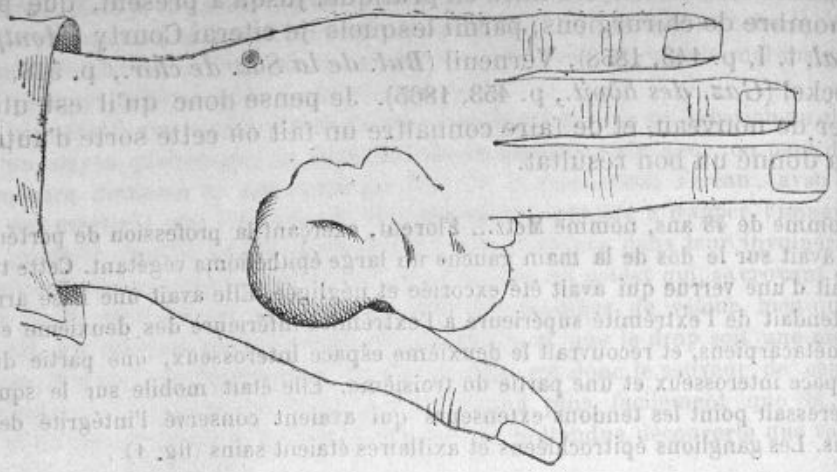


Fig. 2. — *Récidive de l'épithélioma à la partie supérieure du lambeau formé par le médius*, dessin de M. Janet.

L'opération avait été faite avec toutes les précautions antiseptiques et pendant l'ischémie du membre produite par la bande de caoutchouc.

Un pansement de Lister fut appliqué et, par dessus, un enveloppement ouaté, comme dans le bandage de M. A. Guérin.

La guérison eut lieu sans suppuration, par la réunion immédiate du lambeau.

L'épithélioma ayant récidivé au bout de trois mois, Florent Metz... vint de nouveau me consulter. La partie supérieure du lambeau formait une saillie bosselée, rouge, douloureuse, dure, adhérente aux deuxième et troisième métacarpiens (fig. 2). Le ganglion épitrochléen et les ganglions axillaires étaient toujours indemnes. Le pouce et l'éminence thénar n'étaient pas envahis. Toute la paume de la main était saine. La peau qui recouvrait la face dorsale des quatrième et cinquième métacarpiens était aussi exempte d'altération.

Je donnai à entendre au patient qu'une ablation très large était nécessaire; mais que je pourrais encore lui épargner l'amputation du poignet.

Il fallait enlever toutes les parties molles du dos de la main depuis le premier jusqu'au quatrième métacarpien, désarticuler les deuxième et troisième métacarpiens, et recouvrir la perte de substance avec les parties molles du médius.

Le 6 novembre 1884, le patient est chloroformé. La bande de caoutchouc est appliquée sur le membre supérieur pour produire l'ischémie de la main.

Une incision est pratiquée sur la face dorsale du médius. En bas, cette incision contourne l'extrémité de la pulpe de ce doigt; en haut, elle se continue avec une autre incision qui longe la face dorsale du quatrième métacarpien, circonscrit l'extrémité supérieure de la tumeur, côtoie le bord interne du premier métacarpien, puis revient gagner le médius en suivant le bord inférieur de la paume. Dans tous les points, les limites du mal sont largement dépassées.

Les parties molles du médius sont disséquées avec les précautions que je viens d'indiquer. La tumeur est ensuite détachée à sa partie supérieure, de manière à découvrir les articulations supérieures du deuxième et du troisième métacarpiens. Ces deux articulations sont détruites sans grande difficulté. Puis les métacarpiens étant attirés en arrière, je coupe les parties molles qui les retiennent à la paume.

L'artère radio-palmaire et quelques branches moins volumineuses sont liées avec des fils de catgut.

L'enveloppe tégumentaire du médius est relevée en arrière et suturée au pourtour de la perte de substance.

Pansement de Lister, Enveloppement ouaté.

Le 7 novembre, l'opéré ayant beaucoup souffert, le pansement est renouvelé. Le lam-

beau est soulevé par un copieux ébanchement de sang que je fais sortir par de douces pressions. Lavages phéniqués. Etablissement de plusieurs drains.

Depuis ce jour, le blessé n'a plus souffert. Réunion immédiate du lambeau, sauf au niveau des drains où il se forme un peu de suppuration, et à l'extrémité supérieure du lambeau qui se mortifie dans l'étendue de quelques millimètres.

Sept pansements furent faits depuis l'opération jusqu'à la sortie du malade, qui eut lieu le 14 décembre.

Depuis cette époque, j'ai presque la certitude que la guérison s'est maintenue, car je n'ai pas revu Florent Metz... qui devait revenir me montrer sa main au moindre signe qui annoncerait une nouvelle récidive.

La tumeur, examinée par M. Chaslin, interne du service, était un épithélioma lobulé, à cellules pavimenteuses, cornées, ayant envahi les deux métacarpiens enlevés.

En terminant cette communication, je veux faire remarquer que les téguments d'un seul doigt forment un lambeau considérable, capable de recouvrir la moitié d'une des faces de la main depuis la tête des métacarpiens jusqu'au poignet. On comprend donc tout le parti que l'on peut tirer de ce procédé dans les cas de brûlure ou de traumatismes étendus, aussi bien que dans les cas où l'ablation d'un néoplasme laisse une large brèche à combler.

BIBLIOTHÈQUE

LES TROUBLES MENTAUX DANS LA SÉNILITÉ PRÉCOCE ET RAPIDE, par M. le docteur CHARPENTIER, médecin de l'hospice de Bicêtre. — Paris, 1885; Rougier

A côté de la vieillesse à forme plus ou moins lente, le savant médecin de Bicêtre étudie cette sénilité précoce « qui survient avant l'âge de la vieillesse ordinaire...., et « dont la marche est rapide quand il s'y joint des troubles mentaux. » Les chirurgiens, à l'exemple de M. Verneuil, furent les premiers à en signaler les effets et à montrer l'intervention toute puissante de l'alcoolisme dans sa production.

L'alcoolisme n'en est cependant pas le seul facteur pathogène; elle a aussi pour cause des lésions du foie, le diabète, l'impaludisme, tous états morbides dont la déchéance organique est l'aboutissant, sinon la première origine.

M. Charpentier étudie, dans ces quelques pages, la sénilité précoce simple, dont les victimes sont frappées « non seulement dans leur système cutané : sécheresse et teinte « terreuse de la peau, rides du visage et de la face dorsale des mains, cheveux blanchis « ou tombés, dents cariées ou disparues... Ils le sont aussi dans leurs fonctions diges- « tives ralenties, dans leurs fonctions respiratoires diminuées et dans leur système « musculaire affaibli. Ils vivent au même titre que dans la vieillesse typique. »

Les troubles mentaux de cette sénilité sont dépressifs, possèdent le caractère des formes mélancoliques, hypochondriaques, anxieuses ou panophobiques de la folie, ou bien consistent dans un état, soit simple, soit mixte, d'affaiblissement intellectuel. Ayant pour origine le changement brusque d'habitude ou les inquiétudes même de la vieillesse, ils résultent d'une incapacité d'adaptation de l'individu à son milieu. Conséquemment, ils méritent l'attention du médecin légiste, qui doit en tenir compte dans les conclusions de ses expertises.

Par contre, à côté de ces sénilités précoces, toujours morbides, ils en est d'autres sans maladies et sans troubles mentaux. Ce sont celles des hommes qui « savent vieillir, « comprendre les avertissements du temps et adapter leur genre de vie aux modifications survenues dans leurs fonctions. »

Ainsi écrit M. Charpentier, et les extraits trop courts de ce remarquable mémoire mettront nos lecteurs à même d'estimer la haute valeur clinique et philosophique de cette petite, mais intéressante brochure. *Magnus Alexander, corpore parvus erat*, disait-on au lycée; on peut le répéter de la monographie du très estimé médecin de Bicêtre. En

©BIU Santé

terminant, j'adresse un vœu à M. Charpentier, c'est de le voir explorer plus complètement ce sujet, et avec son autorité et sa laborieuse activité de compléter dans un plus vaste cadre l'œuvre qu'il a si magistralement ébauchée. — C. Eloy.

REVUE DES JOURNAUX

Du Verbascum Thapsus dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par Quinlan, M. D. de l'Université de Dublin, membre du Collège royal des médecins, membre de l'Académie royale. — On trouve dans certains vieux grimoires de médecine conservés dans la bibliothèque de l'Académie royale des médecins en Irlande qu'il est parlé de la Molène dans le traitement des affections de la poitrine, et tous ces vieux manuscrits, séculaires témoins de la médecine d'antan, s'accordent à en vanter l'efficacité. En fait, ce nom d'origine celtique signifie : « Efficace dans les maladies de la poitrine. »

De temps immémorial les paysans irlandais considèrent cette plante comme un agent infaillible dans la consomption pulmonaire ; aussi cette herbacée, qui pousse en pleine liberté dans les champs en jachères de France, d'Angleterre et d'Allemagne, est-elle l'objet d'une culture soignée et très étendue en Irlande. Il existe cinq espèces de Molène, toutes appartenant au groupe des scrofularinées ; mais la variété dont il est question ici est le Verbascum Thapsus ou grande Molène, connue sous le nom vulgaire de grande Molène Bouillon-blanc, et en Allemagne sous la dénomination de *Kleinblümiger Wolkraut*. C'est une herbacée à peine bisannuelle dont la tige mesure 50 centimétres à 2 mètres de hauteur, à feuilles épaisses, velues et mucilagineuses ; ses fleurs sont disposées en long épi jaune et d'une odeur agréable.

On emploie de préférence les feuilles fraîches, qu'on peut récolter telles pendant au moins sept à huit mois de l'année ; toutefois la feuille sèche peut encore donner de bons résultats. Cultivée sous verre, la Molène peut fournir des feuilles fraîches pendant toute l'année. Les campagnards irlandais font une décoction de 100 grammes de feuilles fraîches dans un litre de lait de vache bien frais. Lait et feuilles sont bouillis ensemble. Après un bouillon, on laisse les feuilles macérer encore pendant dix minutes ; on filtre, on sucre et on prend cette décoction chaude ; et on peut arriver à prendre ainsi jusqu'à deux litres de lait par jour. Pendant les deux dernières années, l'auteur a entrepris de traiter une série de 127 malades de consomption pulmonaire arrivée à tous les stades de la maladie avec la Molène exclusivement. Au début du traitement, chaque malade était soigneusement pesé et cette opération était renouvelée toutes les semaines. L'observation du malade était soigneusement consignée. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Dans les stades prémonitoires de la phthisie, la Molène jouit de propriétés curatives et trophiques plus prononcées que celles de l'huile de foie de morue et égales à celles du Koumiss des Tartares. L'augmentation du poids du corps sous l'influence du traitement est attribuable surtout à la Molène, car le lait à lui seul est impuissant à amener des résultats semblables.

2° Quand les tubercules sont développés et ramollis, quand le tuberculeux est devenu phthisique, la Molène est encore utile comme préparation pectorale, elle soulage beaucoup la toux et, de fait, grâce à la Molène, les malades n'ont plus besoin de préparations pectorales et calmantes, avantage précieux pour des malades qui, d'ordinaire, sont dans l'impossibilité de supporter une alimentation suffisante. Le lait est pour eux bien plutôt un aliment qu'une drogue. Cependant, pris en telle quantité, il peut déterminer chez eux une lourdeur d'estomac dont on triomphera en laissant la macération tiédir et en y ajoutant un peu de pancréatine.

3° La Molène prévient la diarrhée des phthisiques et, bien que le lait puisse contribuer à ce résultat, on peut encore obtenir ce résultat lorsque la Molène est préparée avec de l'eau au lieu de lait.

4° Tous les symptômes qui se rattachent en propre à l'existence de la tuberculose peuvent être combattus par la molène, excepté peut-être les sueurs profuses auxquelles

l'auteur oppose les injections hypodermiques de sulfate d'atropine, cette addition constituant la seule déviation au traitement exclusif de la tuberculose par la Molène.

5° La Molène fumée en guise de tabac apaiserait efficacement l'irritation des voies respiratoires et la toux. Etant donné qu'on ne saurait se procurer de bon koumiss que d'une jument régulièrement nourricière, car pour des raisons d'ordre chimique le lait de vache ne peut pas faire de bon koumiss; considérant tous les inconvénients inhérents à l'usage de l'huile de foie de morue, goût désagréable, indigestions, diarrhée, et aussi la supériorité de la Molène comme pectoral et comme reconstituant trophique d'un goût généralement bien accepté, l'huile de foie de morue doit céder le pas à la Molène.

L'auteur rapporte l'observation de deux cas de tuberculose tout à fait au début chez des femmes jeunes et ayant guéri radicalement par l'emploi méthodique de la Molène. Le retour des règles suspendues, l'augmentation du poids du corps et l'*euphorie* sont ici considérés comme le critérium de cette guérison. Ces deux observations appartiennent à une collection d'une cinquantaine de cas semblables observés par l'auteur. (*On the treatment of pretubercular and of advanced phthysis pulmonalis by the Mullein Plant. By Quinlan. M. D. — The Dublin Journal of Medical Science*, 1er sept. 1884.) — L. Dn.

L'Epidémie cholérique de 1885.

La morbidité et la mortalité marseillaise.

Depuis quelques jours, des bruits couraient sur le mauvais état sanitaire de Marseille. Ils semblaient confirmés par le voyage de MM. Pierre Legrand, Brouardel et Proust dans le chef-lieu du département des Bouches-du-Rhône. De plus, le mystère dont on entourait certains cas suspects pouvait faire croire à la gravité de la situation ; dans cette ville, dont les conditions hygiéniques sont toujours défectueuses, malgré les bruyants projets d'assainissement mis en avant l'année dernière, et, depuis, officiellement oubliés.

Les décès suspects dataient, disait-on, du 1er août, et cependant, hier encore, le Conseil de santé maritime délivrait des patentes avec la mention « état sanitaire satisfaisant ». Par contre, ce matin, une dépêche télégraphique signale l'enregistrement par l'état civil de 88 décès dans la journée du 4 août, et, parmi ceux-ci, de 20 décès cholériques.

Atténué ou non, le choléra asiatique existe-t-il à Marseille? Chacun se pose la question, et, à défaut d'une déclaration gouvernementale, nette et franche, chacun y peut seulement répondre : *Chi lo sa!* — C. L. D.

THÉRAPEUTIQUE

Alimentation des enfants.

L'alimentation des enfants en bas âge, surtout dans les grandes villes, où le mode naturel de nutrition, l'allaitement, est souvent entravé par d'innombrables difficultés, constitue un de ces graves problèmes sociaux qui s'imposent aux méditations et aux recherches des philanthropes.

L'alimentation de la première enfance intéresse à la fois l'hygiéniste, le praticien, l'économiste : c'est donc bien une question de l'importance la plus haute et qui doit préoccuper aussi les familles.

Depuis longtemps, les observations quotidiennes des médecins en Allemagne, en Suisse, en Angleterre ont démontré les excellents résultats obtenus par l'usage de la *farine d'avoine* dans l'alimentation des enfants à la mamelle.

Chacun sait que si le lait de la mère ou d'une bonne nourrice est, dans certaines conditions particulières et privilégiées, la nourriture par excellence pour l'enfant, ce même aliment peut devenir, dans d'autres cas, — malheureusement trop nombreux, —

©BIU Santé

un véritable poison, une source de vices constitutionnels vouant le nourrisson à une existence misérable ou à une fin prématurée ; souvent, aussi, — et c'est là le côté sociologique de la question sur lequel on ne saurait trop insister, — ces vices organiques, ainsi contractés, impriment le sceau de la débilité à des générations tout entières.

Cette question de l'alimentation ne pouvait donc laisser indifférentes les sommités médicales et scientifiques de tous les pays. Aussi, partout, les médecins, les chimistes, les économistes que la vie et la prospérité des peuples intéressent à un si haut degré, ont-ils proposé ou employé différentes substances alimentaires comme succédanées de cette nourriture si simple et à la fois si complète : le lait maternel.

Après de nombreux essais, l'observation scientifique aidant, on a reconnu que dans les trois ou quatre premiers mois, rien ne pouvait remplacer le lait. Cette constatation a une cause anatomique : à cette période de la vie, certaines parties accessoires des organes digestifs de l'enfant sont encore à l'état embryonnaire. Cette absence de développement s'oppose à la digestion et à l'assimilation des substances alimentaires usuelles, même de celles qui, par leur composition chimique, se rapprochent le plus du lait, comme les farines et les fécules.

Nous voyons, en effet, tous les jours, l'emploi immodéré de ces produits occasionner des dypspepsies, des diarrhées vertes et d'autres accidents intestinaux chez les jeunes enfants.

Pendant cette période de la vie, l'enfant privé de sa mère ou d'une nourrice ne peut guère supporter que le lait de vache coupé, légèrement sucré, de manière à lui donner approximativement la composition du lait de femme.

Comme nous l'avons dit, en Angleterre, en Allemagne et en Suisse, on a recommandé, depuis longtemps, de substituer à l'eau, pour cette opération de coupage, la décoction légère de *gruau d'avoine* que ses propriétés nutritives et adoucissantes désignent tout naturellement pour cet usage.

Dans les pays septentrionaux, la tisane et la décoction d'*avoine* sont les boissons habituellement prescrites par les médecins aux malades atteints de phlegmasies aiguës, notamment des voies digestives. Or, si le *gruau d'avoine* convient aux estomacs et aux intestins malades, irrités ou fatigués, il était logique d'admettre que sa décoction serait bien supportée par les voies digestives des petits enfants.

L'expérience des praticiens confirme tous les jours cette démonstration : les organes si délicats de l'enfant s'accommodant à merveille du *gruau d'avoine*, ce fait devait amener les médecins à conclure que l'*avena* était le meilleur aliment de transition pour la période pendant laquelle le nourrisson peut commencer à recevoir d'autres aliments que le lait.

Tout le monde sait que l'*avena* (*avena sativa*) appartient à la famille des graminées. C'est la semence *mondée* de cette céréale qui constitue le *gruau*.

En Provence, dans une partie du Midi, cette semence, dégagée des matières hétérogènes et impures, mondée en un mot, est appelée *avena*. Mélangée avec du sucre et du lait, elle sert à faire des *crèmes* et des *bouillies*, dont les propriétés substantielles et digestives sont unanimement reconnues.

Parmi les farines aujourd'hui si répandues, la *Farine Morton* occupe incontestablement le premier rang. Le gruau concassé et moulu avec un soin spécial fait, de la *Farine Morton*, une préparation de premier ordre, se recommandant aux praticiens et aux familles par ses propriétés analeptiques et adoucissantes.

On ne peut être surpris des résultats universellement appréciés de cette préparation si on se rapporte à la composition de ce délicieux produit. En effet, l'analyse a démontré, par les nombreux travaux de plusieurs chimistes, que la *Farine Morton* se rapproche, par les éléments qui la composent, du lait de femme, attendu qu'elle renferme, comme ce dernier, du *phosphate de chaux*, du *fer*, etc.

D'un goût extrêmement agréable, d'une digestion facile, ne produisant jamais la diarrhée chez les enfants, mais, au contraire, la combattant avec un très grand succès, la *Farine Morton* a détrôné pour toujours les produits similaires et rivaux.

Contenant 70 p. 100 de matières nutritives, elle est préférable à toutes les autres

semences, non seulement pour les enfant bien portants, mais pour ceux qui sont atteints de dyspepsies, affections si communes dans le jeune âge.

Dans ces derniers cas, et depuis plusieurs années, chargé du service d'inspection des enfants du premier âge, j'en ai bien souvent retiré des effets qui méritent d'être relatés.

J'ai constaté, dans plusieurs affections des voies digestives, notamment dans les diarrhées estivales, que l'estomac des jeunes enfants ne pouvait supporter aucun liquide nourrissant. La *Farine Morton*, loin d'être rejetée, est, au contraire, parfaitement supportée et triomphe bien souvent là où des médicaments habituellement conseillés ne produisent que des insuccès.

On sait combien est répandu l'usage du pain d'avoine dans les comtés du Nord de l'Angleterre, dont les habitants sont connus par leur force physique remarquable. Les robustes montagnards de l'Ecosse ne mangent pas d'autre farine.

Sa saveur, qui se rapproche de celle de la noisette, provient d'une substance aromatique à odeur fragante rappelant celle de la vanille. Ce principe est renfermé dans le *péricarpe* ou tissu qui enveloppe la graine, c'est à ce principe qu'il faut attribuer l'action stimulante de la farine d'avoine.

D'après les plus récentes analyses, la *Farine Morton* contiendrait, sur 100 parties, les éléments suivants :

Huile grasse	2 00
Matières extractives	8 20
Gomme	2 50
Substances albuminoïdes	4 30
Fécule	59 00
Eau et pertes	24 00
	100 00

D'après plusieurs essais auxquels je me suis livré, j'ai trouvé, dans les cendres, de la silice, des carbonates de chaux et de magnésie, de l'albumine, des oxydes de fer et de manganèse.

On le voit, la *Farine Morton*, par sa composition, par ses propriétés analeptiques, pectorales et adoucissantes, est l'aliment par excellence dans l'hygiène infantile.

C'est une préparation incomparable et qui occupe, d'une façon incontestée le premier rang parmi les produits similaires.

Dr Blanc-Aillaud,
Médecin-inspecteur des enfants du premier âge.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 août 1885. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend un pli cacheté adressé par M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

M. le Président a le regret d'annoncer la mort de M. Henri Milne-Edwards, membre associé libre.

M. Gustave Bouchardat, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources pour l'usage médical. Les conclusions de ces rapports sont votées sans discussion.

M. Jules Guérin a la parole pour une communication sur le choléra de 1884 à Paris.

M. J. Guérin : « Dans la séance du 27 janvier dernier, je prenais l'engagement de soumettre à l'Académie une histoire du choléra de Paris, pendant l'année 1884, plus conforme aux faits que celles présentées jusqu'alors.

« Le moment me paraît venu de remplir cet engagement.

©BIU Santé

« Mais, avant d'entrer dans le détail de cette dernière phase de l'épidémie qui a débuté à Toulon et à Marseille, je crois nécessaire de préciser le but que je me propose d'atteindre.

« Je veux montrer :

« 1° Qu'au point de vue de l'observation pure, dégagée de toute discussion doctrinale, on a longtemps méconnu, à Paris, comme on l'avait fait à Toulon et à Marseille, les cas de maladie propres à établir l'existence du choléra bien antérieurement à l'époque où l'épidémie a fait explosion;

« 2° Qu'à Paris, comme à Toulon, comme à Marseille, il n'a pas été possible de découvrir la moindre trace d'importation; qu'au contraire, à la faveur des faits méconnus ou supprimés, il a été possible de constater, dès sa première origine, la naissance de la maladie sur place, d'en suivre le développement et l'extension sous l'empire de la constitution médicale qui l'avait précédée, et qui l'a accompagnée et suivie jusqu'à sa disparition;

« 3° Que les différentes phases, les différents modes de manifestation, les différentes formes et degrés du choléra de Paris, reliés entre eux par leur communauté d'origine, ont permis d'établir à nouveau l'unité de la maladie, contrairement à la doctrine de la dualité cholérique : choléra *nostras* ou *indigène* et choléra *indien*;

« 3° Finalement, que, vu l'origine indigène du choléra, il y a lieu de supprimer tous les cordons sanitaires, maritimes et terrestres, et de réduire toute la prophylaxie anticholérique aux moyens d'assainissement des milieux et de surveillance de la santé publique.

« Telles sont les quatre propositions que je vais mettre en regard des faits qui ont été observés dans le cours de l'épidémie de Paris; propositions et faits qui ont confirmé une dernière fois la doctrine et les principes que je n'ai cessé de professer et de défendre à l'occasion de toutes les épidémies de choléra qui se sont reproduites depuis l'épidémie de 1832. »

M. Cornil fait une communication sur les microbes des sécrétions des ulcères syphilitiques. Ces microbes ont été décrit cette année par M. Lustgarten, qui les a rencontrés aussi dans les coupes du tissu induré du chancre et des plaques muqueuses. Le procédé de coloration des bacilles découverts par Lustgarten paraissait leur appartenir en propre et les caractérisait absolument, d'après cet auteur.

MM. Alvarez et Tavel ont entrepris, sur les conseils de M. Cornil, de contrôler ces recherches, et ils sont arrivés à découvrir et à spécifier un microbe nouveau qui existe à l'état normal dans les sécrétions de la muqueuse des organes génitaux externes, dans le smegma préputialis, et qui possède tous les caractères de coloration du bacille de la syphilis de Lustgarten, une forme et des dimensions identiques.

Ce même bacille du smegma présente, à peu de chose près, les mêmes diamètres que celui de la tuberculose et de la lèpre, et ses réactions pourraient aussi le faire confondre avec ces derniers si l'on n'employait pas des procédés rigoureusement exacts dans la recherche des bacilles tuberculeux de l'urine et des ulcères tuberculeux des organes génitaux.

M. Cornil communique un résumé des recherches intéressantes de MM. Alvarez et Tavel, qui ont tiré de leurs recherches les conclusions suivantes :

« 1° Il existe dans quelques sécrétions normales de l'organisme un bacille qui n'a pas été signalé jusqu'à présent;

« 2° Ce bacille est identique par sa forme et ses réactions colorantes à celui que Lustgarten a décrit comme spécial à la syphilis;

« 3° Il se peut que le bacille que Lustgarten a trouvé dans les coupes de produits et dans les sécrétions syphilitiques ne soit que le bacille banal;

« 4° Notre bacille a une grande ressemblance de forme avec le bacille de la tuberculose, et présente plusieurs des réactions colorantes considérées jusqu'ici comme spéciales au bacille de Koch et à celui de la lèpre;

« 5° Il se distingue du bacille de la tuberculose, en dehors de sa moindre épaisseur et de son aspect moins granuleux, conditions difficiles à apprécier dans un examen

isolé, par sa moindre résistance à l'alcool après coloration par la fuschine et traitement par l'acide nitrique; il s'en distingue, en outre, par l'insuccès de coloration d'après la méthode d'Ehrlich au violet de méthyle;

« 6° Dans le diagnostic clinique de la tuberculose fait par l'examen histologique des sécrétions, on devra tenir compte de ces faits. »

Assurément, dit M. Cornil, le travail de MM. Alvarez et Tavel est encore incomplet; ils n'ont pas encore réussi à cultiver le bacille du smegma, et par suite de cette lacune ils ne peuvent dire s'il est pathogène.

Mais il n'en est pas moins vrai que le bacille du smegma possède toutes les propriétés de coloration, de forme et de grandeur du bacille de Lustgarten. Comme ce dernier auteur n'a pas non plus cultivé son bacille, on ne peut invoquer les caractères donnés par les cultures, et les résultats des recherches de MM. Alvarez et Tavel doivent rendre très circonspect avant d'admettre que le bacille de Lustgarten est en réalité la cause de la syphilis.

M. le docteur Redard, médecin en chef des chemins de fer de l'Etat, lit un travail intitulé : *De la désinfection des wagons ayant servi au transport des animaux sur les voies ferrées.*

Des expériences faites par l'auteur, il conclut que l'acide phénique, le chlorure de zinc, le sulfate de zinc, la nitro-sulfate de zinc, du soufre, employés dans les conditions où l'on s'en sert aujourd'hui pour la désinfection des wagons, ont une action absolument nulle sur les virus et que la méthode de désinfection des wagons par les substances chimiques est absolument inutile et inefficace.

Bien plus, le *séjour prolongé* de substances virulentes dans des liquides antiseptiques ne détruit pas toujours cette virulence.

Au contraire, des expériences de désinfection faites avec la vapeur surchauffée à 110°, il résulte que ce procédé, d'ailleurs très simple de désinfection, possède une complète efficacité.

— A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Peter sur les titres des candidats à la place de membre correspondant national.

FORMULAIRE

Gouttes contre la coqueluche. — H. Roger.

Teinture de belladone.....		19 grammes	
Teinture de valériane.....	ää	5	—
Teinture de digitale.....			

Mêlez. — Cinq gouttes de ce mélange, aux enfants de moins de 2 ans atteints de coqueluche. Tous les jours, on augmente de 5 gouttes, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à 30 gouttes dans les 24 heures. — Aux malades de 2 à 5 ans, on prescrit d'abord 10 gouttes, et tous les 2 jours, on augmente de 10 gouttes, jusqu'à ce qu'on ait atteint le chiffre de 60. — Enfin, aux sujets plus âgés, on administre d'abord 15 gouttes; puis, tous les 2 jours, on augmente de 15 gouttes au plus, jusqu'au chiffre de 45 gouttes. — Dans le cas où la teinture de valériane serait mal tolérée, on pourrait la remplacer par une quantité égale d'une autre teinture, celle de musc par exemple, et administrer les gouttes comme il vient d'être dit. — Lorsque les symptômes nerveux et spasmodiques prédominent, l'auteur a recours au chloroforme. Aux sujets de 2 à 5 ans, il administre depuis 6 jusqu'à 30 gouttes de chloroforme, dans 60 grammes de julep gommeux.

N. G.

COURRIER

Nécrologie. — M. Milne-Edwards, professeur de zoologie au Muséum, membre de l'Institut et doyen de la Faculté des sciences, a succombé mercredi matin 29 juillet, à

CBIU Santé

l'âge de quatre-vingt-cinq ans. M. Milne-Edwards était né à Bruges le 23 octobre 1800, de parents anglais. Il suivit la carrière de son frère, William-Frederic Edwards, le savant physiologiste qui, en 1808, avait quitté Bruges et était venu à Paris pour y faire ses études de médecine. Milne-Edwards l'y rejoignit, y fut reçu docteur en 1823, exerça quelque temps la médecine, puis abandonna cette profession pour poursuivre l'étude des sciences naturelles. Il publia de 1825 à 1832 plusieurs ouvrages, notamment ses *Recherches anatomiques sur les crustacés*, que couronna l'Académie des sciences ; un *Manuel de matière médicale* ; un *Manuel d'anatomie chirurgicale* ; un *Nouveau formulaire pratique des hôpitaux*, ou choix de formules des hôpitaux de France, d'Angleterre, d'Allemagne et d'Italie.

En 1838, il succéda à Cuvier à l'Académie des sciences. Reçu docteur ès sciences, il avait, pendant quelques années, professé le cours d'histoire naturelle au collège Henri IV ; en 1841, il obtint la chaire d'entomologie au Muséum, puis, en 1843, celle d'entomologie et de physiologie comparées, à la Faculté des sciences. En 1862, il succéda au Muséum à Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire, dans la chaire de zoologie et fut nommé directeur suppléant de cet établissement en 1864. M. Milne-Edwards avait été élu associé libre de l'Académie de médecine en 1854. A plusieurs reprises, il fit partie du conseil de l'Université.

Il était commandeur de la Légion d'honneur depuis le 13 août 1861

Les travaux scientifiques de M. Milne-Edwards sont aussi importants que nombreux. Aux Mémoires insérés par lui dans les *Annales des sciences naturelles*, il faut joindre ses grands ouvrages qui ont porté sa réputation si haut dans le monde entier : ses *Eléments de zoologie*, ses *Recherches pour servir à l'histoire du littoral de la France*, son *Histoire naturelle des crustacés* ou *Suites à Buffon*, ses *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux*, ses *Recherches pour servir à l'histoire naturelle des mammifères*, etc. On lui doit, en outre, la réédition de l'*Histoire naturelle des non-vertébrés*, de J-B. de Lamarck.

L'année dernière, les nombreux amis et élèves de M. Henri Milne-Edwards ont voulu marquer par une fête l'achèvement de l'œuvre la plus importante du maître (*Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparées de l'homme et des animaux*), et, à cette occasion, ils firent frapper en son honneur une médaille qui reproduisait les traits du célèbre professeur et témoignait par une légende des services qu'il avait rendus à la science et à l'enseignement.

Son fils, M. Alphonse Milne-Edwards, l'a remplacé, en 1876, dans sa chaire de physiologie au Muséum. (*France médicale.*)

— Le nom de notre regretté confrère, le docteur Thuillier, mort du choléra à Alexandrie, victime de son dévouement à la science, va être inscrit sur la plaque de marbre noir du musée d'anthropologie. Cette plaque porte déjà, gravées en lettres d'or, les inscriptions suivantes :

A la mémoire des élèves du laboratoire d'antropologie naturelle morts pour la science ;

MM. Charles Dallet, mort au Tonkin, le 25 avril 1878 ;

Alexandre Debaize, mort à Oudjiji (Afrique équatoriale), le 12 décembre 1879.

Robert Guiard, massacré par les Touaregs-Ahaggar, à Bir-el-Charama, le 16 février 1881.

Jules Crevaux et Louis Billet, massacrés par les Indiens Tobas, à Teyo-Pilcomayo, le 27 avril 1882.

— Le Conseil supérieur de l'instruction publique a, dans sa séance du samedi 25 juillet, voté la création d'une conférence préparatoire à l'entrée des diverses Facultés de France.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec et 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 fr. 50.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Lœwenberg : Du traitement des suppurations mastoïdiennes sans trépanation. — II. Rapport sur le système d'inoculation anti-cholérique du docteur Ferran. — III. L'Epidémie cholérique de 1885. — IV. Variétés. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie. — VII. Formulaire.

Du traitement des suppurations mastoïdiennes sans trépanation (1),

Par le docteur Lœwenberg.

J'ai eu occasion de mettre en pratique le principe que je viens de développer, dans une série de cas où les troubles mastoïdiens provenaient d'une façon manifeste de ce que la perforation du tympan, formée spontanément, était trop petite ou *trop haut placée* (2). Pour cette cause, le pus ne pouvait s'écouler à mesure qu'il se formait, soit dans l'apophyse mastoïde même, soit dans la caisse d'où il débordait dans cette région adjacente, soit enfin dans les deux cavités à la fois. Dans tous les cas de ce genre, j'ai élargi la perforation du tympan ou bien j'ai pratiqué une seconde ouverture en contre-bas de la première. Les excellents résultats ainsi obtenus dans un grand nombre de cas, dont quelques-uns seront relatés plus loin, ont prouvé la justesse de ce raisonnement. En procédant comme je viens de le dire, on obtient du même coup un autre but non moins important que le libre écoulement du pus, celui de frayer aux agents thérapeutiques appliqués en injections, insufflations ou instillations un accès aisé aux parties malades : caisse et annexes mastoïdiennes.

Une ouverture suffisante une fois créée, on aura également plus de faci-

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 juillet 1885.

(2) En parcourant un certain nombre d'observations de cas de suppuration mastoïdienne combattue par la trépanation, on trouve bien souvent mentionnées des perforations petites ou placées à la partie supérieure de la membrane du tympan, sans que les auteurs aient reconnu la nécessité de remédier à cette insuffisance évidente du déversoir.

FEUILLETON

CAUSERIE

Les malheurs d'une seringue.

Malgré les affirmations de la statistique, la dépopulation de la France pourrait sembler douteuse à un observateur superficiel; autant qu'on en peut juger dans les circonstances ordinaires de la vie, la société ne s'appauvrit pas d'une façon sensible. Il y a toujours dans les rues le même nombre d'enfants qui se jettent dans vos jambes, ou vous aspergent dans les manœuvres hydrauliques auxquelles ils se livrent le long des ruisseaux; il y a toujours, dans les omnibus, le même nombre de voyageurs, qui en occupent toutes les places, ce qui fait qu'on ne peut jamais y monter quand on en a besoin ; il y a toujours par la ville le même nombre de gens qui vous invitent à dîner et qui donnent des soirées littéraires et musicales. De sorte que les simples mortels qui se fient à leurs impressions, sans torturer la statistique, ne s'aperçoivent pas que la population diminue et trouvent qu'à tous égards il en reste bien assez comme cela.

Le fait n'en est pas moins avéré, les chiffres sont là qui l'attestent et auxquels il faut se soumettre : la reproduction laisse à désirer en France. Ainsi, au taux actuel des naissances dans les principaux pays de l'Europe, si rien n'y vient entraver l'accroissement régulier de la population, en l'an 2000, l'Allemagne compterait 164 millions d'ha-

©BIU Santé

lité pour exécuter une manœuvre thérapeutique due à Toynbee, et qui consiste à introduire à travers la perforation, dans la caisse, un tube recourbé au moyen duquel on pourra diriger des injections directement vers l'entrée des cavités mastoïdiennes.

Les perforations tympaniques établies artificiellement ayant souvent, malgré l'afflux à tergo, une tendance irrésistible à se fermer prématurément, il faut avoir soin de les maintenir ouvertes suffisamment et pendant assez longtemps. Ici j'ai beaucoup à me louer de l'usage du galvano-cautère, soit pour créer ces ouvertures, soit pour les élargir; c'est d'ailleurs généralement à l'aide de cet instrument que je pratique la perforation du tympan, p. ex. dans les cas d'otite moyenne aiguë avec accumulation de mucus ou de pus derrière un tympan encore intact. On épargne souvent au malade de longues souffrances en pratiquant la perforation de cette cloison au lieu de laisser faire la nature.

L'insuffisance de l'ouverture tympanique ou la mauvaise place qu'elle occupe ne constituent pas les seuls obstacles qui puissent gêner l'écoulemment du pus et les applications thérapeutiques. J'ai déjà parlé des végétations et des polypes qui rétrécissent quelquefois la lumière du conduit auditif ou masquent des ouvertures fistuleuses, et des séquestres pouvant obstruer le méat. Chez d'autres malades, les parois de ce canal sont minées par le pus et forment une espèce de prolapsus dans son intérieur. Il va sans dire que j'ai dû tenir compte des indications créées par tous ces obstacles; j'ai détruit les végétations au galvano-cautère, j'ai extrait les séquestres du conduit et j'ai fendu les parties proéminentes des parois qui obstruaient le canal.

Si les mesures curatives que je viens d'exposer ne forment, en somme, qu'une adaptation spéciale de principes chirurgicaux fort anciens et tout à fait élémentaires, par contre, la *seconde partie de mon procédé thérapeutique* utilise pour l'oreille un ensemble d'applications de la méthode antiseptique. J'ai puisé ces indications dans des recherches microbiologiques se rattachant à celles que j'ai instituées sur le furoncle de l'oreille et la

---

bitants; l'Angleterre, 142; l'Autriche-Hongrie, 70; la France, 64, et l'Italie, 56. On voit que, dans cette besogne, presque tous nos voisins vont plus vite que nous.

La vérité, bien connue et presque banale, est que nous ne sommes pas un peuple prolifique. De ce mal, les causes et les remèdes ont été longuement exposés dans la récente discussion à l'Académie de médecine. On a même pu voir, par ces débats, qu'il règne quelque incertitude sur les véritables origines de notre stérilité. L'un des orateurs s'est appesanti sur l'infécondité volontaire des mariages, et sur l'emploi, de plus en plus répandu, de certain *pessaire de fond*, dont l'inventeur, quoique non désigné, a dû faire de bonnes affaires depuis cette révélation. Un spécialiste célèbre a avancé à son tour que, si les enfants sont insuffisants comme nombre et comme qualité, c'est parce que tous les Français ont le mal napolitain. Enfin, un philantrope bien connu a déclaré qu'à la rigueur il naissait assez d'enfants, en France, mais qu'ils mouraient trop jeunes faute de soins; et assurément c'était toucher là un des éléments les plus importants de la cause.

*
* *

Si beaucoup de ménages ne procréent que peu ou point d'enfants, c'est tantôt parce qu'ils ne peuvent pas, tantôt parce qu'ils ne veulent pas. L'incapacité vient soit du mari, soit de la femme; les causes sont : pour le mari, les ravages d'une jeunesse orageuse; pour la femme, les maladies spéciales résultant d'une mauvaise hygiène, ou des suites fâcheuses d'un premier accouchement. Il est incontestable que beaucoup de femmes, après un premier enfant, demeurent incapables d'en avoir d'autres, surtout lorsqu'elles

furonculose (1), mais portant spécialement sur le pus produit dans l'otite moyenne purulente (otorrhée). Ces investigations ont démontré la présence constante de micrococcus dans cette affection. J'ai exposé mes résultats pour la première fois au deuxième Congrès otologique international (Milan, septembre 1880) (2). Je les ai ensuite brièvement résumés dans une note fort succincte que M. le professeur Marey a bien voulu présenter à l'Académie des sciences, et qui se trouve reproduite dans les comptes rendus de la docte compagnie (3).

Les résultats de ces recherches n'ont été exposés *in extenso* que dans une publication spéciale internationale (paraissant en anglais et en allemand) (4). Bien que quelques journaux de médecine en aient donné des extraits, et que la thèse déjà citée de M. Albert Robin en contienne un résumé (5), les faits que j'ai trouvés ont pour ainsi dire passé inaperçus en France; or, comme ils forment la base des procédés thérapeutiques que j'ai encore à décrire, je me vois obligé de les récapituler brièvement.

Pareillement à ce qui se passe dans l'organisme en général, la suppuration s'accompagne, dans l'oreille moyenne aussi, de la pullulation de microbes, et j'ai constamment rencontré dans l'otorrhée des micrococcus assez fins et très abondants. Ils sont souvent associés sous forme de zoogloea, constituée comme on sait par des microbes agglomérés entre eux par une masse amorphe.

J'ai souvent trouvé, dans l'otite moyenne purulente, les débris d'épiderme et les gouttelettes de pus retirés de l'oreille enveloppés de toutes parts

(1) B. Lœwenberg : *Le furoncle de l'oreille et la furonculose*, in *Progrès médical*, 1881, édition à part, V. librairie du *Progrès médical*.

(2) *Loc. cit.*, p. 21 et 22.

(3) Comptes rendus de l'Académie des sciences, séance du 27 sept. 1880.

(4) B. Lœwenberg : *On the occurrence and the importance of cocco-bacteria in purulent otorrhœa*, etc. (*Arch. of Otology*, vol. X); *Untersuchungen ueber Auftreten und Bedeutung von Cocco-bacterien bei eitrigem Ohrenfluss*, etc. (In *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, X, 1881.

(5) *Loc. cit.*, p. 48 et 49.

n'ont pas nourrri elles-mêmes le premier ; c'est par l'allaitement que la femme se sauve de la plupart des affections qui la menacent dans sa vie sexuelle, et c'est faute d'avoir établi et démontré assez solidement cette vérité qu'on voit encore tant de femmes si mal disposées à nourrir leurs enfants.

Après ces obstacles pathologiques viennent les entraves volontaires à l'accroissement des familles. Il n'est pas besoin d'être initié aux secrets des alcôves pour savoir pertinemment que beaucoup de gens fixent d'avance le nombre de leurs enfants, comme on arrête sur la carte du restaurant le nombre de plats qu'on veut manger pour son déjeuner, et il est à remarquer que la sobriété est beaucoup moins observée au restaurant que dans l'alcôve, où la plupart des consommateurs s'en tiennent à un seul plat, c'est-à-dire à un seul héritier.

Cela tient essentiellement à ce que nous sommes un peuple trop heureux et amolli (je n'ai pas dit ramolli), aimant nos aises, ennemis de la gêne, et ne voulant pas faire trop d'enfants tout simplement pour être moins dérangés par notre progéniture. Dans les pays où la vie est plus dure, où l'on peine davantage, on s'inquiète moins de savoir quelle diminution de liberté et de confortable apportera tel ou tel chiffre d'enfants; et l'on fait des enfants autant que le cœur vous en dit. Mais, dans notre existence compliquée et réfléchie, on prévoit, on calcule, et la nature perd d'autant plus de ses droits que nous nous régalons plus volontiers de droits nouveaux et artificiels; il est bien certain, par exemple, qu'en ce moment une multitude de citoyens éprouve plus de bonheur à faire des élections qu'à faire des enfants. Les pauvres gens seuls continuent, même

©BIU Santé

de zoogloea. M. Ferdinand Cohn, le celèbre botaniste de Breslau, explique la genèse de cette forme par l'imbibition et le gonflement des enveloppes membraneuses des coccus. Pour des raisons exposées dans mon travail (1), cette hypothèse, — d'ailleurs universellement adoptée, — m'a paru peu satisfaisante, et je lui ai substitué, — avec toute la déférence due à son illustre auteur, — l'idée que la masse qui unit les coccus entre eux serait, au contraire, le produit d'une exsudation ou sécrétion provenant de ces microbes. Aux arguments que j'ai fait valoir dans mon travail à l'appui de cette hypothèse, j'ajouterai encore ici que j'ai trouvé la zoogloea jusque dans des matières presque complètement dessséchées. Dans ces conditions, on ne saurait certes admettre l'imbibition excessive des membranes cellulaires des cocci, laquelle supposerait, au contraire, une hydratation surabondante!

Quant au pus formé dans l'otorrhée, il n'est nullement fétide en lui-même, contrairement à l'opinion générale, mais il ne le devient que trop fréquemment, grâce à la négligence habituelle qui le laisse stagnant au contact de l'air et de sa riche flore de germes. Heureux encore si des mesures thérapeutiques irrationnelles ne viennent pas apporter à ceux-ci des aliments sous forme de substances éminemment putrescibles, telles que le lait, les infusions ou décoctions végétales, etc.

Lorsqu'il y a décomposition avancée, accompagnée de fœtor, le pus contient souvent, en dehors des coccus, des bactéries, comme je l'ai montré dans mon travail (V. *loc. cit.*) où l'on trouve également les résultats de mes cultures artificielles (2).

La présence constante de microbes dans le pus otorrhéique se comprend aisément si l'on considère que de toutes les parties habituellement en contact avec l'atmosphère, « aucune ne présente, au même degré que le conduit auditif, aux germes organiques apportés par l'air des conditions favorables

(1) *Loc. cit.*, édit. allem., p. 227 et suiv.

(2) *Loc. cit.*, p. 230.

en temps d'élections, à se multiplier inconsidérément; c'est que le plaisir de faire des enfants, comme le remarque Diderot, est le seul qui ne coûte rien aux malheureux. De sorte que les enfants sont nombreux là où il vaudrait mieux qu'ils fussent rares, et rares, au contraire, là où ils pourraient être plus nombreux sans grand dommage. C'est une application à rebours des théories de Malthus, et l'autorité de ce vénérable pasteur n'est point du tout pour excuser les pères de famille qui s'appliquent ingénieusement à restreindre leur descendance.

***

On ne peut se défendre, quand cette question de la dépopulation revient sur le tapis, d'un sentiment d'humiliation; et, en somme, il y a de quoi. Comment! La France, qui a fait toutes les grandes choses que nous savons, qui a fait la Révolution, qui en fera encore d'autres, qui a rempli l'univers du bruit de ses exploits et de ses fredaines, la France serait inférieure dans cette chose toute simple et toute naturelle qui consiste à faire des enfants? On comprend la secousse qui peut résulter pour l'orgueil national d'un pareil rapprochement, et on comprend aussi qu'on ait cherché tous les moyens possibles pour remédier à la diminution des naissances. Car, enfin, si nous manquons d'enfants, et par conséquent d'hommes, avec quoi remplirons-nous les immenses débouchés qu'a promis de nous ouvrir la politique coloniale? Je sais bien que ces débouchés sont destinés surtout aux produits de notre industrie et à nos capitaux; mais on se figure mal aisément qu'on puisse se passer pour tout cela d'industriels et de capitalistes.

à leur développement, un abri tranquille où ils peuvent se fixer et pulluler, et une température propice à leur multiplication. Dans ce canal long et tortueux, les manœuvres ordinaires de la toilette parviennent d'autant moins à curer toute l'étendue que tout attouchement des parois de la partie osseuse provoque une sensation assez pénible (1). « Outre que les germes trouvent dans le conduit auditif un excellent lieu de retraite et une température très favorable à leur multiplication, ils reçoivent en même temps, en abondance, l'oxygène de l'air atmosphérique. Or, quand le liquide sécrété et accumulé dans la caisse à la suite d'une otite moyenne ne peut plus s'échapper par la voie naturelle, la trompe d'Eustache, oblitérée par l'enflure de ses parois, il se crée une issue au dehors en rompant la membrane du tympan. A ce moment, il rencontre immédiatement un stock de microbes accumulés dans le fond du méat, et parmi eux d'ordinaire, à coup sûr, des germes capables de provoquer et d'entretenir la suppuration.

Je crois avoir trouvé là l'explication d'un fait resté obscur jusqu'ici et que voici : L'otite moyenne aiguë entraîne la sécrétion purulente et la suppuration prolongée infiniment plus souvent que les inflammations analogues dans la plupart des autres régions du corps. Ce fait, tout à fait banal, s'admet généralement comme la chose la plus naturelle du monde sans qu'on réfléchisse à sa réelle singularité. Eh bien, nous trouvons, je pense, la clef de ce mystère dans le fait que je viens de signaler, que le conduit auditif réalise d'une façon pour ainsi dire idéale les conditions favorables à la provocation et à l'entretien de la suppuration dans la caisse, aussitôt que la communication entre elle et le méat vient à s'établir.

La pénétration des germes jusque dans la caisse et leur pullulation dans cette cavité même, avec formation de zooglœa, ont été démontrées par moi (1), mais ce n'est pas tout, et ces germes parviennent certainement

(1) B. Lœwenberg : *Le furoncle*, etc., p. 10 et 11.
(2) *Loc. cit.*, p. 293.

On a proposé d'abord le rétablissement des tours, partant de ce principe que, si les enfants légitimes menacent de rester toujours en déficit dans l'inventaire, il faut se couvrir de cette différence en faisant bon accueil aux enfants naturels. Je ne vois rien de grave, en effet, que la morale ni la société puissent objecter au rétablissement des tours; quand un enfant est né, fût-il le plus illégitime du monde, il n'y a plus qu'à assurer son sort, et les avantages réels des tours ont été assez mis en relief par leurs défenseurs pour que je n'aie pas à y insister.

La connaissance approfondie, la recherche attentive et le traitement persévérant de la syphilis font partie des données scientifiques qui peuvent contribuer pour une large part à améliorer la santé des pères et la vitalité des enfants. Quant à la surveillance des nourrissons et aux progrès de l'hygiène infantile, c'est assurément un des coefficients les plus certains de la conservation et de l'amélioration de la race.

Pour le remède indiqué par M. Hardy, il n'est pas sûr qu'il soit du goût de tout le monde. M. Hardy espère et nous annonce que nous nous relèverons par les Juifs, qui sont très prolifiques, qui se mêlent de plus en plus à nous, et qui nous infuseront leur amour pour les familles nombreuses et leurs qualités reproductrices. Les Juifs ont généralement beaucoup d'enfants, c'est vrai ; serait-ce que les Juifs ont la confiance intime qu'ils parviendront toujours à nourrir leurs enfants aux dépens des chrétiens, tandis que les chrétiens ne fondent pas les mêmes espérances sur les Juifs ? D'ailleurs, pour nous assimiler les qualités de la race juive, il faudrait sans doute commencer par nous faire Juifs nous-mêmes, et, malgré les conquêtes de la chirurgie antiseptique, rien ne

©BIU Santé

aussi jusque dans la profondeur des cavités mastoïdiennes qui, même dans la simple otite moyenne suppurée, contiennent presque toujours du pus. Rappelons-nous à ce propos, que dans l'otorrhée, le revêtement intérieur des cavités mastoïdiennes, de l'antrum surtout, présente toujours des altérations pathologiques, généralement identiques à celles de la muqueuse de la caisse. De plus, tandis que dans celle-ci il existe des conditions favorables à une guérison radicale, la conformation particulière des cavités mastoïdiennes entrave plutôt l'élimination des produits accumulés et la régression du processus inflammatoire qui se propage même facilement à la substance osseuse (1).

Quant à la présence de microbes dans les espaces cellulaires de l'apophyse, j'ajoutais déjà dans ma note présentée à l'Institut, après avoir constaté les coccus dans le liquide otorrhéïque : « Si nous considérons que dans l'immense majorité des cas (d'écoulements auriculaires) le pus provient des profondeurs de la caisse du tympan et même de l'apophyse mastoïde, l'importance de cette observation n'échappera à personne (2). » — J'ajoute que l'origine microbienne des complications du côté de l'apophyse mastoïde me paraît corroborée par le fait que celles-ci viennent surtout aggraver des otorrhées anciennes avec fétidité prononcée du pus et, par conséquent, pullulation abondante de micro-organismes.

Si le fait que l'otorrhée se complique quelquefois d'accidents du côté de l'apophyse mastoïde, des sinus rapprochés de la cavité tympanique et d'autres parties voisines de celle-ci, peut être à la rigueur attribué à l'extension de proche en proche de l'inflammation de la caisse sans qu'on ait besoin d'invoquer l'intervention des microbes, par contre, on ne saurait admettre le même mécanisme pathogénique pour expliquer l'origine de certaines autres *affections compliquant quelquefois l'otite moyenne suppurée, mais frappant des organes situés à distance de la cavité affectée.*

(1) V. Bezold, in *Archiv für Ohrenheilkunde*, XIII, 26.

(2) Comptes rendus de l'Acad. des sciences, *loc. cit.*

prouve que nous irions d'enthousiasme vers une religion dont le premier sacrement est de se faire baptiser avec une serpette.

On a pu croire que le gouvernement, qui protège tant d'institutions, allait aussi favoriser les naissances, en répandant ses bienfaits sur le dernier né des familles comptant sept enfants. Mais le crédit voté dans ce but est peu considérable, et les avantages à accorder sous cette rubrique ne sont que facultatifs. D'ailleurs, était-ce bien le meilleur moyen d'obtenir des résultats ? On n'est pas sûr que beaucoup d'hommes soient séduits par cette prime lointaine accordée à leur septième rejeton ; une perspective aussi reculée n'a pas grande chance d'accélérer beaucoup la venue des six petits prédécesseurs, dont il faudra justifier avant d'obtenir une bourse ou un bureau de tabac. Pour faire les choses utilement, on aurait dû décréter des récompenses pour tous les enfants d'une famille, depuis le premier jusqu'au septième et au-delà, en les donnant de plus en plus fortes à mesure que le nombre des enfants augmenterait. De cette façon, les père consciencieux auraient obtenu d'emblée la récompense de leurs efforts ; mais autrement, qui peut répondre de ne pas se décourager avant d'atteindre la fin de la série ?

*
* *

Il restait enfin un dernier espoir, une dernière ressource pour peupler abondamment la France, et faire disparaître à jamais les unions stériles. C'était la fécondation artificielle. A une époque où tant de choses se font à la mécanique, rien de plus indiqué que d'appliquer des procédés analogues à la génération. Un homme s'était voué à cette mis-

Ainsi nous voyons quelquefois se greffer sur cette affection la thrombose de sinus séparés du rocher malade par des tissus restés sains, ou bien se développer des abcès cérébraux à écorce encéphalique intacte. Le lien pathogénique qui rattache ces complications à l'affection primaire nous échappait absolument jusqu'ici. On ne saurait le trouver au moyen de l'hypothèse courante que l'inflammation se serait propagée, — insidieusement pour ainsi dire — le long des tractus de tissu conjonctif ou des vaisseaux sanguins, car elle a reçu des démentis constants lors des nécropsies qui ont démontré l'absence de toute altération dans les parties intermédiaires (1).

Les recherches parasitologiques dont je viens d'exposer les résultats, ont dévoilé, je pense, l'enchaînement de ces faits resté obscur jusqu'ici. La propagation du processus inflammatoire et pyogénique à distance est effectué, selon moi, par *le transport des microbes dont j'ai invariablement constaté la présence dans le pus otorrhéïque, et qui sont charriés au loin par les cellules migratrices (Wanderzellen)* dans lesquelles ils pénètrent si communément. Cette hypothèse que j'ai émise en 1881 (2), et qui semblait peut-être bien hardie à l'époque où je l'ai formulée, trouvera certainement peu d'incrédules à l'heure actuelle, la fréquence de faits analogues étant reconnue à la suite d'un grand nombre de travaux microbiologiques. Quant aux localisations à distance les plus fréquentes, il nous reste encore à trouver en vertu de quelles conditions spéciales, anatomiques ou physiologiques, le processus pyogénique s'établit précisément dans certaines régions, de l'encéphale p. ex. Pour ce qui est des troubles généraux, qui terminent

(1) La persistance de cette hypothèse malgré les résultats contraires des autopsies est un exemple frappant de la ténacité avec laquelle des affirmations dénuées de preuves, mais enseignées à l'instar de faits démontrés, s'enracinent dans les esprits, circonstance qui retarde certainement de beaucoup les progrès de la médecine. Ceux-ci sont dûs surtout aux esprits indépendants et originaux qui se demandent le bien-fondé des « axiômes » transmis par l'éducation médicale et qui, par un effort vigoureux, s'affranchissent du bagage de l'école.

(2) *Loc. cit.*, p. 296.

sion, et avait inventé pour cela une seringue qui allait devenir la boîte de Pandore des ménages sans enfants. Pourquoi la Faculté a-t-elle impitoyablement refusé la thèse où étaient racontés les succès de la fécondation artificielle, et renvoyé son auteur à ses chères études sans lui accorder l'apparence d'une approbation ?

La Faculté a estimé sans doute que la fécondation naturelle avait encore du bon, malgré ses défaillances, et l'on ne peut que se conformer avec zèle à un avis si sage et, après tout, si facile à suivre, même en voyage. P. Dubray.

Solution contre l'ozène. — Mackenzie.

Bi-chlorure de mercure.....	0 gr. 06 centigr.
Hydrolat de laurier-cerise.....	60 grammes
Eau distillée.....	475 —

Faites dissoudre. — Cette solution s'emploie dans le cas d'inflammation des fosses nasales et de la gorge, avec secrétion muco-purulente profuse. On débarrasse préalablement les surfaces malades, des croûtes et du mucus épais qui y adhèrent, en y lançant de l'eau pulvérisée. — L'auteur considère cette préparation comme le meilleur désinfectant à employer contre l'ozène, et contre la fétidité de l'haleine occasionnée par une maladie du pharynx. Il y a eu recours sur lui-même avec succès, pour combattre un coryza aigu, et il en a également constaté les bons effets dans le catarrhe nasal chronique. — N. G.

©BIU Santé

parfois d'une façon si fatale la mastoïdite suppurée, la pénétration des microbes dans le torrent circulatoire en expliquerait le mécanisme.

(A suivre.)

Rapport sur le système d'inoculation anti-cholérique du docteur Ferran.

Présenté à M. le ministre de l'intérieur et de l'instruction publique le 5 juillet 1885

Par M. le docteur E. Van Ermengem, de Bruxelles.

(*Moniteur belge*, journal officiel, 25 juille 1885).

Monsieur le ministre,

Vous avez bien voulu me charger, par votre lettre du 10 juin dernier, d'aller étudier en Espagne le système de vaccination contre le choléra du docteur Ferran. J'ai l'honneur de vous soumettre, dans ce rapport, les résultats des observations que j'ai recueillies à ce sujet :

Je suis arrivé à Valence, le 17 juin, en même temps que M. le docteur Paul Gibier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, qui avait été désigné par le ministre du commerce de France pour remplir une mission analogue à la mienne. La communauté du but et des idées nous ayant rapprochés, il s'est trouvé que la plupart de mes recherches en Espagne ont été faites avec le concours de ce microbiologiste distingué. Je crois pouvoir ajouter que les conclusions auxquelles je suis arrivé ne diffèrent, sur aucun point important, des siennes.

M. Ferran étant à Madrid, où il était allé rejoindre la commission nommée par le gouvernement espagnol, à mon arrivée à Valence, j'ai utilisé mon temps à rassemble des données positives sur la nature de l'épidémie qui sévissait dans la Péninsule. Plusieurs médecins, à Valence même, hésitaient à lui reconnaître les caractères du choléra asiatique et croyaient à l'existence d'une fièvre pernicieuse grave. Dans les bulletins officiels l'épidémie était encore désignée sous le nom « d'Enfermedad sospechosa. » L'examen clinique d'un certain nombre de malades, que je visitai en ville et à l'hôpital, me laissèrent peu de doutes sur les caractères graves de la maladie. La plupart des cas appartenaient au choléra épidémique sous sa forme la plus redoutable, le choléra sec. Deux autopsies, que je fus autorisé à faire plus tard, grâce à M. l'inspecteur du service d'hygiène de Valence, M. le docteur Gomez Reig, et pour lesquelles M. P. Gibier, mon excellent collègue, m'a prêté son concours, me permirent de constater les lésions anatomo-pathologiques habituelles du choléra indien. L'étude microscopique des liquides intestinaux du cadavre et des selles confirma entièrement ce diagnostic. Le microbe cholérique fut retrouvé dans chaque cas, et sa culture présenta absolument les mêmes particularités que celle du microbe isolé par Koch aux Indes et à Toulon, et observé par moi l'année dernière à Marseille.

Ce premier point acquis, je me hâtai d'entrer en rapport avec l'auteur des vaccinations cholériques et de le mettre au courant du programme de recherches que je me proposais de faire avec lui. M. Ferran nous accueillit, M. P. Gibier et moi, avec une grande courtoisie, et mit à notre disposition, pour nos travaux bactériologiques, un local dans la maison même où il avait installé provisoirement son laboratoire et où les vaccinations avaient lieu. Nos microscopes et nos appareils de culture y furent aménagés du mieux que nous pûmes, et tout se trouva prêt pour nos recherches le soir même de notre installation. Pendant huit jours environ, qui furent consacrés à des investigations microbiologiques, nous avons reçu l'hospitalité la plus large dans la maison de notre confrère espagnol, et c'est un devoir pour moi de remercier ici M. Ferran et ses collaborateurs de cet accueil sympatique.

Il était nécessaire, avant tout, de s'assurer de la composition des liquides vaccinaux de Ferran et d'y rechercher la présence du microbe cholérique. Par des préparations microscopiques et quelques cultures sur plaques, nous fûmes fixés sur ce point en peu

d'heures. Le liquide d'un ballon pris au hasard parmi une dizaine d'autres, qui devaient servir de « second vaccin » fut trouvé constitué par une *culture pure* du bacille-virgule. Ces cultures ont été employées le lendemain pour une série d'inoculations, au nombre de cent environ, qui furent pratiquées sous nos yeux à l'*Ateneo scientifico e mercantil* de Valence.

Bien que ces cultures fussent âgées de plus de vingt-quatre heures, au moment où elles furent examinées, je pus constater que les micro-organismes y étaient peu abondants. Ils me parurent, en outre, de fort petite taille : c'étaient des virgules très grêles, presque sans mélange avec les spirilles habituels et les formes plus élevées en développement du bacille-virgule de Koch. Je fus frappé aussi de n'y rencontrer ni *oogones* ni *oosphères*. Ces formes que M. Ferran a fait rentrer dans le cycle d'évolution du microbe cholérique, d'après les observations qu'il m'avait communiquées antérieurement, auraient dû abonder dans un bouillon préparé comme celui qui m'était soumis.

Aucune explication satisfaisante de cette anomalie ne put m'être donnée.

M. Ferran s'efforça ensuite de nous montrer, dans des cultures anciennes, les éléments morphologiques qu'il a seul observés jusqu'ici et dont la discussion a soulevé tant de doutes parmi les microbiologistes. L'étude de ces formes nouvelles du développement du bacille-virgule de Koch m'intéressait personnellement à des points de vue divers; outre qu'il me paraissait très important pour la transmission même du contage de s'assurer *de visu* que le microbe cholérique produit des *spores*, comme l'affirme M. Ferran, il était nécessaire de reconnaître aussi ces métamorphoses successives du microbe pour préparer les vaccins. Il semble, en effet, résulter des écrits de M. Ferran que la présence de certaines de ces formes fournit des indices sûrs pour apprécier le degré d'atténuation des cultures qui doit les transformer en vaccins.

Une culture très altérée, âgée d'au moins quinze jours, fut seule soumise à l'étude. On y découvrait un grand nombre de corpuscules arrondis, bosselés, d'aspect plus ou moins « mûriforme », et qui, à première vue, avaient toute l'apparence de masses cristallines d'un sel, tel que l'urate de soude préparé artificiellement. Leur volume très variable pouvait être estimé, pour quelques-uns, à cinq ou dix fois celui d'un globule rouge. Comparées aux microbes qui existaient dans la culture, ces masses étaient réellement gigantesques. Pour M. Ferran, nous avions sous les yeux des exemplaires magnifiques de ces éléments morphologiques découverts et nommés par lui *corps mûriformes*. On se rappelle que le médecin de Tortosa croit que ces corps sont les véritables germes du microbe cholérique, germes dont l'existence a été méconnue jusqu'ici par Koch et tous les observateurs ; ils représentent, d'après lui, un état de développement avancé de corpuscules infiniment plus petits, les *spores* proprement dites, qui se développeraient au sein même des bacilles-virgules. *A priori*, l'exactitude des faits sur lesquels M. Ferran a basé cette morphologie paraît très sujette à caution ; mes doutes se transformèrent en certitude à la suite de l'observation directe de ces singuliers éléments reproducteurs. Leur aspect extérieur, leur volume énorme feront rejeter, je pense, par tous les bactériologues, l'idee qu'ils aient un rapport génétique avec un micro-organisme quelconque. Il n'était, du reste, pas difficile de s'éclairer davantage sur la nature de ces *corps mûriformes*, en les soumettant aux réactifs micro-chimiques. Vérification en fut faite sous les yeux même de MM. Ferran, Gibier et du docteur Cajal, professeur d'histologie à l'Université de Valence : il fut établi qu'ils disparaissaient presque en totalité dans l'acide chlorhydrique et dans l'acide acétique. D'autres corps plus ou moins semblables pâlissaient et semblaient seulement se désagréger. Ces derniers pourraient être formés par un acide gras, un sel biliaire, M. Ferran ajoutant, comme l'on sait, de la bile à ses bouillons. Quant aux premiers, ce sont des concrétions minérales d'un sel basique, phosphate ou carbonate. J'ai examiné récemment, en guise de contrôle, des résidus pulvérulents recueillis au fond d'un liquide de culture très altérée, et, après y avoir ajouté de la bile humaine, j'y ai retrouvé des corpuscules fibro-radiés ou mûriformes comme ceux que M. Ferran a dans ses cultures. J'ajouterai encore que mon collègue, M. P. Gibier, a fait observer à M. Ferran qu'il avait trouvé des masses cristallines du même genre dans de vieilles cultures de virus charbonneux préparées jadis par lui dans le laboratoire de M. Pasteur. Il est donc hors de doute, malgré les affirmations con-

©BIU Santé

traires de mon collègue M. Ferran, que ces *corps mûriformes* sont de nature inorganique et complètement étrangers au cycle d'évolution du microbe cholérique.

Je n'ai pas pu me prononcer avec la même assurance sur l'origine et la composition de corpuscules beaucoup plus petits, arrondis, qui nageaient dans le même liquide de cultures à côté des soi-disant « corps mûriformes. » M. Ferran y appela mon attention et déclara que pour lui c'étaient les *spores* libres du bacille-virgule de Koch. Comme rien ne prouvait, à mes yeux, que ces mêmes granulations n'étaient pas constituées par des impuretés quelconques, des gouttelettes de graisse, des sels, etc., et que les conditions dans lesquelles elles étaient observées me paraissaient très insuffisantes, je proposai à mon collègue espagnol quelques essais qui, dans une certaine mesure, auraient permis d'éviter toute confusion. Une goutte du liquide de culture, contenant ces corpuscules, aurait été évaporée, avec les précautions requises, sur une lamelle couvre-objet ; on aurait ensuite recouvert le résidu d'une nouvelle goutte de bouillon parfaitement stérile et renversé la préparation ainsi obtenue sur un porte-objet excavé. Si le liquide placé en cellule close montrait après vingt-quatre heures des bacilles-virgules, on devait indubitablement admettre que la culture qui avait servi à la préparation contenait un certain nombre des *germes résistants* du microbe cholérique, autrement dit des *spores endogènes* comparables à celles connues chez d'autres bactéries. A mon grand étonnement, M. Ferran n'accorda aucune valeur de démonstration à cette expérience. Rien ne prouverait, d'après lui, que les spores de certaines bactéries ne sont pas détruites par la simple dessication. N'ayant pas pu nous mettre d'accord sur ces prémisses que tous les bactériologues, à ma connaissance, ont admises jusqu'ici, j'ai dû renoncer à cette expérience comme à bien d'autres que je comptais instituer. J'ai dû également abandonner une autre série de recherches morphologiques et expérimentales : elles avaient pour but de m'assurer si, comme M. Ferran l'a avancé, certaines formes de développement (corps mûriformes) résistent à l'action du suc gastrique, etc. Naturellement aussi, je n'ai pas cru devoir m'attarder à observer de mes propres yeux la parturition tout-à-fait extraordinaire des corps mûriformes, telle que l'a décrite M. Ferran. Edifié sur leur nature, il m'a paru bien inutile de chercher à les voir germer !....

L'étude de la morphologie nouvelle exposée par M. Ferran, avec force détails dans ses divers mémoires, n'aboutit pas à d'autres résultats. Il lui fut impossible, à l'époque où je m'occupais de cette question avec lui, de me montrer des spirilles *sporifères* dans aucun des liquides que contenait le laboratoire. Je dus même renoncer complètement à les voir à Valence, car M. Ferran exigea, pour les obtenir sûrement dans une préparation, une quinzaine de jours environ. Lorsque M. Ferran m'aura fait parvenir les préparations qu'il m'a promises, je m'empresserai de faire connaître mon opinion sur ce point important de la genèse du microbe cholérique. *(A suivre.)*

L'Epidémie cholérique de 1885.

La constitution médicale à Marseille. — Origines possibles de l'explosion cholérique — L'extension de l'épidémie et les scrupules sanitaires en Espagne.

Ce serait naïveté de s'étonner de l'explosion cholérique de *Marseille* et même, au dire des pessimistes, de l'invasion d'autres points de la Provence.

Il ne pouvait y avoir de surprise, du moment où on usait de facile tolérance à l'égard des émigrants et des produits espagnols pénétrant dans notre pays. Sans jouer à l'oracle, il était aisé de prévoir cette inopportune importation du mal indien, puisqu'on a voulu, dans les régions administratives, et pendant plusieurs années, avoir la mémoire courte et chevaleresquement répondre par la libre pratique au régime espagnol des tracasseries soi-disant sanitaires de l'année 1884.

Depuis, il est vrai, les conseils des hygiénistes ont prévalu. On a écouté les avis du Comité consultatif, décrété l'organisation des postes d'observation sanitaire sur la frontière, interdit l'entrée des oreillers, des matelas et du linge sale, et, enfin, inspecté les voyageurs entrant en France par le chemin de fer.

Par contre, à Marseille, on était plus tolérant. Ces jours derniers encore, de nom-

breuses barques espagnoles abordaient quotidiennement et, avant de purger la quarantaine, débarquaient librement et débarquent peut-être encore maintenant leur cargaison de fruits originaires des pays contaminés. Cette opération terminée, il était temps, à coup sûr, de les mettre en observation! Avec ce régime, M. Joseph Prudhomme peut seul avoir qualité et naïveté pour s'étonner des conséquences de ce libre-échange du choléra.

On cherchera probablement à expliquer le début de cette épidémie autrement que par cette large fissure d'importation. Les partisans de l'unicité et de l'origine indigène du choléra invoqueront, sans doute, l'état sanitaire de Marseille durant ces dernières semaines. En consultant les statistiques obituaires que publie le *Marseille médical*, du 30 juillet dernier, on y trouve 7 décès suspects : 5 par *cholérine*, 1 par *affection cholériforme* et 1 par *choléra nostras*.

C'était en juin; depuis, juillet s'est écoulé et, durant ce mois, on constate l'augmentation des décès typhoïdiques, la haute morbidité par affections intestinales et le grand nombre de diarrhéiques.

Quelle que soit leur valeur absolue, ces faits méritent l'attention. Avec d'autres, ils serviront d'argument dans le débat sur les origines du choléra phocéen de 1885.

Le 4 août, comme on l'a vu dans le numéro de jeudi dernier, l'état civil de Marseille avait enregistré 20 décès cholériques dans la journée administrative, c'est-à-dire dans les vingt-quatre heures écoulées depuis le 3 août, à cinq heures du soir, jusqu'au 4 août à la même heure. Le 5 août, pendant le même laps de temps, ce nombre s'est élevé à 35, sur un chiffre obituaire total de 82 décès.

Enfin, malgré les bruits alarmants, malicieusement propagés à l'étranger, et audacieusement exagérés en l'absence d'une déclaration de l'administration, qui aurait coupé court à ces alarmes, aucune information officielle n'a encore confirmé à l'heure actuelle la contamination de Toulon ou d'autres localités de la Provence.

En *Espagne*, l'épidémie est toujours en aggravation. Ces chiffres en font foi : 3,168 cas et 1,252 décès le 31 juillet; — 3,500 invasions et 1,214 décès le 1er août; — 3,844 cas et 1,387 décès le 2 août; — 3,764 invasins et 2,535 décès le 3; — 4,323 cas et 1,590 décès le 4; enfin 4,331 cas et 1,660 décès le 5 : tel est au témoignage officiel le bilan des ravages de l'épidémie durant les six derniers jours.

C'est une redoutable éloquence, que cette éloquence des chiffres, dirait M. de Calino! Elle est surtout redoutable quand ces chiffres, comme en Espagne, sont incomplets et se rapportent seulement aux provinces les plus cruellement éprouvées. C'est ainsi que jusqu'au 31 juillet, on évalue les individus contaminés dans la péninsule; à 114,714 et les décédés à 34,903. Sur ces nombres, la province de Valence, compte environ 39,500 cas et 13,000 décès !

Au début, comme nous l'avons fait remarquer, le choléra espagnol se propageait du Sud vers le Septentrion, véhiculé par les chemins de fer ou progressant le long des cours d'eau. Il s'avance maintenant du Nord au Sud et de l'Est à l'Ouest; ravageant principalement les provinces du Nord, de l'Ouest et du Nord-Ouest.

Aux provinces officiellement envahies, au nombre de seize : Valence, Murcie, Castellon, Alicante, Albacète, Cruenca, Ferragone, Teruel, Tolède, Madrid, Saragosse, atteintes avant le 7 juillet, et celles de Badajoz, Jaen, Grenade, Soria et Zamora, contaminées depuis cette époque, il faut ajouter, à la liste administrative, les noms des provinces de Cadix, Alava, Almeiria, Burgos, Barcelone, Cordoue, Ciudad-Réal, Lograno, Lérida, Malaga, Guadalazara, Navarre, Huesca, Gerone, Salamanque où les victimes sont moins nombreuses.

Malgré la gravité de cette épidémie, le gouvernement espagnol a de singulières exagérations sanitaires. Il met en quarantaine les provenances marseillaises, et tout à l'heure, sans doute, ouvrira les lazarets, déjà fameux, d'Irun et autres lieux, à l'usage des voyageurs transitant de France à travers les Pyrénées. Quand on a le feu chez soi, on craint de brûler les autres plutôt que d'être incendié par eux; en Espagne, il en est autrement. Posséder M. Ferran et avoir de tels scrupules sanitaires; quel singulier gouvernement! — C. L. D.

©BIU Santé

VARIÉTÉS

LE CRÉMATOIRE DU PÈRE-LACHAISE ET LA CRÉMATION AU CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS.

C'en est fait, le vote de nos édiles en a décidé : satisfaction sera vraisemblablement bientôt donnée à la longue patience des crémateurs français.

Satisfaction assez platonique puisque la crémation communale consistera seulement dans l'incinération des débris des corps ayant servi aux études anatomiques. Cette décision, très restreinte et aussi modérée que modeste, tient compte des scrupules médico-légaux, des avis du Conseil d'hygiène départemental et du décret du 23 germinal an XII, dont la lettre prescrit formellement l'inhumation des corps des décédés.

La 87e division du Père-Lachaise qui, par son altitude, surmonte les autres parties de cette nécropole, a été adopté par la dixième commission du Conseil municipal pour la construction du premier appareil crématoire parisien. Comme ceux de Milan, de Rome, de Crémone et de Varèse, il sera du système Gorini. Cet ingénieur fut, en Italie, le promoteur de la crémation et l'auteur de l'ouvrage sur la *purification* des morts, qui eut naguère ses jours de succès de l'autre côté des Alpes.

Le projet actuel n'aura rien de monumental. Pour élever un édifice architectural, il eût fallu dépenser plus de 600,000 francs. Si la crémation doit réaliser quelque économie dans le budget de la ville, une telle dépense eût été fort onéreuse. Au lieu d'une façade monumentale consacrée à la glorification de la crémation, on construira seulement des fours, au nombre de trois. Chauffés au bois, ils donneront une température de 600 dégrés, et les dépenses n'excédant pas 250,000 francs, on pratiquera la crémation économique.

Avec ce système, d'après M. Pini (de Milan), on évalue la durée de l'incinération complète d'un cadavre de une heure et demie a deux heures. Elle nécessite 100 ou 150 kilogrammes de fascines et quelques kilogrammes de charbon.

Le crématoire parisien devra brûler, dans ses trois fours, douze corps au moins par jour et 4,380 par année. Dans cette hypothèse, la durée du service quotidien sera de huit heures et le prix de chaque incinération de 15 francs. A Milan, les frais de chaque crémation, dans l'appareil Ludgiano, varient de 4 à 8 francs.

La Société pour la propagation de la crémation et son président, M. Kœchlin-Schwartz, obtiennent la récompense de leurs persévérantes démarches. Reste à savoir si l'incinération des cadavres passera dans les mœurs populaires. En attendant, les partisans de la crémation n'auront plus désormais à se faire onéreusement incinérer à l'étranger. Ils pourront mourir à l'hôpital et défendre à leurs héritiers de réclamer leur cadavre. Voilà une économie de temps et d'argent, d'autant plus que, même pour un mort, le voyage de Paris à Milan ne possédait guère d'agrément, surtout dans le but de s'y faire brûler.

C. L. D.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Girard, médecin stagiaire au Val-de Grâce. Ce jeune confrère, élève distingué de la Faculté de Bordeaux, a succombé à une fièvre typhoïde, emportant l'estime et les regrets de ses maîtres et de ses camarades du Val-de-Grâce.

Société royale de médecine publique de Belgique. — Le congrès de médecine publique formant la sixième réunion générale annuelle du corps médical belge, organisée sous les auspices de l'association, aura lieu les 26, 27, 28, 29 et 30 août 1885, à Anvers. — Question : « Quelles sont, dans l'état actuel de la science épidémiologique, les mesures de prophylaxie internationale les plus pratiques à prendre, en Belgique spécialement, contre les maladies pestilentielles ? »

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. R. Longuet : L'Entéroptose. — II. Rapport sur le système d'inoculation anti-cholérique du docteur Ferran. — III. L'Epidémie cholérique de 1885. — IV. Hydrologie médicale. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences.

L'Entéroptose.

D'où vient qu'on a si complétement négligé jusqu'ici l'étude méthodique, aussi bien anatomique que fonctionnelle, des déplacements, chutes, mobilités anormales des différentes parties du tube digestif dans la cavité intestinale, ectopies à tous les degrés suffisamment expliquées par la faiblesse des moyens d'attache et de contention, et dont l'examen nécroscopique le plus élémentaire multiplie tous les jours, sous nos yeux, la démonstration?

C'est là une négligence qu'il serait difficile de justifier, car il devait venir naturellement à la pensée que les hétérotopies, parfois si accentuées, du tube intestinal ne pouvaient être plus indifférentes au rôle de l'organe que les déplacements des organes annexes et voisins pour leurs fonctions respectives, la chute de l'utérus, le prolapsus vésical, le rein flottant, le foie mobile, que ces *splanchnoptoses* dont on faisait depuis si longtemps l'histoire détaillée, et souvent le roman.

Coutaret a bien risqué, dans cet ordre d'idées, la dyspepsie entasique ou traumatique; des chirurgiens ont prononcé le nom de dyspepsie herniaire; est-on allé au delà?

Les travaux de Bouchard sur la dilatation de l'estomac et certaines questions connexes de diagnostic différentiel, avec Leube, ont commencé à associer les lésions d'ectopie et d'ectasie; mais voici que le problème abordé directement, et avec la pleine connaissance des données, fournit à un consciencieux observateur les éléments d'une solution originale qui semble découvrir un des filons les plus fructueux qu'ait depuis longtemps exploités la pathologie.

***

Le travail de M. Frantz Glénard a pour titre : *Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse; détermination d'une espèce; de l'entéroptose.*

Il nous faut tout d'abord le défendre, auprès du lecteur, contre l'épouvantail d'un titre qui, s'il a l'avantage de montrer l'esprit logique dont procède l'auteur et la genèse de son idée, tient en défiance contre je ne sais quelle résurrection de méthodisme systématique et des procédés surannés de l'Ecole. Cette préoccupation outrée de classification naturelle vient encore, dans le corps de cette volumineuse brochure, interrompre à chaque instant l'exposition nosographique dont on ne parvient à reconstituer l'unité que par un travail personnel de synthèse dans lequel on craint souvent de s'égarer. Nous ne nierons pas qu'il ne se dissimule, derrière cette légère critique de forme, le besoin de pallier à l'avance les infidélités d'une analyse délicate.

Prenons immédiatement un exemple concret :

Voici un malade qui, par les progrès d'une dyspepsie simple, génuine, nerveuse, comme on voudra l'appeler, ou sans aucun trouble dyspeptique antérieur, après un traumatisme, à la suite de couches, spontanément même, dans le cours d'une existence réglée, mais où manque l'exercice et

©BIU Santé

prédomine la vie cérébrale, voici un malade qui se présente avec les phénomènes suivants : Deux heures et demie après chaque repas, surtout après celui de midi, il se plaint d'une sensation douloureuse de plénitude, de pesanteur, de tiraillement, de *barrement*, de *talement*, selon ses expressions, qu'il rapporte à la région sus-ombilicale, au *mésogastre*. Il accuse en même temps une impression factice de faim, de creux, de vide et de constriction pharyngée. Il a, ou n'a pas, d'aigreurs, de flatulences.

La langue est assez bonne, à peine saburrale à la base, pâle, étalée, conservant les empreintes dentaires, parfois sillonnée de crevasses, vers la pointe, sur la ligne médiane. Le teint est altéré, subictérique. Pendant toute cette crise, de une heure à trois heures de durée, le malade est faible, abattu; il est sujet à des vertiges; il a de la céphalalgie. Il cherche à se procurer du soulagement par la pression du mésogastre, le décubitus dorsal, abdominal ou latéral gauche, et il y parvient. A un moment donné, une détente se manifeste; il semble qu'un obstacle a été levé, un passage franchi; libéré, il éprouve parfois une vive sensation de faim.

La répétition de ces crises finit par amener une grave altération de la santé générale. Se reproduisant la nuit, et maintenant le malade éveillé dès deux heures du matin, elles ne lui permettent plus de compter sur un sommeil réparateur. Redoutant les douleurs qui accompagnent invariablement le travail de la digestion, il réduit ses aliments, en dépit d'un appétit persistant; la dénutrition s'accentue; en peu de temps, on peut observer une perte de poids de 10 à 15 kilogrammes.

Toute la vie végétative est en souffrance. La circulation est stagnante; s'il y a des mouvements tumultueux du cœur pendant les crises, le pouls se ralentit dans l'intervalle, et, en décubitus dorsal, il présente des intermittences. La peau fonctionne mal; les jambes sont glacées; il y a de la frilosité. La respiration est lente, superficielle, commandée; les fèces sont rares, décolorées, rubanées ou en scybales. Les urines seules échappent à l'hypocrinie.

Les symptômes neurasthéniques, s'emparant de la scène, masquent, si l'on n'est prévenu, le point de départ de tous les accidents; on parle alors d'hypochondrie, de nervosisme, d'hystéricisme.

*
* *

Quelle est cette histoire? Celle d'une dyspepsie simple? Peut-être encore, bien que nous ayons déjà noté au passage plus d'un trait anormal.

Mais voici un complément d'information objective qui introduit des éléments inattendus; ils nous sont fournis par la palpation et la percussion de l'abdomen.

L'abdomen, dans le décubitus dorsal, est flasque, plat, ou en bateau, ou en forme de sablier, avec une dépression transversale passant par l'ombilic. Partout il est submat à la percussion, sauf dans le flanc droit, dans la partie antérieure de l'hypochondre droit et à l'épigastre, quelquefois sous l'hypochondre gauche. Après le repas, on voit la sonorité épigastrique du décubitus se transformer en matité dans la station assise, en même temps qu'on provoque un bruit de clapotage, la zone de sonorité et de clapotage ne s'abaissant jamais au dessous de l'ombilic.

La pression éveille de la sensibilité en trois points : à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, à l'extrémité de la neuvième côte droite, dans

le flanc gauche. Elle décèle encore un foyer de battements épigastriques. Mais les constatations capitales sont les suivantes :

En recherchant ces battements épigastriques, on est tout à coup surpris de les percevoir, à 2 centimètres au plus au-dessus de l'ombilic, transmis avec une force redoublée par l'intermédiaire d'une petite masse résistante donnant la sensation d'une corde aplatie, large de 2 centimètres 1/2 au plus, épaisse de 1 centimètre et dont la direction transversale, perpendiculairement à l'aorte, peut encore être suivie à droite du rachis sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Douée d'une certaine mobilité, elle échappe subitement par un mouvement de ressaut, au doigt qui veut l'attirer en bas, après un excursion de 2 centimètres. Comprimée contre la colonne, ce qui soulage souvent le malade, elle crépite, éveille de la sensibilité dans le cœcum, ou provoque des borborygmes. Cette corde étroite n'est autre que le côlon transverse (*Corde colique transverse* de l'auteur).

Exactement sous la même apparence d'un cordon dur et étroit, roulant sous le doigt et crépitant, se retrouve, dans la fosse iliaque gauche, l'S iliaque du côlon (*cordon iliaque gauche*).

Ces constatations sont faciles à faire, et chacun, une fois prévenu, peut comme nous les renouveler ; disons aussi que leur interprétation, si vraisemblable et si rationnelle qu'elle parût déjà, a subi le contrôle de maint examen anatomique direct.

Enfin, dans le flanc droit, la palpation rencontre un cœcum déjeté en dedans, cylindrique, rénitent, sorte de boudin de 4 à 5 centimètres de diamètre, modérément sonore, sensible à la pression, qui le refoule en déterminant un fin gargouillement (*boudin cœcal*).

Ainsi, nous rencontrons une *angustie* générale du côlon, dont le calibre est réduit à une corde (on l'a vu du volume d'une plume d'oie) ; l'intestin grêle est rétracté également, puisqu'il découvre l'aorte et que le mésogastre est excavé et submat. Le côlon et le grêle sont en même temps *abaissés*, puisque le premier est à l'ombilic, et le deuxième fuyant vers le petit bassin. La symptomatologie de cette prétendue dyspepsie essentielle s'enrichit donc de deux éléments de la plus haute valeur : l'*entérosténose* et l'*entéroptose*.

***

L'examen du mécanisme pathogénique et de la physiologie pathologique de l'entéroptose qui va faire, on l'a compris, le pivot de l'entité nouvelle, exige que nous entrions, avec l'auteur, dans quelques détails anatomiques que nous présenterons le plus brièvement possible.

Le tube digestif, représentant dans son ensemble une longueur dix à quinze fois plus grande que la ligne droite réunissant l'anus à la bouche, ne trouve place dans la cavité abdominale que grâce à un pelotonnement qui le sectionne en un certain nombre d'anses rattachées à la paroi par des ligaments péritonéaux distincts.

Les anses digestives sont au nombre de six : anse gastrique, anse duodénale, anse iléocolique (comprenant le grêle, le cœcum et le côlon ascendant), anse colique transverse (côlon transverse), celle-ci double, comme nous le verrons, et l'anse colo-sigmoïdale (côlon descendant, S iliaque).

Il existe forcément autant de points d'attache fixes, intermédiaires à ces divers segments, angles de soutènement au niveau desquels le tube digestif se coude en changeant de direction, et cette déformation angulaire, en

©BIU Santé

s'exagérant, peut en oblitérer la lumière au point de créer un obstable à la progression des ingesta et des sécrétions. Il se constitue, en réalité, au niveau de ces brisures du tube intestinal, tout autant d'orifices digestifs distincts qui sont, en plus du cardia, les orifices gastro-duodénal et duodéno-jéjunal; ce dernier, correspondant au point le plus fixe du tube digestif, est, par conséquent, l'orifice dont la perméabilité est le plus exposée, l'orifice colique droit, intermédiaire au côlon et au transverse, très mal soutenu, ne risquant pas, par conséquent, de s'engorger, puisqu'il cède aux tractions : — l'orifice colique gauche, faisant communiquer le transverse et le côlon descendant fixe, toujours à sa place dans les autopsies, d'où une perméabilité compromise, — l'orifice colique sous pylorique. Les recherches de l'auteur lui ont, en effet, montré que le côlon est soutenu vers sa partie moyenne et rattaché intimement à l'estomac par un véritable ligament suspenseur qui solidarise les deux organes dans leurs mouvements; — enfin, l'orifice sigmoïdo-rectal.

Les anses digestives, allégées par les gaz, sont en plus soutenues à leur concavité par des mésentères, à l'exception du duodenum, deuxième estomac dont la perméabilité est à la merci des deux orifices limitants, gastro-duodénal, duodéno-jéjunal.

***

Ces données trouvent leur application dans l'analyse pathogénique des différents symptômes présentés par notre malade ; nous nous bornerons à passer en revue les symptômes cardinaux.

Au premier rang vient le prolapsus du duodenum, qui, en cet état, manque en partie à son rôle physiologique.

A l'état normal, un certain degré d'occlusion de l'orifice duodéno-jéjunal prévient la perte des liquides biliaire et pancréatique accumulés pendant les deux ou trois heures qui suivent le repas, dans l'organe immobile et flasque. Puis le chyme, lui étant versé en masse par l'estomac dans ce délai, force d'autant plus facilement, par les contractions qu'il excite, l'orifice duodeno-jéjunal, que l'intestin grêle, distendu par les gaz, se présente au-devant ouvert à toute lumière.

Dans l'état pathologique, l'estomac atonique ne débite le chyme que par petits fragments sur lesquels s'épuise, par assauts répétés, la contractilité du duodénum prolabé, luttant pour forcer l'orifice jéjuno-duodénal qu'obturent et son propre prolapsus et la chute du grêle alourdi d'ailleurs par l'absence de gaz. C'est deux heures et demie après le repas que commence ce travail physiologique, qui, à l'état de santé, passe inaperçu ; c'est bien dans ce délai que les efforts de la digestion ramènent invariablement les malaises.

Le bas-fond du duodénum distendu s'abaisse encore, tire sur le cholédoque, inséré à la partie la plus déclive de sa concavité, et s'oppose à l'afflux de la bile ; d'où la teinte subictérique qui se manifeste à ce moment. L'oligocholie rend compte encore de la décoloration des selles, et leur état rubané, leur rareté relative, la constipation molle sont, pour le dire dès à présent, une conséquence de l'atrésie du côlon.

La dilatation éventuelle de l'estomac, avec clapotage, est une conséquence des effets réfléchis de l'atonie gastrique, de l'obstacle gastro-duodénal et des pesées du transverse.

La corde colique transverse résulte de l'affaissement du colon entre deux orifices rétrécis ou obturés.

Si on perçoit les battements épigastriques, c'est-à-dire les pulsations aortiques qu'on suit même quelque temps le long du rachis, c'est qu'au lieu d'avoir interposés entre l'aorte et notre main un côlon formant une poche gazeuse du volume du poing, et un grêle déployant l'éventail de ses circonvolutions, nous ne rencontrons qu'une corde rigide qui les transmet directement.

La localisation des douleurs en divers points du mésogastre, transversalement, est justifiée par la présence, à peu près sur un même plan horizontal, des principaux angles de soutènement des orifices fonctionnels contre lesquels luttent les mouvements péristatiques, battent les matières et les gaz.

Enfin, qui ne voit que ces termes de barrement, serrement, pesanteur, plénitude, vacuité, affaissement, obstruction, constriction, débacle, etc..., par lesquels les malades cherchent à rendre ce qu'ils éprouvent, deviennent moins de simples images que l'expression même de la réalité ?

Il reste à rendre compte des symptômes neurasthériques. Pour l'auteur, ce sont surtout des symptômes de décompression, de diminution de la tension abdominale (1). De fait, on les voit disparaître brusquement par l'emploi d'un moyen mécanique, contre-épreuve victorieuse de toute cette pathogénie, qui n'est pas une des moindres surprises de cette lecture, l'application d'une ceinture abdominale suffisamment serrée et placée de telle sorte que, comprimant l'hypogastre de bas en haut, elle relève les anses intestinales, soulage leurs moyens d'attache et en rétablit la continuité. La lassitude, la faiblesse, l'abattement et le vertige cessent. Le pouls se relève, la frilosité disparaît et le sommeil revient.

Mais le présent mémoire est surtout nosographique et nous devons nous borner à cette simple mention complémentaire de la démonstration pathogénique, en attendant les développements promis à ce travail d'attente.

*
* *

On est donc autorisé à détacher, du groupe classique des dyspepsies, une entité morbide particulière, l'entéroptose, qui a une symptomatologie propre, une anatomie pathologique définie, une thérapeutique indépendante. Elle peut être primitive ou secondaire, cause ou conséquence de l'atonie gastrique, mais « ce n'est pas une dyspepsie, c'est une maladie à part, une maladie nouvelle, non décrite, c'est l'*entéroptose* ».

Nous sommes-nous laissé séduire par l'originalité des vues, l'ordonnancement logique de cette ingénieuse construction, le charme d'une rédaction qui déborde de chaleur et de conviction?

Nous nous défions, sans doute, de tout entraînement. Que l'interprétation et la portée de faits nouveaux dans leur constatation, indiscutables, paraissent, par quelque côté, grossies, exagérées, nul ne saurait en être surpris, et M. Frantz Glénard serait, en vérité, d'une trempe unique, s'il

(1) Luton (*Dict. Jaccoud*, art. Dyspepsie) a déjà rattaché le vertige à une certaine inégalité de tension des gaz entre deux points voisins de l'intestin. On sent, dit-il, pour l'avoir éprouvé personnellement, peu d'instants après que la sensation de vertige a été des plus accusées, un déplacement de liquides et de gaz qui se manifeste par un léger borborygme.

©BIU Santé

avait échappé à ce vertige spécial des novateurs. La dernière page de l'histoire de la dyspepsie, précisément, nous a rendus témoins, avec un maître éminent, d'un bien autre écart. On saisit bien les traces, en outre, de certaines hésitations, de contradictions sur la subordination pathogénique réciproque de l'entérosténose et de l'entéroptose, avant que celle-ci reste définitivement maîtresse du terrain. Si cette esquisse de physiologie pathologique de la digestion duodénale est en parfaite harmonie avec les plus récents travaux, dus à Rossbach, on s'étonne, en revanche, dans cette étude si sagace de la statique intestinale, de voir l'élément vital complétement sacrifié à l'élément mécanique, l'intestin réduit à un tube inerte dont le fonctionnement est à la merci d'obstacles extérieurs, sa spontanéité physiologique, sa contractilité propre comptées pour rien. Il y avait cependant à tirer parti, dans cet ordre d'idées, du pylorisme de Luton, du gastro-spasme, de l'agitation péristaltique de Küssmaul, de l'insuffisance pylorique d'Ebstein, etc.

Mais, tout compte fait, à relire ces lignes d'analyse sommaire, et à envisager toute une série d'aperçus, corollaires de la même idée, que nous avons dû laisser dans l'ombre, il nous semble avoir eu rarement l'occasion de signaler à cette place une acquisition rivalisant avec l'intérêt d'une donnée qui rajeunit et transforme un des sujets les plus épuisés de la pathologie.

R. LONGUET.

Rapport sur le système d'inoculation anti-cholérique du docteur Ferran (1).

Présenté à M. le ministre de l'intérieur et de l'instruction publique le 5 juillet 1885

Par M. le docteur E. VAN ERMENGEM, de Bruxelles.

(*Moniteur belge*, journal officiel, 25 juillet 1885).

J'aurais désiré aussi reprendre, avec M. Ferran comme guide, l'étude des *masses sphériques*, globuleuses, qui apparaissent dans les formes filamenteuses du bacille-virgule et sur lesquelles je me suis longuement étendu dans mon précédent travail. M. Ferran a décoré ces éléments des noms très impropres d'*oogone* et d'*oosphère*.

N'ayant pas pu en retrouver dans les cultures de mon collègue, je ne m'y suis pas arrêté. Je ne m'en occuperai pas plus longuement ici. Mais je persiste à croire que ces formes, que j'ai signalées le premier au mois de septembre 1884, et que M. Ferran a décrites plus tard dans un mémoire à l'Académie de Barcelone, ne sont ni des *monstruosités*, ni des *formes d'involution*. On trouve ces microbes de forme anormale dans beaucoup de cultures. Mais l'irrégularité même de leur forme et d'autres caractères les différencient nettement des *masses globuleuses* qui se voient à l'extrémité des filaments ondulés. Je pense aujourd'hui, avec mon distingué confrère M. Hueppe, professeur de bactériologie au laboratoire de Fresenius, à Wiesbaden, qui a vu mes préparations et celles de Ferran, que ce sont des organes de reproduction assimilables aux arthrospores. Je me propose de revenir, dans un prochain mémoire, sur cette question intéressante.

Les erreurs d'observation que je me suis vu obligé de signaler ici s'expliquent facilement quand on tient compte des méthodes de recherche et de la technique dont M. Ferran fait usage. Je pense qu'aucun bactériologue ne voudrait actuellement s'engager dans les difficiles études morphologiqnes qu'il a entreprises sans posséder un outillage très parfait et sans faire appel à toutes les ressources de la technique microscopique moderne. Je n'ai donc pas été peu surpris de voir que M. Ferran est loin d'être muni des instruments nécessaires pour ces travaux : il ne possède pas d'objectif à

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 août 1885.

immersion homogène et observe avec un objectif ancien et peu réussi, le n° 7 de Nachet. Son microscope est de fabrication inférieure, quoique suffisamment grossissant; il ne porte pas de condensateur et il est mal éclairé par une lumière trop faible. Enfin, M. Ferran étudie les microbes, ces corpuscules infiniment petits si faiblement réfringents, *à l'état vivant*, dans le liquide de culture même, sans user du moindre artifice d'éclairage ou de coloration, et sans modifier la lumière par le moindre diaphragme! On s'explique dès lors sans peine les erreurs d'observation qu'il a commises.

Les installations, très provisoires et très incomplètes de M. Ferran, rendaient impossible toute expérimentation sur les animaux. Cette partie du programme de recherches, que j'avais rédigé en commun avec le docteur Gibier, resta complètement réservée jusqu'à notre retour à Paris.

Après avoir passé en revue du mieux qu'il me fut possible les découvertes de M. Ferran sur le terrain de la morphologie et les avoir soumises à un contrôle plus ou moins complet, j'avais à me mettre au courant de ses procédés de préparation des liquides vaccinaux. J'avais appris que M. Ferran inoculait actuellement ses sujets successivement avec deux virus dont l'atténuation présentait des degrés différents; il était de la plus haute importance, au cas où l'efficacité de ces inoculations aurait été démontrée, de savoir reproduire moi-même, au besoin, le premier et le deuxième vaccins, et parer ainsi aux désastres d'une épidémie. Pour éviter tout malentendu et écarter jusqu'à l'ombre d'une erreur de détail dans l'application de ces procédés expérimentaux, il fut décidé que nous présenterions un questionnaire écrit à M. Ferran. M. Gibier se trouva d'accord avec moi pour remettre cette dernière partie de notre programme à l'époque où nous aurions réuni des données suffisantes, quant aux effets physiologiques des vaccinations et à leurs résultats prophylactiques. J'aurai l'honneur, monsieur le ministre, d'exposer plus loin l'accueil qui a été fait par M. Ferran aux questions qui lui furent posées.

Depuis mon arrivée à Valence, les vaccinations, momentanément interdites, avaient repris de plus belle. Grâce à la foi robuste, à l'enthousiasme même, que ce moyen préventif inspirait à toutes les classes de la population, les sujets d'étude ne pouvaient faire défaut. J'ai eu l'occasion d'interroger, en tout, près de 300 inoculés et réinoculés, et de suivre, sur un bon nombre d'entre eux, les effets du premier et du second vaccin de M. Ferran. Les phénomènes symptomatiques de ces inoculations peuvent se résumer comme suit : quatre à cinq heures après l'injection de 1 centimètre cube de liquide vaccinal sous la peau, à la région postéro-externe des deux bras, on voit apparaître au point inoculé une tuméfaction diffuse, plus ou moins étendue, accompagnée de chaleur, d'une rougeur peu vive et d'une sensibilité douloureuse assez marquée. Cet œdème inflammatoire varie en surface; il occupe quelquefois, après seize ou vingt-quatre heures, toute la région jusqu'au pli du coude, et immobilise complètement le bras. Généralement, il disparaît en deux à trois jours et, dans tous les cas que j'ai observés, il s'est terminé par résolution. En même temps apparaissent quelques phénomènes généraux, peu prononcés le plus souvent et se bornant à un mouvement fébrile léger, quelques frissons, de la courbature, etc. J'ai trouvé que ces symptômes réactionnels étaient toujours proportionnés à l'intensité des phénomènes locaux. Dans quelques rares cas, — un ou deux, — les opérés ont eu, le lendemain ou le jour même des inoculations, des évacuations diarrhéiques sans caractère spécial et que l'on peut attribuer à une simple coïncidence. Plusieurs malades ont déclaré avoir éprouvé des contractures « calambres » légères dans les extrémités; mais, après interrogatoire, il est resté établi que ces spasmes cloniques n'avaient rien de commun avec les *crampes* douloureuses, permanentes des cholériques. Aucun des sujets interrogés n'a accusé de réfrigération, de symptômes algides; chez tous, les suites de ces inoculations ont été des plus bénignes et n'ont constitué qu'une indisposition passagère sans importance.

L'examen des personnes vaccinées par M. Ferran et, particulièrement, celles qui étaient soumises pour la première fois aux effets du liquide virulent, ne laissa pas de me causer une certaine désillusion. Je me reportai involontairement au tableau que M. Ferran lui-même, dans sa note à l'Institut du 13 avril dernier, a tracé des effets de l'inoculation d'une dose minime de liquide de culture au maximum de virulence, et je

©BIU Santé

dus m'avouer que rien, chez les sujets vaccinés, ne rappelait le choléra expérimental, qui m'avait été annoncé par un grand nombre de mes confrères espagnols comme suite de ces inoculations. Je demeurai, dès lors, convaincu que M. Ferran usait, pour la vaccination, de liquides très atténués par un mode spécial de culture, et je m'en assurai auprès de M. Ferran lui-même. L'ayant interrogé au sujet de la différence notable qui existait entre les phénomènes morbides retracés dans sa note et ceux produits par l'inoculation de ses vaccins, j'appris que ce contraste était uniquement dû à l'atténuation à laquelle il avait recours.

Six étudiants du dernier doctorat en médecine, que M. Ferran venait d'inoculer pour la première fois, eurent le complaisance de se mettre à notre disposition pour une série de recherches dont je dois me borner à résumer ici succinctement les résultats.

Le sang de ces sujets, puisé à l'extrémité du doigt, douze heures après l'inoculation, au moment où les phénomènes généraux et locaux paraissaient avoir atteint leur maximum, fut soumis à l'épreuve du microscope et de la culture. Examiné avec l'objectif 1/18° à I. H. de Zeiss, sans coloration ou avec coloration sur la lamelle, il fut impossible d'y découvrir la moindre altération globulaire de nature exceptionnelle. Ni M. Gibier, ni moi-même, après des observations multipliées, ne pûmes y reconnaître de trace de microglobulie, d'éléments de forme anormale, ou de micro-organismes. Pour nous, ce sang était normal. M. Ferran paraît, au contraire, dans certains cas où les phénomènes généraux étaient plus accentués, avoir rencontré des altérations profondes du liquide sanguin. Dans sa note à l'Académie, il dit « que le sang que l'on puise alors dans n'importe quel endroit offre les mêmes caractères que le sang des cobayes soumis à l'expérience dont il a été parlé ci-dessus. » (Inoculation à la dose de 2 à 4 c. c.) Chez ces animaux, le liquide sanguin présentait une microglobulie extraordinaire, et contenait, outre des éléments globulaires anormaux, une grande quantité de spirilles et de virgules. De plus, ce sang, ensemencé dans du bouillon, a donné une culture pure du microbe cholérique.

En puisant du sang dans le tissu œdématié, près du point d'inoculation, chez ces mêmes sujets, nous avons obtenu des résultats aussi négatifs. Quelques préparations montrent des globules altérés et d'autres de petite taille; la plupart ont l'aspect de préparations faites avec du sang normal. On n'y voit aucun micro-organisme. Quelques gouttes de ce sang mélangées avec 10 c. c. de gélatine nutritive à 10 p. 100 ont servi à faire des cultures sur plaques : aucune n'a donné lieu à un développement de colonies bactériennes.

Je n'ai pas eu l'occasion de faire un examen bactérioscopique des selles liquides présentées par un des sujets inoculés.

Les sujets soumis à la réinoculation avec le deuxième vaccin présentaient, à peu de chose près, des phénomènes locaux du même genre. Ils m'ont paru, en général, moins accusés, et la fièvre faisait défaut dans plusieurs cas. Je n'oserais pas, cependant, conclure de la moindre intensité de la réaction locale à la suite de la seconde vaccination, à *une sorte d'immunité*, acquise localement, grâce à la première inoculation. Il ne m'est pas démontré que le mode d'inoculation ou la nature du liquide employée dans chaque cas n'y sont pas étrangers, et je regrette de n'avoir pas vu pratiquer les deux vaccinations successives sur les mêmes sujets. Les personnes, qui ont été inoculées sous mes yeux avec le premier vaccin, ont reçu le liquide profondément dans les masses musculaires par une piqûre dirigée presque perpendiculairement à l'os. Les réinoculés, au contraire, qui ont été vaccinés à l'Ateneo, en ma présence, étaient opérés dans toutes les règles des injections hypodermiques, par injection dans le tissu cellulaire, l'aiguille étant introduite à la base d'un pli fait à la peau.

Un point fort important pour la pratique, dans ces expériences de vaccination, était celui de savoir si l'inoculation de ces cultures plus ou moins virulentes du microbe cholérique ne pouvait pas produire des accidents graves, constituer un véritable danger pour les vaccinés et peut-être même pour les personnes de leur entourage. On m'a demandé, avant mon départ, si les inoculations avec des cultures du bacille-virgule ne pourraient pas faire naître le choléra, le répandre dans des endroits où il n'existe pas d'épidémie, ou le disséminer même dans ceux qui en sont atteints. J'ai examiné avec

attention ces diverses questions et je crois pouvoir me prononcer à leur sujet en connaissance de cause.

Tous les médecins que j'ai interrogés, qu'ils fussent partisans ou adversaires de M. Ferran, un seul excepté, m'ont unanimement déclaré qu'ils n'avaient jamais observé de suites sérieuses à la vaccination. Quelques-uns ont vu des abcès peu étendus, mais ils reconnaissent que c'est un cas très exceptionnel, une complication tout à fait inusitée. J'examinerai plus loin des affirmations contraires qui ont été produites récemment. Tous les inoculés que j'ai vus et interrogés à ce sujet, — et leur nombre dépasse certainement trois cents, — étaient du même avis et ne connaissaient d'abcès que par ouï-dire. Pour M. Ferran, dans un seul cas, l'inoculation pourrait déterminer des accidents sérieux. Les nourrissons, d'après ses observations, dont la mère a été inoculée, présentent parfois des phénomènes cholériformes très intenses, produits, semble-t-il, par l'élimination du poison cholérique, des ptomaïnes, par les glandes mammaires. J'eus l'occasion de voir, dans une famille de Valence, à laquelle M. Ferran m'avait fait présenter, un enfant de cinq mois qui avait eu la veille des selles liquides très abondantes et qui aurait présenté les symptômes les plus manifestes d'un véritable choléra expérimental. C'était un bébé chétif, ayant une nourrice insuffisante et prenant une alimentation artificielle. J'y vis une des nombreuses victimes de l'athrepsie qui avait été atteinte, selon toute vraisemblance, du choléra infantile. Lors de ma visite, la diarrhée était arrêtée, et l'on m'avoua que l'enfant était indisposé depuis quelque temps et sujet à la diarrhée. (*A suivre.*)

L'Epidémie cholérique de 1885.

Le ferranisme à l'Académie de médecine de Madrid.

Après le rapport si concluant de M. van Ermingen, voici une déclaration de l'Académie royale de Madrid qui n'est pas, à coup sûr, en faveur du ferranisme. Les membres de ce corps savant éprouvent les mêmes scrupules que M. Vulpian et ses collègues de l'Institut. Voici quelques extraits de cette déclaration, dans laquelle, après avoir établi la nature asiatique du choléra espagnol et sa transmissibilité d'un lieu à un autre, elle reconnaît :

3° Que les cultures de M. Ferran contiennent des bacilles virgules, comme l'affirmait la commission de Valence, et que leur énergie varie avec leur richesse en virgules;

3° Que l'*innocuité de telles inoculations ne peut être admise sans restriction,* parce que rien n'autorise à affirmer l'absence de dommage pour les individus inoculés, dans l'hypothèse de la production d'un choléra expérimental;

4° Qu'*à défaut de statistique exacte et digne de foi (fehaciente), elle ne peut affirmer l'efficacité* des procédés de M. Ferran;

7° Qu'elle ne peut recommander l'emploi de ce procédé tant qu'il demeurera secret : *Mentras haya en el secreto.*

Cette prudente réserve vient à l'appui des regrets que M. Vulpian a formulé si opportunément au nom de ses collègues de l'Institut. Le vœu du savant professeur sera-t-il exaucé et l'Académie des sciences obtiendra-t-elle enfin ces statistiques officielles et ces informations que M. Ferran ne produit pas? Une ordonnance royale du ministère de l'intérieur le fait espérer. Elle désigne une commission officielle chargée de *formar con torto rigor la estudistica completa* des résultats obtenus par les inoculations ferraniennes.

Les commissaires sont MM. Castro, chef des travaux anatomiques à la Faculté de Madrid, Sanz Bombia et Gonzalez Sigorore, médecins de la Beneficiencia provincial, et M. Gonzalez Castro, official tercero del corpo de estadistica en la provincia de Badajoz. Comme le télégraphe l'apprenait ces jours derniers, don Benito sera le théâtre de ces expériences, et les citoyens de cette ville auront l'honneur, sinon l'avantage, de servir de matière inoculable aux seringues ferraniennes.

Quel que soit le rapport de cette Commission, on n'oubliera pas qu'elle est la deuxième et que la première n'a pu formuler un rapport décisif. De plus, en Espagne même, et surtout à Madrid, le corps médical est loin d'être ferraniste. Dans la Société d'hygiène et à l'Athénée de cette ville, les doctrines commerciales et scientifiques de M. Ferran rencontrent une honorable et sérieuse opposition. — C. L. D.

SBIU Santé

HYDROLOGIE MÉDICALE

Les eaux sulfureuses de Schinznach (Suisse).

Au moment où un certain nombre de confrères se préparent à prendre eux-mêmes quelques jours de vacances, ou sont consultés par leurs clients au sujet d'un voyage à entreprendre aux eaux, aux bains de mer ou dans les montagnes, nous ne croyons pas pouvoir mieux faire que de conseiller une excursion à Schinznach-les-Bains. Pour beaucoup, ce moment de repos est en même temps une époque de traitement, et rien de plus rationnel que cette combinaison du repos moral et du traitement physique. L'un et l'autre peuvent être obtenus à l'établissement de Schinznach qui, depuis 1658, voit tous les ans accourir à ses eaux bienfaisantes une quantité de baigneurs attirés par l'espoir de la guérison. Espoir rarement déçu, car la station de Schinznach est une de celles où l'on voit de vrais malades, qui y guérissent réellement d'un mal qui n'est que trop réel.

L'eau minérale de Schinznach est une des plus énergiques que l'on connaisse, c'est l'eau sulfureuse la plus riche, un litre de cette eau renferme 37 centimètres cubes d'acide sulfhydrique et 90 d'acide carbonique, ou 5 centigrammes de soufre, tandis que les Eaux-Bonnes n'en contiennent qu'un centigramme, Barèges 2, Luchon 3 et Enghien 4. Elle est donc cinq fois plus sulfureuse que les Eaux-Bonnes, et, de plus, elle est chlorurée, ce qui lui donne une grande supériorité dans le traitement des manifestations diverses de la diathèse scrofuleuse.

Le docteur de Tymorosky, médecin de l'établissement, nous a donné une longue liste des affections guéries ou extrêmement améliorées par l'usage des eaux de Schinznach en bains, douches, pulvérisations, inhalations et aussi comme boisson. En première ligne viennent les affections cutanées, eczéma, acné et psoriasis; puis les inflammations chroniques ou bacillaires des muqueuses, le catarrhe nasal, bronchique, laryngé, l'asthme spasmodique, les affections osseuses ou articulaires.

Les ophthalmies granuleuses chroniques, les blépharites rebelles, arthritiques ou scrofuleuses, sont très avantageusement traitées à Schinznach, ainsi que les affections utérines, et, dans un autre ordre d'idées, l'anémie et la débilitation générale qui sont avantageusement modifiées par l'*action stimulante des eaux* et l'air salubre qu'on y respire.

Au point de vue de la distraction des excursions en Suisse, Schinznach est parfaitement situé. Le chemin de fer de l'Est délivre des billets directs et d'aller et retour avec réduction de prix; la station est à cinq minutes de l'établissement et en communication fréquente avec toutes les lignes des chemins de fer de la Suisse (16 trains par jour), que l'on peut explorer presque tout entière en partant de Schinznach le matin, et en y revenant le soir. C'est ainsi qu'on peut visiter dans la même journée : Zurich, Lucerne, le Righi, le Saint-Gothard, le lac des Quatre-Cantons, etc.

Au moment où beaucoup de personnes répugnent à se rendre aux stations pyrénéennes à cause de la distance et des craintes de choléra, il est bon de se rappeler que nous avons beaucoup plus près et dans un pays intéressant, une eau sulfureuse sans rivale au point de vue de l'énergie et de l'efficacité. Ajoutons que cette eau se transporte et se conserve admirablement, et que l'usage de l'eau en boisson, lotions, pulvérisations, complète avantageusement une cure faite à la station. La Société hydro-minérale (37, rue de Rome), qui en a le monopole en France, remet gratis des bouteilles d'eau minérale de Schinznach à tout médecin qui en fait la demande, soit pour le service des hôpitaux ou des cliniques.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Larrey présente une note de M. Boisseau du Rocher sur *la mégaloscopie*.

« J'indiquerai d'abord le principe optique qui m'a guidé dans la construction d'une série d'instruments pour l'inspection des cavités, notamment l'*estomac*, la *vessie*, le *rectum* (μέγας, grand; εἰκων, image; σκοπεῖν, voir).

« Etant donné un tube de 0m,007 de diamètre et de 0m,50 de long, faire passer par ce tube l'image d'un objet très rapproché, ayant 0m,20 de côté, tel était le problème. Pour cela, avec un objectif convenablement disposé, je réduis à des dimensions microscopiques l'image de l'objet à observer. Cette image, visible à la partie inférieure de l'instrument, est alors examinée au moyen d'une lunette, à laquelle je donne le nom de *lunette mégaloscopique*. On comprend que, avec des lentilles de foyers convenables, on puisse grossir l'image réduite de l'objet, et, par conséquent, l'observer avec les dimensions normales de cet objet.

« L'application de ce principe est la suivante : L'instrument est formé d'un tube, ou sonde, terminé à sa partie extrême par une lanterne, à l'intérieur de laquelle se fixe une lampe à incandescence. Au-dessus, est la partie optique qui réduit à des dimensions microscopique l'image de la muqueuse à observer. Cette partie se compose d'un primes à angle droit; au-dessus, deux lentilles plans-convexes, se regardant par leurs convexités, m'ont donné le meilleur résultat, tant au point de vue du rapetissement de l'image et du champ observé qu'au point de vue de la déformation, qu'il est ainsi nulle. A l'extrémité opposée, se fixe la lunette mégaloscopique, qui est constituée par un objectif et un oculaire de grossissements convenables.

« Les avantages de cette disposition sont les suivants : D'abord, l'adaptation à la vue de chaque observateur se fait extérieurement, au moyen de l'oculaire, ce qui supprime tout mécanisme intérieur. Cela permet, en outre, de substituer à ce premier oculaire, mobile, un seconde oculaire d'un plus fort grossissement. On observe alors la muqueuse, et les lésions qu'elle présente, comme au moyen d'une loupe. En second lieu, la mise au point proprement dite est nulle. Cette proposition, qui n'est pas exacte théoriquement, l'est cependant pratiquement. L'image réduite, qui se forme dans l'espace, ne se déplaçant que d'une très faible quantité, en rapport avec le plus ou moins grand éloignement de l'objet observé, la mise au point est négligeable : l'œil de l'observateur fait lui-même, *inconsciemment*, sa propre mise au point, et les différentes parties de la muqueuse, situées sur des plans différents, sont ainsi vues dans leur ensemble avec la même netteté, ce qui était de première importance.

« Pour la vessie et pour le rectum, les tubes ou sondes sont droits. Pour l'estomac, la sonde est formée d'une double sonde : l'une, coudée, logeant un prisme long de 0m,07, placé entre l'image réduite et la lunette; l'autre, droite, rentrant dans celle-ci, et dont les mouvements de descente et de montée et les mouvements de rotation sont commandés par des mécanismes extérieurs.

« Un dernier perfectionnement, qui est à l'étude, est la reproduction photographique de l'image mégaloscopique.

« Enfin, cet instrument démontre que le résultat obtenu est et sera toujours le même, quelque long que soit le tube à l'extrémité duquel se forme l'image réduite, quelle que soit la distance de cette image à la lunette et à l'œil de l'observateur.

« La pile motrice est la pile à circulation par pression d'air, que j'ai présentée, pour la galvano-caustique, à l'Académie de médecine, dans la séance du 24 février 1885. »

M. P. Tacchini adresse une *observation de la couronne solaire, faite sur l'Etna; réapparition de lueurs crépusculaires*.

« M. Forel écrivait récemment que, sur les hautes montagnes, lorsque le ciel est serein, la couronne solaire ou le cercle de Bishop est tellement apparent, qu'il frappe tous les observateurs; il ajoute que les montagnards et les alpinistes sont d'accord pour affirmer que c'est là un phénomène nouveau. Je puis ajouter une observation que j'ai faite, il y a peu de jours, et qui confirme le fait de la visibilité de la couronne sur les hautes montagnes.

« Au commencement de juillet, je suis monté sur l'Etna, et, tandis que, à Rome, Naples, Messine, Catane, le soleil se montrait entouré d'une large couronne blanche, j'ai été surpris de constater que, près du volcan, à 3,300m, par un ciel très pur d'un bleu foncé, on voyait le soleil entouré d'une auréole blanche, concentrique à une magnifique couronne rouge-cuivre. La couronne se transformait, près de l'horizon, en un arc moins défini et d'une amplitude plus grande, à peu près comme on l'observait à Rome l'année dernière, ainsi que je l'ai signalé dans les *Comptes rendus*.

CBIU Santé

« Je dois cependant ajouter que, depuis le 2 juillet 1885, j'ai constaté la réapparition des phénomènes crépusculaires rouges et du grand arc, au lever et au coucher du soleil. Quoique ces phénomènes se montrent aujourd'hui bien plus faibles que ceux de 1883 et 1884, les alternatives observées, y compris la disparition même du phénomène, me semblent démontrer qu'on ne doit pas les attribuer à l'explosion du Krakatoa. »

M. Janssen présente une note de M. José J. Landerer, *sur l'origine cosmique des lueurs crépusculaires*.

« Ainsi que l'observation le montre, les lueurs crépusculaires ont acquis, dans les derniers jours de mai et les premiers de juin, une intensité extraordinaire. Comme c'est moi qui, le premier, ai fait voir les raisons qui militent en faveur de leur origine cosmique, en les attribuant à la comète Biela-Gambart, je ne puis m'empêcher de signaler un argument de plus à l'appui de cette hypothèse.

« On sait que la longitude du nœud ascendant de la comète était de 246°. Or la longitude de la terre au 1er juin est précisément, à quelques degrés près, celle du nœud dont il s'agit. Il est donc fort présumable que ces lueurs ne sont produites que par cette poussière, de nature particulière, que la terre vient de traverser, présomption qui devient presque une certitude, dès qu'on songe à ce que des rencontres analogues, donnant origine aux mêmes apparences, ont eu lieu à six mois d'intervalle. Il s'ensuit donc, logiquement, que cette poussière constitue une sorte de traînée, à lambeaux plus ou moins distancés (la segmentation de la comète en 1846 en serait la raison première) et à section assez large, alignée dans le sens de l'orbite de la comète ou la fermant complètement sous la forme d'anneau elliptique. Elle ne serait ainsi que la troisième ou peut-être la dernière phase de la comète, l'averse météorique du 27 novembre 1872 en ayant été la deuxième.

« La position de cette traînée dans l'espace serait donc désormais connue, et il serait possible, en conséquence, d'en prévoir la rencontre, tant qu'elle continuera à passer ou jusqu'à ce qu'elle se soit évanouie, en vertu d'actions aussi mystérieuses que celles qui ont présidé à son dédoublement en 1846.

« Il n'est pas douteux que la vapeur d'eau puisse rehausser la vivacité de ces lueurs, mais il semble évident que ce n'est pas la cause efficiente du phénomène, ainsi que le prétend le P. Denza. Je dois faire remarquer, à ce propos, que pendant la période exceptionnellement pluvieuse que nous traversons depuis le mois de septembre, il n'est pas de journée, même la plus sereine, où les raies d'absorption de la vapeur d'eau, dans le rouge et l'orangé, ne soient fort accusées au spectroscope. Ces observations, que je poursuis systématiquement, ont été faites à Tortose, à une altitude de 33m, et à partir du 14 juin, sur les montagnes voisines, à une altitude de 790m. En dirigeant le spectroscope vers la région de la couronne, après le coucher du soleil, l'instrument ne m'a fourni aucune indication différente de celle que j'obtiens en pleine journée en visant un point quelconque du ciel, ayant la même hauteur au-dessus de l'horizon.

« Si l'on réfléchit, et à l'impossibilité d'admettre la suspension permanente, dans l'air, des poussières cristallines du Krakatoa, et aux conséquences qui découlent de cette hypothèse, conséquences qui sont en contradiction avec certains faits essentiels, ainsi que je l'ai fait voir dans ma dernière note, on se sentira, sans doute, entraîné à regarder la théorie que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie comme étant la seule qui, parmi celles que l'on a proposées, explique d'une manière rationnelle les phénomènes dont il vient d'être question. »

M. Richet donne à ses confrères des nouvelles rassurantes sur la santé de M. Jamin.

« Je suis heureux, dit-il, d'apprendre à l'Académie que la santé de notre sympathique secrétaire perpétuel, M. Jamin, un moment compromise par le développement d'un volumineux anthrax du cou, survenu rapidement dans le cours d'une autre affection, ne nous laisse plus aujourd'hui d'inquiétude.

« M. Jamin a supporté courageusement et sans chloroforme une douloureuse opération ; il est aujourd'hui en pleine voie de guérison. »

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. Rapport sur le système d'inoculation anti-cholérique du docteur Ferran. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de chirurgie.

BULLETIN

Le dernier concours du Bureau central a créé deux nouveaux chirurgiens des hôpitaux, MM. Brun et Routier. Nous félicitons nos jeunes collègues, et nous applaudissons sans réserve à leur nomination.

Mais aussi, nous les plaignons sincèrement d'être entrés dans cette galère. Chirurgiens du Bureau central! savent-ils bien quel sort les attend, et quelles félicités leur réserve l'administration de l'Assistance publique, *alma mater?*

C'est une question que nous avons déjà traitée et sur laquelle, sans doute, nous reviendrons encore. Il y a en ce moment 17 chirurgiens des hôpitaux nommés au concours, et *non placés*. C'est-à-dire qu'après avoir conquis à force de labeurs un titre auquel est attachée une fonction importante et qui donne comme récompense une source de travail, d'observation, de pratique chirurgicale, ils se voient privés de ces avantages bien légitimes par la mauvaise organisation de nos hôpitaux et l'esprit routinier de l'administration. Avec eux, l'intérêt des malades est sacrifié et la bonne renommée de la chirurgie française est compromise.

Pourquoi l'Assistance publique fait-elle chaque année deux nouveaux chirurgiens, quand pas une place n'est vacante? Pourquoi, faisant de nouveaux chirurgiens, ne songe-t-elle pas à créer de nouvelles places? Ce sont là des mystères dont l'administration française a le secret. Toujours est-il que la situation actuelle est étrange : la première place de chirurgien titulaire sera vacante dans cinq ans; la seconde dans six ans; la troisième dans huit ans; la quatrième et la cinquième dans neuf ans; la sixième et la septième dans dix ans; la huitième et la neuvième dans douze ans. Nous pourrions continuer ainsi jusqu'aux derniers nommés, qui seront titulaires en 1900. Bref, des chirurgiens, qui ont maintenant la quarantaine, seront placés dans huit et dix ans; le même sort attend les nouveaux venus, qui ont aujourd'hui 35 ans en moyenne, et qui verront dans quinze ans se lever l'heureux jour où ils s'appelleront chirurgiens de l'hospice d'Ivry.

Je ne discute pas, en ce moment, la solution qu'on pourrait proposer. Nous avons demandé le dédoublement de quelques grands services dont les titulaires, de leur propre aveu, ne viennent pas à bout. Certains de nos maîtres estiment que ce serait la mort de la chirurgie française, et ne rêvent au contraire que services de 300 lits, comme celui de Billroth. Il y a là une apparence de malentendu : il est clair qu'un homme ne peut pas veiller activement et personnellement sur 300 malades; mais il plane au-dessus du service, il le dirige de haut et de loin, au besoin par téléphone; il vient à son heure, il prélève pour son enseignement ou pour ses statistiques les malades qui l'intéressent et les opérations qui lui conviennent; en réalité, le service est fait par des chirurgiens-assistants qui ont une autorité, une responsabilité bien définie, et non la situation fausse que des règlements surannés font à nos internes. Est-il légitime qu'un chirurgien méritant acquière par droit d'ancienneté ou par toute autre voie une posi-

©BIU Santé

tion supérieure à celle de ses collègues? Est-ce un mécanisme qui siérait à nos mœurs, à notre mode de recrutement par le concours? Est-ce un bien pour la science, pour la profession? Je n'en sais rien, et ne veux pas, en ce moment, l'examiner. Je pourrais citer des services de deux salles et de soixante lits où la chirurgie est active, variée, efficace, marche hardiment dans la voie du progrès et fait grand honneur à la France. A côté de ceux-là, nous en connaissons d'autres dont les chefs, accablés de besogne, renoncent à lutter contre une tâche impossible, et, ne pouvant tout faire, arrivent à ne faire presque rien, tout en gardant seuls la responsabilité que les règlements refusent à leurs aides.

Qu'on fasse les services petits ou grands, qu'on maintienne l'égalité des chefs en leur donnant une tâche raisonnable ou qu'on refonde l'organisation hospitalière en créant des chirurgiens assistants ou adjoints, peu nous importe. Mais au moins qu'on reconnaisse un fait qui n'est pas niable : c'est qu'à Paris, capitale de la France, il est absurde que, dans certains hôpitaux, les malades pâtissent faute de soins, et que des hommes de 40 ans, nommés au concours chirurgiens des hôpitaux, ne puissent remplir leur fonction ni justifier leur titre. — L.-G. R.

— Nous recevons de notre collaborateur L.-H. Petit, les premières nouvelles du Congrès de Grenoble :

Grenoble, 12 août 1885.

Mon cher rédacteur en chef,

La séance d'ouverture de la quatorzième session du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, vient d'avoir lieu sous la présidence de notre éminent maître, M. le professeur Verneuil.

M. le maire de Grenoble a, en termes très cordiaux, souhaité la bienvenue aux membres du Congrès. Puis M. Verneuil a prononcé un discours sur la chirurgie jugée par les gens du monde, sur ce qu'elle passe pour être à leurs yeux, sur ce qu'elle est en réalité, et sur ce que la chirurgie française devrait être. C'est un document important qu'il serait bon de méditer et que tous les journaux de médecine voudront reproduire.

Le secrétaire général, M. le docteur Napias, a ensuite résumé à grands traits l'histoire de l'Association française depuis la dernière séance, énuméré les membres qu'elle a perdus, en rappelant les états de service des plus éminents d'entre eux, Milne-Edwards, Henninger, etc., et les récompenses décernées à d'autres par l'Académie des sciences et l'Académie de médecine.

Enfin, M. Galante, au nom de M. G. Masson qui a bien voulu se charger cette année encore de gérer les finances de l'Association, nous a appris que nos ressources annuelles, cotisations comprises, s'élevaient à 79,590 francs, et notre capital à 485,305 francs.

Ce soir, réception des membres du Congrès, à l'Hôtel-de-Ville, par la municipalité.

L.-H. Petit.

Rapport sur le système d'inoculation anti-cholérique du docteur Ferran (1).

Présenté à M. le ministre de l'intérieur et de l'instruction publique le 5 juillet 1885

Par M. le docteur E. Van Ermengem, de Bruxelles.

(*Moniteur belge*, journal officiel, 25 juillet 1885).

Avant d'arriver en Espagne, j'avais lu dans la revue de médecine *The British medical Journal*, du 9 juin 1885, une correspondance de Valence annonçant qu'un grand nombre

(1) Suite. — Voir les numéros des 8 et 9 août 1885.

d'inoculés avaient présenté des accidents graves, de nature septique, des abcès gangréneux plus ou moins profonds et même des empoisonnements du sang, plusieurs fois terminés par la mort. J'avais à cœur de vérifier sur les lieux mêmes l'exactitude de ces faits et d'interroger les personnes que le correspondant du journal anglais avait citées par leur nom ou qui étaient suffisamment désignées pour me permettre de les retrouver. Il résulte d'une enquête soigneusement faite à Alcira, où ces accidents se seraient produits, que tout s'est borné à sept ou huit cas d'abcès sans gravité, dont M. Ferran rejette la responsabilité et qu'il attribue à des inoculations mal faites par ses aides. J'ai vu, entre autres, la sœur du docteur Serra, chez laquelle le correspondant du *British Journal* avait prévu la formation d'un abcès gangréneux très grave. La cicatrice légère, au pli du coude, qui témoigne de l'inoculation et de ses suites, montre que la suppuration a été peu profonde. Il paraît certain aujourd'hui que la bonne foi du médecin qui a communiqué ces faits à la revue anglaise a été surprise en plusieurs occasions. Il avait aussi affirmé qu'un Chinois, à l'hôpital de Santa-Lucia d'Alcira, était mort d'une septicémie consécutive à l'inoculation. Mes honorables confrères qui ont traité ce malade et les sœurs qui l'ont soigné m'ont assuré qu'il n'avait jamais été inoculé. Depuis, ils l'ont répété dans une lettre rendue publique et reproduite dans le journal de Valence, *Las Provincias* du 26 juin dernier.

Je crois avoir observé suffisamment de faits pour pouvoir affirmer que les inoculations de Ferran sont peu dangereuses pour les sujets opérés, que les précautions prises pour éviter leur contamination sont purement dérisoires. Il me paraît certain que si des complications d'origine septique se produisaient aussi facilement qu'on le croit généralement, le succès des vaccinations anticholériques, telles que je les ai vu pratiquer, serait depuis longtemps compromis par les accidents qu'elles auraient causés. On peut également conclure de ces faits, à ce qu'il me semble, que les effets des liquides de M. Ferran ne sont pas dus à une forme de septicémie légère, comme on l'a prétendu, produite par des cultures impures, mélangées de microbes septiques. L'expérience du laboratoire, en démontrant que les liquides vaccinaux ne contiennent que le bacille-virgule, confirme donc des faits d'observation très nombreux déjà.

Il reste à voir si, à cause de la négligence extrême dont les vaccinateurs font preuve, il ne pourrait pas arriver que du liquide vaccinal se répande sur les linges, les parquets, etc., et que le contage cholérique ne puisse ainsi s'implanter dans un endroit indemne et devenir le point de départ d'une épidémie.

Dans cette même excursion à Alcira, j'ai eu l'occasion de recueillir des observations intéressantes auprès des médecins de l'endroit, sur la marche de l'épidémie, les conditions locales qui ont favorisé son extension, etc. Je ne dois pas m'y arrêter ici. La petite ville d'Alcira, qui a été la première atteinte dans l'épidémie actuelle, et qui jusqu'ici a été le principal théâtre des essais de vaccination de Ferran, occupe une île formée par les bras du Jucar. Bâtie par les Maures, sur un sol composé d'alluvions et de basses terres, elle réunit, au plus haut degré, les conditions d'insalubrité proverbiales pour toutes les villes de cette partie de l'Espagne. Le rôle de l'eau de la rivière dans la propagation du fléau paraît incontestable. Aussi la situation sanitaire s'est-elle beaucoup améliorée, au dire des médecins, depuis que les habitants s'abstiennent de faire usage des eaux de la rivière. Le corps médical d'Alcira, sans aucune exception, est convaincu de l'efficacité des vaccinations ferraniennes et a donné des preuves du plus grand dévouement à la cause. Les statistiques des cas de choléra qui ont été observés à Alcira ont été dressées entièrement par ses soins. Les registres où ces statistiques sont consignés nous ont été présentés par l'alcade, et j'ai pu les examiner à loisir. Voici une copie d'un tableau résumant les principaux chiffres et qui m'a été remis par les autorités revêtu de la signature de tous les médecins, le jour de ma visite à Alcira :

Alcira. — Recensement officiel : 16,000 habitants. — Statistique sanitaire du 1er mai au 25 juin 1885 : Inoculés, 9,100 ; réinoculés, 7,500.

	Non vaccinés.	Vaccinés.	Revaccinés.	Total.
Malades	261	32	27	320
Mort	120	7	3	130
Guérisons	99	20	19	138
En traitement	42	5	5	52

©BIU Santé

Avant de tirer une conclusion quelconque de ces chiffres, je dois faire ressortir un premier fait qui tend à diminuer singulièrement la valeur des statistiques faites en Espagne. Des personnes très autorisées m'ont assuré, à Valence, que le nombre réel des habitants, dans un but facile à deviner, est toujours supérieur à celui accusé par l'état civil, et qu'à Alcira, notamment, la population pouvait être évaluée à 25,000 habitants. D'autres personnes admettent qu'il y en a 20,000 en réalité.

L'examen, jour par jour, des cas de décès et des invasions nous fournit ainsi des renseignements qu'il n'est pas permis de perdre de vue, si l'on veut apprécier sainement la valeur de ces chiffres. L'épidémie, qui remonte à Alcira au mois d'avril, n'a pas présenté une bien grande intensité puisqu'elle n'a fait, en deux mois environ, que 130 victimes dans une ville de 20 à 25,000 habitants. En outre, le nombre journalier des cas est resté presque le même pendant tout ce temps, et n'a pas été de plus de 3 à 4 en moyenne. Beaucoup de cas mortels se sont rencontrés chez les femmes et les enfants et, comme toujours, ce sont les individus affaiblis ou misérables qui ont été frappés en plus grand nombre.

Il faut encore ajouter à ces faits acquis la défiance très légitime qu'inspire la statistique des cas de décès; d'après des renseignements pris sur place, ils sont souvent inexactement rapportés et diminués avec intention. Pour apprécier exactement la valeur de ces chiffres bruts, additionnés, d'ailleurs, sans que le moindre triage en ait éliminé les non-valeurs et donné à chacun sa signification réelle, il faudrait donc être renseigné jour par jour sur le nombre d'attaques et de décès chez les inoculés, comme chez les non-inoculés, sur la condition sociale, l'âge et le sexe de chacun d'eux, et savoir à quelle époque les inoculations ont été faites, quels sont leurs rapports avec l'épidémie, etc... Or, tous ces renseignements font encore défaut à l'heure qu'il est, bien qu'ils m'aient été promis.

La seule conclusion qu'il soit prudent de tirer de ces statistiques, c'est qu'à Alcira, où la moitié de la population a été vaccinée, il y a eu treize fois plus de morts chez les non-vaccinés que chez les vaccinés. Rapproché de cet aveu de M. Ferran, qui conseille de se faire revacciner *tous les mois*, en temps d'épidémie, on arrive involontairement à croire que la vaccine cholérique est un préservatif incertain et à se rallier aux conclusions de M. le professeur Cornil dans un récent travail (*Journal des connaissances médicales*, juin 1885) : « Lorsque l'expérience de M. Ferran, dit ce savant, aura été faite sur « une grande échelle, sur des centaines de mille individus, par exemple, et que l'on « comparera dans une même ville le nombre des décès cholériques chez les vaccinés « et les non-vaccinés, il sera très difficile de juger l'effet de la vaccination. La statis- « tique brute est sujette aux plus décevantes erreurs. Ah! si le choléra respectait « absolument les individus vaccinés et tuait un grand nombre de personnes non- « vaccinées dans la même ville, il n'y aurait aucun doute et ce serait parfait. Mais il « n'en sera pas ainsi, et il n'en est déjà pas ainsi. »

Les statistiques des inoculations faites à Algemesi, à Albérique, etc., ont moins de valeur encore et je n'ai pas cru devoir les reproduire ici. Le choléra gagne malheureusement de proche en proche toutes les villes et les villages du royaume de Valence, Castellon, Murcie, etc., et le moment n'est plus éloigné peut-être où l'expérience en grand décidera définitivement de la place que l'avenir réserve au système du docteur Ferran parmi les panacées qui, tour à tour, ont été prônées contre ce redoutable fléau.

J'aborde, enfin, la partie la plus pénible de ma tâche, celle qui aurait dû m'occuper le plus longuement et que des circonstances bien indépendantes de ma volonté ont singulièrement abrégée.

J'ai eu l'honneur, peu de jours après mon arrivée, de donner lecture à M. Ferran d'une série de questions écrites que j'avais rédigées de concert avec mon collègue, M. P. Gibier. Il nous paraissait à tous deux fort utile de connaître la réponse de M. Ferran à ces questions avant de procéder à la vérification de la technique qu'il emploie pour obtenir ses vaccins. Ces questions, d'ailleurs, devaient nous fournir les détails expérimentaux qui nous manquaient pour l'obtention du degré d'atténuation convenable pour le premier et le second vaccin, — pour déterminer exactement le mo-

ment où la culture a perdu sa virulence, — et la durée du temps pendant lequel l'atténuation se maintient, etc.

A notre grand regret, et aussi à notre plus grande surprise, M. Ferran se refusa formellement à nous fournir une réponse immédiate à ces diverses questions. Il nous fit savoir qu'il ne croyait pas le moment venu de faire connaître ses procédés, et qu'il était décidé à les tenir secrets jusqu'à ce que l'Académie des sciences de Paris eût publié un travail complet qu'il comptait lui adresser prochainement.

J'ai fait tous mes efforts pour faire revenir M. Ferran sur une décision malheureuse qui mettait brusquement un terme à ma mission et m'obligeait à laisser inachevées mes recherches de contrôle. J'eus soin de faire remarquer que M. Ferran lui-même m'avait, dans ses lettres, révélé jadis le secret de l'atténuation, et qu'il consistait vraisemblablement à cultiver les microbes épuisés et dégénérés par une longue série de générations successives dans du bouillon peu concentré et additionné de bile. M. Gibier proposa même de prendre l'engagement d'honneur de ne pas faire connaître les procédés d'atténuation avant d'y avoir été autorisé par M. Ferran et nous poussâmes la condescendance jusqu'à lui offrir de prendre cet engagement par écrit. Malgré toutes ces concessions que nous crûmes pouvoir faire, afin de concilier les intérêts de notre mission avec les intérêts personnels de M. Ferran, je ne puis que constater ici l'insuccès complet de nos efforts.

Forcés de nous incliner devant une décision absolument irrévocable, nous proposâmes ensuite, M. le docteur Gibier et moi, à M. Ferran de nous procurer une quantité suffisante de vaccin qui nous aurait servi à faire une série d'expériences, auxquelles nous le priâmes, d'ailleurs, de vouloir bien assister. En nous fournissant du vaccin pour ces essais, M. Ferran ne s'exposait d'aucune façon, comme nous le lui fîmes remarquer, à dévoiler les procédés qu'il voulait tenir secrets, et il nous permettait, en même temps, d'acquérir quelques notions importantes sur le mode d'action de ses virus. Nous nous proposions, en effet, de stériliser les liquides vaccinaux, soit par une chaleur peu élevée de 65°, soit par filtration, et de faire, avec ces liquides et les virus normaux, une série d'expériences comparatives d'inoculation. Le médecin de Tortosa opposa à ces propositions le même refus formel, en se retranchant toujours derrière la question de priorité, dont ces recherches, prétendait-il, lui auraient enlevé les droits. Nous ne parvînmes pas à le faire revenir sur cette décision, malgré les assurances les plus formelles que ces recherches faites en commun n'auraient pas été publiées par nous avant que nous n'y eussions été autorisés par M. Ferran lui-même. Tout ce que nous obtînmes fut que M. Ferran s'engageait sur l'honneur à garder la même réserve au sujet de ses procédés vis-à-vis de tous observateurs qui lui auraient demandé à les connaître, jusqu'au moment où il aurait jugé convenable de nous les communiquer.

Ce dernier insuccès mit fin à nos relations avec M. Ferran, et le lendemain, 29 juin, nous prîmes congé et quittâmes Valence.

Les recherches expérimentales que je m'étais proposé de faire sur les animaux, avec des cultures de M. Ferran, n'ayant pas pu avoir lieu en Espagne, j'ai accepté avec empressement l'occasion que mon distingué confrère et ami, M. P. Gibier, m'offrit de les entreprendre au laboratoire de pathologie comparée du Muséum à Paris. Je compte m'y rendre incessamment et j'aurai l'honneur de vous communiquer bientôt les résultats de ces nouvelles expériences.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération la plus distinguée.

Bruxelles, le 5 juillet 1885. Dr E. Van Ermengem.

Conclusions.

I. — Le bacille-virgule de Koch existe dans les liquides intestinaux (deux autopsies) et dans les selles recueillies à Valence.

La nature de l'épidémie que les bulletins officiels désignaient sous le nom d' « Enfermedad sospechosa » a pu être établie avec certitude, grâce à l'examen bactérioscopique.

©BIU Santé

II. — Les liquides vaccinaux du docteur Ferran sont constitués par des cultures du microbe cholérique.

III. — Un liquide servant de second vaccin, que j'ai examiné, contenait le bacille-virgule à l'état de *culture pure*.

Les microbes y étaient rares et de petite dimension ; leur faible prolifération était due, selon toute apparence, au peu de richesse en matériaux nutritifs des milieux de culture ou à la présence dans le liquide de substances nuisibles à leur développement.

Les vaccins ne contenaient aucune des formes nouvelles de développement que M. Ferran a décrites.

IV. — Les corpuscules arrondis que M. Ferran prend pour des *spores* sont très probablement inorganisés. En tout cas, il n'a pas été établi que ces granulations ont les fonctions biologiques reconnues jusqu'ici aux germes résistants des bactéries.

V. — Les *corps muriformes* décrits par M. Ferran, et qu'il croit provenir des spores, sont des masses cristallines, comme le prouve leur solubilité dans les acides, leurs formes caractéristiques et leurs dimensions extraordinaires.

VI. — Les injections sous-cutanées des liquides vaccinaux de M. Ferran, à la dose de 2 centimètres cubes, provoquent chez l'homme des phénomènes d'irritation locale et une légère réaction fébrile, bien différents du syndrôme cholérique.

Ils diffèrent aussi notablement des symptômes de cholérisation décrits par M. Ferran dans sa note à l'Académie des sciences de Paris (séance du 13 avril 1885), et qu'il a provoqués chez l'homme par injection hypodermique d'une culture virulente du bacille-virgule à dose moindre.

VII. — Chez les sujets soumis à la réinoculation, les phénomènes évoluent avec les mêmes caractères, dans la majorité des cas, que chez ceux inoculés pour la première fois. Il n'est pas démontré que, dans les cas où ces phénomènes étaient moins prononcés, le mode d'inoculation ou la composition du liquide vaccinal ne pourraient pas expliquer la différence dans les résultats.

VIII. — Le sang des inoculés (six cas), puisé dans les tissus enflammés et dans la circulation générale, offre les caractères du sang normal ; il ne contient pas de micro-organismes.

IX. — Il reste à démontrer que les troubles locaux produits par l'injection du vaccin soient dus à une action spécifique du microbe sur les tissus, et non à la bile dont M. Ferran additionne ses cultures. M. Ferran n'a pas consenti aux expériences de contrôle nécessaires pour établir ce point.

X. — Les inoculations, dans les cas que j'ai pu observer, n'ont pas eu d'effets nuisibles.

XI. — Il reste douteux que les vaccins de M. Ferran soient des cultures atténuées. Les procédés qui serviraient à les obtenir me sont inconnus, M. Ferran ayant refusé de me les indiquer avant qu'ils n'aient été communiqués à l'Académie des sciences de Paris.

XII. — Mes expériences (voir rapport à M. le Ministre, du 3 novembre 1884, recherches sur le microbe du choléra asiatique) montrent qu'une atténuation notable se produit spontanément dans les cultures faites en série, sous l'influence de causes mal déterminées.

XIII. — Les statistiques recueillies, sans contrôle jusqu'ici, et uniquement par les soins des partisans du système prophylactique de M. Ferran, ne sont ni assez complètes ni assez précises pour se faire un jugement quelconque quant à l'efficacité des inoculations.

XIV. — L'expérimentation sur les animaux, seule base scientifique d'un système prophylactique comme celui que préconise M. Ferran, doit avoir pour but d'établir que les injections sous-cutanées confèrent l'immunité contre l'infection par les diverses voies.

Ces expériences doivent démontrer que l'injection sous-cutanée protège non-seulement contre des réinoculations à dose mortelle par la même voie, mais encore contre l'infection par les voies digestives.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 août 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet un mémoire de M. Gauthier (Vincent), sur une *mesure à prendre pour diminuer les cas d'hydrophobie.*

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la section de médecine.

La commission, par l'organe de son rapporteur, a classé les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Manouvriez (de Lille); en deuxième ligne, M. de Ranse; en troisième ligne, M. Mandon (de Limoges).

Le nombre des votants étant de 34, majorité, 18; M. Manouvriez obtient 21 suffrages; M. de Ranse, 13.

En conséquence, M. Manouvriez, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national pour la section de médecine.

— M. Brouardel fait une communication sur le choléra de Marseille.

« A la fin de juillet, dit le savant académicien, le Comité consultatif d'hygiène fut informé que, depuis un certain temps, des accidents cholériformes avaient causé quelques décès à Marseille.

« Le premier décès, survenu chez un adulte et attribué à cette cause, date du 25 juin. Depuis lors, il y a eu jusqu'au 3 août : Le 26 juin, 1 décès. — Le 13 juillet, 1 décès; le 14, 1 décès; le 15, 1 décès; le 19, 1 décès; le 20, 1 décès; le 22, 2 décès; le 23, 1 décès; le 24, 3 décès; le 25, 3 décès; le 26, 2 décès; le 27, 4 décès; le 28, 8 décès; le 29, 5 décès; le 30, 15 décès; le 31, 21 décès. — Le 1er août, 15 décès; le 2, 17 décès; le 3, 11 décès. »

M. le ministre du commerce, voulant se rendre compte par lui-même des causes de cette épidémie, se fit accompagner à Marseille par MM. Brouardel et Proust. Ce sont les résultats de cette visite, faite les 2 et 3 août, que M. Brouardel vient communiquer à l'Académie.

Tous les médecins de Marseille sont d'accord pour dire que, depuis deux ou trois mois, des troubles intestinaux caractérisés par de la diarrhée avaient été extrêmement nombreux à Marseille; ils paraissaient bénins pour les adultes, mais graves pour les enfants. On attribue cette constitution médicale à la température exceptionnellement élevée qui a régné dans le midi de la France depuis le commencement de juillet.

La plupart des médecins de Marseille n'hésitaient pas à considérer l'épidémie actuelle comme de nature cholérique; cependant, quelques-uns espéraient encore que l'épidémie ne se propagerait pas et resterait localisée dans ses foyers primitifs.

Après une visite à l'hôpital de la Conception, à l'Hôtel-Dieu et à l'asile des aliénés, MM. Brouardel et Proust sont restés convaincus que l'épidémie actuelle se présente avec les caractères essentiels du choléra asiatique.

Comme toujours, les premières victimes ont été les individus affaiblis par la misère, l'alcoolisme ou des maladies antérieures. Cet état de débilité relative explique peut-être chez eux l'absence ou l'atténuation de certains phénomènes, notamment des crampes. Mais le mode du début, la durée des accidents, la marche de la maladie, la cyanose, etc., présentaient l'ensemble des symptômes du choléra tel qu'on l'a observé l'année dernière.

Lors de la visite de MM. Brouardel et Proust, la crainte de l'épidémie ayant légitimé l'ingérence de l'autorité, tout se trouvait un peu plus préparé que d'ordinaire, et cependant l'infection était épouvantable dans certaines maisons. M. Brouardel note particulièrement une maison de cinq étages renfermant 700 habitants, desservie par deux escaliers et où les immondices sont jetés dans les cages de ces escaliers.

©BIU Santé

Une école primaire de filles est établie dans une maison empestée par les émanations d'une cour où sont projetées les immondices de plusieurs maisons de cinq étages, etc.

M. Brouardel pose en principe que quand une ville contient de pareils foyers d'infection, si elle est atteinte par une épidémie, elle réunit toutes les conditions pour que celle-ci soit cruelle. Marseille a d'ailleurs depuis des siècles le premier rang parmi les villes les plus ravagées, qu'il s'agisse d'épidémies de peste ou de choléra.

Comme mesure d'assainissement, MM. les ingénieurs présentent un projet consistant à entourer le vieux port de deux lignes d'égouts, desservant l'un la ville haute, l'autre la ville basse et portant au loin dans la mer les immondices qui actuellement s'écoulent toutes dans le vieux port.

M. Brouardel recommande la prompte exécution de ce projet. Il propose, en outre, une seconde mesure qui lui paraît urgente et qui est d'ordre législatif.

La loi du 13 avril 1850 a autorisé les municipalités à créer des commissions des logements insalubres. Mais les conditions de l'insalubrité y sont mal définies, et il est possible aux propriétaires de différer l'exécution des mesures prescrites et, d'appel en appel, en épuisant toutes les juridictions, en ne s'exposant qu'à des amendes dérisoires, de laisser pendant des années des foyers d'infection créer un danger réel de tout temps, mais surtout en temps d'épidémie. C'est là ce qu'il faudrait changer.

Le Comité consultatif a soumis à M. le ministre un projet de loi reconstituant les services de l'hygiène. Dans ce projet, l'urgence des travaux de salubrité est prévue. M. Brouardel et ses collègues demandent dans ce projet que, si les contrevenants n'exécutent pas les mesures prescrites, l'administration y procède d'office et à leurs frais, la dépense étant prélevée par privilège sur les revenus de l'immeuble.

M. Brouardel demande que l'Académie émette un vœu appelant l'attention du ministre sur l'urgence d'une réforme de la législation sanitaire, telle qu'elle résulterait de ce projet de loi.

En conséquence, M. Brouardel présente la rédaction suivante de ce vœu qu'il soumet à l'approbation de ses collègues :

« L'Académie émet le vœu que la réforme projetée de la loi de 1850, sur les logements insalubres, fasse disparaître les incertitudes qui, en permettant des délais indéfinis dans l'exécution des mesures prescrites, rendent cette loi inefficace surtout en temps d'épidémie. »

M. Jules Guérin déclare qu'il approuve dans toutes ses parties le rapport de M. Brouardel et qu'il en accepte pleinement les conclusions. Il croit devoir faire ressortir la concordance des données de ce rapport, avec les idées que lui-même a exprimées dans la dernière séance devant l'Académie.

Ainsi on a d'abord observé à Marseille des diarrhées très nombreuses et seulement de loin en loin quelques cas isolés de choléra vrai. C'est ainsi que commencent toutes les épidémies de choléra ; c'est ainsi, par exemple, qu'a commencé, l'année dernière, l'épidémie de Paris.

Les premiers cas ont été méconnus ; il leur manquait quelques-uns des caractères du choléra vrai. C'est encore ainsi que les choses se sont présentées à Paris l'année dernière.

Le choléra ne se déclare avec toute son intensité qu'après avoir été précédé par une période de préparation et de maladie ébauchée pour ainsi dire.

Les premiers cas se sont montrés disséminés ; c'est encore ainsi que les épidémies se préparent.

En ce qui concerne l'état sanitaire de Marseille, M. Jules Guérin n'est pas moins d'accord avec M. Brouardel. Il est allé souvent et tout récemment encore dans cette ville ; il a toujours été frappé, à Marseille, comme à Toulon, de l'odeur infecte qui s'y fait sentir. C'est un dicton parmi les marins : « Quand on sent la ...., on arrive à Marseille. » — Quoi d'étonnant après cela, que le choléra s'y produise !

M. Jules Guérin va plus loin que M. Brouardel. Il ne considère pas seulement ces conditions d'insalubrité comme une cause d'aggravation, mais comme une des causes les plus efficaces de production du choléra. Le choléra naît sur place à Marseille, à Toulon,

dans toutes les villes, en un mot, où les conditions de l'hygiène ne se trouvent pas observées.

M. Le Roy de Méricourt, tout en étant parfaitement d'accord avec les précédents orateurs sur l'utilité d'assainir la ville de Marseille, estime que l'on fait jouer un trop grand rôle aux matières fécales dans la production des maladies. Ce n'est pas d'hier que Marseille et Toulon sont des villes malpropres et malsaines, ce n'est pas d'hier qu'on y projette les matières fécales dans les rues. Il en a été de même de tout temps, et pourtant les épidémies de choléra sont de date récente dans ces anciennes villes.

D'ailleurs ce qu'on reproche à Marseille et Toulon existe dans la plupart des villes méditerranéennes, surtout dans le levant. La malpropreté y est pour le moins aussi grande, aussi générale qu'à Marseille; les odeurs infectes n'y sont pas moins fortes; la température encore plus élevée y devrait produire des effets plus considérables et pourtant le choléra n'y apparaît jamais qu'à la suite d'une importation; les conditions d'insalubrité les plus grandes ne le font pas naître, mais peuvent en favoriser le développement.

M. Brouardel dit qu'un temps viendra où il sera possible d'examiner et de discuter les questions de principes; ce sera lorsque la commission du choléra présentera le rapport qu'elle prépare. Pour le moment, il s'agit, pour l'Académie, d'appuyer de son autorité les mesures d'hygiène que l'on propose, mesures toujours utiles, quelle que soit d'ailleurs l'opinion que l'on adopte sur la nature et le mode de production du choléra.

Il est donc préférable de réserver les questions qui divisent et de s'en tenir à celles sur lesquelles on est d'accord.

M. Jules Guérin ne croit pas, avec M. Le Roy de Méricourt, que le choléra existe seulement de date récente à Marseille. Il affirme, au contraire, qu'il y a toujours existé. Chaque année, il s'y fait une première ébauche d'épidémie; ordinairement elle n'a pas de suites, mais elle en a dans certaines années.

Les cas de diarrhée chez les enfants et chez les adultes, les cas isolés de choléra sont les signes de ces ébauches. Contrairement à l'opinion de M. Leroy de Méricourt, M. Jules Guérin attribue une grande influence à la fermentation des matières fécales dans la genèse du choléra. Il a fait recueillir de ces matières accumulées au fond du vieux port, il va commencer des expériences qui démontreront la nocuité de ces matières non seulement comme causes banales de maladies, mais comme causes pathogènes spéciales.

M. Le Roy de Méricourt désirerait savoir de MM. les chimistes de l'Académie s'il est vrai que les matières fécales deviennent plus dangereuses en devenant plus anciennes. Jusqu'ici il croyait précisément le contraire. On lui avait enseigné que les substances animales contenant des germes morbides les perdaient peu à peu par la fermentation, que, par exemple, le sang charbonneux, au bout de quelques jours, devenait incapable de donner la maladie.

M. Béchamp appuie l'opinion que vient d'émettre M. Le Roy de Méricourt. Les matières fécales d'un cholérique seront d'autant moins dangereuses qu'elles seront plus anciennes.

D'ailleurs, il est un autre élément dont il faut tenir compte : c'est la disposition de l'individu, ce sont les maladies antérieures et ses tares qui le rendent apte à être atteint par une épidémie.

M. le Président, sous la réserve de la discussion ultérieure des questions de doctrine, met aux voix la proposition de M. Brouardel. Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

— La séance est levée à quatre heures trente minutes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 août 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Sur la récidivedes kystes para-ovariens. — Hystérectomie vaginale pour un cas de cancer de l'utérus. — Rapport sur divers faits de polydactylie; discussion. — Présentation

de malade opéré avec succès par la trépanation. — Fracture directe du pariétal droit avec plaie et enfoncement circonscrit; accidents méningitique au dixième jour; trépanation; cessation immédiate des accidents; guérison. — Carcinome ulcéré du sein chez un homme; ablation; guérison.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la discussion sur la récidive des kystes para-ovariens, M. Desprès écrit que la malade qu'il a opérée d'un kyste uniloculaire de l'ovaire est aujourd'hui complètement guérie et ne présente plus trace de sa tumeur.

M. Polaillon a traité, en 1880, une malade ayant un kyste du para-ovarium. Une ponction pratiquée dans ce kyste en fit sortir environ un litre de liquide. La malade parut guérie pendant trois ans. Au bout de ce temps, des douleurs se manifestèrent dans le ventre et le liquide se reproduisit; M. Polaillon dut pratiquer la laparotomie, qui amena la guérison définitive. Voilà donc encore un exemple de récidive de kyste para-ovarien après la ponction, récidive tardive puisqu'elle n'a eu lieu qu'au bout de trois années.

— M. Gillette, à l'occasion des faits récents d'hystérectomie vaginale communiqués par MM. Tillaux, Terrier et Trélat, présente un gros utérus cancéreux dont il a pratiqué l'ablation par le vagin le 25 juillet dernier.

La malade, âgée de 50 ans, commit les plus graves imprudences, comme de se lever la nuit qui suivit l'opération et, quatre jours après, pour faire le tour de sa chambre. Malgré ces imprudences, elle est aujourd'hui complètement rétablie. Elle n'a pas présenté le plus petit accident, sauf pendant le cours de l'opération.

M. Gillette a fait construire un nouvel instrument, *préhenseur* et *tracteur* de l'utérus, qui permet d'attirer commodément, de fixer et de ne point lâcher cet organe, ce qui rend cette opération des plus faciles.

— M. Polaillon donne lecture d'un rapport sur divers faits de polydactylie consignés dans un travail adressé par M. le docteur Guermonprez (de Lille) L'auteur conseille et pratique la désarticulation des doigts surnuméraires, afin de prévenir la reproduction plus ou moins complète des phalanges amputées dans la continuité, phénomène qui a été constaté par divers observateurs et qui s'explique par la conservation du point d'ossification supérieur de la phalange. L'ossification continue à se faire après l'ablation de la diaphyse phalangienne et reconstitue une partie de l'os retranché.

M. Guermonprez dit que la meilleure incision pour ces amputations est l'incision en raquette, de manière à contourner le pli d'opposition, quand il s'agit du pouce. Quand il s'agit d'un auriculaire supplémentaire, la plaie opératoire doit être linéaire. Enfin, M. Guermonprez conseille, avec tous les chirurgiens, d'éloigner la cicatrice de la face palmaire, afin que cette cicatrice ne devienne pas douloureuse pendant la préhension.

Par plusieurs observations, M. Guermonprez prouve que l'amputation d'un doigt surnuméraire n'est pas une opération de complaisance, mais une opération utile, parce que le doigt anormal gêne les fonctions de son congénère et contribue à lui donner une mauvaise forme et une mauvaise direction.

Mais l'indication de supprimer les doigts surnuméraires n'est pas seulement une question d'esthétique et une question de bon fonctionnement de la main, c'est encore une question de retour à la conformation normale pour la descendance des polydactyles. On sait que la polydactylie est héréditaire. Or, en enlevant pendant l'enfance les doigts surnuméraires, on a chance de préserver les enfants que procréera l'opéré d'une difformité semblable à celle qu'il portait lui-même.

En dernier lieu, M. Guermonprez constate que l'ouverture d'une articulation phalangienne ou métacarpo-phalangienne ne présente aucun danger pour l'avenir de cette articulation. Nélaton avait déjà montré que les plaies pénétrantes des petites articulations des doigts se guérissent ordinairement sans ankylose. A plus forte raison, les plaies chirurgicales que l'on panse d'après la méthode antiseptique se guérissent-elles sans compromettre les fonctions des doigts.

M. le rapporteur propose d'adresser à l'auteur une lettre de remerciements et de reproduire dans le rapport les figures qui accompagnent le travail très intéressant de M. Guermonprez. (Adopté.)

Une courte discussiou suit le rapport de M. Polaillon.

M. Magitot ne partage pas l'opinion de M. Guermonprez admise par M. le rapporteur, d'après laquelle il faudrait opérer les polydactyles dans le but de garantir leur descendance de la transmission héréditaire de cette malformation. Il pense que l'opération n'aura aucun influence sur cette préservation, les effets des traumatismes chirurgicaux ou accidentels n'étant pas transmissibles à la descendance des sujets qui en ont été atteints.

M. Polaillon fait observer que cette question est encore très obscure. Cependant il existe des faits qui tendent à prouver que des mutilations accidentelles de la main peuvent se transmetttre aux descendants des individus mutilés. On cite, entre autres, l'observation d'un mutilé de la main qui eut des enfants présentant à leur naissance cette même mutilation et qui eurent, à leur tour, des enfants pareillement mutilés. Donc des lésions traumatiques peuvent se transmettre héréditairement par des malformations. Les Chinois obtiennent, par des mutilations exercées sur des animaux, des monstruosités qui se transmettent et créent ainsi de nouvelles races de ces animaux. Il est donc probable qu'en supprimant, par une opération, certaines malformations que des enfants présentent à leur naissance, on pourra prévenir la transmission de ces malformations à leur descendance; il y a là une indication opératoire digne d'intérêt.

M. Magitot répond à M. Polaillon que cette thèse est contredite par un très grand nombre de faits. Il existe des peuplades qui se mutilent régulièrement la main; or, on n'a jamais observé que leurs enfants naissent avec un doigt de moins. Ce n'est pas la mutilation qui fait la race, mais la sélection.

Les races de chiens sans queue, celles des moutons ou des bœufs sans cornes, ne sont pas obtenues par la mutilation, mais par la sélection. On accouple les individus qui naissent avec cette malformation accidentelle, et la malformation se reproduit ainsi dans la descendance.

Quant à la mutilation, M. Magitot lui dénie toute influence. Il a assisté à des expériences qui ont duré quinze ans; on coupait la queue à des rats pour voir si l'on pourrait créer ainsi une race de rats sans queue; pendant quinze ans, les produits de ces rats ainsi mutilés ont présenté, à leur naissance, une queue aussi longue que celle de leurs ancêtres.

Les lésions traumatiques artificielles ou accidentelles ne se transmettent donc pas dans la descendance des individus qui les ont subies.

M. de Saint-Germain appuie l'opinion de M. Magitot, et rappelle, à ce sujet, que l'on ne voit pas les enfants nés de parents israélites venir au monde sans prépuce.

M. Polaillon fait observer qu'il s'agit ici d'une simple question de probabilité, non de certitude; il n'y a pas d'inconvénient, en somme, à opérer les polydactyles, que ce soit ou non dans le but d'empêcher leurs descendants de naître avec ce vice de conformation.

— M. Championnière présente un malade auquel il a pratiqué avec succès la trépanation des os du crâne, pour remédier à des accidents graves produit par une fracture de cet os. Les accidents épileptiformes, la monoplégie brachiale, l'aphasie et la perte de la mémoire présentés par ce malade, ont disparu à la suite de cette opération.

— M. le Secrétaire général Chauvel donne lecture d'un travail de M. le docteur Dieu, médecin principal de l'armée, membre correspondant, intitulé : *Fracture directe du pariétal droit avec plaie et enfoncement circonscrit; accidents méningitigues au dixième jour; trépanation; cessation immédiate des accidents; guérison.*

M. le Secrétraire général annonce que la question des indications encore obscures de la trépanation sera mise à l'ordre du jour, au retour des vacances, par un grand rapport de M. L.-Championnière sur cet intéressant sujet.

La Société de chirurgie ne se réunira plus qu'une seule fois, mercredi prochain, avant les vacances qu'elle a l'habitude de prendre chaque année à cette époque.

— M. Gillette présente à la Société le moule en cire Baretta et les photographies

d'un *carcinome ulcéré du sein gauche* chez un homme de 64 ans opéré par lui, à l'hôpital Tenon et aujourd'hui guéri.

« Les tumeurs du sein, chez l'homme, dit M. Gillette, sont relativement assez rares, comparées à celles du sexe féminin; mais cependant, depuis la thèse d'agrégation (1872) de notre vice-président, M. Horteloup, un assez grand nombre de cas ont été observés. M. Poirier, dans sa thèse inaugurale plus récente, les a décrites avec soin. La tumeur dont je vous présente le moule datait de six ans, et n'étaient les hémorrhagies dont elle était le siège, par suite des ulcérations, cet homme n'aurait pas songé à se faire débarrasser de cette masse de la grosseur d'une poire allongée en forme de champignon irrégulier et mamelonné, car elle ne donnait lieu à aucune douleur locale, irradiée ou provoquée ; on pouvait même frapper à sa surface sans que le malade s'en ressentît. Du côté du creux axillaire, une légère induration, mais pas de ganglion proprement dit.

« L'opération par le bistouri n'offrit aucun incident à noter. Les pansements ont été faits avec la *solution d'aseptol* au 1/100e et, après lavage caustique, avec la même solution au 1/20e. Depuis le mois de janvier, j'ai fait un nombre considérable de pansements avec ce nouveau liquide antiseptique et sauf quelques éruptions, qui parfois ont été très prononcées, et sauf le grand inconvénient que ce liquide a d'attaquer les instruments qui y sont plongés, j'ai eu à me louer des résultats que j'en ai obtenus.

« La nature *histologique* de cette tumeur était celle du *carcinome fibreux* (squirrhe). M. Gillet, mon interne, en a fait l'étude microscopique et a rencontré les particularités suivantes : « Au-dessous du derme, les faisceaux de tissu conjonctif renferment des cellules, les unes allongées et solitaires, les autres plus ou moins arrondies et en groupe; les mailles du strome limitent des *alvéoles larges* contenant des cellules presque toutes arrondies à un ou plusieurs noyaux; par le raclage, et à l'état frais, on constate ces mêmes cellules, granuleuses, sans membrane d'enveloppe, uni ou pluri-nuclées. »

« Le *carcinome fibreux* est, en effet, une des formes les plus fréquentes que l'on rencontre dans le sein, chez l'homme; mais cette variété me semble avoir cela de particulier qu'elle est peu active, qu'elle est moins grave que chez la femme, qu'elle évolue plus lentement du moins, qu'elle tend à se généraliser moins rapidement et qu'elle laisse, par conséquent, plus de temps à l'intervention chirurgicale.

« J'en ai observé 7 ou 8 cas de cette nature et tous avec les mêmes caractères.

« Tout récemment, un homme de 78 ans venait, dans mon cabinet, me consulter pour un néoplasme identique datant de six ou sept ans, ulcéré par place, mais ne donnant pas lieu à des hémorrhagies assez inquiétantes, de sorte que je refusai de l'opérer.

« La récidive a lieu ici, comme chez la femme, mais d'une façon moins maligne; ainsi, je viens d'opérer en ville un malade d'une quarantaine d'années trois fois dans l'espace de deux ans. La première opération fut facile, la seconde nécessita le raclage de deux côtes et, à la troisième opération, le néoplasme embrassant l'artère et la veine axillaire, je ne jugeai pas possible, dans le cours de l'opération, de pousser plus loin la disssection et il me fallut laisser une partie de la masse attenant au paquet vasculo-nerveux. Il y a six mois que cette dernière opération est faite et l'évolution de la masse néoplasique restante se fait lentement, mais finira par entraîner, sans aucun doute, la mort du malade.

« Ces différences de caractères cliniques (moins de douleurs, moins d'irradiations, moins de tendance à l'envahissement des ganglions) et ces différences relatives à la récidive plus lente chez l'homme me paraissent tenir certainement à ce que le sein est ici moins important, dans tous ses éléments, au point de vue anatomique et physiologique. Il n'en est pas moins vrai que ces tumeurs sont très malignes, que, par conséquent, elles assument tous les caractères qui leur sont propres et que nous devons, s'il y a indication, ne pas négliger d'en pratiquer l'ablation de bonne heure. » — A. T.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Lœwenberg : Du traitement des suppurations mastoïdiennes sans trépanation. — II. Correspondance. — III. L'Epidémie cholérique de 1885. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Du traitement des suppurations mastoïdiennes sans trépanation (1),

Par le docteur Lœwenberg.

Les faits que je viens d'exposer brièvement, surtout la présence constante de micrococcus dans l'otorrhée, m'ont logiquement conduit à opposer un *traitement antiparasitaire sous forme d'antisepsie rigoureuse* aux inflammations mastoïdiennes suppurées, greffées sur des otites moyennes. Le traitement que j'emploie à cet effet, combiné avec la tympanotomie, comprend *plusieurs points* dont quelques-uns sont nouveaux. Dans les cas que je vais relater plus loin, j'ai employé l'*ensemble thérapeutique suivant :* Injections de propreté vigoureuses, variant de fréquence selon l'abondance de l'écoulement ou le plus ou moins de viscosité des matières. Emploi pour ces injections d'une solution tiède de sublimé très étendue d'eau ou d'acide borique à saturation. Immédiatement après ce nettoyage, insufflations de poudre impalpable d'acide borique ou bien instillations de la *solution sursaturée d'acide borique dans l'alcool absolu* dont j'ai proposé l'emploi contre l'otorrhée dans mon travail rappelé plus haut (2), et que j'ai eu la satisfaction de voir adopter par d'éminents confrères. Voici comment je prescris cette solution (ou plutôt ce mélange) :

R. Alcool absolu (ou à 98°).....	100 grammes.
Acide borique en poudre *impalpable*...	20 grammes.

Agiter avant de s'en servir.

L'alcool ne dissolvant à la température ordinaire que de 3 à 4 p. 100 d'acide borique, l'excédant de ce dernier corps forme un dépôt, et il faut agiter le flacon au moment de l'instillation pour bien mélanger les deux substances. Contrairement à la règle générale de n'introduire aucun liquide froid dans le fond du conduit auditif, sous peine de provoquer des sensations pénibles et même de l'inflammation, on peut employer ce mélange à la température de la chambre, l'alcool étant, à ma connaissance, le seul corps que l'oreille supporte ainsi.

Dans les cas qui nous occupent ici, le tympan est toujours perforé naturellement ou artificiellement, et le but de l'instillation est de mettre le liquide en contact avec les parois de la caisse et même des cavités mastoïdiennes. La sensibilité de ces parties varie selon les individus ; il est donc prudent de commencer par étendre le mélange avec un volume égal d'eau pour tâter la sensibilité du malade. Mais il faut se hâter d'augmenter, aux applications suivantes, la concentration du médicament, et passer le plus vite possible, à l'usage de l'alcool boriqué non étendu d'eau que le malade tolère, en général, au bout de peu de temps. J'insiste sur ces détails, ayant vu par les publications de plusieurs confrères anglais et américains qui ont adopté mon procédé, qu'ils se servent d'alcool trop dilué pour obtenir tout

(1) Suite. — Voir les numéros des 28 juillet et 8 août 1885.

(2) *Loc. cit.*, 306.

©BIU Santé

l'effet que cette médication peut donner, (v. à cet égard surtout l'observation n° IV).

Il faut qu'à chaque instillation la tête du malade repose sur le côté sain, et qu'il garde le liquide dans cette position au moins pendant dix minutes. On remplira le conduit en entier pour pouvoir employer le plus de substance active possible.

Quant au *choix des deux remèdes* qui se trouvent associés dans cette médication, voici comment je le motivais dans mon travail (1) : « Familiarisé depuis longtemps avec l'excellente action de l'alcool dont j'ai introduit l'emploi dans le traitement des otites moyennes purulentes vers 1867, j'expliquais autrefois sa grande puissance modificatrice vis-à-vis de la muqueuse de la caisse par la déshydratation et par la coagulation des liquides albuminoïdes imbibant les cellules. J'attribue maintenant une valeur thérapeutique non moins puissante à la remarquable action antiseptique de l'alcool. » Je la crois infiniment plus énergique qu'il ne paraîtrait d'après les expériences in vitro, mais je me vois obligé, pour ne pas donner un développement trop considérable à ce Mémoire, de renvoyer le lecteur aux réflexions que j'ai présentées à ce sujet dans mon travail sur l'ozène (2). Ce que j'ai dit (*loc. cit.*) concernant l'acide borique, serait à répéter ici, quant à cette substance, et s'appliquerait également à l'alcool. J'ajouterai seulement qu'il semble résulter de certaines publications qu'on a expérimenté l'action microbicide de ce corps dans des vases *ouverts*, sans tenir compte de sa volatilité ni de son affinité pour l'eau, en vertu desquelles sa concentration diminue rapidement dans ces conditions, de même que son pouvoir antiparasitaire. Ces expériences ne seraient donc aucunement probantes quant à l'action antiseptique de l'alcool.

Si la forme liquide du médicament que je recommande facilite sa pénétration, d'après les lois de la pesanteur, dans la caisse et jusque dans une partie plus ou moins étendue des anfractuosités de l'apophyse mastoïde, la présence simultanée du dépôt excessivement fin d'une substance solide assure un contact permanent avec les surfaces malades auquel j'attribue la plus grande importance. Le mélange étant instillé, la poudre d'acide borique, momentanément suspendue dans le liquide par l'agitation préalablement imprimée au mélange, se dépose bientôt à la partie la plus déclive, par conséquent dans la position prescrite ci-dessus, sur la membrane du tympan, et à travers sa perforation, le long des parois de la caisse et plus ou moins aussi de ses annexes. Elle constitue ainsi une réserve de substance antiseptique agissant à mesure que le muco-pus sécrété la dissout, point que je considère comme d'autant plus capital que l'alcool, comme je l'ai indiqué plus haut, s'affaiblit rapidement en vertu de la volatilisation et de l'hydratation, et que son action n'est que passagère, tandis que l'acide borique déposé en poudre se dissout lentement dans les liquides sécrétés et développe ainsi une action antiseptique continue.

Après l'aperçu rapide des principes thérapeutiques adoptés par moi dans le traitement des inflammations mastoïdiennes suppurées, — principes qui recevront un développement spécial à la fin de ce travail, — je ferai passer maintenant sous les yeux du lecteur quelques-unes de mes observations pour montrer la mise en pratique de cette thérapeutique,

(1) *Loc. cit.*, p. 306.

(2) *Union médicale*, 1884.

ainsi que ses résultats. En les parcourant, on se rendra également compte des modifications du traitement nécessitées par la nature spéciale des différents cas.

Dans le grand nombre de ceux où le simple agrandissement d'une perforation du tympan déjà existante, ou l'établissement d'une seconde ouververture en contre-bas d'une première trop haut placée suffisaient pour amener la guérison, je ne relaterai en détail que le suivant, qui m'a paru le plus remarquable :

Observation I. — Sur le point de me rendre au Congrès médical international de Londres, je fus appelé, le 30 juillet 1881, à Étretat (Seine-Inférieure), près de M. de X..., âgé de 70 ans, réalisant bien le type du..... *gravis annis miles..... multo jam fractus membra labore* d'Horace. Depuis sa jeunesse, le malade a une otorrhée à gauche, qui, une fois le stade initial passé, n'avait plus donné lieu à aucun symptôme d'irritation.

Il y a cinq semaines, une inflammation des plus douloureuses s'est déclarée dans l'apophyse mastoïde de l'oreille atteinte; à partir de ce moment, le malade n'a pas cessé d'éprouver dans cette région les plus atroces souffrances, qui ne lui laissaient aucun instant de repos ni de sommeil. En proie à une fièvre presque continue, le vieillard s'est rapidement affaibli, au dire de la famille. Le traitement a consisté en injections de décoction de guimauve, cataplasmes et instillations de glycérine phéniquée.

Examen du malade : Vieillard très faible. Fièvre intense. L'oreille malade s'écarte du plan temporal sous un angle plus grand que l'autre, symptôme caractéristique et qui provient de l'infiltration des téguments derrière le pavillon auriculaire. A l'endroit de l'apophyse mastoïde, vive rougeur et tuméfaction énorme. Toute cette région est très dure au toucher et excessivement douloureuse à la moindre pression. Membrane du tympan rouge et épaissie. En arrière du manche du marteau, et *tout à fait en haut, une perforation un peu plus grande qu'un grain de mil.* Écoulement purulent peu abondant. L'insufflation d'air par la trompe d'Eustache fait sourdre d'épaisses masses purulentes par la perforation. *Après les avoir enlevées au moyen d'une injection, une nouvelle insufflation donne lieu à un nouvel écoulement, et cela se répète autant de fois qu'on recommence ces deux manipulations alternatives.* J'appelle tout particulièrement l'attention sur ce phénomène, qui prouve à mes yeux qu'il y a sécrétion surabondante, c'est-à-dire ne trouvant qu'une issue insuffisante, phénomène que j'ai désigné plus haut comme « rétention relative ».

Dans le cas de M. de X... en particulier, le pus se formait évidemment plus vite et plus abondamment qu'il ne pouvait, à mesure qu'il était produit, s'écouler par la petite ouverture qui me semblait et trop exiguë et trop haut placée.

Dès lors, la nécessité d'intervenir activement pour aider la nature devenait évidente. La durée de mon séjour étant, malheureusement, des plus restreintes, je ne pouvais songer à pratiquer la trépanation, opération trop grave pour me permettre d'abandonner le malade, car, comme M. Schwartze a raison de le dire, les soins consécutifs à l'ouverture de l'apophyse mastoïde ne sauraient être confiés qu'à un chirurgien spécialement expérimenté en otologie (1). D'un autre côté, il fallait absolument tenter quelque chose pour le vieillard à bout de forces, dont les souffrances étaient atroces et l'état des plus inquiétants.

Ayant reconnu la nécessité de procurer au pus un déversoir suffisant et de faciliter aux remèdes l'accès des cavités malades, je pris le parti de débrider largement la membrane du tympan, opération des plus simples et absolument exempte de tout risque. Je fendis cette cloison de haut en bas en comprenant la perforation dans une incision un peu courbe. Un flot de pus sortit immédiatement. A la suite, il y eut un léger soulagement, et, dans une lettre datée du 4 août, le malade m'annonça que, « dès le lendemain de l'opération, il avait éprouve un mieux relatif qui lui avait procuré du calme et un peu de sommeil. »

(1) *Archiv f. Ohrenheilkunde*, XIV, 219.

©BIU Santé

Immédiatement après avoir pratiqué l'incision, je prescrivis le *traitement* suivant : Injections fréquentes, vigoureuses et abondantes d'une solution saturée d'acide borique dans de l'eau tiède, insufflations de poudre impalpable de la même substance et douches d'air de Politzer. Le malade décrivit ainsi l'effet de ces soins : « Depuis le jour de l'opération, mon état est allé en s'améliorant. L'enflure derrière l'oreille tend chaque jour à diminuer, les élancements dans l'oreille ont disparu. L'écoulement du pus se fait facilement, il est toujours assez abondant, mais il me semble qu'il tend à diminuer. En résumé, moins de douleur, plus de calme et les nuits meilleures. »

La continuation du même traitement confié aux soins de M. le docteur Fidelin, d'Etretat, a si bien guéri l'affection de l'apophyse mastoïde que le malade me demanda la permission d'assister, le 3 septembre suivant, à l'ouverture de la chasse.

Depuis lors, aucun symptôme d'irritation n'a plus reparu jusqu'à ce moment (juillet 1885). L'écoulement datant de la jeunesse du malade, par contre, se montre réfractaire au traitement à l'alcool, qui ne donne ici aucun résultat curatif. M. de X... ne supporte même pas cette substance extrêmement diluée! Ce fait constitue une exception presque unique dans ma pratique, l'alcool étant, sinon le seul remède actif dans les otorrhées, du moins de tous les liquides le plus généralement utile, et surtout le mieux toléré par l'organe malade! On ne parvient, chez ce malade, à diminuer l'écoulement que par les insufflations d'acide borique en poudre fine.

Réflexions. — Au moment où je vis M. de X... pour la première fois, son cas présentait assurément assez de gravité pour motiver, conformément aux idées courantes, la trépanation immédiate de l'apophyse; les douleurs et la tuméfaction étaient excessives et duraient depuis cinq semaines. Il y avait, de plus, une fièvre intense et le malade, — septuagénaire, ne l'oublions pas, — était à bout de forces. Or, les auteurs compétents considèrent la trépanation comme absolument nécessaire lorsqu'on se trouve en présence des symptômes suivants : Rétention du pus dans l'oreille moyenne, fièvre et maux de tête (1), même quand il n'y a pas d'altération extérieure à l'apophyse.

Obs. II. — Je ne fais que résumer brièvement l'histoire d'un autre cas présentant beaucoup d'analogie avec le précédent. J'ai réussi à guérir par l'établissement d'une contre-ouverture à la partie inférieure du tympan (déjà perforé spontanément en haut et en arrière du manche du marteau), et par le traitement subséquent à l'alcool sursaturé d'acide borique, un autre vieillard de 69 ans. Ce malade près duquel je fus appelé le 10 avril 1884 par mon distingué confrère, M. le docteur Ch. Loiseau (de Paris), présenta des troubles mastoïdiens prolongés et extrêmement inquiétants, accompagnés de douleurs intolérables et continuelles qui empêchaient le sommeil d'une manière absolue. La perforation artificielle se ferma rapidement, et il fut nécessaire de la rétablir par deux fois.

Le 5 juin suivant, guérison complète. Les deux perforations, naturelle et artificielle, sont cicatrisées; le tympan est beau et luisant, et l'ouïe est absolument normale. Ce dernier résultat est d'autant plus précieux que le malade est depuis longtemps tout à fait sourd de l'autre oreille. La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Obs. III. — M. X... âgé d'une trentaine d'années, grand, blond et bien musclé, mais pâle et d'aspect lymphatique, se présente à ma consultation pour la première fois le 8 janvier 1883. Depuis l'âge de 6 ans, il est atteint d'un écoulement de l'oreille droite dont les complications mastoïdiennes fréquemment répétées ont empoisonné l'existence du malheureux malade. Ce sont, depuis de longues années, des crises de douleurs effroyables, revenant presque tous les mois et résultant de poussées inflammatoires du côté de l'apophyse mastoïde droite; bref, la vie est devenue insupportable. Le malade

(1) V. les traités de Politzer, Urbantschitsch et autres, et les travaux de Schwartze, Knapp, etc.

© BIU Santé

me dit qu'il a subi des traitements de toute nature, et *qu'il a même été trépané trois fois.*

A l'inspection, on trouve sur l'apophyse mastoïde l'ouverture d'un trajet fistuleux dans lequel un stylet fin en baleine entre à une grande profondeur. Une seconde fistule s'ouvre à la partie postérieure et supérieure du conduit auditif osseux, mais son orifice extérieur est masqué par des végétations polypoïdes. Les parois de ce canal sont enflées au point de laisser entrevoir une faible partie seulement du fond du méat. Le tympan se trouve presque entièrement détruit. Ecoulement d'un pus fétide par le conduit et par les deux ouvertures fistuleuses. Ce liquide, examiné avec un excellent système à immersion homogène 1/18 de la maison Hartnack et Prazmowski, présente beaucoup de micrococcus très fins et quelques petites bactéries.

Traitement : Destruction des végétations polypoïdes au moyen du galvano-cautère à action latérale que j'avais primitivement imaginé pour les fosses nasales et les amygdales (1), et dont la forme est également très commode pour détruire des végétations ou des polypes implantés sur les parois du conduit auditif, par conséquent insérés latéralement. Injections d'une faible solution de sublimé dans la fistule extérieure. Instillations d'alcool absolu sursaturé d'acide borique dans le conduit. Douches d'air de Politzer. L'emploi de cette excellente méthode de traitement présente chez M. X... un inconvénient se rencontrant chez beaucoup de personnes qui ont une seule oreille malade et rendant l'usage de ce procédé extrêmement pénible, quelquefois même impossible. Chaque insufflation entraîne la pénétration violente de l'air dans l'oreille saine, bien qu'on ait soin d'obturer le conduit auditif avec le doigt. Comme beaucoup de malades chez lesquels ce fait se présente, M. X... redoute les chocs assez pénibles produits par cette poussée dans l'oreille saine, mais il est tourmenté bien plus encore par la crainte qu'ils n'y déterminent de l'irritation. Pour obvier à cet inconvénient que depuis vingt ans on s'efforce vainement d'écarter, j'ai imaginé un procédé nouveau basé sur l'action d'un second courant gazeux agissant sur la face externe du tympan sain au moment même où l'air insufflé par le nez frappe la face interne de cette membrane. (V. ma 4e communication au Congrès otologique international de Bâle.) Les deux chocs simultanés tendent à déplacer la membrane du tympan sain en sens contraire, et on lui évite tout ébranlement. L'insufflation ainsi pratiquée devient donc, par le fait, unilatérale, en d'autres termes, son effet reste circonscrit à l'oreille malade. L'usage de ce procédé appliqué dans le cas qui nous occupe, permet à M. X... de se servir de la poire à air sans appréhension ni danger.

Au bout de quelques mois de ce traitement combiné, il y a guérison complète. Les douleurs, de même que la sécrétion, ont disparu, et le conduit auditif est libre. Les deux trajets fistuleux sont cicatrisés ; leurs ouvertures demeurent fermées. A la place de la perforation du tympan, il s'est formé un tissu cicatriciel. L'ouïe même qui avait été nulle pendant vingt-quatre ans, est revenue, dans une faible mesure, il est vrai : ma montre dont une oreille saine perçoit le tic-tac à environ 1 mètre 50, est entendue à quelques centimètres. La santé générale de M. X... sérieusement ébranlée par vingt-quatre années de souffrances, s'est relevée d'une façon surprenante, de même que son moral qui avait été gravement atteint par la même cause, et le malade est heureux et reconnaissant.

La guérison, confirmée vers le mois de mars 1883, se maintient à l'heure présente.

Ce cas est d'autant plus intéressant que la thérapeutique conforme aux principes établis dans ce travail a eu raison d'une affection des plus graves et qui avait résisté pendant près d'un quart de siècle à tout autre traitement, même à la trépanation trois fois répétée ! (*A suivre.*)

(1) *Union médicale*, 1881. — Je profite de l'occasion pour ajouter que j'utilise le principe de l'incandescence unilatérale également pour diminuer la longueur de la *luette* lorsque, pour une raison quelconque, je ne veux pas recourir aux instruments tranchants. Je soulève alors cet organe avec la plaque de platine et brûle en fermant le circuit.

©BIU Santé

CORRESPONDANCE

26 juillet 1885.

Mon cher Richelot,

Thorens nous a fait le récit des suites funestes d'un duel auquel il a assisté. La blessure a produit une pleurésie qui a nécessité l'empyème ; elle a suffi à la mort. N'y a-t-il pas lieu de recommander, aux médecins assistants, quelques précautions qu'on est tenu de prendre dans toute opération? Nous exigerions que les fleurets fussent flambés ou passés à l'acide phénique, et que les combattants, comme le font les chirurgiens, se passassent les mains à l'eau phéniquée. Les médecins doivent emporter de l'eau phéniquée qu'on appliquera immédiatement sur la blessure. Nous voudrions que les pistolets et les balles fussent soumis à la même désinfection. On se bat quelquefois pour des motifs qui touchent si peu à l'honneur, qu'on a droit à des précautions jugées nécessaires pour la moindre opération. On regarde si les lames ont le fil, nous demandons qu'elles soient propres, médicalement.

Tout à vous

P. Duroziez.

On a été plus loin que notre excellent confrère M. Duroziez, dans la voie qu'il indique. On a proposé aux jeunes époux de passer leur première nuit sous le spray phéniqué.

L'Epidémie cholérique de 1885.

Le choléra à l'Académie. — L'épidémie de la malpropreté. — La réforme de la loi sanitaire de 1850. — L'organisation du service médical permanent à Marseille. — La morbidité et la mortalité espagnole.

Dans sa communication, si précise par les détails et si modérée par la forme, M. Brouardel a voulu, intentionnellement sans doute, éviter l'ouverture, actuellement encore prématurée, d'un débat académique, inévitable d'ailleurs, sur l'épidémie marseillaise.

En effet, l'heure ne peut être utilement employée aux éclats d'une brillante discussion; elle devrait appartenir plutôt aux améliorations effectives et définitives de l'hygiène de cette ville; et, ajouterais-je, d'autres villes en apparence moins mal partagées.

L'éminent président du Comité consultatif d'hygiène a donc été bien inspiré en provoquant une démarche solennelle de l'Académie de médecine auprès des pouvoirs publics. Quelle en sera l'efficacité?

L'expérience en témoigne et ce serait naïveté d'insister; la docilité aux avis des hygiénistes ne compte guère en France au nombre des vertus administratives. Par ce vote, l'Académie faisait patriotiquement une œuvre d'utilité sociale; mais je crains bien, qu'à l'exemple des précédentes, cette sollicitation ne soit très platonique et que la loi de 1850 ne devienne pas encore, comme son rapporteur le demandait à cette époque, « une loi « d'ordre public et d'humanité qui n'aspire qu'à faire modestement et peu à peu, avec « intelligence et charité, un bien réel et pratique aux plus malheureux enfants de la « patrie commune. » Il y a loin de la coupe aux lèvres et des promesses du législateur aux réalités de la pratique.

Puisse le prochain Parlement tenir compte du vote académique! A ce vœu, il serait peut-être utile d'en ajouter un autre, en ce temps de comités et de manifestes électoraux, ce serait de voir des citoyens avisés en inscrire la nécessité sur le programme de leurs futurs candidats. Puissent-ils même aller jusqu'à en imposer le mandat impératif! Pour une fois, la première sans doute, l'hygiène retirerait un bénéfice de la politique et de ses débats!

D'ici là, l'Administration recevra ce vœu, le numérotera, l'enregistrera, le cataloguera et le placera avec les autres dans le carton vert aux oublis, où dorment paisiblement les plus fameux projets de réforme sanitaire. L'épidémie, comme les précé-

© BIU Santé

dentes, aura tout le temps de s'atténuer, puisque telle est son habituelle évolution, et nos concitoyens oublieront le mal indien jusqu'à la prochaine épidémie.

Les administrés auront donc pris patience, à la grande satisfaction des bureaux qui nous gouvernent. Un certain nombre aura bien pris la mort ! Mais, bast ; ils se cholérisent en paix, grâce à une organisation au moyen de laquelle on peut ne tenir aucun compte des avertissements officiels du corps savant, qui, en matière d'hygiène et de médecine, est un des premiers de l'Europe !

Et d'ailleurs, le niera-t-on ? On trouvera même des individus pour reprocher aux hygiénistes leur légitime impatience ; ou bien, comme dans l'affaire Ferran, des écrivains mal emplumés pour mettre tous les torts du côté des médecins !

Dès le début de l'épidémie marseillaise, nous avons, ici même, signalé l'existence de quelques cas de morbidité et de mortalité suspectes dans le chef-lieu des Bouches-du-Rhône, dans le milieu du mois de juin ; et, par conséquent, avant toute déclaration officielle du choléra. M. Brouardel insiste sur ce point, et cette partie de son savant rapport provoque un retentissement bien mérité. Elle va faire la joie des unicistes ; mais, avant de conduire le deuil de leurs adversaires, ils devraient vérifier s'il n'existerait pas une fissure marseillaise, analogue à cette fissure toulonnaise qui, l'année dernière, donna passage au mal indien.

Ce point mérite éclaircissement, par notre temps de tolérance quarantainaire en faveur des provenances espagnoles débarquant à Marseille. D'ici là, leur triomphe sera prématuré, les dualistes seront en droit de ne pas se déclarer vaincus, et l'unicité du mal marseillais avec un choléra nostras de forme maligne restera bien problématique.

Quoiqu'il en soit, un seul point est acquis à l'heure actuelle : l'insalubrité du chef-lieu des Bouches-du-Rhône, du fait de l'insouciance municipale, et j'ajouterai de l'indifférence du pouvoir central pour vaincre les résistances locales. Bon gré, mal gré, satisfaits ou mécontents, les Marseillais doivent en convenir : l'épidémie dont ils sont victimes mérite le surnom du *choléra de la malpropreté*.

Jusqu'ici, ce choléra se fait bénin. Le nombre des décès reste modéré, bien que croissant. Il s'est élevé le 6 août à 26 ; le 7 à 33 ; le 8 à 30 ; le 9 à 17 ; le 10 à 35 ; le 11 à 39 et le 12 à 17. Par contre, dans la journée du 13, la situation a paru s'aggraver.

Les journaux politiques ont fait connaître les dispositions officielles destinées à assurer le service des secours médicaux. Il en est une qui serait digne d'être signalée aux autres municipalités. Elles y trouveront un exemple dont elles pourraient, à l'occasion, tirer profit... Je m'explique : chacun se souvient, à coup sûr, de l'appel qui fut adressé, en 1884, aux médecins parisiens ; chacun se rappelle une circulaire préfectorale dans laquelle M. Camescasse réclamait l'organisation, dans chaque quartier, d'un service médical permanent ; enfin, personne n'a pu oublier, même parmi les plus enthousiastes, que ce service était gratuit et ne devait donner lieu à aucun honorarium.

Les municipalités, chargées de cette organisation, tablaient donc sur le traditionnel dévouement du corps médical. C'était économique... A Marseille, on est plus généreux.

Le service médical des quatorze postes, qui sont ouverts en permanence, ne donne droit à aucune indemnité officielle durant le jour. Par contre, les deux médecins qui desservent le poste pendant la nuit reçoivent chacun un honorarium de quarante francs. Le pharmacien voisin du poste, et dont l'officine reste ouverte la nuit, reçoit une rétribution de trente francs. Les Sociétés d'arrondissement et ceux de nos confrères qui ont l'oreille des municipalités parisiennes pourront utilement signaler cet exemple aux municipalités parisiennes.

En *Espagne*, l'épidémie augmente quotidiennement depuis huit jours. A en juger par les statistiques officielles, malgré leur inexactitude et les oublis de leurs rédacteurs :

Le 7 août, il y avait eu 4,721 invasions et 1,703 décès ; le lendemain, 4361 cas et 1,643 décès ; le 9 août, 4,179 cas et 1,523 décès ; le 10 août, 3,715 cas et 1,386 décès, et, dans ces totaux, la morbidité de Saragosse s'élevait à 1,042 cas ; celle de Grenade à 604 cas, et la mortalité respective de ces provinces à 546 et 279 décès.

Le 12 août, le nombre des invasions a été de 4,495 ; celui des décès de 1,579. Enfin,

©BIU Santé

le 13, la morbidité, augmentant encore, s'est chiffrée par 4,487 cas et la mortalité par 1,673 décès.

A l'étranger, on signale encore 2 décès cholériques en *Angleterre* : l'un dans le Northumberland; l'autre à Bristol. Ici, du moins, quelle que soit la bonne volonté qu'on y mette, on ne peut placer l'étiologie de la maladie dans les causes locales seulement.

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. le docteur Boucheron, ancien interne des hôpitaux, adresse une note intitulée : *De l'épilepsie d'origine auriculaire. — Contribution à l'étude de l'otopiésis (compression auriculaire)*.

« Il existe, chez l'homme et les animaux, des crises épileptiformes qui ont pour origine une affection de l'oreille ou, plus exactement, une excitation des nerfs acoustiques.

Ces épilepsies auriculaires doivent être rapprochées de l'épilepsie de Brown-Séquard, par excitation d'un nerf sensitif cutané.

« Dans l'espèce humaine, l'épilepsie auriculaire peut se manifester :

« 1° Chez les jeunes enfants, pendant l'évolution de l'affection d'oreille qui détermine la surdi-mutité.

« A cet âge, les crises épileptiformes sont les analogues des crises convulsives méningitiformes.

« 2° Dans la seconde enfance, pendant le cours de diverses affections de l'oreille, avec surdité légère ou grave.

« 3° Chez l'adulte, où l'épilepsie auriculaire, toujours accompagnée d'une affection d'oreille, forme une des variétés de l'épilepsie tardive.

« Chez les animaux, l'épilepsie auriculaire s'observe assez souvent chez les chiens, les chats et quelques autres animaux domestiques.

« L'épilepsie auriculaire est caractérisée :

« 1° Par des convulsions épileptiformes présentant toutes les variétés connues dans l'épilepsie pure, avec ou sans chute, avec ou sans *aura*.

« 2° Par une affection d'oreille (catarrhe tubo-tympanique), catarrhe purulent de la caisse avec otorrhée, bouchon cérumineux, lésion du rocher, du labyrinthe, etc., etc., avec surdité mono-auriculaire ou bi-auriculaire plus ou moins marquée.

« C'est là le signe distinctif de l'épilepsie auriculaire d'avec l'épilepsie pure.

« 3° Chez le jeune enfant, la mutité s'ajoute à la surdité, dont les crises épileptiformes ont été un symptôme.

« Les signes précurseurs des crises épileptiformes sont souvent des symptômes auriculaires : surdité plus prononcée, bourdonnement, vertiges auriculaires, sensation de pression dans les oreilles, etc.

« L'intelligence reste intacte.

« L'évolution de l'épilepsie auriculaire, dans les cas observés par nous, a été une marche progressive vers la guérison;

« Mais avec des rechutes assez éloignées, correspondant aux rechutes de l'affection d'oreille.

« Les convulsions épileptiformes d'origine auriculaire ont pour cause une excitation directe ou réflexe des nerfs auriculaires, soit à leur terminaison dans l'oreille, soit le long de leur trajet intra-crânien, soit à leur origine bulbaire, soit peut-être dans leur trajet intra-cérébral, chez des sujets prédisposés et dans des conditions données.

« De la même manière que l'épilepsie de Brown-Séquard a pour cause l'excitation du trijumeau, l'excitation des nerfs sensoriels de l'oreille se transmet au mésocéphale, met en jeu les centres moteurs de cette région et provoque ainsi la crise convulsive épileptiforme.

© BIU Santé

« — Il est intéressant de déterminer les modes les plus fréquents de l'excitation des nerfs auriculaires chez l'homme et les animaux.

« Chez l'homme, le mode d'excitation le plus commun est le même que celui qui produit les crises convulsives pseudo-méningitiques. L'enfant ou l'adulte est pris de catarrhe naso-tubaire *à frigore* ou rubéolique, scarlatineux, typhoïdique, syphilitique, etc. Les trompes d'Eustache s'oblitèrent par gonflement de la muqueuse, le vide aérien se produit dans la caisse tympanique (par résorption de l'air y contenu).

« Alors la pression atmosphérique sans contrepoids presse de 1 kilogramme sur la membrane tympanique (qui a environ 1 centim. carré de surface), et cette pression est transmise par les osselets au liquide labyrintique et aux nerfs labyrinthiques, qui sont à la fois comprimés (surdité) et excités comme tous les nerfs comprimés.

« Cette excitation transmise au mésocéphale produit, chez les sujets prédisposés, des crises convulsives épileptiformes ou méningitiformes, ou vertigineuses. Ce mécanisme de compression et d'excitation des nerfs auriculaires (mécanisme otopiésique) est important à connaître à cause de ses conséquences pratiques.

« Le point de départ de la compression étant le vide aérien de la caisse tympanique, en faisant cesser le vide aérien par l'insufflation d'air à travers les trompes d'Eustache, on fait cesser la compression labyrinthique et l'excitation épileptogène des nerfs auriculaires.

« Un autre mode de compression excitatrice des nerfs auriculaires est le suivant : Un corps étranger du conduit auditif externe, un bouchon cérumineux peut presser sur le tympan, et cette pression est transmise par les osselets au liquide labyrinthique et aux nerfs labyrinthiques. — Tillaux cite le cas d'un homme qui tomba sur un champ de courses avec des convulsions, et il n'avait qu'un bouchon cérumineux.

« Chez les animaux, chez les chiens en particulier, les crises épileptiformes ont généralement pour cause, comme l'ont démontré Mégnin et Nocard, un bouchon cérumineux renfermant des acares particuliers (chorioptes ecaudatus). La présence des acares rend la maladie contagieuse dans les chenils.

« Les crises apparaissent quand le bouchon cérumineux est porté sur la membrane tympanique par la pression et le grattage du cartilage de l'oreille, le chien étant au repos, ou chez le chien en chasse, par les mouvements violents de la course, l'échauffement et le glissement de la masse cérumineuse.

« Pour Nocard, l'excitation cérébro-spinale de l'animal en chasse serait une cause prédisposante de la crise convulsive.

« L'excitation des filets du trijumeau et du pneumo-gastrique dans les conduits auditifs externes par l'acarus pourrait aussi être mise en cause (il y aurait là une zone épileptogène cutanée).

« La suppression des bouchons cérumineux et des acares par le naphtol (Nocard) fait cesser immédiatement chez les animaux les crises d'épilepsie auriculaire.

« Les travaux de Nocard sur l'épilepsie auriculaire du chien, sur l'apparition des crises, sur leur guérison par la disparition des acares, forment la partie expérimentale de nos propres recherches et montrent que l'on peut reproduire chez les animaux l'épilepsie auriculaire en se mettant dans les conditions révélées par l'observation. Ces recherches, faites par un observateur compétent et habile, m'ont dispensé de refaire à nouveau les expériences.

« Quand l'excitation des nerfs auriculaires a pour cause un néoplasme intra-crânien, un processus méningitique, une nécrose du rocher, une hémorrhagie labyrinthique, une suppuration, une ossification du labyrinthe (Politzer), l'épilepsie auriculaire n'est guère facile à modifier.

« En résumé, l'oreille peut être, dans certaines circonstances, une région épileptogène, et l'excitation des nerfs auriculaires peut produire des crises épileptiformes, chez l'enfant en bas âge, dans la deuxième enfance et dans l'âge adulte. Ces épilepsies d'origine auriculaire existent aussi chez les animaux, chiens, chats, etc.

« Ces épilepsies auriculaires se distinguent non par la physionomie des crises convulsives, qui sont analogues à celles de l'épilepsie pure, mais par l'existence d'une affection

©BIU Santé

de l'oreille avec surdité légère ou grave ou une surdi-mutité. — Chez l'adulte, les épilepsies auriculaires forment une variété de l'épilepsie tardive.

« L'excitation épileptogène des nerfs auriculaires peut se produire de plusieurs manières. Le mode le plus intéressant au point de vue pratique est le suivant :

« A la suite d'un catarrhe naso-tubaire de causes variables, il se produit une obstruction de la trompe, puis le vide aérien dans la caisse par résorption de l'air non renouvelé. La presssion atmosphérique, n'ayant plus de contrepoids, presse de un kilogramme contre la membrane tympanique, laquelle transmet la pression par la chaîne des osselets au liquide labyrinthique et aux nerfs qui y sont plongés. C'est là l'excitation par pression intra-auriculaire ou par otopiésis (Boucheron).

« La cessation du vide aérien par l'introduction de l'air fait disparaître la pression, et l'excitation des nerfs auriculaires et la crise épileptiforme.

« Un autre mode, c'est la pression exercée sur la membrane tympanique et, par conséquent, sur le labyrinthe par un corps étranger, cérumen simple, cerumen renfermant des acares. (Mégnin, Nocard.)

« Ce mode est rare chez l'homme et habituel chez les animaux. La thérapeutique de ces cas est facile.

« Il n'est pas aussi facile de modifier l'excitation épileptogène des nerfs acoustiques, quand elle est produite par les tumeurs, les processus méningitiques, les fractures, carie, nécrose du rocher, les hémorrhagies, suppuration du labyrinthe, ossification (Politzer) et autres processus graves. »

M. le docteur J. Ferran adresse la lettre suivante à M. le Secrétaire perpétuel, au sujet du procédé de vaccination contre le choléra :

« Retenu à Madrid, je n'ai pu m'occuper des statistiques demandées par la commission du prix Bréant; mais je viens de faire un petit séjour à Valencia et j'y ai laissé ce travail en préparation. Tenant à ce que ces documents soient aussi exacts et soignés que possible, je n'ai pas pu les avoir tout de suite; mais je crois pouvoir vous en promettre l'envoi dans un délai de huit jours.

« J'ai l'honneur de vous adresser ci-jointe une note au sujet d'un vaccin chimique contre le choléra asiatique, que je vous prie de présenter à l'Académie. »

M. Vulpian présente, au sujet de cette lettre, les observations :

« Je crois que la commission du prix Bréant regrettera que M. Ferran n'ait pas compris le sens de la note insérée dans le dernier *Compte rendu* de l'Académie. La commission n'a pas demandé les statistiques de M. Ferran, mais les statistiques officielles émanant des autorités espagnoles. Il est à souhaiter que, sur une question comme celle du choléra, qui intéresse à un si haut point l'humanité tout entière, le gouvernement de l'Espagne tienne à honneur d'éclairer d'une façon complète toutes les nations sur la valeur des vaccinations de M. Ferran. »

FORMULAIRE

Traitement du diabète azoturique. — Demonge.

Les médicaments anti-dénutritifs ont fourni d'excellents résultats. Tels sont le sulfate de quinine, l'arsenic (12 gouttes de liqueur de Fowler), la valériane. Le professeur Bouchard la prescrit sous forme d'extrait, à doses élevées. Il commence par 8 grammes, à doses fractionnées dans la journée, et il monte rapidement jusqu'à 20 et 30 grammes dans les vingt-quatre heures. — L'opium, qui s'est montré efficace dans certains cas, a l'inconvénient de fatiguer l'estomac et de faire perdre l'appétit. Le fer et le quinquina, quoique utiles dans une certaine mesure, sont insuffisants administrés seuls.

A l'aide d'un régime approprié, qui occupe en réalité la première place dans la thérapeutique, il faut avant tout combattre la dénutrition excessive de l'organisme. Le repos absolu au lit constitue un adjuvant utile. Dès qu'on aura réussi à enrayer la désassimilation, les autres symptômes disparaîtront à leur tour. — N. G.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion de l'ASSOMPTION, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Dimanche 16 août 1885.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 21 juillet, sont nommés :

Au grade de chevalier. — Le docteur Dubout et le docteur Féraud, médecins de 2e classe de la marine, pour services rendus à Madagascar.

— Sont nommés :

Au grade d'officier. — M. Vintras (Achille), docteur en médecine, médecin en chef de l'hôpital français de Londres et médecin de l'ambassade française.

Au grade de chevalier. — MM. Miquel (Pierre), chef du service micrographique à l'observatoire de Montsouris ; Peyron (Louis-Ernest), docteur en médecine, Directeur de l'Assistance publique.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS. — Pendant les vacances, le secrétariat de la Faculté sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures, du mercredi 5 août au samedi 10 octobre 1885. Pendant cette même période, M. le secrétaire recevra tous les mercredis de une heure à trois heures.

La bibliothèque de la Faculté et le musée Orfila seront ouverts : 1° pendant le mois d'août 1885, tous les mardis seulement, de midi à quatre heures : 2° du 1er septembre au 10 octobre inclusivement, le mardi, le jeudi et le samedi de chaque semaine, de midi à quatre heures.

— Le sujet donné aux élèves de l'École des beaux-arts dans la section d'architecture pour le grand prix de Rome de cette année est : « Une Académie de médecine. »

NÉCROLOGIE. — On nous annonce la mort de M. le docteur G. Restellini, premier chirurgien de l'Hôpital-Majeur de Milan et professeur de clinique chirurgicale au même hôpital.

BUREAU DE BIENFAISANCE. — MM. les médecins du XIVe arrondissement de Paris sont informés que, le jeudi 20 août 1885, il sera procédé, dans l'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.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Voici la liste des lauréats de la Faculté de Nancy pour l'année scolaire 1884-1885 :

Première année : Prix, M. Friant ; mention honorable, MM. Riche et Legrain.

Deuxième et troisième années : prix d'anatomie et physiologie, M. Eugène Licht.

Quatrième année : M. Ruotte.

Prix de l'internat (fondé par le docteur Bénit), M. Beauquel ; mention honorable, M. Haushalter.

— Le samedi 1er août a eu lieu l'inauguration du buste de Guerrier de Dumast, dans la cour du palais de l'Académie, à Nancy. Ce buste a été élevé à la mémoire du savant lorrain qui a tant fait pour obtenir la création des Facultés des lettres et des sciences ; puis, plus tard, celle de la Faculté de droit. L'illustre Dumast avait toujours eu la passion la plus vive pour la nationalité lorraine, et c'est grâce à sa ténacité que la capitale de la Lorraine obtint du gouvernement le rétablissement, pour ainsi dire la résurrection de son ancienne Université.

Les événements de 1870-1871 ont ajouté aux trois Facultés existantes une Faculté de médecine et complété l'Université lorraine tant rêvée par Guerrier de Dumast.

Son buste est l'œuvre d'un très jeune et habile artiste lorrain, Schiff, qui s'est déjà fait remarquer à Nancy et au Salon de Paris. (*Gazette des hôpitaux*)

— Sont admis à prendre part aux épreuves orales du concours pour l'obtention des bourses de licence près le Muséum d'histoire naturelle : MM. Censier, Lelandais, Loubignac, Marion, Sigaut et Vasticar.

©BIU Santé

— Par arrêté préfectoral, en date du 25 juillet 1885, ont été nommés médecins de l'état civil de la ville de Paris :

Pour le XIIIe arrondissement, MM. les docteurs Mangenot et Joseph.

Pour le XXe arrondissement, M. le docteur Miguet.

— Par arrêté préfectoral, en date du 18 juillet 1885, le bureau de bienfaisance du XIVe arrondissement de Paris est dissous : il sera immédiatement procédé à sa reconstitution.

Troisième congrès international d'otologie a Bale. — *Prix Lenval.* — 1° M. le baron Léon de Lenval à Nice offre la somme de 3,000 francs comme prix accordé à l'auteur « de la meilleure application des principes microphoniques à la construction d'un appareil facilement portatif et améliorant l'audition des malades. »

2° Les instruments destinés à concourir pour ce prix doivent être envoyés, avant le 31 décembre 1887, à l'un des membres soussignés du jury désigné par le troisième Congrès international d'otologie, à la demande de M. le baron Léon de Lenval.

3° Seront seuls admis à concourir pour ce prix des instruments complètement achevés. A l'examen il sera tenu compte de la perfection de la construction mécanique, de la juste observation des lois de la physique et principalement de l'amélioration de la faculté auditive produite par ces appareils.

4° La publication du jugement du jury, ainsi que la remise du prix, aura lieu au quatrième Congrès international d'otologie à Bruxelles en septembre 1888.

5° Si aucun instrument n'était reconnu comme ayant mérité le prix, le jury se réserve le droit de provoquer un nouveau concours en 1888, jusqu'au moment de la réunion du prochain Congrès international d'otologie.

Les membres du jury : Prof. Dr E. Hagenbach-Bischoff, président du jury, Bâle (Missionsstr. 20) ; Dr Benni, Varsovie (16 Bracka) ; Prof. Dr Burckhardt-Merian, Bâle (42 Albanvorstadt) ; Dr Gellé, Paris (20 avenue de l'opéra) ; Prof. Dr Adam Politzer, Vienne (I. Gonzagagasse, 19).

Société médico-psychologique (*Année 1886*). — Prix Aubanel. — Question proposée : « De la coexistence, chez une même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique) au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale ». — Valeur, 2,400 fr.

Prix Belhomme. — A décerner au meilleur travail manuscrit sur « l'idiot » et de préférence « aux lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie ». — Valeur, 1,200 fr.

Prix Esquirol. — Valeur, 200 fr. plus les œuvres d'Esquirol ; au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — Valeur, 200 fr., au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé ou à la meilleure thèse inaugurale publiée en 1885 sur une question de pathologie mentale ou nerveuse.

Les mémoires manuscrits ou imprimés doivent être adressés, dans les formes académiques, avant le 31 décembre 1885, à M. Ritti, médecin de la maison de Charenton.

Hopital Saint-Antoine. — M. le docteur Prengrueber commencera à l'hôpital Saint-Antoine, le jeudi 20 août 1885, des leçons de clinique chirurgicale à dix heures précises du matin et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— M. Ch. Rohrer, pharmacien de 2e classe, marié, sans enfants, demande une place de gérant d'une pharmacie, remplaçant ou premier élève. — S'adresser au Bureau du Journal.

Surtout après les grandes chaleurs, nous estimons que dans les affections de l'estomac, particulièrement dans les maladies consomptives, on retirera des avantages sérieux de l'emploi de reconstituants qui, comme le *vin de Bayard* à la peptone phosphatée, semblent bien faits pour augmenter la résistance organique de chaque individu.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Association française pour l'avancement des sciences. — Discours de M. le professeur Verneuil. — II. Revue des Journaux. — III. L'Epidémie cholérique de 1885. — IV. Sociétés médicales des départements. — V. Académies et Sociétés savantes : [Société de chirurgie. — VI. Courrier.

Association française pour l'avancement des sciences.

QUATORZIÈME SESSION A GRENOBLE.

Discours de M. le professeur Verneuil.

Mesdames, messieurs,

Ceux d'entre vous qui connaissent mon faible penchant pour les honneurs doivent être assez surpris de me voir présider aujourd'hui l'Association française, car si je n'ai jamais refusé le labeur ni la lutte, j'ai toujours voulu travailler et combattre en humble ouvrier ou en simple soldat, sans désir ni prétention de dominer les autres.

Un jour, plusieurs d'entre vous m'ont dit qu'il fallait pourtant prendre le commandement, et, pour m'y décider, ils ont prononcé les deux mots magiques qui nous servent de devise : Ils m'ont affirmé que, dans les limites de mon influence, je pouvais être utile à la patrie et à la science françaises, et voilà pourquoi je suis pour quelques jours à votre tête.

Une fois mon parti pris, j'ai dû penser à vous faire un discours, comme l'usage le commande, et à choisir un sujet capable de vous intéresser quelques instants. Les sciences biologiques m'en devant fournir le sujet, je n'avais que l'embarras du choix. Il m'eût suffi, par exemple, d'ouvrir les livres d'un de nos compatriotes ayant nom Claude Bernard, Pasteur, Charcot, Davaine ou Villemin, pour y trouver matière à une œuvre oratoire, où j'aurais pu, sans chauvinisme, exalter les grandeurs de la science française moderne, que nos ennemis se plaisent sottement à dire en pleine décadence.

Mais j'ai songé aussi à la profession que j'exerce et cru bon de vous parler de médecine, et de vous en parler en médecin. La tentative ne laisse pas que d'être hardie. En effet, c'est comme savant que je suis investi de la dignité présidentielle, et c'est comme tel que je dois pérorer.

Or, vous n'ignorez pas qu'on a voulu exclure la médecine du cercle des sciences pour la ranger simplement parmi les arts. Il ne faut pas remonter le cours des siècles pour rencontrer cette opinion singulière. Quelques contemporains très haut placés et fort éminents, j'en conviens, l'ont professée, au reste, sans l'appuyer sur des arguments bien solides.

Je ne vois guère de meilleure occasion que celle-ci pour protester et pour inscrire résolûment parmi les sciences cette partie des connaissances humaines, qui sert à nous introduire dans le monde et à nous y maintenir le plus longtemps possible, à développer, à entretenir, à restaurer, à protéger nos organes, — celle qui nous rend toujours des services, sans jamais nous nuire, — celle enfin qui joint à ses mérites propres le bienfait de conserver en bon état et en bonne santé les savants mêmes qui en médisent et la dénigrent.

Mais, direz-vous, ce préjugé contre la médecine n'existe point dans notre compagnie; l'Association française compte dans ses rangs un grand nombre de médecins; sa deuxième section est exclusivement consacrée aux sciences

©BIU Santé

médicales; enfin, sur les quatorze présidents qu'elle a désignés jusqu'à ce jour, cinq au moins avaient le diplôme de docteur.

Ce dernier détail paraît décisif, mais je ferai observer que c'est comme chimistes, physiologistes ou anthropologistes que nos éminents confrères ont parlé dans les séances solennelles précédentes, et que nul ne vous y a entretenu de la médecine telle qu'elle se pratique tous les jours. Et pourtant, que de choses à dire pour la vulgariser, la répandre, en démontrer la valeur, — que d'efforts à faire pour dissiper la quantité de préjugés et d'erreurs qui règnent encore à son égard dans les masses populaires! Chose singulière! de toutes les sciences appliquées, la médecine, qui est incontestablement la plus utile, se trouve être la plus contestée; c'est la plus difficile et c'est celle sur laquelle tout le monde se croit capable de discourir, je devrais dire plutôt de divaguer.

Et puisque je parle de préjugés, permettez-moi de combattre quelques-uns des plus anciens, des plus répandus et des plus fâcheux. Ils ont trait à la chirurgie, sur laquelle je puis discourir pertinemment.

Vous n'êtes pas sans savoir qu'à une époque indéterminée, mais fort reculée, on a divisé l'art de guérir en deux branches, la médecine proprement dite et la chirurgie.

A chaque siècle, il s'est trouvé de grands esprits pour déplorer cette scission et en démontrer les dangers, mais ils ont prêché dans le désert, et plus nous allons, plus il semble que la séparation s'accentue.

Les médecins avouent, sans rougir, ne rien connaître à la chirurgie, et les chirurgiens, s'ils ne le proclament pas, prouvent, hélas! trop souvent, qu'ils ne savent guère de médecine.

Tout le monde est complice de cet état de choses, tout le monde en souffre, mais personne ne s'en plaint. Il est même curieux de voir comment le public (et j'entends par là la masse commune des citoyens, depuis le membre de l'Institut jusqu'au prolétaire) juge la dichotomie en question, et fait à sa manière le parallèle entre les deux branches de l'art de guérir.

Vous entendez d'abord beaucoup de gens vous dire avec un imperturbable sérieux qu'ils croient à la chirurgie et non à la médecine, et quand vous leur demandez pourquoi, ils vous répondent non moins gravement que la chirurgie est un art positif et la médecine un art conjectural; que la première fait tous les jours des progrès, tandis que la seconde n'a pas avancé depuis Hippocrate; que le chirurgien agit à ciel ouvert et voit ce qu'il fait, tandis que le médecin procède à l'aveugle sur des organes profonds, inaccessibles, mystérieux, etc.

Après cet hommage flatteur rendu à la chirurgie, vous allez croire que le patient accorde toute sa confiance à ceux qui la pratiquent. Il n'en est rien: sur vingt sujets auxquels nous offrons les secours de notre adresse et de notre arsenal, quinze pour le moins commencent par refuser, et si quelque médecin, quelque apothicaire, un rebouteur, voire un simple herboriste fait entrevoir la guérison avec des simples, des emplâtres, l'omnipotent massage, ou les courants plus ou moins continus, l'apôtre convaincu de la chirurgie se met aussitôt entre ses mains.

Un second préjugé consiste à croire que les affections chirurgicales ne sont justiciables que des moyens violents, soit le fer, soit le feu. Aussi compare-t-on souvent le chirurgien à un boucher ayant du sang jusqu'au poitrail et taillant la chair à grands coups. Quelques patients, plus mal élevés que les autres, et pensant faire de l'esprit à nos dépens, nous trai-

tent de charcutiers, sans songer qu'ils s'assimilent alors, irrévérencieusement et sans y être forcés, à l'immonde pourceau, le plus impur des quadrupèdes.

Or il suffit de parcourir un service où l'on admet indifféremment toutes les affections du ressort de la pathologie externe pour se convaincre qu'un grand nombre de malades sont soignés et guéris sans perdre un millimètre de leur peau, ni une goutte de leur sang, les uns à l'aide de médicaments internes ou externes tout semblables à ceux qu'on emploie en médecine, les autres par les seules ressources de ce qu'on appelle la petite chirurgie, c'est-à-dire par une série d'actes manuels fort bénins et qui ne portent nulle atteinte à l'intégrité des organes.

Pour les contusions, les entorses, les plaies légères, les brûlures superficielles, les inflammations circonscrites, nous nous contentons d'appliquer des topiques variés ; pour les blessures plus graves, les inflammations plus profondes, nous employons les pansements perfectionnés antiseptiques e antiphlogistiques et les révulsifs : sangsues, ventouses, vésicatoires volants ; mais nous faisons jouer le plus grand rôle au repos, au régime, à la position des membres, à l'immobilisation rigoureuse de la partie malade, etc.

Pour les fractures, les luxations, les affections articulaires qui forment un si gros contingent, l'action manuelle est indispensable, mais le sang ne coule pas encore et, dans l'immense majorité des cas, le traitement n'utilise que des agents inoffensifs : les bandes, les compresses, les substances solidifiables et les appareils orthopédiques.

Si de la chirurgie générale nous passons aux spécialités, nous retrouvons la même proportion entre les moyens doux et les opérations violentes ; en ophthalmologie, en otologie, en laryngologie, en urologie, en gynécologie même, la médecine opératoire intervient relativement si peu que les spécialités en question sont exercées tout aussi bien par des pathologistes internes que par des chirurgiens de profession. Quant à la dermatologie, qu'on exclurait difficilement de la pathologie externe, extérieure si l'on veut, chacun sait que les opérateurs ne s'en occupent point.

Je ne suis pas en mesure de fournir des relevés numériques capables de satisfaire les statisticiens, mais je crois pouvoir dire que sur cent malades qui consultent un chirurgien ou entrent dans ses salles, un quart à peine, un cinquième ou un sixième plutôt, subissent une opération véritable.

Il y a loin de là à l'opinion qui assimile un service chirurgical à une succursale de l'abattoir.

D'après une imputation plus sérieuse, non seulement les chirurgiens opéreraient sans cesse par passion, par habitude, par métier, tout comme les voyageurs voyagent et les présidents président, mais de plus ils feraient maintes fois des opérations inutiles ou qu'ils pourraient du moins facilement éviter. C'est à qui citera des faits accusateurs. Celui-ci raconte qu'ayant été grièvement blessé, on lui a présenté l'amputation comme indispensable : il a refusé et il a conservé sa vie et son membre. Celui-là avait une tumeur : l'ablation devait être la seule planche de salut, quelques frictions et quelques pilules l'ont guéri.

Un troisième cite l'exemple d'un ami qui portait au cuir chevelu une innocente loupe ; un chirurgien ayant conseillé et pratiqué l'extirpation, un érysipèle est survenu qui a entraîné la mort en quelques jours. Un quatrième accuse la chirurgie d'avoir abrégé une existence qui lui était chère.

CBIU Santé

Sa vieille mère supportait tant bien que mal une tumeur du sein, avec laquelle elle aurait pu vivre quelques mois, quelques années peut-être. Un opérateur promet la guérison, on le laisse faire, et, au bout d'une semaine, on porte en terre la pauvre femme.

Il y a quelques quinze ans, ce qu'on appelle tout Paris s'émut fort du fait suivant : un avocat bien connu allait partir pour la campagne, son chirurgien pratique sur lui, en courant pour ainsi dire, la petite opération du cathétérisme : quatre jours après, on commanda les billets de faire part.

Je pourrais remplir des pages entières de récits de ce genre, que chacun répète et colporte avec plus ou moins de malveillance et qui compromettent singulièrement l'honneur et la dignité professionnelles. Mais je crois mieux faire en examinant en toute sincérité le vrai et le faux de ces préjugés et de ces allégations qui peuvent se résumer de la façon suivante : *confiance irraisonnée dans la chirurgie, suspicion blessante et injuste contre les chirurgiens.*

Je ne m'arrêterai pas à discuter la fréquence plus ou moins grande des opérations. Tant qu'elles seront nécessaires, leur nombre ne prouvera rien ni pour ni contre leur légitimité. Un praticien très répandu opère beaucoup parce que beaucoup de malades ayant besoin d'être opérés viennent à lui. Un jour de grande bataille, le chirurgien militaire le plus conservateur abat cinquante membres et en abattrait cent si ses forces et son temps le lui permettaient. Lorsque aux siècles passés la saignée était fort en honneur, les barbiers saignaient du matin au soir parce que les médecins ne daignaient pas ouvrir la veine.

La question n'est pas de savoir si nous opérons *souvent*, mais bien si nous opérons *trop souvent*. Car la quantité par elle-même ne constitue pas l'excès, et, si l'on condamne l'abus, personne ne songe à proscrire l'usage. Qu'avons-nous donc à répondre?

Reconnaissons d'abord franchement que certains cas traités par l'opération auraient pu guérir sans elle; tels : une fracture compliquée pour laquelle nous amputons, une tumeur blanche pour laquelle nous réséquons. Mais sommes-nous coupables d'avoir amputé ou réséqué? Nullement, car si nous avons pris le couteau et la scie, c'est en nous appuyant sur le calcul des probabilités. La conservation nous offrait vingt chances de salut; le sacrifice du membre en promet quarante; en expropriant ce membre pour cause d'utilité générale, nous avons agi en véritables conservateurs.

Sans doute on pourra dire que parfois ce calcul des probabilités qui nous sert de guide est faux; que pour les fractures de cuisse par armes à feu, par exemple, il est parfaitement démontré de nos jours que l'amputation considérée par nos pères comme pouvant seule sauver la vie, la compromet au contraire, beaucoup plus que la conservation, — que d'ailleurs les probabilités peuvent changer d'un moment à l'autre par l'introduction ou la suppression d'un facteur, — qu'ainsi la fracture compliquée de la jambe dont la guérison sans opération était fort problématique, il y a vingt ans, se comporte de la manière la plus bénigne sans la moindre intervention chirurgicale depuis qu'elle est pansée antiseptiquement. D'où cette conclusion que le chirurgien qui, en 1885, amputerait d'emblée certaine jambe brisée, commettrait la même faute que le chirurgien qui, en 1860, ne l'eût point aussitôt coupée.

Je rappelle ces faits aux amis trop bienveillants de la chirurgie, qui lui accordent une précision et une sûreté qu'elle ne possède malheureusement pas encore.

Combien serait longue, en effet, la liste de nos incertitudes, de nos hésitations, des difficultés de tous genres qui nous attendent quand nous voulons porter certains diagnostics, poser certains pronostics; juger enfin l'efficacité d'un traitement et l'opportunité d'une opération.

Si dans les cas précédents, où la vie est en danger pressant, on opère quelquefois mal à propos, la faute en est souvent à la théorie qui est encore indécise, et le praticien peut se croire excusable; il l'est moins dans la circonstance suivante :

Pour un cas de moyenne gravité, il propose une opération; le patient la refuse, consulte ailleurs, fait un traitement pharmaceutique, n'emploie que des moyens doux, et finalement guérit. Le public en pareille occurrence est très sévère à notre égard; pensant que l'opération n'était pas nécessaire puisqu'on a pu s'en dispenser, il nous blâme vertement de l'avoir conseillée. Nous nous défendons en invoquant l'impuissance ordinaire ou la lenteur des traitements de douceur, les sollicitations des patients qui sont toujours pressés de retourner à leurs affaires ou à leurs plaisirs, qui n'ont jamais le temps de se soigner, et qui ne se gênent pas d'ailleurs pour nous accuser de traîner leur mal en longueur quand nous parlons de le traiter pendant des semaines, des mois ou des années.

Certainement nous n'avons pas toujours tort, mais le vulgaire non plus. D'abord nous faisons parfois des erreurs de diagnostic, prenant, je suppose, un accident tertiaire pour un néoplasme, puis des erreurs de pronostic, considérant comme au-dessus des ressources de la nature ou de la thérapeutique, ce que l'une ou l'autre, isolées ou réunies, peuvent parfaitement guérir. Puis quelques-uns manquent de persévérance, car il faut bien le dire, s'il y a des clients impatients, il y a aussi des chirurgiens trop pressés, et si les premiers disent : *Time is money*, je soupçonne les autres de murmurer tout bas : *Operation also is money*.

Il y a un moyen bien simple d'éviter les erreurs de pronostic, et par suite les commentaires malveillants ; c'est de proclamer l'opération, comme le public le fait d'ailleurs, la ressource extrême, l'*ultima ratio*, et de ne l'appliquer qu'après avoir épuisé tous les moyens moins sévères.

Or, sans vouloir calomnier mes confrères, j'affirme que bon nombre d'entre eux n'agissent pas ainsi. Pour justifier l'intervention chirurgicale intempestive ou prématurée, ils se contentent de dire que tous les moyens ordinaires ont été épuisés, mais ils oublient d'énumérer ces moyens réputés infructueux, imitant en cela les bonnes gens qui, pour s'excuser d'aller chez les charlatans et les somnambules, se disent abandonnés de tous les médecins (c'est l'expression consacrée), alors qu'ils ont consulté en passant un ou deux praticiens obscurs, un droguiste, sans compter le vétérinaire ou la sage-femme du lieu,

Maintes fois, en interrogeant des malades qui venaient me consulter pour refuser ou accepter une opération, j'ai été frappé de l'insuffisance des moyens thérapeutiques qui leur avaient été prescrits. Maintes fois, j'ai envoyé ces patients chez le pharmacien, chez le bandagiste, aux stations d'eaux ou sur le bord de la mer, et je les ai vus revenir entiers et bien portants au bout de quelques semaines ou de quelques mois. J'ai toujours été, je l'avoue, très heureux et très fier de ces victoires de l'art conserva-

©BIU Santé

teur. C'est par elles surtout qu'on acquiert la confiance et la reconnaissance des malades qui, par contre, gardent toujours quelque rancune au chirurgien qui les avait condamnés à subir une mutilation superflue.

D'ailleurs, le vulgaire se trompe étrangement quand il nous croit plus intéressés à opérer qu'à guérir. Certes, au point de vue matériel, nous paraissons souvent lésés lorsque, l'heure de la rémunération étant venue, on nous offre généralement quatre fois moins pour avoir conservé laborieusement un membre que pour l'avoir lestement retranché. Mais, en revanche, de quelle autorité jouit, de quel prestige est entouré le chirurgien qui ne recommande jamais de sacrifices inutiles, et auquel l'événement donne raison dans ses pronostics favorables.

A ne prendre qu'un exemple, se figure-t-on quelle gloire recueillerait, quels trésors amasserait celui qui parviendrait à guérir le cancer avec le seul secours des remèdes? Que de coups de bistouri ne faudrait-il pas pour réunir pareille somme d'honneur et d'argent! *(A suivre.)*

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX RUSSES

Echinococcus cérébral. — Le professeur Kowalewsky a observé un cas fort rare et fort curieux d'échinocoque cérébral, qui fut pris pendant la vie du malade pour un néoplasme.

Un boulanger, âgé de 68 ans, à l'entrée à l'hôpital, présentait les symptômes suivants : Moitié gauche de la face légèrement abaissée ; tremblement de la langue ; langage monosyllabique. Le membre thoracique droit était paralysé complètement.

L'épaule correspondante présente une coloration bleuâtre, tandis que le tiers inférieur du bras est rougeâtre. La température est de 1,7° degré, moindre que celle du membre gauche. La paume de la main largement ouverte.

Le membre abdominal du même côté, légèrement parésié. Les réflexes tendineux du côté droit un peu exagérés. Le malade se trouve dans un état d'indifférence complète à tout ce qui se passe autour de lui. Il confond sa chambre et son lit avec ceux de son voisin, se souille de ses matières excrémentitielles. Enfin, artério-sclérose généralisée.

A l'autopsie, on trouve la partie centrale du lobe gauche déprimée profondément, et par conséquent, à sa place, on aperçoit une excavation du volume d'une noix. Le ventricule gauche, cinq fois plus vaste qu'à l'état normal. Les cornes antérieures et postérieures se confondent, en formant une seule excavation dont la concavité regarde en dehors. C'est dans cette énorme excavation que se trouve située une poche à paroi fibrineuse remplie d'un liquide limpide. Le diamètre longitudinal de cette poche = 8,3 centimètres ; — le diamètre transversal = 3 centimètres. Sur les parois et dans la poche même se trouvent des hydatides-filles avec des crochets de cysticerques. Le corps strié et la couche optique gauche sont fortement comprimés et refoulés à droite. Ils occupent la place du troisième ventricule qui a presque complètement disparu.

Le ventricule droit est comprimé, ainsi que le quatrième ventricule.

Les tubercules quadrijumeaux sont refoulés en arrière. Le pont de Varoles comprimé à gauche. Dans d'autres organes, on n'a pas trouvé d'échinocoque.

Ainsi, d'après M. Kowalewsky, ce cas présente ceci d'intéressant que : 1° il est impossible de diagnostiquer la présence d'échinocoques pendant la vie, lorsqu'ils se localisent dans le cerveau ; et 2° que la parésie du langage et des membres dépend non seulement d'une destruction des centres et des conducteurs, mais aussi de leur compression. (*Revue de Médecine*, 10, 1885.) — WINOCOUROFF.

L'Epidémie cholérique de 1885.

Le choléra au Congrès de Grenoble. — M. Chauveau et le ferranisme. — Une exécution scientifique.

Il fallait bien s'y attendre; cette question du choléra demeure à l'ordre du jour de toutes les Sociétés savantes. Elle nous poursuit avec une implacable ténacité et, fatalement, devait offrir matière aux discussions du Congrès de Grenoble.

Quelques membres de cette assemblée, hygiénistes de profession et de conviction, ont entraîné les congressistes à manifester en faveur des travaux de la sous-commission technique de la Conférence de Rome. Rien de mieux que cet enthousiasme, mais aussi rien de bien nouveau.

On a donc, à Grenoble, condamné les quarantaines terrestres et les cordons sanitaires; on a conseillé le système déjà adopté des postes sanitaires et la création d'observatoires médicaux aux débouchés des pays contaminés. Excellentes résolutions, mais aussi victoires faciles pour leurs initiateurs, puisque, sur ce point, l'accord semble fait depuis longtemps entre tous les hygiénistes de l'Association française.

Par contre, le ferranisme n'y rencontre guère, parmi eux, de partisans, ce dont il faut louer ces confrères et ces collègues. Ils ont de bons motifs pour se montrer rebelles aux doctrines espagnoles, et la communication de M. Chauveau donne la raison scientifique de cette résistance.

Avocat autorisé de la prophylaxie des affections virulentes au moyen des virus atténués, M. Chauveau a voulu mettre hors de cause le *principe de cette méthode préventive.* Quoi de plus naturel et de plus important, à l'heure actuelle, pour préserver les doctrines microbiennes de compromissions fâcheuses avec les fantaisies des inoculateurs transpyrénéens? Ceux-ci n'auront guère à triompher de la lecture de M. Chauveau, car, justicier impitoyable, le professeur lyonnais flétrit les mobiles de leurs entreprises commerciales et leurs tergiversations, grâce auxquelles ils voulaient imposer croyance dans un prétendu secret ferranien.

Ici, sans empiéter sur le domaine du distingué collaborateur qui représente l'*Union médicale* au Congrès de l'Association française, il est bon dès maintenant, de prendre note des importantes déclarations de M. Chauveau.

Elles établissent la possibilité et l'innocuité des tentatives d'inoculations avec le liquide de culture des microbes-comma. Par contre, elles démontrent que rien n'autorise à en admettre l'*efficacité* anticholérique, contrairement aux affirmations très paternelles de M. Ferran en sa propre faveur.

M. Ferran choisit le tissu cellulaire comme porte d'entrée de son liquide vaccinal. Ce n'est pas là une découverte, répond M. Chauveau, puisque avant lui on savait par expérience que ce tissu est un milieu résistant à la multiplication de l'agent infectieux. L'élection de ce lieu n'est donc pas une découverte.

La prétendue et puissante efficacité de l'opération ne repose d'autre part que sur des analogies avec les faits bien connus dont la médecine vétérinaire a profité pour l'inoculation préventive de la péripneumonie et du charbon. Ici, encore, il n'y a rien qui puisse légitimer le renom de novateur attribué à M. Ferran par quelques fougueux de ses compatriotes.

Mais, dira-t-on, M. Ferran inocule une quantité relativement grande de liquide, tandis que, dans l'atténuation des autres maladies virulentes, l'injection ne dépasse pas trois ou quatre gouttes? Objection sans valeur qui ne constitue pas un brevet d'invention, puisque la virulence du liquide à inoculer dépend de l'activité de la matière virulente qu'il renferme. Conséquemment, la répétition des inoculations établit surtout et seulement la faible virulence du liquide, sinon sa non virulence. Elle ne possède pas d'autre signification.

De plus, l'atténuation du bacille-comma ne paraît pas être un trait de génie, puisque, au témoignage de M. Chauveau, ce microbe est de ceux dont on modifie facilement l'activité par la chaleur. Voilà donc le mystère ferranien mis au jour.

Quant au rôle des ptomaïnes des bouillons de cultures, rien ne démontre leur puissance anticholérique. M. Chauveau retrouve, dans cette hypothèse, l'idée que naguère

©BIU Santé

il avait émise le premier pour expliquer l'immunité acquise par les fœtus après l'inoculation des mères avec le charbon. De ce côté, la lumière ne nous vient pas du laboratoire d'Alcira.

En résumé, au point de vue microbien, il ne reste plus grand'chose de ces merveilles et de ces innovations que le ferranisme faisait siennes. C'est donc une faillite scientifique dont M. Chauveau vient très opportunément d'ouvrir la liquidation devant le Congrès de Grenoble. — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE NANTES PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE 1884.

Si les séances de ce trimestre ont été moins chargées que celles des autres parties de l'année, elles n'en ont pas moins été remplies par d'intéressantes discussions sur des sujets d'intérêt local : constitution d'une commission des épidémies, observations de cas de cholérine, etc., etc. ; tous sujets d'actualité en 1884.

Le 4 juillet M. Mahot donnait lecture d'une observation *d'épilepsie jacksonienne*, dans laquelle, il existait un épanchement de sang dans la cavité de l'arachnoïde et entre les mailles de la pie-mère ; et le 3 septembre, M. Ollive présentait une importante note sur le *traitement de la sciatique* par les *pulvérisations de chlorure de méthyle*. Ce procédé de réfrigération a donné à Nantes des résultats aussi satisfaisants que ceux que M. Debove observait à Paris.

A ce procédé M. Ollive objecte : le prix élevé de l'appareil, l'apparition de phlyctènes sur la peau qui prend un aspect corné, enfin l'odeur désagréable et persistante du médicament dans la chambre des malades. Ces applications sont des plus douloureuses et provoquent une rougeur intense de la peau ; conséquemment elles agissent comme un puissant révulsif. Doit-on attribuer leur action à la réfrigération ? Doit-on y voir la provocation de phénomènes d'inhibition ?

M. Ollive n'essaye pas d'en discuter l'interprétation ; mais il me semble équitable de rappeler que depuis trois ans M. Brown-Séquard a signalé expérimentalement des suspensions d'activité et des modifications de la sensibilité (analgésie, anesthésie) sous l'influence de l'action locale du chlorure de méthylène ; c'est-à-dire de l'irritation périphérique provoquée par un froid intense : ici donc, il y a bien lieu de croire que la médecine expérimentale n'a pas été sans utilité pour préparer la voie à ces recherches cliniques.

Dans la même séance, M. Bonamy donnait lecture d'une note au sujet de l'emploi des *frictions mercurielles* à haute dose contre les *accidents cholériformes*. Cette médication aurait pour effet d'activer la sécrétion biliaire, ralentie dans ces cas, comme le prouve la coloration blanche des selles. De plus, elle permettrait de ménager le tube digestif et d'éviter les accidents locaux que provoque la méthode hypodermique.

Parmi les autres mémoires que publie le *Journal de médecine de l'Ouest*, organe de ce corps savant, il faut mentionner encore des mémoires de M. Louis Poisson sur les *trépanations* ; — de M. Barthélemy : sur le traitement de la *rage par le hoang-nan ;* sujet que notre confrère a fait sien par son assiduité à étudier les effets du médicament tous les mois ; — enfin, de M. Dianoux, relativement aux *troubles visuels dans le goitre exophthalmique;* mémoire qui a été lu et applaudi au Congrès international des Sciences médicales à Copenhague. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 août 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Rapport sur un mémoire intitulé : « Contribution à l'étude du trépan et des localisations cérébrales » et « Sur une observation de trépanation suivie de succès ». — Rapport

sur une observation intitulée : « Kyste uniloculaire de l'ovaire droit compliqué de grossesse ; quatorze ponctions en dix mois ; accouchement au commencement du neuvième mois ; enfant vivant ; phlegmatia double ; suppuration du kyste ; ovariotomie cinquante-trois jours après l'accouchement ; mort ». — Trépanation pour un abcès du lobe gauche, suite de coup de sabre. — Présentation de malade : Kyste à grains riziformes de la main et du poignet. — — Présentation de pièces pathologiques : Gastrostomie suivie de mort; trépanation.

M. Championnière lit un rapport sur deux mémoires en faveur du trépan, adressés par deux chirurgiens militaires, M. le docteur Linon et M. le docteur Bélime, médecins-majors de 1re classe.

Le travail de M. Linon contient cinq observations de plaies de tête étudiées avec beaucoup de soins chez des indigènes de l'Algérie, accompagnées de dessins remarquables, de photographies, de courbes thermométriques, etc.

Le premier cas est celui d'un indigène atteint de fracture du crâne dans la région fronto-pariétale droite avec monoplégie du bras gauche et conservation de la sensibilité.

M. Linon voit le malade le sixième jour et le trépane le dixième, après avoir constaté la présence d'un enfoncement au niveau de la région des centres. Deux couronnes de trépan permettent l'extraction des esquilles au nombre de cinq. L'opération produit un soulagement marqué, mais les accidents de méningo-encéphalite continuent et le malade meurt le vingt-septième jour après l'opération, avec une hémiplégie gauche complète et un abcès cérébral très large dans la région des centres, surtout au niveau du pied de la deuxième frontale.

La deuxième observation, très complexe, a trait à un enfoncement du pariétal droit avec hémiplégie du côté gauche et méningo-encéphalite, fractures de la base du crâne et mort au huitième jour sans intervention.

La troisième observation est relative à une plaie par coup de feu, une chevrotine ayant traversé la paroi crânienne et tout l'hémisphère transversalement. Mort le troisième jour avec symptômes très complexes. Observation curieuse à cause du peu d'importance de la lésion sous-cutanée et des désordres énormes du côté de l'encéphale.

La quatrième observation est celle d'une petite fille de quatre ans qui, à la suite de coups de bâton sur la tête, eut une fracture du crâne avec hernie et lésions par contre-coup du cerveau. Elle succomba le seizième jour à la méningo-encéphalite, sans intervention.

La cinquième observation est intitulée : fracture du crâne par coup de pioche avec hernie de la substance cérébrale. Perte immédiate de la parole, hémiplégie retardée, abcès gangréneux du cerveau. Résection au troisième jour d'une vaste surface de paroi crânienne en partie fracturée ; drainage du cerveau et de la plaie osseuse ; guérison ; disparition de la paralysie ; aphasie améliorée.

De ses observations, M. Linon conclut que le trépan est une opération de peu de gravité avec les pansements antiseptiques ; — que la guérison est possible, même avec de graves lésions de la convexité des lobes cérébraux ; — que la hernie cérébrale est peu à redouter, même avec de vastes pertes de substance de la voûte crânienne. Conclusions excellentes en elles-mêmes, dit M. le rapporteur, mais qui ne lui paraissent pas découler naturellement des observations précitées.

Le travail de M. le docteur Bélime contient la relation d'une observation de trépanation faite à Bougie en septembre 1883. Elle est intéressante pour l'histoire des localisations cérébrales, et peut se résumer de la manière suivante : plaie contuse du cuir chevelu, compliquée de fracture avec enfoncement du crâne (pariétal gauche), suite de chute d'un lieu élevé ; phénomènes de compression cérébrale huit jours après l'accident ; trépanation, extraction des fragments osseux comprimant le cerveau ; guérison.

Dans ce cas, le chirurgien n'est intervenu qu'après des accidents secondaires. Malgré des accidents primitifs, ce sont les phénomènes inflammatoires qui ont amené l'intervention.

M. le rapporteur, tout en félicitant les auteurs des succès qu'ils ont obtenus par l'application du trépan, pense qu'il importe pour l'avenir de poser des indications qui soient de nature à inspirer plus de hardiesse aux chirurgiens. Suivant lui, les localisations cérébrales peuvent servir non seulement à diriger, mais encore à hâter l'intervention.

©BIU Santé

Depuis que M. Championnière a écrit son mémoire sur les localisations cérébrales, les doctrines qu'il y exposait ont subi peu de changements susceptibles d'intéresser le chirurgien. On a un peu étendu et fixé le domaine des troubles sensoriels, mais la région des centres moteurs est la même, et, comme les procédés que M. Championnière a indiqués permettent, sans nuire au succès, un écart considérable, ils restent excellents pour la recherche des centres.

Quand une paralysie existe seule, sans lésion apparente, on peut espérer, pour des cas très légers, qu'elle sera éphémère et que l'intervention peut être retardée. En tous cas, ce retard ne doit être que de fort courte durée.

Mais si des lésions osseuses manifestes s'ajoutent à des localisations cérébrales qui indiquent le siège exact de la lésion et de l'intervention à venir, pourquoi attendre ?

Non seulement il ne faut pas attendre dans ces cas où la lésion s'offre à l'observateur, mais, dans les cas de traumatisme cérébral, toute paralysie, même médiocrement étendue, dit qu'il faut se hâter.

L'étude des paralysies localisées enseigne en effet que, non seulement il faut sauver le blessé des dangers actuels, mais il faut encore, par une intervention rapide, prévenir les accidents futurs.

Des documents réunis dans le compte rendu de la guerre d'Amérique, et contenant treize mille observations de plaies de tête, il résulte qu'après bon nombre de trépanations retardées chez les individus qui avaient présenté des localisations paralytiques, il se produit des phénomènes de dégénération secondaire ; des paralysies, que l'on croyait guéries, reviennent plus tard avec atrophie, et même il survient des paralysies plus étendues que celles qui avaient précédé. C'est un fait facile à prévoir avec ce que l'on sait de la pathologie cérébrale. Il en ressort évidemment que plus tôt on supprimera la compression ou l'irritation directe du cerveau, plus complète sera la guérison. C'est une notion importante à ajouter à celles mises en avant par Sédillot et par M. Jules Bœckel en faveur du trépan préventif. M. Bœckel a fait neuf fois le trépan préventif, et il a obtenu neuf succès, tandis qu'avec le trépan secondaire, il n'a eu que deux guérisons sur cinq opérations.

Son argument principal en faveur du trépan préventif, c'est son innocuité comparée à la gravité extrême des enfoncements non traités ou traités secondairement. M. Championnière accepte absolument cette manière de voir et, pour sa part, en présence d'un enfoncement bien net, bien avéré, même sans accidents actuels, il se déclare prêt à intervenir. On peut dire, sans paradoxe, qu'avec les doctrines actuelles, il vaut beaucoup mieux recevoir une blessure grave, un enfoncement du crâne avec symptômes violents et immédiats, que d'être atteint d'un enfoncement du crâne médiocre avec symptômes peu marqués.

En effet, dans le premier cas, si l'on rencontre un médecin attentif et résolu, il n'a aucune hésitation à intervenir, coûte que coûte. Mais si, comme il arrive souvent, les accidents du début sont médiocres, on attend plus ou moins, les conditions de l'intervention sont mauvaises et les résultats détestables. Trop souvent, ce sont des agonisants, pour ainsi dire, que l'on vient offrir à l'intervention chirurgicale ; quoi d'étonnant qu'elle soit trop souvent aussi suivie de mort ?

La véritable objection contre le trépan était sa gravité plus grande que celle de la plaie de tête elle-même. Aujourd'hui, il n'y a aucune raison pour qu'il soit plus grave de trépaner que de faire des ostéotomies, des résections de cal et nombre d'opérations sur les os, pour lesquelles on n'hésite pas un instant. Les méninges ne sont pas sensiblement plus irritables que le péritoine ou les synoviales.

Trépaner pour ouvrir un foyer cérébral, même dans les cas où des symptômes corticaux indiquent son siège, ne sera jamais qu'un fait heureux, mais exceptionnel. Mais prévenir des accidents mortels ou l'infirmité secondaire incurable, à l'aide d'une trépanation, est une œuvre à laquelle tout chirurgien doit être préparé chaque jour. Mais, pour agir avec pleine sécurité, au point de risquer une opération qui n'eût peut-être pas été indispensable, il ne faut pas se contenter de procédés de pansements médiocres. Pour l'ouverture du crâne, comme pour celle de l'abdomen, des articulations, des

séreuses, il faut se mettre résolument à l'abri de toutes les suppurations; il ne faut pas être éclectique, il faut être strict observateur des doctrines de Lister.

A l'appui de ses doctrines, et comme document à ajouter aux observations précédentes, M. Championnière met sous les yeux de ses collègues un infirmier de l'hôpital Tenon qu'il a trépané, il y a près de onze ans, et qu'il a présenté à la Société de chirurgie en janvier 1875. La trépanation a été faite largement cinq jours après la blessure. Aujourd'hui, M. Championnière déclare qu'il l'aurait opéré quatre jours plus tôt. Le malade a bénéficié de cette intervention large et rapide, car, après avoir présenté les accidents les plus graves : aphasie, monoplégie brachiale droite, convulsions généralisées, il a guéri sans conserver aucun reliquat de son mal; il n'a ni atrophie secondaire, ni accident épileptiforme. On constate que la plaie très considérable qui lui a été faite par l'application de deux couronnes de trépan et l'extraction d'une large esquille s'est rétrécie; les battements du cerveau, perceptibles au début, ont disparu et la perte de substance est comblée par une membrane très dure, bien que le malade eût 26 ans quand il a été opéré.

M. Championnière termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° *Dans les accidents primitifs*, la trépanation est indiquée pour les enfoncements ne donnant lieu à aucune complication; pour les accidents cérébraux localisés sans plaie ni enfoncement, s'il ne s'agit pas d'accidents éphémères. Lorsqu'il y a plaie de tête et que l'enfoncement peut être soupçonné, il convient d'explorer la plaie, de la nettoyer, de faire les contre-ouvertures nécessaires et de trépaner ou de relever les fragments sans attendre les complications.

2° *Dans les accidents secondaires*, que les accidents soient localisés ou non, la trépanation est indiquée. Elle sera beaucoup moins heureuse que dans les cas précédents, mais ses résultats seront très supérieurs à ceux de l'expectation. Ici se place la question si délicate de l'ouverture des abcès cérébraux, qui se pose, du reste, fort rarement.

Sédillot considérait les accidents épileptiformes comme indiquant souvent une fracture de la table interne, et, de fait, ils indiquent l'irritation des méninges ainsi que celle de l'écorce cérébrale.

Pour la chirurgie du crâne et du cerveau plus que partout ailleurs, il importe d'insister sur la nécessité d'une antisepsie sévère; on doit lui appliquer les principes les plus exacts, éviter les pansements retardés qui font négliger la surveillance.

L'intervention doit être large; par ce moyen seulement, elle sera utile et l'asepsie de la plaie sera rigoureusement assurée.

(La discussion du rapport si important de M. Championnière s'ouvrira au retour des vacances.)

— M. Polaillon lit un rapport sur une observation de M. le docteur Cauchois, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen, intitulée : « Kyste uniloculaire de l'ovaire droit compliqué de grossese; quatorze ponctions en dix mois; accouchement au commencement du neuvième mois, enfant vivant; phlegmatia double; suppuration du kyste; ovariotomie cinquante-trois jours après l'accouchement; mort le huitième jour. »

Il paraît évident à M. le rapporteur que la malade a succombé à une péritonite septicémique. A son avis, ce que l'on sait de l'influence généralement fâcheuse de la grossesse et de l'état puerpéral qui suit les couches, sur la marche des traumatismes accidentels ou chirurgicaux, doit faire rejeter, en principe, toute intervention dans les cas de tumeurs ovariennes compliquant la gestation. L'abstention, dans ces circonstances, lui paraît devoir être la règle générale.

Si le volume du kyste gêne le développement de l'utérus ou empêche l'expulsion du fœtus, la ponction est indiquée. M. Polaillon considère la ponction, faite à de rares intervalles et avec les précautions antiseptiques, comme un moyen à peu près innocent et ne prédisposant en aucune sorte à la suppuration du kyste.

Mais si le liquide se reproduit avec une grande rapidité, si le kyste suppure, ou si on a affaire à un kyste multiloculaire, si, en un mot, on a la main forcée par des accidents qui menacent l'existence du fœtus et celle de la mère, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'ovariotomie.

Comme M. Cauchois l'a dit dans son mémoire, l'état de grossesse doit plutôt hâter que retarder l'intervention opératoire.

L'opération paraît moins grave pendant les premiers que pendant les derniers mois de la grossesse. Elle paraît surtout très grave pendant la période puerpérale qui suit les couches.

Chez la malade de M. Cauchois, l'ovariotomie était indiquée par l'incroyable reproduction du liquide après les ponctions et par l'affaiblissement progressif qui en était le résultat. Mais cette malade n'a été soumise à ses soins qu'à une période avancée de la grossesse et après avoir déjà subi sept ponctions. On comprend qu'il n'ait pas voulu se risquer à faire l'ovariotomie dans ces circonstances et qu'il ait espéré de meilleures conditions après l'accouchement.

« Le retard que j'ai mis, dit M. Cauchois, à pratiquer l'ovariotomie après l'accouchement, m'a amené à opérer dans des conditions mauvaises. Les ponctions auxquelles j'ai eu recours ont provoqué l'accouchement avant terme ; l'enfant est venu très bien portant et il a continué à se bien porter. J'estime donc que l'ovariotomie pratiquée vers la fin du huitième mois ou au début du neuvième, dans le cas particulier dont il s'agit, n'aurait pas été plus préjudiciable à l'enfant si elle avait provoqué l'accouchement prématuré, et eût offert pour la mère, à ce moment, plus de chances de guérison. »

Comme conséquence de cette observation, M. Cauchois est amené à émettre la conclusion suivante à laquelle M. le rapporteur déclare se rallier pleinement :

« Pendant les trois derniers mois de la grossesse, certaines conditions locales ou générales d'un pronostic sérieux, telles que commencement de suppuration du kyste, affaiblissement notable de la malade, etc., devront engager à recourir à l'ovariotomie, qu'on fera de préférence vers la fin du huitième ou le commencement du neuvième mois, pour que l'enfant ait le plus de chances de vie possible, dans le cas où l'accouchement serait provoqué prématurément par l'opération. »

— M. le docteur Chavasse (du Val-de-Grâce) lit une observation de trépanation pour un abcès du lobe frontal gauche. (Comm. MM. Polaillon, Berger, Lucas-Championnière.)

— M. Polaillon présente un malade opéré avec succès d'un kyste à grains riziformes de la main et du poignet.

— M. Marchand présente une pièce pathologique provenant d'un malade auquel il a pratiqué *in extremis* la gastrostomie. Il pense qu'il y aurait lieu de pratiquer cette opération beaucoup plus tôt qu'on ne le fait généralement en France.

— M. Kirmisson présente une pièce pathologique provenant d'un malade auquel il a pratiqué la trépanation.

— La Société de chirurgie entre en vacances jusqu'au premier mercredi d'octobre.

A. T.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 5 août 1885, M. Alix, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 août 1885, la chaire de chimie de la Faculté de Nancy est déclarée vacante.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis-Eugène Forget (de Paris).

DES DIVERSES DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE (Scolioses et mal de Pott), par E. Duval, médecin en chef de l'Institut orthopédique et hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe. 1885.

Cet ouvrage se trouve chez J.-B. Baillière et fils.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Association française pour l'avancement des sciences. — Discours de M. le professeur Verneuil. — II. Bibliothèque. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

Paris, 20 août 1885.

Dans l'*Union médicale* du 16 juillet, a paru un article de M. Vannesson, avocat à la Cour de Paris, ayant pour titre : « La question des Syndicats médicaux ». M. Vannesson y reproduit l'arrêt de la Cour de cassation, aux termes duquel les médecins ne peuvent bénéficier de la loi du 21 mars 1884, et, en quelques lignes, il émet l'avis que les Syndicats médicaux « n'ont plus qu'à se dissoudre, puisqu'ils n'ont aucun caractère légal ».

Cet article, auquel nous n'avons ajouté aucun commentaire, est une consultation que M. Vannesson a bien voulu rédiger sur notre demande, parce qu'un grand nombre de médecins nous priaient de leur dire ce qu'il fallait penser de la situation faite aux Syndicats, par la décision dernière de la Cour suprême. Cette consultation, *purement juridique*, n'engage ni l'Association qui ne l'a pas inspirée, ni même, croyons-nous, les sentiments intimes de son auteur, qui a toujours fait preuve de grand dévouement à nos intérêts professionnels.

Association française pour l'avancement des sciences.

QUATORZIÈME SESSION A GRENOBLE.

Discours de M. le professeur Verneuil (1).

Puisque nous sommes dans la voie des aveux, confessons que certains hommes, à certaines époques et dans certains pays, ont opéré beaucoup trop et que, de nos jours même, le *prurigo secandi* est une maladie sporadique, endémique et épidémique, dont le vaccin n'est pas encore trouvé.

La démonstration n'est pas malaisée à fournir. Au XVIIe siècle, on se mit à faire la transfusion. Ce fut une fureur telle qu'un édit du Parlement, daté de 1668, dut y mettre un terme. Au XVIIIe siècle, on trépanait tout homme qui était tombé sur la tête et qu'on soupçonnait de s'être plus ou moins fêlé le crâne. Pendant les guerres de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci, tout fracas des membres par arme à feu était traité par l'amputation.

A l'époque où j'entrai dans la carrière médicale, la ténotomie faisait rage : on coupait tous les tendons, tous les ligaments, tous les muscles, et dans toutes les régions du corps. On prétendait guérir ainsi les louches, les bègues, les bossus, les bancals et jusqu'aux sourds. La méthode sous-cutanée était alors la selle à tous chevaux, on lui demandait tout; c'était la panacée opératoire.

Un peu plus tard, j'ai vu naître et prospérer la résécomanie. Elle a fleuri surtout en Angleterre et en Allemagne; c'est par centaines que quelques chirurgiens étrangers comptent leurs résections articulaires. En France, on s'est toujours montré plus réservé.

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 août 1885.

©BIU Santé

C'est surtout dans le champ des spécialités que les ultra-opérateurs s'exercent. Vous connaissez tous la célèbre chansonnette :

Dans la gendarmerie
Quand un gendarme rit, etc.

Je ferais injure à votre instruction littéraire si j'achevais. Or, quand un spécialiste opère, tous les spécialistes opèrent ; quand il coupe quelque chose, tous ses collègues le coupent également, sauf à le couper un peu autrement et avec un outillage varié, comme l'atteste le catalogue de nos grands couteliers. Si l'on fonde un jour un musée de médecine opératoire, il faudra d'immenses vitrines pour aligner tous les lithotomes, urethrotomes, hystérotomes et autres machines en *tome*, y compris de petits instruments innominés, destinés à couper les rétrécissements du canal nasal, rétrécissements qui, soit dit sans médisance, n'existent à peu près jamais, ou n'ont pas besoin d'être coupés quand ils existent.

La gynécologie et l'ophthalmologie se disputent la place d'honneur sur ce turf d'un nouveau genre, mais je crois au triomphe de la première. Dans ces derniers temps surtout, on a vu naître, indépendamment des cautérisations si souvent vaines et des débridements du col, d'une utilité si contestable, une opération d'Emmet, une opération de Battey ou d'Hégar, une opération d'Alexander, etc. Les revues, les journaux en parlent, et, en général, les louent; on publie force faits à l'appui, et un gynécologue risque de passer pour un homme de peu, s'il n'a pas quelques observations personnelles à produire.

La facilité avec laquelle se répandent certaines pratiques est en vérité surprenante. Je puis citer entre autres le raclage ou rugination des abcès froids. L'idée théorique en est soutenable, mais la réflexion inspire déjà quelques réserves et il semblerait prudent d'en appeler à l'expérience. Mais, pour cela, il faut attendre, et c'est à quoi la génération présente ne peut pas se résoudre. Alors on a raclé, raclé, et on racle encore, et ceux qui ne raclent pas sont déclarés arriérés et rétrogrades, et, tout en raclant, on pénètre au besoin jusque dans le canal rachidien. Et, bien que l'opération donne des résultats encourageants (c'est la formule courante), le malade raclé va rejoindre ses ancêtres dans un monde meilleur.

Mon dessein n'étant pas de vous donner la chair de poule et d'agiter votre sommeil de la nuit prochaine par un cauchemar affreux, je vous signalerai, en terminant, une manie actuelle qui a au moins le mérite d'être à peu près innocente, n'était que ridicule : je veux parler de l'application des pointes de feu, Cette pratique, succédanée du sinapisme, du badigeonnage iodé et du vésicatoire volant, moyen d'un emploi beaucoup plus simple, rentre dans la médication révulsive, qui nous rend certainement des services ; mais elle en est une forme plus compliquée et surtout exige une mise en scène qui a bien son prix. C'est l'effroi des enfants et ce n'est pas la joie des parents. Pourtant si, dans cet auditoire, cent personnes ont été atteintes d'affections externes, tout me porte à croire que cinquante pour le moins ont reçu les susdites pointes, quelques-unes les ayant subies deux ou trois fois peut-être. Il ne manque plus que de les appliquer préventivement chez les gens bien portants contre les maladies à venir, et vous pouvez croire que certains praticiens y pensent.

Si l'on m'objectait, non sans raison d'ailleurs, que les opérations précitées sont bonnes et méritent d'être conservées, je n'en soutiendrais pas

moins qu'on en a singulièrement abusé, c'est-à-dire qu'on a trop transfusé, trop trépané, trop ténotomisé, trop réséqué, débridé trop de rétrécissements, excisé trop d'iris, beaucoup trop travaillé dans le petit bassin de la femme, raclé beaucoup trop d'abcès froids, et promené trop souvent la pointe du thermo-cautère sur la peau. Et s'il fallait des preuves péremptoires de l'abus, je rappellerais simplement que, dans un grand pays comme le nôtre, avec nos 37 millions d'habitants, on compte, au plus, maintenant, par année, une demi-douzaine de transfusions et une douzaine de trépanations; qu'on laisse désormais tranquilles les muscles rachidiens et linguaux chez les bossus et chez les bègues; qu'en Angleterre, où l'on a tant réséqué, on ne résèque presque plus; que tel chirurgien étranger, fort enthousiaste d'une résection qu'il proclamait excellente, au point de la pratiquer par douzaine, la déclare aujourd'hui fort médiocre, — que les oculistes, qui naguère ne croyaient pas au succès de la cataracte sans iridectomie, s'accordent presque tous aujourd'hui à respecter l'iris, — que le fameux raclage perd tous les jours du terrain et sera relégué d'ici à deux ans dans le musée des antiques, tout comme le pointillage de la peau avec le fer rouge.

Si le temps nous le permettait, je mettrais sous vos yeux toutes les reculades des matamores du bistouri. Vous verriez qu'après avoir pendant quelque temps opéré à tort et à travers, ces grands secateurs s'apercevant de la médiocrité des résultats obtenus, finissent par s'arrêter : c'est par là qu'ils auraient dû commencer.

Tout chirurgien de bonne foi et de bon sens, qui voudra bien lire avec attention les faits relatifs aux opérations réhabilitées ou récemment introduites dans la chirurgie, constatera qu'un grand nombre d'entre elles non seulement n'ont servi à rien, mais étaient d'avance frappées de stérilité.

On a fait grand tapage en ces dernières années à propos des extirpations du larynx, du pharynx, de l'estomac, de l'utérus, du rein, etc. Combien de patients sont-ils restés guéris ? Combien ont bénéficié d'une façon quelconque de ces terribles entreprises ? A peine 10 pour 100. Pour ceux-là, j'en conviens, l'opération a été d'un bon usage; mais pour les 90 autres, l'abus est-il niable ?

J'appelle votre attention et vos critiques sur le petit raisonnement qui suit : Soit cent cas d'une maladie donnée. A une certaine époque, on en opère la moitié, — vingt ans plus tard on n'en opère plus que le quart. Si les résultats des deux séries sont également heureux, j'en conclus que des cinquante opérations de la première, vingt-cinq étaient pour le moins superflues.

Tous les chirurgiens savent ou doivent savoir ces choses. Alors pourquoi sont-ils si prompts à agir; pourquoi s'exposent-ils si légèrement aux insuccès ? Ils répondent par le fameux axiome : *Melius anceps remedium quam nullum*. Mais outre qu'en un certain nombre de cas, leur remède n'est nullement douteux, étant manifestement détestable et certainement pire que le mal, on pourrait répliquer également en latin et leur dire : *primo non nocere*.

Ils allèguent encore la nécessité de soulager et de consoler ceux qu'on se sait impuissant à guérir, de prolonger et d'adoucir la vie des incurables. Nous ne restons point sourds à ces raisons humanitaires, mais à la condition qu'on n'en abuse pas et qu'on ne les fasse pas servir à masquer d'au-

©BIU Santé

tres motifs moins nobles. Nous ne considérons ni comme inutiles, ni comme nuisibles les opérations palliatives, mais nous voulons qu'on les propose et qu'on les pratique comme telles, sans dissimuler leur impuissance finale et le caractère essentiellement temporaire de leur utilité.

Et ceci nous conduit à examiner un autre argument du procès que les gens du monde intentent aux chirurgiens. Ils nous reprochent de ne pas être sincères, de promettre ce que nous ne pouvons pas tenir. Ces accusations malheureusement ne sont pas sans bases. Je suis tout le premier à reconnaître qu'on ne peut pas dire aux patients eux-mêmes toute la vérité — qu'il faut les tromper dans une certaine mesure et que le mensonge, haïssable en général, devient œuvre-pie quand il console et endort la douleur morale ; je relève vivement les sots indiscrets : le mari qui devant sa femme ou le fils qui devant sa mère me demandent si l'opération que je conseille est dangereuse, et si on peut en mourir. J'agis de même vis-à-vis de ceux qui exigent qu'on leur garantisse le succès ; mais je trouve toujours moyen que mes déclarations au malade ou à ses proches renferment assez de vérité pour que l'issue finale, quelle qu'elle soit, ne puisse compromettre en aucune sorte ma probité, ma considération, ni surtout la dignité de l'art.

Mettons-nous un instant à la place d'une mère à laquelle nous avons imprudemment et sans réserve promis de guérir son fils en l'opérant. L'opération faite, l'enfant meurt. La mère pense naturellement que nous l'avons trompée ou que nous nous sommes trompés nous-mêmes ; alors elle nous accuse de fourberie dans le premier cas, et d'ignorance dans le second. Et les commentaires de marcher pour découvrir les motifs du mensonge.

S'il s'agissait d'un malade pauvre, à l'hôpital par exemple, le chirurgien a voulu faire une expérience ! Si au contraire le fait s'est passé dans une famille fortunée, le chirurgien a voulu gagner de l'argent ! On ne saurait croire à quel degré est enracinée, chez les gens du peuple surtout, cette croyance que l'hôpital est un lieu d'expérimentation, où l'on soumet sans scrupule les malades à des essais de tout genre. Le laisser-aller du langage, les controverses qui s'établissent au chevet des malades, entre le chef de service, les auditeurs et les élèves, ou entre ces derniers, justifient ces soupçons dont nous n'avons pas d'ailleurs à nous trop défendre. Oui, nous expérimentons à l'hôpital tout comme en ville d'ailleurs, parce que l'expérimentation est inhérente à l'art de guérir et que le médecin qui n'expérimenterait pas ne serait qu'une momie ou un tardigrade ; le tout est que l'expérimentation thérapeutique soit conduite suivant certaines règles que je n'ai point à tracer ici, mais qui rendent son emploi irréprochable.

La question est plus grave quand l'argent s'en mêle. Je ne me prononcerai pas entre la médisance et la vérité, toujours est-il que les mauvaises langues affirment que si Artaxercès offrait des présents à un chirurgien de nos jours, il ne serait pas trop rudement éconduit, que le désintéressement n'est pas la qualité dominante des opérateurs d'aujourd'hui, et que l'élément honoraire, enfin, joue un rôle important dans la discussion des indications opératoires.

Comme je manie le fer rouge en chirurgien et non en moraliste, vous me permettrez de ne point cautériser ici une plaie que je sais exister, dont je m'afflige, mais dont notre profession n'est pas la seule atteinte en ce temps d'appétits sans bornes.

Au reste, nos aïeux, paraît-il, ne valaient pas mieux que nous, si j'en crois ce que Pierre Franco disait au XVIe siècle des barbiers, ses confrères,

et ce qu'écrivait, au siècle dernier, l'auteur d'un pamphlet, dont le titre est significatif, puisqu'il est intitulé : *Les brigandages de la chirurgie.*

C'est surtout dans les cas désespérés et dans les maladies incurables que les opérations inutiles sont abusivement pratiquées.

Après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique et de la médecine, certains patients viennent réclamer notre assistance et se déclarent prêts à subir telle opération qu'il nous plaira de leur imposer. Parfois, ils souffrent cruellement; parfois, ils sont épuisés par les hémorrhagies ou empoisonnés par les produits infects d'une horrible ulcération; réellement, ils font pitié et il semblerait inhumain de leur refuser une opération capable de les soulager, ne fût-ce que pour un temps.

Il n'est pas de chirurgien, si timoré qu il soit, qui n'ait pratiqué, dans des cas de ce genre, des trachéotomies, des ponctions vésicales, des anus contre nature et détruit même, avec le fer, le caustique ou le feu des tumeurs ulcérées en divers points du corps. Il ne s'agit là que de l'usage des opérations palliatives dont nous avons déjà parlé.

L'abus se manifeste quand on intervient sans nécessité impérieuse, la vie n'étant pas immédiatement en péril ou étant tout à fait près de s'éteindre. Le chirurgien probe, en pareil cas, s'abstient, ne pouvant ni soulager, ni guérir, il laisse la place à la morphine et au chloral; l'autre, le praticien douteux, ne promet rien formellement, sans doute, mais dit qu'on peut tenter l'aventure, qu'on a vu guérir des cas semblables, et qu'il en a guéri, et qu'après tout on ne risque pas grand'chose, puisque le patient est condamné, etc., il parle comme l'avocat retors, qui dit toujours *que ça peut s'plaider.*

Il opère, et la mort survient, ou l'état reste pareil, sinon pire qu'auparavant. On met le quidam à la porte, c'est vrai, mais l'art chirurgical n'en reste pas moins compromis, et si plus tard, dans la même famille, se présente à nouveau l'occasion d'une opération, cette fois opportune, quelque parent la fait rejeter, arguant de l'insuccès de la première.

Il importe, en effet, d'insister sur ce point que le défaut de confiance dans les promesses des opérateurs contribue, autant que la crainte des opérations, à faire rejeter ou pour le moins ajourner l'intervention chirurgicale, qui perd de la sorte la plus grande partie de sa valeur. Je m'explique :

Dans l'état actuel de la science, les néoplasmes vrais, ce qu'on appelle vulgairement les tumeurs, ne guérissent à peu près jamais sans opération. L'expérience prouve encore que la guérison radicale est d'autant plus rare qu'on agit plus tard; d'où cette conclusion naturelle que, si l'on enlevait dès le début une production néoplasique, fût-elle maligne comme le cancer, on aurait de grandes chances d'obtenir un succès définitif.

C'est dans ce sens que plaident les chirurgiens sérieux, surtout depuis que le chloroforme a mis de côté l'objection douleur et que la méthode antiseptique a presque annihilé la fin de non-recevoir tirée du danger immédiat. Mais on rencontre des résistances considérables encore et, chaque jour, nous voyons revenir après un, deux ou plusieurs mois, des malheureuses auxquelles nous avions conseillé l'ablation d'une tumeur du sein, des fumeurs endurcis, que nous voulions débarrasser d'un petit épithélioma lingual, qui ont refusé, et qui sont désormais inopérables.

Comme il faut dire la vérité, dût-elle être désagréable à ses amis, la responsabilité de ces regrettables retards pèse lourdement sur nos con-

©BIU Santé

frères, les médecins ordinaires des familles. On leur montre la tumeur au début; dans le but louable de rassurer le patient ou l'entourage, ils commencent à dire qu'il n'y a point de danger, puis ils prescrivent l'inévitable pommade iodurée et le non moins inévitable iodure de potassium. Il n'en résulte naturellement aucun bénéfice; mais les semaines et les mois s'écoulent et la tumeur grossit et les ganglions voisins se prennent, et les souffrances apparaissent. Alors on se décide à nous consulter; s'il en est temps encore, nous conseillons l'opération. On nous objecte que, si le mal peut et doit revenir, ce n'est pas la peine de l'enlever, et on nous demande des assurances formelles contre la récidive. Nous les refusons, bien entendu, comme le jardinier qui peut bien arracher les mauvaises herbes de son parterre, mais non s'engager à ce qu'elles ne repousseront pas.

On ne saurait croire jusqu'où va, lorsqu'il s'agit de chirurgie, l'enfantillage des gens du monde, et j'entends du meilleur, et des hommes les plus instruits, les plus intelligents.

Permettez-moi de vous citer un exemple :

Une coxalgie se déclare chez un garçon dont les parents sont en relation avec un de mes amis. Celui-ci insiste pour qu'on vienne me voir : « Je m'en garderais bien, répond le père, si je vais chez Verneuil (on supprime le monsieur pour les médecins de quelque renom), il va endormir mon enfant pour redresser le membre et le mettre dans une gouttière de Bonnet ou dans un appareil inamovible. » De là, il part consulter un masseur à la mode. Six mois plus tard, on me ramène le pauvre petit dans un piteux état.

Une autre fois, c'était une mère qui ne voulait plus entendre parler de moi, parce que j'avais ordonné qu'on fît marcher sa fillette avec des béquilles!

(A suivre.)

BIBLIOTHÈQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE (*Contribution al estudio de la fiebre puerperal*), par M. le docteur JUAN R. FERNANDEZ. — Paris 1884. — Ferrer.

C'est une sorte d'évènement littéraire que la publication à Paris, et dans sa langue maternelle, d'un ouvrage de médecine écrit par un médecin argentin.

En effet, M. Fernandez entreprenait une tâche difficile, puisqu'il traitait de la fièvre puerpérale, maladie de pathogénie obscure. Son travail mérite autant notre estime et notre sympathie que celles de ses compatriotes qu'il voulait initier aux récents travaux des maîtres de la science française les Tarnier, les Siredey.

M. Fernandez avait du reste une compétence spéciale, car il a été attaché longtemps à la Maternité de Buenos-Ayres, où la fièvre puerpérale est vulgaire : On comprend après cela, combien il insiste sur l'antisepsie obstétricale et la prophylaxie dont il a pu apprécier les résultats comparativement avec ceux que donnaient les anciennes méthodes. A l'effet d'établir solidement la thérapeutique curative et préventive de ce redoutable accident de la puerpéralité, notre confrère argentin étudie minutieusement et discute pas à pas sa sporadicité, son endémicité et son épidémicité, parcourt avec soin les phases diverses de son histoire et arrive par voie de raisonnement à la théorie moderne de son parasitisme.

L'étiologie revient donc à déterminer l'origine des germes morbifères, et les causes de misère fonctionnelle qui prédisposent les individus à les recevoir. Je laisse de côté les importants chapitres de la symptomatologie, du diagnostic et de l'anatomie pathologique pour aborder celui du traitement.

Ici, M. Fernandez s'étend sur les progrès récents dont la thérapeutique de la fièvre

puerpérale est redevable à la théorie parasitaire; il détermine les conditions d'isolement en ville et à l'hôpital, la désinfection et les désinfectants ; les précautions à prendre par le médecin, pour éviter de devenir le véhicule de la maladie ; le traitement prophylactique par les ocytociques, enfin les moyens curatifs : Conséquemment ce livre si complet est de ceux qu'on regrette de lire dans une langue étrangère. Car, s'il fait honneur à M. Fernandez et au corps médical argentin, il serait aussi profitable pour les médecins européens. — Ch. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 août 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. Vallin présente, au nom de M. le docteur Bourgeois, médecin-major au 7e cuirassiers, une nouvelle lancette à vaccination. On pratique, à l'aide de cet instrument, des scarifications superficielles sur lesquelles on dépose ensuite le liquide vaccinal.

— M. Le Roy de Méricourt communique une lettre qui lui a été adressée par M. le docteur Solari (de Marseille), à propos des épidémies cholériques qui ont sévi dans cette ville.

L'auteur dit que Toulon et Marseille ne subissaient aucune influence morbide gastro-entérique avant l'invasion du choléra importé par la *Sarthe*, à Toulon, en juin 1884.

Depuis cette époque, les cholérines, les affections diarrhéiques ont régné et persisté pendant tout l'hiver de 1884 à 1885, et se sont accentuées de plus en plus avec les chaleurs.

En réalité, le choléra nous a été apporté du Tonkin (le delta), où il règne à l'état endémique comme dans tous les deltas asiatiques. Cette conquête nous donnera, comme bénéfice sûr, de fréquentes invasions de ce genre, si l'autorité ne prend des mesures sanitaires efficaces.

A propos du réquisitoire exact et juste de M. Brouardel contre Marseille, dit M. Solari, il est incontestable que Toulon et Marseille sont des villes sales, mal tenues, dont les autorités ne font nullement respecter les lois de la salubrité et de l'hygiène; mais le choléra n'y naît jamais de pied en cap. Il faut qu'il y soit importé.

M. Brouardel demande à rectifier quelques assertions de la lettre de M. Solari. D'abord, l'enquête ordonnée à Toulon n'a jamais pu établir l'origine du choléra dans cette ville; par conséquent, on n'a pas le droit d'incriminer la *Sarthe*.

En second lieu, le choléra n'est pas endémique au Tonkin, pas plus que dans les autres deltas asiatiques, comme le prétend M. Solari.

Enfin, M. Brouardel se défend d'avoir mis en cause la municipalité de Marseille, en ce qui concerne les mesures d'assainissement. Il fait remarquer, d'ailleurs, que les municipalités, ou les commissions prises dans leur sein, peuvent avoir autorité sur les établissements qui dépendent de la police, mais qu'elles sont impuissantes quand il s'agit de l'assainissement des maisons particulières, par suite des lacunes de la loi sur ce point. C'est pour cela que M. Brouardel a demandé que cette lacune existant dans notre législation fût remplie.

M. Féréol communique une observation de chromidrose ou chromocrinie. Elle est due à un médecin des plus compétents en pathologie et en micrographie, M. le docteur Sabourin; le fait a été vérifié, en outre, par M. Jules Rochard, qui connaît la malade et par M. Féréol lui-même.

Il s'agit d'une jeune fille d'une vingtaine d'années environ, auprès de laquelle M. Féréol fut appelé en consultation par le docteur Sabourin. Elle était en proie à de violentes attaques d'hystérie convulsive et névralgique développées sous l'influence de vives contrariétés. Il y avait un point hystérogène ovarique très prononcé; elle vomissait, en outre, à peu près tout ce qu'elle prenait; sa maigreur était extrême et son

©BIU Santé

état inquiétant. L'application, pendant trois heures de suite, deux fois par jour, de sacs de glace sur l'ovaire hyperesthésié, la glace et le cognac à l'intérieur eurent d'assez bons effets; le temps fit le reste.

Il y a environ deux mois, cette jeune fille vint dans le cabinet de M. Féréol pour lui faire part de sa guérison. Elle prit place sur un fauteuil disposé de telle façon que son visage et sa personne fussent en pleine lumière. M. Féréol remarqua que ses paupières inférieures étaient légèrement colorées par nne teinte bleuâtre; c'était peu de chose, mais à mesure qu'elle parlait, que M. Féréol l'interrogeait et qu'elle répondait, on voyait le demi-cercle bleu se colorer de plus en plus, si bien que M. Féréol lui en fit la remarque. Elle dit alors qu'elle en était bien ennuyée, que cela durait depuis plus de deux mois, que M. Sabourin avait constaté le phénomène, et que bien souvent il avait examiné cette coloration bleue au microscope. Elle prit alors son mouchoir de poche, s'en frotta le dessous des paupières assez vigoureusement et fit voir à M. Féréol la tache bleue manifeste que cette petite manœuvre avait laissée sur le linge. La coloration ne paraissait pas difficile à enlever, et un frottement un peu énergique à sec n'en laissait plus de traces sur la peau. M. Féréol conserva la malade environ vingt minutes encore dans son cabinet, lui parlant toujours de sa maladie; et, quand elle partit, il était facile de constater que la coloration bleue commençait à se reproduire; mais il n'y avait nulle trace de sueur, ni de suintement quelconque; point de granulations apparentes, même à la loupe; c'était une teinte uniforme et comme lavée.

M. Sabourin a pu constater bien des fois que pour faire accroître la coloration des paupières, d'abord peu intense, il suffisait d'en parler à la malade.

La même coloration se manifestait au devant du sternum, dans le sillon intermammaire et aux deux aisselles.

Le phénomène s'est produit presque instantanément, à diverses reprises, sous les yeux de M. Sabourin, qui a pu l'étudier dans tous ses détails, sans que jamais il ait pu y avoir le moindre soupçon de fraude de la part de la malade, qui était, au contraire, désespérée d'être le sujet de ce phénomène dont elle ignorait d'ailleurs le nom et le caractère rare et curieux.

Somme toute, dit M. Féréol, en terminant, il s'agit là d'un phénomène absolument inconnu dans son processus, de sorte qu'il vaudrait peut être mieux revenir au nom de *chromocrinie*, qui ne préjuge rien.

M. Jules Guérin lit une *note sur le traitement complémentaire des pieds-bots compliqués par la section sous-cutanée des ligaments du pied.*

« Cette note, dit l'auteur, est destinée à montrer que dans le cas où les pieds-bots, par leur degré considérable, par leur ancienneté et leur complexité, résistent à l'emploi judicieusement combiné des trois moyens ordinaires, il en est un quatrième que M. Jules Guérin a fait connaître, il y a plus de 40 ans, sous la dénomination de *syndesmotomie*, et qui consiste, pour les pieds-bots réfractaires, à diviser sous la peau les ligaments qui réunissent les os du tarse et du métatarse et qui s'opposent, par un raccourcissement primitif ou consécutif au redressement complet des parties.

M. Jules Guérin affirme qu'à l'aide de ces sections sous-cutanées complémentaires, il n'a jamais rencontré, sur plus de mille pieds-bots caractérisés, aucun cas qui ait résisté à la ténotomie et à la syndesmotomie sous-cutanées, aux manipulations et aux appareils.

Mais pour s'assurer ces résultats, il faut :

1° Pratiquer la section sous-cutanée dans un point éloigné de la section ligamenteuse, et autant que possible à la base d'un pli cutané ;

2° Recouvrir la petite plaie cutanée d'un morceau de diachylon gommé, la plaie préalablement débarrassée des liquides épanchés, sang et synovie ;

3° Enfin, de ne pratiquer les efforts de redressement qu'après le temps nécessaire à la cicatrisation extérieure des parties, quatre à cinq jours, et de ne les pratiquer que lentement et graduellement. M. Jules Guérin, cite à l'appui de la sincérité et de l'efficacité de la méthode, parmi les cas très nombreux qu'il a ainsi traités avec succès, celui d'un enfant déjà opéré sans résultat par un chirurgien des hôpitaux. Il met sous

les yeux de ses collègues le moule en plâtre du pied-bot de cet enfant, avant et après l'opération du redressement.

Il a pratiqué sur cet enfant, au mois d'octobre dernier : 1° La section du tendon d'Achille en deux points différents, au-dessus et au-dessous de l'ancienne cicatrice adhérente; 2° la section des jambiers antérieur et postérieur; 3° la section de l'adducteur du gros orteil: 4° enfin, la section du ligament *latéral interne*, du ligament *calcanéo-scaphoïdien* et du ligament *scaphoïdo-cuboïdien*. Le succès a été complet, comme le démontrent les moules présentés à l'Académie.

M. Bouley rappelle qu'il y a trois ans, M. J. Guérin présenta à l'Académie un enfant qui marchait sur le dos de ses pieds, et auquel il se proposait de faire une opération destinée à opérer le redressement de sa difformité. Cet enfant avait été, d'ailleurs, opéré sans succès par un chirurgien des hôpitaux.

M. Bouley assista à l'opération pratiquée par M. J. Guérin sur ce même enfant. Il fut émerveillé de la prestesse et de la sûreté de main de l'opérateur, non moins que de la certitude et de la profondeur de ses connaissances anatomiques, réalisant ainsi la définition que Celse a donné du vrai chirurgien. L'enfant fut guéri d'une difformité que l'on avait cru incurable, et il n'a cessé de marcher depuis sur la plante de ses pieds d'un pas ferme et assuré.

Songeant alors à la difformité dont souffrirent toute leur vie les personnages qui s'appelaient Talleyrand et lord Byron, M. Bouley n'a pu s'empêcher de regretter qu'il n'ait pu exister de leur temps un Jules Guérin qui aurait réussi à les redresser. M. Bouley regrette, en outre, que M. Jules Guérin n'ait pu faire école.

M. Jules Guérin remercie M. Bouley de ses appréciations bienveillantes, et raconte qu'un des médecins et amis de Talleyrand lui demanda un jour s'il ne voudrait pas se charger d'opérer le pied-bot de ce personnage célèbre; or, Talleyrand était, à cette époque, âgé de 80 ans. M. J. Guérin se borna à répondre à son interlocuteur que, malheureusement, Talleyrand était venu au monde trop tôt, et lui, Jules Guérin, trop tard pour le faire bénéficier d'une opération de ce genre.

M. le docteur Gibier, au nom de M. le docteur van Ermengem (de Bruxelles) et en son propre nom, lit un travail intitulé : *Recherches expérimentales sur le choléra.*

Ce travail ayant été lu à l'Académie des sciences, dans sa séance d'hier lundi, 17 août, nous croyons devoir, pour éviter le double emploi, renvoyer nos lecteurs au *Compte rendu* de notre collaborateur, M. Maximin Legrand.

— M. Léon Lallemand, membre de la Société d'économie politique, lit un travail intitulé : *Un chapitre de l'histoire de l'enfance abandonnée; la mortalité des enfants trouvés à la Maison de la couche, à Paris.*

— M. de Villiers communique les résultats des observations qu'il a eu l'occasion de faire dans un récent voyage à travers le midi de la France, au sujet de l'épidémie cholérique actuelle.

A Marseille, l'épidémie persiste sans augmentation sensible, faisant, chaque jour, de 25 à 40 victimes; elle s'est étendue à Salons, à Arles, à Aix, à Avignon, où l'on n'a compté d'ailleurs jusqu'ici qu'un très petit nombre de cas. De même, on a signalé quelques cas dans les localités comprises entre Manosque et Sistéron.

A Grenoble et à Lyon, où il a passé à son retour, M. de Villiers n'a pas constaté de cas de choléra.

Contrairement à ce qui avait été observé l'année dernière, l'épidémie actuelle a été précédée par une véritable constitution *prémonitoire* se manifestant par de nombreux accidents gastro-intestinaux de plus en plus accentués depuis les grandes chaleurs de l'été.

M. Jules Guérin fait remarquer que la constitution épidémique ne se fait pas toujours reconnaître à des phénomènes très tranchés; il y a là souvent des nuances délicates, des graduations peu sensibles qu'il faut savoir saisir pour se rendre compte du véritable état des choses. Il faut, enfin, y regarder si l'on veut bien voir.

— La séance est levée à quatre heures trente.

©BIU Santé

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 août 1885. — Présidence de M. d'Heilly.

Sommaire : *Les alcoolisables. — Recherches expérimentales sur l'hystérie. — Une observation de folie brightique.*

M. Féré fait une communication sur la *facilité avec laquelle des accidents alcooliques apparaissent après l'absorption d'une faible quantité d'alcool chez les prédisposés.*

Lasègue appelait *alcoolisables* certains sujets qui présentent une prédisposition remarquable à l'intoxication alcoolique; ces individus sont nombreux et il faut chercher dans certaines tares congénitales du système nerveux, dans l'hérédité nerveuse, l'explication de cette aptitude à s'alcooliser si facilement.

M. Féré a observé un homme qui, subissant l'influence d'antécédents mentaux héréditaires, n'eut pourtant que vers la quarantième année des premiers troubles psychiques. Subitement, il manifesta une jalousie excessive, dont les accès n'étaient aucunement légitimés; il eut de l'insomnie, des hallucinations et un peu de tremblement. Or, cet homme ne buvait jamais plus d'une demi-bouteille de vin à chaque repas. Il n'avait pas fallu plus que cette dose insignifiante d'alcool pour l'intoxiquer. Il suffit aussi de lui supprimer absolument l'usage du vin pour le ramener à l'état normal. Mais bientôt, sous l'influence d'un oubli momentané de la sobriété, les symptômes toxiques reparurent.

M. Féré cite aussi le cas d'un malade qu'il a vu à la Salpêtrière et chez lequel les troubles mentaux se manifestèrent aussi par des accès de jalousie absurde, cependant cet homme ne buvait que fort peu. Il suffit, pour faire disparaître ses troubles psychiques, de lui faire cesser absolument l'usage du vin. Cet alcoolisable comptait dans sa famille plusieurs personnes affectées d'accidents nerveux, et c'était un choc moral qui avait fait éclater chez lui la prédisposition latente.

M. Debove a entrepris, en collaboration avec M. Flamant, des *recherches expérimentales sur l'hystérie.*

La pluplart des accidents hystériques peuvent être obtenus *par suggestion.* On peut créer l'*anorexie*, en imposant aux malades la convictions qu'elles n'ont pas faim; M. Debove a pu faire ainsi jeûner pendant quinze jours une hystérique, et l'expérience eût pu se prolonger sans danger pour elle, vu la perte de poids insignifiante qu'elle avait subie. On sait depuis longtemps que l'anorexie hystérique est très longtemps compatible avec un état général satisfaisant.

On laissait les malades, auxquelles l'anorexie avait été suggérée, la liberté de boire à leur guise. On analysa quotidiennement les urines pendant la durée des expériences; d'après la comparaison des poids, avant et après, on peut se convaincre que, chez les malades en état d'anorexie hystérique par suggestion, les combustions sont beaucoup moindre que chez les autres malades; il est donc naturel qu'elles ne dépérissent pas.

L'*anurie* peut être suggérée aussi aux hystériques; c'est-à-dire qu'on obtient l'anurie, en leur suggérant l'idée de ne plus prendre de boissons. Les hystériques, en état d'anurie, peuvent vomir, mais leurs vomissements ne sont pas de nature urémique.

M. Barrié a observé un cas qu'il considère comme un exemple de la folie brightique, sur laquelle M. Dieulafoy a fait une récente communication.

Une dame de 30 ans, qui n'avait jamais présenté de troubles psychiques et n'avait même pas semblé très nerveuse jusqu'alors, présente les signes d'un embarras gastrique vulgaire : anorexie, nausées, céphalée très intenses. Les purgatifs ne triomphent pas de cet état.

La fièvre s'allume, de violentes douleurs lombaires éclosent, et, dans les urines rares et foncées, on trouve une quantité considérable d'albumine. En même temps apparaissent des accidents cérébraux d'une telle violence et d'un caractère maniaque si marqué que le diagnostic est impossible entre une fièvre typhoïde à forme rénale, une néphrite infectieuse à forme typhoïde, opinions émises par M. Potain, et une méningite aiguë, hypothèse avancée avec restriction par M. Hardy.

Les accidents maniaques prennent une si grande intensité, (agitation incessante, vociférations, voies de fait sur l'entourage de la malade, hallucinations), qu'il devient nécessaire de l'enfermer dans une maison de santé. Quelques jours après, la fièvre tombe et l'albuminurie disparaît.

Pourtant la raison ne revient qu'au bout de cinq mois ; et encore une rechute, sans récidive de l'albuminurie, se montra-t-elle après huit jours de liberté, et nécessita-t-elle un nouvel internement de deux mois. La malade sortit cette fois parfaitement raisonnable et l'est demeurée depuis dix-huit mois.

Il est à noter que la mère de cette malade, sans être positivement hystérique, est d'un caractère fantasque et qu'un frère est névropathe et même convulsif.

M. Quinquaud a depuis longtemps insisté sur les difficultés extrêmes qui entourent parfois le diagnostic des accidents urémiques.

En présence de troubles nerveux de nature incertaine, le moyen suivant rendra de grands services aux cliniciens. On applique une ventouse scarifiée et on dose l'urée du sang. Si le malade est urémique, son sang contient toujours un excès d'urée ; toute réserve faite sur la pathogénie réelle si discutée de l'urémie. Car, en même temps que l'urée, d'autres substances sont retenues dans le sang. Mais l'excès d'urée dans le sang est constant dans l'urémie.

M. Féré ne voit pas pourquoi on ferait, du cas observé par M. Barrié, une folie brightique. La malade avait des antécédents névropathiques héréditaires ; elle a eu des accidents cérébraux à l'occasion d'une néphrite, parce que c'était une prédisposée. Mais, l'albuminurie ayant disparu, elle a eu cependant une récidive de troubles mentaux. Pourquoi mettre les manifestations cérébrales sur le compte de l'albuminurie ?

M. Barrié ne tient pas à l'expression de folie brightique ; il ne l'a employée que pour montrer la parenté du fait cité par lui avec ceux que M. Dieulafoy a réunis sous cette dénomination. Il trouve d'ailleurs que l'existence d'un état morbide, embarras gastrique fébrile, et puis néphrite, antérieur aux accidents maniaques, est assez importante pour permettre de lui accorder une influence certaine sur l'apparition de ceux-ci.

M. Legroux se range à l'opinion de M. Féré ; et il intitulerait seulement ce fait « albuminurie chez une maniaque. »

La Société entre en vacances jusqu'au 9 octobre. — P. L. G.

FORMULAIRE

Sirop tonique dépuratif. — Mauriac.

Arséniate de soude	0 gr. 10 centigr.
Sirop de quinquina	300 grammes.

F. s. a. un sirop, dont on donnera, chaque jour, deux ou trois cuillerées à soupe aux sujets dartreux ou herpétiques, dans les cas de syphilides papulo-squameuses qui se concentrent sur la plante des pieds et la paume des mains, et qui attaquent simultanément la langue. On y aura également recours dans les syphilides compliquées d'eczéma, de prurigo, d'herpès récidivant. — Aux scrofuleux syphilitiques, on prescrira, outre le traitement spécifique, les toniques, les amers, l'iode, l'huile de foie morue, les ferrugineux ; aux rhumatisants, une médication alcaline modérée. — 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 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.

©BIU Santé

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. Lejars, Mérigot de Treigny, Démoulin, Villemin, Monprofit et Villar sont nommés, pour quatre ans, aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Chaput, Broca, Tuffier, Ricard Hache et Wikam, dont le temps d'exercice est expiré.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort subite, à Boulogne-sur-Mer, de M. le docteur Livois, ancien maire, ancien député.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. — Le conseil municipal de Paris, dans sa séance du vendredi 7 août, a voté sur la proposition de M. Robinet, la construction de pavillons d'isolement dans les hôpitaux pour les grandes opérations.

RÉCOMPENSES HONORIFIQUES. — Les récompenses honorifiques suivantes ont été décernées aux membres des commissions cantonales de statistique qui se sont le plus distingués dans l'établissement de la statistique agricole décennale de 1882 :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Briot, conseiller général (canton de Chanssin); Cousturier, conseiller général (canton de Lude).

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Speckhahn, conseiller général (canton de Renwez); Cassaigneau, maire (canton de Cadours); Cazes (canton d'Aspet); Boyer (canton de Callas).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Cordouan (canton de Lorgues); Vidal (canton d'Hyères); Loro (canton de la Seyne); — MM. les pharmaciens Planchud (canton de Forcalquier); Morin (canton de Saint-Sauveur-le-Vicomte).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Gaillardon (canton d'Aubeterre); Bartoli (canton de Calvi); Mauricet (canton de Vannes); Lavagne (canton de Lorgues); — M. Faur-Lacrême, officier de santé (canton d'Oust); — M. le pharmacien Lhuillier (canton de Lorrez).

Lettres de félicitations. — MM. les docteurs Sarran (canton de Montfort-Landes); Alphant (canton de Pernes).

CONCOURS. — Un concours pour deux places de stagiaires aux eaux minérales (concours Vulfranc-Gerdy) aura lieu au mois de décembre prochain au siège de l'Académie de médecine, à Paris, rue des Saints-Pères, 49. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1886.

Sont admis à concourir, les élèves en médecine qui ont passé au moins les trois premiers examens du doctorat. Les candidats devront se faire inscrire soit au secrétariat des Facultés, soit à celui des Écoles de plein exercice, des Écoles supérieures de pharmacie ou des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de France. La liste d'inscription sera close le 10 décembre 1885, à quatre heures de l'après-midi. Les candidats seront prévenus par lettre du jour et de l'heure de l'ouverture du concours.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — Un concours pour la nomination à sept places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le 3 novembre 1885, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu de 9 heures à midi et de 3 à 5 heures du soir, jusqu'au 25 octobre inclusivement.

— Un concours pour la nomination à deux places de pharmaciens en chef dans les hôpitaux et hospices civils de Marseille sera ouvert le lundi, 19 octobre 1885, à une heure précise, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'admnistration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, depuis le lundi, 17 août 1885, jusqu'au vendredi, 2 octobre inclusivement, de 2 heures à 6 heures du soir.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Association française pour l'avancement des sciences. — Discours de M. le professeur Verneuil. — II. Bibliothèque. — III. L'Epidémie cholérique de 1885. — IV. Sociétés médicales des départements. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Variétés. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

Association française pour l'avancement des sciences.

QUATORZIÈME SESSION A GRENOBLE.

Discours de M. le professeur Verneuil (1).

Le présent discours pourrait être, à la rigueur, intitulé : *Confession d'un chirurgien du siècle*. Mais comme je ne me mets pas en cause et ne me couvre pas personnellement d'iniquités, on m'accusera sans doute de faire œuvre sacrilège, de compromettre les collègues et les confrères, de justifier les accusations et les médisances du public, de céder enfin à la malsaine manie du jour, qui court sans vergogne après les révélations indiscrètes et les scandales retentissants.

Il n'y a rien du tout de cela dans la présente allocution. Mon esprit n'est point imprégné d'amertume; je déteste le bruit et la réclame; je n'ai jamais calomnié personne, et je n'ai jamais écrit ni diatribe ni réquisitoire, seulement j'aime beaucoup la vérité et n'ai point peur de la dire. Depuis bien longtemps, parodiant le vers fameux de Voltaire, je répétais sans cesse : « *La chirurgie n'est pas ce qu'un vain peuple pense.* » J'ajoutais aussi : « *La chirurgie n'est pas ce que la font les chirurgiens eux-mêmes.* » C'est simplement ce que j'ai désiré développer devant vous.

Aux gens du monde, j'ai voulu dire qu'ils avaient tort de considérer la chirurgie comme une spécialité étroite, comme une sorte de métier de précision, un art si l'on veut, qu'on pourrait ranger, à part le but plus relevé, à côté de l'ébénisterie et de l'horlogerie; qu'ils avaient tort aussi de demander aux chirurgiens l'infaillibilité professionnelle qu'on exige des ingénieurs, des constructeurs de machines et des entrepreneurs de travaux publics.

Qu'ils avaient tort encore de mettre sans cesse leurs actes en contradiction avec leurs paroles en accordant trop de valeur au métier et pas assez de respect à ses artisans, — de juger à la légère, enfin, des choses sur lesquelles leur incompétence est notoire.

Mais, d'autre part, j'ai voulu faire entendre aux chirurgiens, mes frères et mes confrères, quelques avertissements utiles. C'est pourquoi je leur dis, avec l'espoir que mes paroles se répandront : Si vous voulez être décidément classés parmi les vrais savants et non point assimilés seulement aux grands et utiles ouvriers, — faites bon marché de votre habileté manuelle, quelque peine que vous ayez eue à l'acquérir et quelque soin que vous preniez encore pour la conserver et l'accroître.

Tirez peu de vanité de vos succès opératoires en vous rappelant qu'ils sont parfois bien éphémères et poursuivez surtout les succès thérapeutiques, c'est-à-dire la guérison définitive au vrai sens du mot.

Refusez les titres et qualités de spécialistes avec les avantages matériels y adhérant, rentrez modestement dans le giron commun de la médecine générale; soyez, avant tout, des pathologistes sans cesse préoccupés

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 18 et 20 août 1885.

©BIU Santé

d'étendre vos connaissances en étiologie, en pathogénie; cherchez sans relâche à vous perfectionner dans le diagnostic et le pronostic, et restez convaincus que le maximum des guérisons reviendra par surcroît aux plus instruits et aux plus sages d'entre vous.

Naturellement vous poursuivrez toujours la cure de vos malades, but suprême de la médecine, mais vous apporterez le plus grand soin au choix des moyens à mettre en usage. Plus fiers d'être rangés parmi les thérapeutes que parmi les opérateurs, vous n'armerez votre main qu'à la dernière extrémité, après avoir loyalement essayé les remèdes et utilisé en conscience toutes les forces disponibles de la nature médicatrice.

Quand l'impuissance des agents pharmaceutiques ou hygiéniques sera avérée, quand la nécessité de l'intervention sera démontrée, optez toujours, — ceci est un principe absolu, entendez-vous bien, — pour l'acte le moins dangereux, — *actum mineris periculi*, — sans vous arrêter aux impatiences bien naturelles des malades, aux sollicitations intéressées de quelques parents, soutiens de famille ou héritiers, ni surtout à la considération tout à fait secondaire de la peine grande que vous pourrez avoir et du bénéfice petit que vous en pourrez tirer. Et notez bien que cet acte le moins périlleux se trouve être parfois le plus hardi, le plus radical, le plus destructeur en apparence. Sachez qu'en certaines blessures des membres, l'amputation, faite très vite et très haut, est dix fois plus conservatrice que la résection et cent fois plus préservatrice de la vie que l'expectation la plus attentive, — que, pour la pierre vésicale, la lithotritie se trouve parfois beaucoup plus grave que la taille, — et que l'ovariotomie est infiniment plus bénigne que l'injection iodée répétée. Ne cragnez donc point d'être accusé de timidité quand vous refusez de verser le sang ou de mutiler vos patients.

Je conviens que le choix est parfois malaisé, tant nous avons de ressources opératoires et tant sont grandes la variété et la complexité des cas cliniques.

J'ai proposé, pour tirer d'embarras les jeunes praticiens, un critérium facile. Quand il leur faudra se décider entre deux ou plusieurs opérations rivales, ils mettront : au premier rang, l'efficacité; au second, la bénignité; au troisième, la facilité.

Et puis, il est un second critérium plus utile encore et d'un emploi tout aussi simple, car quelques minutes au maximum suffisent pour poser l'équation et la résoudre, sans même qu'on possède une longue expérience, une érudition considérable, et qu'on sache exactement comment telle affection chirurgicale se traite au jour dit à Vienne, à Londres ou à Berlin. Il s'agit tout uniment d'appliquer le principe évangélique consistant à faire à autrui ce qu'on voudrait qui fût fait à soi ou aux siens.

Bien des fois des parents que je sollicitais pour soumettre leur enfant à une opération indispensable, qui résistaient opiniâtrement et défendaient leur progéniture contre moi tout comme contre un ennemi m'ont, à bout d'arguments, posé cette question suprême : « Que feriez-vous, docteur, s'il s'agissait de votre enfant? »

La demande ne m'a jamais embarrassé, ou du moins, depuis longtemps, ne m'embarrasse plus; car il y a bien trente ans que je me l'adresse du matin au soir, en ville et à l'hôpital, chez l'indigent et chez le riche, c'est-à-dire chaque fois qu'il s'agit de décider entre l'action et l'abstention chirurgicales. Bien souvent j'ai invoqué l'argument sans y être sollicité et quand je vou-

lais vaincre des scrupules exagérés. Après une telle déclaration, carte blanche m'étant généralement donnée, j'opère et soigne de mon mieux : l'issue est tantôt bonne, tantôt mauvaise; j'ai tantôt de la joie, tantôt du chagrin, jamaie de remords. Je compte, au jour actuel, comme amis très sincères des fils, des pères ou des maris dont j'ai opéré et perdu les parents, les enfants et les femmes. Car, remarquez-le bien, tout le monde devant mourir, on ne nous accuse pas de perdre ceux de nos malades qui sont insauvables, mais on exige que nous fassions tout ce qui est humainement possible.

C'est encore en se demandant ce qu'on ferait ou ce qu'on laisserait faire à soi ou à ses proches qu'on arrive à prendre un parti dans des conjonctures fort délicates, où la conscience, l'humanité, le devoir, l'intérêt, que sais-je encore, sont en jeu. Sur 100 opérations qu'on *peut pratiquer*, il en est 20 qu'on *doit imposer* tyranniquement, 20 qu'il *faut refuser* absolument et 60 en moyenne qu'on peut à la rigueur, et en se fondant sur des motifs plausibles, faire ou ne pas faire.

Or, il arrive aux chirurgiens de pêcher dans tous les sens. Ceux-ci n'opèrent pas les cas trop mauvais pour ne pas compromettre leur renommée ni assombrir leur statistique. Il y a quelque quarante ans, Ph. Boyer avait la prétention de ne pas perdre d'opérés; quand un cas trop grave entrait dans ses salles; il n'y touchait pas, ou bien il faisait passer dans un service de médecine, pour qu'il ne mourût pas dans le sien, le phthisique tombant dans le marasme et auquel il avait coupé la jambe quelques semaines auparavant.

D'autres ne savent pas refuser une opération; tantôt c'est par humanité et tantôt par pure complaisance; je n'ai pas encore ouï dire que ce fût par complet désintéressement. Pourtant j'affirme que les occasions ne sont pas rares où le chirurgien doit très fermement se récuser. En lisant certains récits, je me demande avec stupeur comment on a pu se résoudre à porter le scalpel sur de vrais moribonds et comment, à l'autre bout de l'échelle, on a, de gaîté de cœur, exposé les jours de gens robustes atteints d'infirmités désagréables. Lorsque je liquiderai ma situation morale dans la vallée de Josaphat, je compte porter à mon actif les fort nombreuses opérations que j'ai déconseillées comme inutiles ou dangereuses.

En ce qui concerne les opérations dites *de complaisance*, on invoque un argument spécieux. L'homme est l'arbitre de sa destinée. Il expose chaque jour sa vie pour ses besoins, pour ses passions, pour ses plaisirs. Une difformité physique l'obsède, il veut s'en débarrasser; l'entreprise a des périls, il les accepte; des accidents opératoires surviennent, il les subit et n'accuse que lui. Pourquoi lui refuser votre concours? Pourquoi vous montrer plus royaliste que le roi?

La réplique est fort simple. X... est las de la vie; il peut disposer de ses jours, la chose est évidente. Chargerez-vous son revolver ou lui administrerez-vous 10 centigrammes de strychnine?

Mais si je n'opère pas, direz-vous, mon voisin opérera. Eh bien! laissez faire et consolez-vous. Plus d'une fois, ayant refusé une opération, j'ai appris quelques jours plus tard qu'elle avait été pratiquée et suivie d'une issue funeste. Le compère avait empoché les sesterces, mais j'avais gagné et je conservais l'estime. C'est peu, diront les positifs; — c'est beaucoup, penseront ceux qui, assimilant la médecine aux choses les plus sacrées, répéteront avec notre grand poète :

©BIU Santé

L'art est saint. Dieu le fit afin que, dans le monde,
Tout ne se courbât pas devant la force et l'or.

Je n'ai point l'intention, — le lieu serait d'ailleurs mal choisi, quoique nous soyons dans la patrie du chevalier Bayard, — d'éditer ici un code de moralité professionnelle, une sorte de bréviaire du *chirurgien sans peur et sans reproche*. Je n'ai pas davantage la prétentiou naïve d'éclairer le public sur ses véritables intérêts; et pourtant je m'imagine que, si des deux côtés mes paroles étaient entendues, les Paré et les Dupuytren de l'avenir accompliraient fort bien leur destinée et affronteraient tout comme nous les chances de la lutte pour la vie. De leur côté, les gens du monde auxquels on peut reprocher leur sympathie ou, si l'on trouve l'expression trop forte, leur défaut d'antipathie suffisante pour les faiseurs, les charlatans, les acrobates, la racaille médicale, en un mot, seraient plus souvent guéris, à meilleur marché, et surtout moins dupés, bernés et volés. Un philosophe chargrin a dit : *Vulgus vult decipi; ergo decipiatur*. C'est le *tant pis pour eux* des modernes, Je n'ai point cette placide indifférence et ne peux voir un malfaiteur mal faire sans avoir la tentation de lui courir sus.

Il me paraît qu'en ce temps de prophylaxie universelle, on devrait songer un peu à garantir les simples et les crédules contre l'obséquiosité de l'un, la sensiblerie de l'autre, la solennité de celui-ci, et les hableries de celui-là. Fournir à un public confiant des chirurgiens honnêtes, tel est le but que je poursuivrais volontiers.

Ce n'est pas d'aujourd'hui, messieurs, que je tiens le langage que vous venez d'entendre. Depuis longtemps, je m'élève contre l'abus des opérations, et je recommande d'épuiser les ressources de la thérapeutique médicale; mais la chose ne tirait pas à conséquence, et l'on pouvait n'y voir qu'une opinion plus ou moins défendable. Mais à cette heure, je suis accusé d'entraver l'essor de la science française, et de paralyser ses progrès. Alors ma fibre patriotique s'émeut.

Il en est de la chirurgie comme des autres branches de notre activité. Partout la compétition est ardente, âpre, sans merci, tout le monde voulant avoir la première place. Depuis Guy de Chauliac jusqu'à la fin du siècle dernier, la France avait sans contestation possible, tenu la tête, l'Angleterre, l'Italie, l'Allemagne, entrés plus tard dans la lice, lui disputent aujourd'hui la prééminence. Quelques scribes de ce côté et sur l'autre rive de l'Atlantique, affirment gravement que nous sommes descendus au dernier rang, sans doute parce que nous nous montrons un peu plus soucieux et plus économe de la vie d'autrui, et que nous faisons un peu plus de façons pour couper en quatre notre prochain. Vous remarquerez que c'est précisément dans les pays où l'on fulmine le plus contre les expériences sur les animaux que l'on nous accuse de faire une chirurgie timide et comme sénile.

Eh bien, acceptons le reproche. Qu'il plaise à certains étrangers de transformer leurs salles de chirurgie en laboratoire de vivisection humaine, la chose ne nous regarde pas, et reste à débattre entre les intéressés.

Qu'en ce temps de contradiction morale incroyable, où l'on s'appitoye autant sur la vie des assassins que sur le sort de leurs victimes, on se croie en droit de sacrifier dix-neuf cancéreux pour essayer de sauver le vingtième, qu'on déclare fécond par excellence ce sang versé, le comparant à celui des braves qui meurent en conquérant des mondes nouveaux, peu nous importe, si la *chair à scapel* ne se révolte pas.

Que nous profitions même de ces expériences en spectateurs curieux et attentifs, comme on s'instruit en voyant de loin commettre des méfaits auxquels on ne prend pas part, j'y consens encore. Mais qu'on nous engage dans cette voie coupable, qu'on nous lance dans les excentricités opératoires, halte-là. Dussions-nous passer pour arriérés, réactionnaires, même, nous préférerions pour nos Français, une pratique plus froide, plus rationnelle, plus humaine, plus tendre, si je puis ainsi dire, et dont il ressorte bien que le chirurgien en France voit toujours en tout malade, qui vient à lui, un frère, un enfant ou un ami.

Avec des praticiens et des savants inspirés de la sorte, la science française, j'en conviens, ne chaussera pas les bottes de sept lieues, mais elle avancera pourtant, gagnant tous les jours quelque chose, ne rétrogradant pas, et ne brûlant pas le lendemain ce qu'elle aura adoré la veille. Sans vouloir écraser personne, elle gardera son rang en conservant son calme, sa sérénité et sa grandeur, laissant s'agiter autour d'elle ses rivales brouillonnes et inquiètes, sans doute, parce qu'elles sont plus jeunes et moins expérimentées.

A vous dire tout le fond de ma pensée, il me serait fort égal d'entendre proclamer qu'à Londres, à Vienne, à Rome, à New-York, on opère plus et mieux qu'à Paris, si l'on ajoutait qu'en cette dernière ville on guérit plus et on meure un peu moins.

Heureux, a-t-on dit, les peuples qui n'ont pas d'histoire. Heureux seraient les chirurgiens qui n'auraient pas de trousse, et qui sauraient s'en passer. Plus heureux encore, direz-vous, leurs clients, au nombre desquels le hasard peut malheureusement vous ranger.

Puisse un jour, grâce aux progrès de la science française, la chirurgie parvenir à ne pas faire couler de sang, et ne plus faire verser de larmes !

BIBLIOTHÈQUE

De l'appareil urinaire des vieillards, par le docteur P.-E. Launois, ancien interne des hôpitaux, lauréat du prix Civiale, membre de la Société anatomique et de la Société clinique, etc. — G. Steinheil ; Paris, 1885.

M. le docteur E. Launois s'est proposé, dans son intéressante thèse inaugurale, d'étudier au point de vue macroscopique et microscopique, les modifications physiologiques et les lésions pathologiques de *l'appareil urinaire chez le vieillard,* et a pu établir d'une façon précise la pathogénie des accidents urinaires si fréquents à cet âge. Il a entrepris, dans ce but, une série de recherches anatomo-pathologiques et cliniques, et ce sont les résultats de ces recherches consciencieuses, poursuivies depuis plusieurs années avec persévérance, qu'il a consignés dans un excellent mémoire. Interne de M. le professeur Guyon, et préparateur au laboratoire d'histologie de M. le professeur Robin, il était placé mieux que personne pour mener à bien cette étude d'ensemble aussi difficile que délicate. Fidèle aux traditions du service de clinique de l'hôpital Necker, il n'a pas failli à la tâche : son important travail, préparé de longue main, a été jugé digne du prix Civiale. L'éloge n'en est donc plus à faire, et, dans la courte analyse que nous allons en présenter, nous essaierons de mettre en lumière les points vraiment nouveaux qui sont loin d'être rares.

Le plan général de l'ouvrage comprend deux ou trois parties suivant que l'on considère la division anatomique et clinique, ou l'étude successive des trois organes qui constituent à eux seuls le véritable appareil urinaire du vieillard : le *rein,* la *vessie,* et la *prostate.* En éliminant volontairement l'urèthre, l'auteur a pu limiter son sujet encore très vaste, et consacrer à l'étude de la prostate, des lésions prostatiques, et de leur

©BIU Santé

thérapeutique de longs développements en rapport avec l'importance de cet organe chez les gens âgés. Autant l'urèthre est souvent lésé chez les jeunes, autant il l'est exceptionnellement chez les vieux, du moins de son propre fait, et l'on pourrait presque dire que le rétrécissement est à l'urèthre ce que l'hypertrophie est à la prostate, ou que *des organes urinaires de l'homme, l'organe pathologique par excellence est l'urèthre chez l'adulte, et la prostate chez le vieillard*, ou plutôt *l'appareil urinaire profond* c'est-à-dire *le rein, la vessie et la prostate,* les deux premiers atteints souvent secondairement. Cette règle, qui n'a rien d'absolu, justifie pleinement, selon nous, les limites du cadre qu'a choisi M. Launois, et qui constitue bien à lui seul, au point de vue pathologique, le véritable appareil urinaire du vieillard.

Le *premier chapitre* est consacré à une description détaillée du *rein sénile*, dont les caractères macroscopiques (poids, forme, volume, granulations, kystes rénaux, consistance, couleur, etc.) et les caractères microscopiques sont soigneusement étudiés. Les travaux antérieurs de Lancereaux, Henouille, Lemoine, Demange, Sadler, G. Ballet, Duplaix, Cornil et Brault sont l'objet d'une intéressante revue critique, basée sur les préparations histologiques de l'auteur. Les lésions, qui caractérisent le rein sénile, rendent bien compte de son induration et de son atrophie totale, et peuvent être ainsi résumées : « altérations scléreuses non systématisées, localisées tantôt sous la capsule (sclérose sous-capsulaire) tantôt autour des vaisseaux (sclérose péri-vasculaire), tantôt autour des glomérules et dans les glomérules (sclérose péri-glomérulaire et glomérulaire), tantôt entre les tubes (sclérose intertubulaire), et enfin simultanéité de ces diverses localisations. » Le point de départ de cette sclérose est un processus irritatif-chronique atteignant d'abord le système vasculaire (vaisseaux et glomérules) et s'étendant autour des tubes, et son terme ultime est la néphrite scléreuse ascendante chronique, qui peut se produire quand il y a obstacle au cours de l'urine, quelle qu'en soit l'origine (hypertrophie de la prostate, etc.). L'examen des modifications que présentent, dans leur disposition et leur structure, *les calices*, *le bassinet* et *l'urethère*, termine ce chapitre.

Dans le *deuxième chapitre*, M. Launois décrit l'aspect que présente, à l'autopsie, la vessie d'un vieillard qui n'a pendant sa vie présenté aucun trouble dans l'émission d'urine : la paroi est épaissie, et l'hypertrophie, analogue à celle que Mercier a signalée dans les parois du rectum, porte principalement sur la couche musculaire. Elle ne fait qu'augmenter (hypertrophie compensatrice) s'il y a un obstacle au cours de l'urine, et peut atteindre une épaisseur relativement considérable dans l'hypertrophie de la prostate. La muqueuse est grisâtre, souvent violacée, adhérente à la couche celluleuse, devenue fibreuse par le fait de *la sclérose des parois*. Les vaisseaux sont dilatés et les veines souvent variqueuses. C'est chez les vieillards qu'on trouve les vessies dites *vessies à colonnes*, et *vessies à cellules*. L'auteur étudie spécialement les colonnes au point de vue histologique, et leur mode de formation qui pour lui serait dû, non seulement à l'hypertrophie musculaire, mais aussi à la production de tissu scléreux. Cette néoformation de tissu scléreux intermusculaire et sous-muqueux déterminerait par sa rétraction des rétractions partielles qui exagéreraient encore la saillie produite par l'hypertrophie circonscrite des fibres musculaires. Outre *les dépressions* et *les diverticules* de la muqueuse que l'on trouve entre les colonnes, il peut exister de véritables loges appelées *cellules* ou *poches vésicales* connues et décrites par Morgagni (Lettre XLII) et dues à une hernie de la muqueuse à travers les fibres écartées, dissociées de la tunique musculeuse. La forme et la capacité de ces poches est très variable ; leur mode de formation des plus simples. La capacité totale de la vessie sénile est très souvent augmentée, et d'une façon générale il est exact de dire que la contenance augmente avec la prostate. La dilatation porte surtout sur le bas-fond de la vessie, dont on peut, en clinique, mesurer la profondeur par le cathétérisme explorateur. Dans les *vessies dilatées* l'amincissement général des parois est rare, comme le prouve l'aphorisme suivant formulé par M. Guyon et basé sur sa longue expérience : *L'hypertrophie est la règle ; l'amincissement, l'exception.* L'auteur complète cette étude de la vessie sénile par l'examen des modifications du col et de l'appareil vasculaire, et insiste spécialement sur la disposition des veines, toujours volumineuses, et des riches réseaux veineux sous-muqueux.

Le *troisième chapitre* contient le résumé de ses recherches sur la *prostate*. Mettant à profit les derniers perfectionnements de la technique histologique, M. Launois a étudié, sur des coupes, embrassant la glande dans toute son étendue, la disposition des différents éléments qui entrent dans sa constitution, leurs rapports réciproques et les modifications qu'ils subissent aux différents âges. Cette étude de l'évolution de la prostate, suivie depuis le moment où elle apparaît sous forme de deux bourgeons latéraux, — parastates de Vésale, — de chaque côté de l'utricule prostatique, dans le courant du troisième ou quatrième mois, jusqu'à l'époque de son complet développement à l'âge adulte, permet d'arriver, par une transition insensible, à la description des lésions de l'hypertrophie totale de l'organe. Parmi les points nouveaux exposés chemin faisant, nous citerons une observation inédite d'anomalie des organes génitaux; la disposition et la structure des ganglions nerveux périprostatiques; le mode de formation des calculs prostatiques qui apparaissent chez l'adulte entre 35 et 40 ans, siègent dans les culs-de-sac glandulaires et sont formés de substance azotée (première variété de M. Robin). C'est vers l'âge de 45 à 50 ans qu'apparaissent les lésions séniles de la prostate, qui consistent dans une sclérose annulaire, produisant une véritable *lobulation* de la glande, et caractérisée par l'existence de ces petites masses arrondies ou ovalaires que les auteurs ont appelées à tort fibro-myomes, que Velpeau comparait aux corps fibreux de l'utérus, et que M. Launois, d'après leur structure histologique, propose de dénommer *fibromes glandulaires de la prostate*. La fin de cet important chapitre est consacrée à montrer le rôle que jouent ces fibromes glandulaires dans l'hypertrophie de la prostate, à séparer la sclérose de la glande des *polyadénomes*, affection très rare, absolument distincte de l'hypertrophie sénile, à étudier les calculs phosphatiques (deuxième variété de M. Robin) si fréquents dans les prostates hypertrophiées, à décrire l'état des vaisseaux toujours athéromateux, et à exposer, d'après ces données, la pathogénie de l'hypertrophie de la glande. Le développement du tissu conjonctif constitue une véritable sclérose dystrophique, qui évolue en même temps que les lésions des vaisseaux et se trouve probablement sous leur dépendance. Enfin, l'auteur complète cette remarquable étude de la prostate sénile par une *observation type*, dans laquelle sont décrites et se trouvent réunies les diverses lésions que présente l'appareil urinaire des prostatiques.

Dans le *quatrième* et le *cinquième chapitres*, M. Launois confirme, par ses recherches cliniques, les résultats de ses recherches anatomo-pathologiques, et déduit de l'étude clinique du prostatique les indications d'une thérapeutique rationnelle. Au point de vue clinique, il montre que les principaux symptômes observés chez les prostatiques sont sous la dépendance de deux grands facteurs : la *sclérose* et la *congestion*. Quelques observations permettent de comprendre la filiation des symptômes et des complications, et le rôle de la congestion passive (stase veineuse) chez les prostatiques. Rien d'étonnant à ce qu'on trouve chez eux tous les signes de l'athérome artériel, cet apanage de la vieillesse, cette « rouille de la vie », comme l'appelle M. Peter, puisque le prostatique est un vieillard. Quant à l'évolution clinique de l'affection, M. le professeur Guyon l'a divisée en trois grandes périodes. *Première période :* fréquence diurne et surtout nocturne du besoin d'uriner, érections, retards de la miction, modification du jet, diminution de sa force de projection, polyurie. — *Deuxième période :* rétention aiguë, rétention chronique complète ou incomplète, avec ou sans distension de la vessie. — *Troisième période :* rétention avec miction par regorgement; complications; cachexie.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur expose les règles de l'hygiène générale et de l'hygiène locale que doivent suivre les prostatiques, les indications et les contre-indications du cathétérisme. Il aborde, en terminant, la question de l'intervention chirurgicale quand la prostate hypertrophiée vient faire saillie dans la vessie. Il montre, par l'analyse d'un certain nombre de faits, que la *taille périnéale* permet d'enlever le lobe moyen hypertrophié sans occasionner d'accidents graves et a donné des résultats assez satisfaisants. Procédant par induction, il pose les indications de la taille hypogastrique, et fait pressentir les résultats avantageux qu'on peut en espérer.

Quelle qu'incomplète que soit cette analyse, elle donnera, nous l'espérons du moins, une idée générale de l'excellent mémoire du docteur Launois. Quatre belles planches

©BIU Santé

accompagnent les descriptions anatomo-pathologiques, et un index bibliographique très complet se trouve à la fin de l'ouvrage. La forme ne le cède en rien au fonds; la partie matérielle est elle-même très-soignée et en rend la lecture agréable et facile. Les praticiens puiseront à cette source, tout à la fois scientifique et pratique, d'utiles renseignements, et, comme nous instruits et charmés, ne pourront que reporter sur l'auteur les éloges qu'il mérite, et que nous sommes tout particulièrement heureux de lui adresser ici.

Maurice Notta.

L'Épidémie cholérique de 1885.

En Provence, l'épidémie continue lentement à *Marseille*. Le nombre des décès augmente peu, et, dans ces derniers jours, avait même paru diminuer. De 42 et 32, auquel il s'élevait le 13, le 14 et le 15 août, ce chiffre est descendu à 22 et 27 les 17 et 18 août. Le 19, ce nombre s'est élevé de nouveau jusqu'à 40 décès.

Il est vrai qu'à ces dates, on signalait des cas suspects dans les environs de la ville : à Mouriès et à Salon notamment.

D'autre part, depuis le 18 août, l'invasion de *Toulon* paraît être définitive. La statistique obituaire de ce jour mentionnait deux cas dans la banlieue immédiate de la ville, à Pont-du-Las et à Saint-Roch, et six autres cas dont un suivi de décès à l'hôpital militaire.

Dans l'*Hérault*, il y a eu, dans ce même jour, dans l'arrondissement de Saint-Pons, deux décès cholériques sur le territoire de la commune de Cruzy. — En même temps, on observait des cas suspects dans les environs.

Quelle est l'origine de cette nouvelle poussée cholérique ? Sur ce point, la désunion reste ouverte entre les partisans d'un choléra revivifié, faisant suite à celui de 1884, et entre les avocats de l'importation.

A titre de renseignement, constatons que du 10 au 17 août, l'hôpital du Pharo a reçu 130 cholériques marseillais. Parmi eux, 53 succombèrent; 65 sont encore en traitement et 10 seulement en complète guérison. D'après ces chiffres, on peut conclure à la malignité des agressions du mal indien en Provence.

En Espagne, l'épidémie paraît stationnaire, du moins eu égard à la morbidité et à la mortalité officielles des provinces envahies. Le 14 août, on comptait 4,670 cas et 1,754 décès ; le 15 août, 4,736 invasions et 1,801 décès ; le 16, 4,772 cas et 1,643 décès, le 19 août, 3,841 cas et 1,440 et le lendemain, 4,490 invasions et 1,430 décès. A Madrid, la mortalité atteint en moyenne 50 pour 100 des cas. Enfin, depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 juillet, la mortalité totale aurait été de 34,000 décès, et la morbidité de 114,700; de sorte que le rapport moyen, pour toute l'Espagne, de cette mortalité à cette morbidité, serait de 33 pour 100 seulement ; nombre tout différent de celui du coefficient obituaire du choléra à Madrid.

Actuellement le pays est investi dans presque toutes ses parties. L'épidémie n'a pas encore atteint les localités du Nord et du Nord-Ouest.

Sa gravité est toujours grande dans les provinces de Grenade, de Feruel, de Sarragosse, d'Albacète, d'Alicante et sur quelques points de la capitainerie de Murcie où elle se continue. A Carthagène, il existe un foyer cholérique des plus intenses. Sur 300 prisonniers du pénitencier de cette ville, 250 ont été atteints dans l'espace de trois jours, et beaucoup d'entre eux succombèrent en quelques heures.

Dans ces derniers jours, le choléra a pris définitivement possession des provinces de Navarre, de Logrono, de Palencia, de Gérine, de Huesca, de Lérida et de Zamora; néanmoins les populations, mieux éclairées, ne se soumettent guère aux fameuses inoculations prophylactiques. Comme l'écrit un de nos confrères de la presse espagnole, la population ne consent guère à être traitée : *Como correjillas de Indias*.

Ailleurs, l'effarement reste extrême. On cite telle petite ville de la nouvelle Castille où député, médecins, pharmaciens, magistrats et négociants ont émigrés, abandonnant leurs concitoyens au nombre de 1,500. Malgré les offres pécuniaires et les encouragements du gouverneur de la province, aucun volontaire ne s'est présenté parmi les élèves de l'Université voisine. On n'a donc pu organiser aucun secours.

Cependant, fait d'ailleurs observé dans les précédentes épidémies, l'épidémie perd de son intensité et de sa tendance à l'expansion, là où les autorités font acte de vigilance pour améliorer l'hygiène publique. C'est, en effet, à des mesures sanitaires opportunes et à l'organisation des secours qu'il faut attribuer l'atténuation rapide de l'épidémie à Valence. — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE TOULOUSE DURANT LE QUATRIÈME TRIMESTRE DE 1884.

Sous le titre de *Fractures obstétricales,* M. Molinier exposait à ses savants collègues les observations d'une pratique expérimentée sur les accidents de l'accouchement. Il rappelait que les fractures ont pour cause : 1° l'application du forceps, produisant des enfoncements crâniens; 2° la version, dont les manœuvres de dégagement des épaules ou de traction podalique provoquent des fractures du fémur ou de l'humérus; 3° l'application du doigt médius ou de l'index, en crochet, sur les deux orbites, ayant parfois pour conséquence des fractures du maxillaire.

D'après cet exposé sommaire des principaux paragraphes de ce mémoire, on en mesure tout l'intérêt et on ne saurait trop en recommander la lecture aux futurs historiens des fractures par manœuvres obstétricales.

Il en est de même d'un autre travail qu'un nouveau venu dans la Société toulousaine, M. Bézy, présentait à l'appui de sa candidature. En étudiant le *rôle des organes lymphatiques dans la fièvre typhoïde,* notre confrère faisait à la fois une œuvre d'impartiale érudition et une déclaration de principe. En effet, parmi les conclusions qu'il adopte, je note la suivante : « Il nous est permis, écrit-il, de définir la fièvre typhoïde, « une affection qui peut être localisée au point de vue des lésions dans les organes « lymphatiques » et il motive cette définition sur ce que ces organes sont atteints, en tout ou en partie, dans la fièvre typhoïde.

Tout en rendant justice à M. Bézy, il me semble que, pour échapper à toute critique et rendre cette proposition absolument acceptable, il faudrait prouver que les lésions des organes lymphatiques sont seules capitales dans la dothiénentérie. Après cela, mieux vaut, ce me semble, y voir un effet et non une cause, et leur attribuer un rôle analogue à celui qu'elles tiennent dans la pathologie des autres maladies infectieuses.

L'application pratique des propriétés de la cocaïne à l'anesthésie locale a eu, et devait avoir du retentissement à Toulouse, comme ailleurs. En effet, bien loin de s'immobiliser dans les traditions, honorables d'ailleurs, d'un glorieux passé, nos confrères de la Société de médecine toulousaine marchent au pas du progrès. Ils ont donc écouté avec intérêt la lecture d'une note, de M. Terson, sur les *propriétés anesthésiques du chlorhydrate de cocaïne en ophthalmologie.* Le témoignage autorisé de cet habile ophthalmologiste méritait d'être enregistré. Il confirme, heureusement d'ailleurs, les observations faites ailleurs.

En terminant, je rappelle les débats toujours animés auxquels les *maladies régnantes toulousaines* donnent lieu mensuellement. Ces rapports font grand honneur à l'esprit clinique et à la plume du secrétaire général. Ils sont bien dans les traditions de cette savante Société, où les débats les plus arides deviennent attrayants. Savoir rendre la science aimable, sans cesser de la faire sérieuse, est un art dont nos confrères de la Haute-Garonne conservent et utilisent toujours le secret. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. R. Lépine adresse une note *sur le traitement local de la pneumonie fibrineuse par les injections intra-parenchymateuses.*

©BIU Santé

« Si, dit-il, chez un pneumonique au troisième ou au quatrième jour, on injecte dans la partie hépatisée, au moyen d'une aiguille capillaire, quelques centimètres cubes de solution aqueuse de bichlorure de mercure à 1 pour 40,000, à trois ou quatre places, distantes l'une de l'autre de quelques centimètres, de préférence à la périphérie de la lésion, dans le but d'essayer de la circonscrire (en tout 20 c. c. à 25 c. c., c'est-à-dire une quantité de sublimé absolument inoffensive pour l'individu), on constate : 1° Au niveau des injections, la diminution immédiate des râles crépitants et du souffle, qui sont *en partie* remplacés par du silence respiratoire et quelques râles plus gros; 2° quelques heures plus tard, une exacerbation *passagère* de la température centrale; 3° le lendemain, un grand amendement de l'état général, et notamment une *défervescence précoce;* 4° ultérieurement, une résolution qui, à en juger par la persistance du souffle, surtout dans les parties hépatisées qui n'ont pas reçu d'injection, ne s'effectue qu'au bout de plusieurs jours, c'est-à-dire au moment où elle aurait eu lieu si la pneumonie avait été abandonnée à sa marche naturelle ou traitée par les moyens ordinaires. Tels sont les faits que j'ai plusieurs fois constatés, avec MM. les docteurs Audry, mon chef de clinique, et Leclerc, mon interne, en présence des élèves de ma clinique, et qui me paraissent prouver avec d'autant plus d'évidence l'utilité de ce traitement dirigé contre le processus pneumonique, que les malades qui y ont été soumis étaient atteints, non de pneumonie congestive, mais d'hépatisation solide, ainsi qu'on pouvait s'en convaincre par l'intensité de la matité et du souffle tubaire, mieux encore, par la sensation spéciale de résistance qu'on percevait, en faisant exécuter des mouvements à l'aiguille enfoncée dans le poumon. Quant à l'innocuité *relative* des injections intra-pulmonaires de sublimé, à la dose susdite, dans l'hépatisation rouge, pourvu, bien entendu, qu'on se tienne éloigné des gros vaisseaux du hile et qu'on ne pénètre pas à plus de $0^m,03$ à $0^m,04$ de profondeur dans le poumon, elle est démontrée par le fait que je n'ai perdu *aucun* malade et que je n'ai eu *aucun* accident.

« Le seul *inconvénient* est la douleur; mais elle est fort modérée et l'on peu l'atténuer en ajoutant un peu de morphine à la solution. Après l'introduction de l'aiguille dans la partie hépatisée, et, avant qu'on y ait adapté la seringue, il s'écoule quelques gouttes de sang qui exposent à l'oblitération de la lumière si l'on tarde à pousser l'injection. Quand l'aiguille est enfoncée dans le poumon *sain* ou dans le poumon *tuberculeux*, il ne s'écoule d'habitude pas de sang.

« Dans le poumon sain, de telles injections produisent des lésions assez prononcées : si, en effet, on sacrifie un chien deux jours après l'injection intra-pulmonaire de 3 c. c. à 4 c. c. d'une solution de sublimé, à la vérité un peu plus concentrée (à 1 pour 30,000), on trouve, au niveau de la piqûre, un point dur (caillot hémorrhagique) circonscrit, qu'entourent deux zones, la première hémorrhagique, la seconde d'apparence œdémato-congestive. A l'examen histologique pratiqué avec le docteur Blanc, nous avons vu les alvéoles de la zone hémorrhagique *déformées* et bourrées de globules rouges; celles de la zone qui semblait simplement affectée de congestion et d'œdème renfermaient des globules rouges, quelques globules blancs, quelques grosses cellules d'origine épithéliale, gonflées, et enfin un réseau fibrineux plus ou moins abondant, mais pas d'amas fibrineux. Avec la solution à 1 pour 40,000, les lésions sont notamment moindres.

« Peut-être trouvera-t-on une substance moins irritante pour le poumon que le sublimé, et capable cependant de suspendre ou de modérer le processus pneumonique. En tous cas, la méthode des injections intra-parenchymateuses, qu'on n'a jamais encore appliquée au traitement de la pneumonie, me paraît susceptible de l'être *dans certains cas, toujours avec prudence,* et sans préjudice, naturellement, du traitement de l'état général et des indications multiples de la maladie. »

M. Bouley présente une note de M. Tayon sur *le microbe de la fièvre typhoïde de l'homme; cultures et inoculations.*

« Dans deux notes, en date du 18 août 1884 et du 9 février 1885, j'annonçais que j'avais cultivé le microbe de la fièvre typhoïde de l'homme, et que cet infiniment petit était très dangereux pour certains animaux, pourvu qu'on le dépose dans le péritoine. Il agit avec la même activité, provoque les mêmes symptômes et les mêmes lésions si

l'on emploie l'injection intra-veineuse. Avec cette dernière méthode, j'ai fait mourir des brebis adultes, vingt-quatre heures après l'inoculation.

« L'injection intra-veineuse ou intra-péritonéale est donc très dangereuse à doses infiniment petites, tandis que l'inoculation sous-cutanée est toujours incapable de provoquer la mort.

« La résistance des cobayes, des lapins, des chiens et des chats à de fortes injections sous-cutanées, faites avec des liquides de cultures très virulentes, m'a décidé à étudier sur moi-même l'effet du microbe typhique introduit sous la peau.

« Le 4 mai, un étudiant en médecine, M. Kempff, m'a injecté sous la peau du bras, au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde, un liquide typhique cultivé depuis quatorze jours et capable de faire mourir un jeune lapin. Immédiatement après, la même injection, à même dose (1 division de la seringue de Pravaz) a été faite sur M. Kempff et sur M. Varennes, élève de l'Ecole des beaux-arts.

« Nous avons éprouvé les mêmes symptômes locaux et généraux, mais avec une intensité très différente.

« Les symptômes locaux ont apparu avec une très grande rapidité ; ils ont commencé sur chacun de nous, au bout d'une heure, par de la rougeur, qui, limitée d'abord à un point, s'étendit le deuxième et le troisième jour jusqu'au coude; par de la chaleur, de la tension et une gêne considérable des mouvements, qui devinrent douloureux. Le quatrième jour, le gonflement du bras inoculé diminue, les mouvements deviennent plus faciles; enfin, le septième jour, il n'y a plus qu'une légère induration autour de la piqûre.

« Les symptômes généraux ont été les suivants : fièvre, qui débute cinq à six heures après l'injection et persiste à peine vingt-quatre heures; insomnies pendant la nuit du 4 au 5. Le lendemain, fatigue générale, membres brisés, inappétence, figure tirée, une ou plusieurs selles liquides. Le 6, notre état s'améliore et tout est rentré dans l'état normal le 8. M. Varennes, qui a le plus souffert de cette expérience, a eu trois selles liquides le 6 mai, et pendant quarante-huit heures des maux de tête, la langue sèche, pâteuse; de plus, il a éprouvé une lassitude très prononcée.

« Le 13 juin, j'ai procédé à de nouvelles inoculations sur l'homme.

« Je me suis fait inoculer une seconde fois à l'autre bras par M. Kempff, et l'ai ensuite inoculé avec un bouillon aussi virulent que celui du 4 mai, puis j'ai pratiqué la même injection sur un étudiant qui n'avait pas subi l'inoculation du 4 mai, M. Milton Crenderopoulos.

« M. Kempff et moi-même n'avons éprouvé aucun malaise, aucun trouble, aucun changement dans l'état de notre santé, si ce n'est un peu de gonflement autour de la piqûre. Quant à M. Crenderopoulos, il a ressenti des symptômes généraux très nets, semblables à ceux que nous avions éprouvés la première fois : inappétence, maux de tête, fatigue générale, fièvre, etc.

« Enfin, le 15 juin, j'ai inoculé un bouillon, virulent seulement pour le cobaye, sous la peau du bras de M. Mozziconacci, mon préparateur et mon collaborateur, de MM. Grimm et Vallord, élèves à l'Ecole d'agriculture (1/2 division de la seringue de Pravaz à chacun).

« Soumis à l'action d'une culture moins virulente que les précédentes, ils ont éprouvé des symptômes locaux et généraux semblables à ceux déjà décrits, mais plus fugaces et plus éphémères.

« Ces résultats autorisent à admettre que l'inoculation sous-cutanée du microbe typhique n'est pas mortelle pour l'homme. Confère-t-elle l'immunité contre la fièvre typhoïde? L'organisme qui a subi deux injections sous-cutanées devient-il réfractaire au développement du microbe typhique? Je ne puis résoudre cette question, dont la solution exige des moyens de recherches dont je ne dispose pas. »

VARIÉTÉS

L'ÉCOLE DES INFIRMIÈRES A REIMS.

L'exemple de l'Assistance publique parisienne qui, il ne faut pas l'oublier, était lui-

même une imitation des cours de garde-malades établis dans plusieurs pays étrangers, sera bientôt suivi par la municipalité de Reims. Une commission, présidée par M. Strapart, et formée de MM. Langlet, Lévêque et Jolicœur, vient de publier, avec l'approbation de l'École de médecine de cette ville, un rapport où ils s'inspirent du programme des écoles des garde-malades de l'hôpital Saint-Thomas de Londres, de Liège, de Bruxelles et de la Salpêtrière.

Un cours primaire de lecture, d'écriture et de calcul précèdera les cours spéciaux, qui porteront sur les notions d'anatomie et de physiologie, les pansements, bandages, et la petite chirurgie, la petite pharmacie, l'hygiène et les soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés. Cet enseignement sera complété par des exercices pratiques de petite chirurgie, de massage, d'épilation et de balnéation.

A la suite d'un accord avec l'administration hospitalière rémoise, il a été décidé que cette École serait un externat dont les études dureraient une année. A la fin de celle-ci, un examen probatoire permettrait d'apprécier la valeur des élèves et, en cas d'insuffisance, de les autoriser à prolonger pendant six mois leur stage hospitalier.

Comme on l'a dit avec raison, l'avenir de telles institutions dépend de la facilité de recruter les élèves. Or, je me demande quels avantages une telle organisation offrira à des femmes obligées de gagner un salaire destiné à subvenir à leurs besoins quotidiens et qui, en général, sont toutes de position modeste. A Londres, les élèves infirmières sont logées et nourries dans l'hôpital, en échange des services qu'elles rendent avec les autres servantes.

Or, je ne sache pas qu'à Reims, plutôt qu'à Paris ou à Londres, la profession de garde-malade soit adoptée par des personnes fortunées. Vraiment, il est à craindre que la tentative rémoise ne donne pas tous les résultats espérés et promis par ses organisateurs! — C. L. D.

FORMULAIRE

Pilules laxatives.

Rhubarbe pulv.		
Aloès soccotrin pulv.	àà	0 gr. 75 centigr.
Extrait de belladone		
Extrait de noix vomique	àà	0 — 15
Podophyllin		
Essence de girofle		5 gouttes.

F. s. a. 12 pilules. — Une matin et soir. — N. G.

COURRIER

Internat des femmes. — M. le préfet de la Seine vient de rendre un arrêté aux termes duquel les élèves externes femmes, qui rempliront les conditions déterminées par le règlement sur le service de santé, seront admises à prendre part au concours de l'internat.

Les internes femmes seront soumises à toutes les règles d'ordre intérieur et de discipline qui concernent les internes « hommes ».

Dyspepsies. — Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez. — Exp. de MM. Archambault, Gubler, etc. (*Envoi franco échantillons*).

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Dubuc : Tuberculose primitive de la vessie chez une jeune fille. — II. Oreillons. — Convulsions. — Mort. — III. Association française pour l'avancement des sciences. — IV. Sociétés médicales des départements. — V. Variétés. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Tuberculose primitive de la vessie chez une jeune fille

(Communication faite à la Société de médecine de Paris dans sa séance du 11 juillet 1885)

Par le docteur Dubuc.

La tuberculose *primitive* de la vessie n'a pris place dans le cadre nosologique qu'à une date assez récente, grâce surtout à l'enseignement de M. Guyon et aux travaux de ses élèves, en particulier de M. Tapret et de M. E. Monod.

Si j'en crois ce qu'il m'a été donné de voir, sa fréquence est plus grande dans le sexe masculin. Je ne voudrais pourtant rien affirmer d'absolu sous ce rapport, la différence que j'ai constatée à cet égard pouvant tenir aux circonstances dans lesquelles j'ai observé.

En raison de cette rareté relative dans le sexe féminin, je crois devoir rapporter l'observation suivante qui me semble pouvoir être présentée comme type. Mon but, en la faisant connaître, est d'appeler l'attention sur une affection qui a été et est encore souvent méconnue dans sa nature :

Mlle X..., qui est âgée de 17 ans, lorsque je la vois en septembre 1882, est une jeune fille un peu chétive, plus petite que son âge ne le comporterait, comme ayant subi un arrêt dans son développement. Sa mère a succombé à la phthisie pulmonaire à l'âge de 33 ou 34 ans; sa grand'mère maternelle avait également succombé à la phthisie; du côté paternel, je n'ai relevé aucun antécédent de tuberculose.

La jeune fille en question a joui d'une bonne santé jusque dans les derniers mois de 1881; mais, à ce moment-là, s'étant un peu surmenée pour être prête à passer ses examens du premier degré, ainsi qu'ont pris l'habitude de le faire beaucoup de jeunes filles de la Société, elle a commencé à maigrir. Puis, au commencement de 1882, un phénomène nouveau s'est ajouté : de la fréquence diurne et nocturne dans les besoins d'uriner, besoins impérieux, accompagnés de ténesme. L'urine devint purulente, et, pendant plusieurs mois, fut presque constamment colorée par une petite qnantité de saug.

En juin 1882, pendant le cours même de ses examens, elle fut prise d'une abondante métrorrhagie qui l'obligea à garder le lit plusieurs jours durant. A partir de ce moment, ses règles, jusque-là régulières, diminuèrent d'abord d'abondance aux deux époques suivantes, pour disparaître ensuite définitivement; à diverses reprises, il y eut des pertes blanches.

En septembre 1882, je vois la malade chez son père à la campagne; elle a séjourné successivement à Forges-les-Eaux et au bord de la mer pendant les mois qui ont précédé; cela a eu pour effet de relever un peu son appétit, qui était très défectueux au moment où elle est partie pour Forges.

Les besoins d'uriner sont fréquents, impérieux; ils se répètent toutes les heures la nuit; dans le jour, la fréquence est la même, sauf après les repas où elle est beaucoup plus accentuée. L'urine contient une notable quantité de pus, jaune sale, gluant, adhérent aux parois du vase; mais, depuis longtemps déjà, elle a cessé d'être colorée par du sang.

L'hématurie a été un phénomène de début que nous verrons se reproduire dans la suite.

La malade accuse dans la région hypogastrique un sentiment de gêne plutôt qu'une véritable douleur. Elle ne souffre pas des reins et n'en a jamais souffert.

©BIU Santé

Elle a des moments de tristesse, de découragement; mais, à cela près, elle vit de la vie commune. Son sommeil est interrompu, la nuit, par la nécessité d'uriner souvent; dans l'intervalle, il est satisfaisant. Rien de suspect, comme trouble fonctionnel ni comme signe physique du côté de l'appareil pulmonaire.

Mon diagnostic est : tuberculose vésicale et peut-être utérine (à cause de la métrorrhagie qui s'est manifestée en juin).

Je recommande un régime alimentaire tonique, de l'extrait mou de quinquina, de l'arseniate de fer, et, quand l'hiver sera venu, de l'huile de foie de morue créosotée, du sirop d'iodure de fer, le séjour dans le Midi. Cette dernière partie de la prescription n'est pas acceptée.

L'hiver 1882-1883 se passe sans modification dans les symptômes que j'ai indiqués ci-dessus : les besoins d'uriner conservent la même fréquence, fréquence très grande après les repas, au point qu'il doit parfois y être donné satisfaction toutes les cinq minutes. L'urine renferme constamment du pus, plus rarement du sang et en très petite quantité. Les règles manquent toujours.

L'huile de foie de morue, le quinquina, le sirop d'iodure de fer ont été bien supportés.

L'appétit est meilleur, les forces se sont relevées. La marche est devenue plus facile et peut être prolongée davantage.

Au printemps, l'huile de foie de morue étant moins bien supportée, est remplacée par du sirop antiscorbutique.

Puis la jeune malade passe le mois de juin à Forges où il apparaît à diverses reprises un peu de sang dans l'urine, en même temps que des douleurs du bas-ventre, des fesses et des cuisses.

De Forges elle se rend, comme l'année précédente, au bord de la mer.

En automne, son père m'écrit que l'état général de sa fille est meilleur. L'appétit et e sommeil sont assez satisfaisants; mais la fréquence des besoins reste la même et oujours l'urine renferme du pus en quantité variable.

D'elle-même, la malade s'est remise à l'huile de foie de morue dont elle éprouve des effets favorables.

Dans le courant de décembre 1883, il se produit une sorte d'aggravation de l'état local. L'urine est chargée de pus et même mélangée de sang par moments. Des douleurs se manifestent dans le bas-ventre, la fesse gauche et la cuisse correspondante, douleurs combattues à l'aide d'applications de teinture d'iode. Puis les choses rentrent dans l'état, et le mois de janvier se passe sans incident notable.

En février, une nouvelle poussée se produit du côté de la vessie. Les urines deviennent sanglantes pendant quelques jours et simultanément le pus augmente de quantité.

En avril 1884, j'ai l'occasion de voir la malade. Son état général n'est pas mauvais ; elle mange assez bien et marche assez facilement ; elle ne souffre plus du bas-ventre, ni des régions avoisinantes ; mais elle n'a rien gagné sous le rapport de la fréquence des besoins ; l'urine renferme toujours du pus et parfois aussi du sang.

Le bas-ventre n'est pas douloureux à la pression ; les régions rénales non plus ne sont pas douloureuses ; on n'y sent aucun empâtement.

En juin, saison à Forges, suivie du séjour habituel au bord de la mer.

Il s'est produit, pendant la durée de celui-ci, un phénomène nouveau et d'une extrême gravité. La malade s'est mise à tousser par quintes, le soir principalement ; il s'est joint à la toux des transpirations nocturnes ; l'amaigrissement s'est prononcé.

Dans la dernière quinzaine de septembre, me trouvant en province, dans le pays qu'habite la malade, je constate l'existence de lésions manifestes au sommet du poumon gauche (submatité, nombreux craquements dans la fosse sus-épineuse).

Aucun changement n'est survenu du côté de la vessie : même fréquence des besoins, même état purulent de l'urine.

La malade est mise à l'usage de la viande crue. A partir de ce moment, les lésions vésicales et les lésions pulmonaires évoluent parallèlement, ces dernières avec une grande rapidité.

Dès le mois de janvier 1885, il existe des signes d'excavation au sommet des deux poumons.

La malade affaiblie, cachectique, ne marche plus que courbée en deux ; elle a du dégoût pour les aliments, de la diarrhée fréquente ; elle se nourrit à peine.

Finalement, elle succombe au commencement de février, à la double cause d'épuisement ci-dessus mentionnée.

L'urine n'a été examinée qu'une seule fois dans le courant de janvier 1885, au point de vue de la constatation du bacille de la tuberculose, par un chimiste d'ailleurs très distingué, qui n'avait point de compétence spéciale pour ce genre de recherches. Le résultat de son examen a été négatif, ce qui ne veut pas dire que le bacille fût absent.

On ne doit pas oublier, d'ailleurs, que dans des cas où la nature tuberculeuse des lésions vésicales a été révélée par l'autopsie, le bacille a pu demeurer introuvable, alors même qu'il avait été recherché dans l'urine pendant la vie, par des observateurs d'une compétence reconnue.

Je ne pense donc pas qu'on puisse me contester, du fait de son absence, la justesse du titre donné à mon observation.

Réflexions. — Je n'entends pas à propos d'un seul fait entrer dans l'histoire détaillée de la tuberculose vésicale. Je me bornerai à quelques remarques qui sont plus particulièrement du domaine de la pratique. La première concerne la très grande utilité qu'il y a à reconnaître de bonne heure la nature de la cystite qu'on a sous les yeux.

Dans le cas relaté ci-dessus, le diagnostic, même dans la période du début, ne présentait pas de grandes difficultés, tant à cause des antécédents héréditaires que de l'appareil symptomatique considéré en lui-même. Ces besoins fréquents, impérieux ; cette urine chargée d'un pus jaune sale, gluant, adhérent à la paroi du vase, souvent mélangée de sang ; l'altération de la santé générale ; tout cela devait faire penser à une cystite tuberculeuse.

De quelle autre nature, en effet, aurait-elle pu être, survenant tout-à-coup au milieu de la santé, sans troubles encore du côté de la menstruation chez une jeune fille vierge, héréditairement prédisposée.

Chez l'homme, les difficultés du diagnostic sont souvent plus grandes, parce que la cystite tuberculeuse est l'apanage de la jeunesse et qu'elle se présente fréquemment pendant la durée d'un écoulement uréthral qui s'est prolongé, ou à la suite d'un écoulement récemment guéri. De sorte qu'on a à se poser la question de savoir, si on est en présence d'une cystite tuberculeuse ou d'une cystite blennorrhagique.

Mais chez l'homme, on a pour éclairer le diagnostic l'examen de l'appareil génital qui fait absolument défaut chez la femme encore vierge.

La cystite tuberculeuse, dans le sexe masculin, s'accompagne en effet d'ordinaire de lésions de même nature du côté des épididymes, des cordons, de la prostate, des vésicules séminales ; le plus souvent même, les lésions de ces divers organes ont précédé l'apparition de la cystite. On ne peut plus dire qu'on se trouve en présence d'une tuberculose primitive de la vessie ; on doit se servir d'un terme plus compréhensif, celui de tuberculose primitive de l'appareil génito-urinaire, tuberculose fréquente et qui met en défaut la fameuse loi de Louis.

Pour en revenir à la tuberculose vésicale, il y a une véritable importance à en reconnaître de bonne heure la nature, non pas pour la vaine satisfaction d'avoir fait un diagnostic exact et d'avoir pu établir dès l'origine le véritable pronostic ; mais, parce que la direction à imprimer au traitement en pourra être profondément modifiée.

Dans la cystite tuberculeuse, en effet, les tentatives de traitement direct

©BIU Santé

énergique ne font, en général, qu'aggraver la situation des malades. On devra s'abstenir, par exemple, des instillations et des injections de nitrate d'argent faites au niveau du col ou dans l'intérieur de la cavité vésicale, moyen d'une si grande efficacité dans le traitement de la cystite blennorrhagique.

On devra s'abstenir également des explorations répétées de la vessie avec la sonde métallique, qui pourraient sembler indiquées par l'idée qu'il s'agit d'un calcul vésical. De pareilles explorations pourront aggraver considérablement l'état du patient en provoquant des douleurs intenses, qui persisteront ensuite avec une grande ténacité.

Dans les cas ordinaires, la connaissance des antécédents héréditaires (que, pour ma part, j'ai rencontrés chez presque tous mes malades), l'exacte appréciation des symptômes, la concomitance de lésions caractéristiques du côté de l'appareil génital, la présence du bacille de la tuberculose, si on le rencontre dans l'urine, permettront d'établir le diagnostic exact.

S'il reste un doute, et il y a des cas, chez l'homme surtout, où la tuberculose primitive de la vessie peut-être prise pour une cystite blennorrhagique ou, encore, bien que la confusion soit plus difficile à admettre, peut faire songer à la présence d'un calcul vésical, on sera autorisé à essayer, dans le premier cas, des instillations ou des injections de nitrate d'argent, quitte à ne pas s'y attarder ; à s'adresser, dans le second, au cathétérisme explorateur, à la condition de n'y pas revenir.

Le pronostic, je n'ai pas besoin de le dire, est des plus graves ; pourtant la marche de la tuberculose vésicale est, en général, plus lente que celle de la tuberculose pulmonaire et, dans certains cas, on observe des périodes de rémission prolongée, qui peuvent donner l'illusion de la guérison.

Dans mon observation, qui a servi de point de départ aux réflexions que je présente ici, la vie a été notablement abrégée par la complication, toujours à redouter, d'une tuberculose pulmonaire.

En ce qui concerne le traitement, il ne diffère véritablement pas de celui de la tuberculose pulmonaire. Ce sont les mêmes remèdes à administrer à l'intérieur, les mêmes révulsifs à appliquer sur la peau au voisinage de l'organe malade.

On doit y ajouter le cathétérisme évacuateur, lorsqu'il y a rétention d'urine, ce qui n'est pas fréquent, et des antiseptiques, tels que l'acide borique et l'arbutine pris à l'intérieur, lorsque l'urine subit dans la vessie la fermentation ammoniacale.

Mais il est un symptôme qu'on ne parvient que bien difficilement à atténuer. C'est l'extrême fréquence des besoins, qui souvent sont en même temps douloureux. Il y a là pour les patients une cause d'épuisement par la douleur ressentie et la privation de sommeil, en même temps qu'un trouble apporté dans les relations sociales. Ce sera le cas de recourir aux applications directes d'une solution de cocaïne à la dose de 3 ou 4 p. 100. Il est probable qu'on réussira ainsi, surtout dans la période du début avant la production des ulcérations, à procurer aux malades un véritable soulagement.

Oreillons. — Convulsions. — Mort.

Observation de M. le docteur L. Michalski, médecin de la Compagnie P.-L.-M., à Charny (Yonne).

J'ai lu, dans l'*Union médicale*, les intéressants articles que M. le docteur

Longuet a consacrés à la maladie ourlienne. Il y est dit qu'en dépit de leur réputation de bénignité, les oreillons ont plus d'une fois entraîné la mort; que la principale cause de la mort, en pareil cas, est la méningite, mais que la fréquence de cet accident ne doit pas être exagérée, car ce n'est que de loin en loin qu'il est signalé dans les auteurs.

Ayant eu à soigner un enfant de 7 ans atteint d'oreillons, et qui fut subitement emporté par des convulsions, les considérations précédentes m'engagent à publier la relation de ce cas rare et malheureux :

Le 30 juillet 1884, je suis appelé auprès de l'enfant B..., âgé de 7 ans. Ce petit garçon est au lit avec une fièvre assez intense; il se plaint de douleur dans la région parotidienne gauche, siège d'une tuméfaction très prononcée. Je diagnostique des oreillons; mais, le petit malade accusant de la difficulté pour avaler, je fais l'examen de la gorge et je constate une amygdalite concomitante qui m'explique l'état fébrile plus intense qu'on ne l'observe dans les cas ordinaires d'oreillons. De plus, la face est un peu vultueuse, les yeux sont brillants et humides.

Le traitement consiste, pendant quatre jours, en onctions avec le baume tranquille belladoné sur la région parotidienne, qui est ensuite recouverte d'ouate, et en une potion avec 4 grammes de chlorate de potasse.

Le petit malade est retenu au lit par la fièvre qui persiste. Cette persistance des troubles généraux me fait penser à l'apparition possible de la rougeole.

Le 3 août, je vois le malade vers cinq heures du soir et je constate un grand changement dans son état. La parotidite a presque complétement disparu, la fièvre est nulle; l'enfant a été gai toute la journée; il cause avec moi volontiers et réclame à manger. Je le quitte sans inquiétude; aussi ma surprise fut-elle grande quand, le lendemain, vers cinq heures du matin, on vint me chercher en toute hâte, me disant que l'enfant se mourait.

Je trouvai, en effet, le petit malade dans un coma complet et j'acquis vite la conviction qu'il était en proie à des attaques de convulsions.

Je m'enquis de ce qui s'était passé depuis la veille; aucune imprudence n'avait été commise.

L'enfant avait bien dormi pendant la nuit et les parents n'avaient rien observé d'anormal, quand il fut pris brusquement, au matin, d'une attaque qui l'avait laissé sans connaissance, état qui durait à mon arrivée.

Une révulsion énergique put réveiller l'enfant, qui, pendant un certain temps, reconnut son entourage pour retomber bientôt après dans une série de nouvelles attaques éclamptiques.

Des lavements au chloral furent administrés sans succès, et l'enfant mourut en quelques heures sans avoir pu prendre une potion bromurée que j'avais envoyé chercher.

Habitué à porter un pronostic bénin pour les oreillons, je fus fort étonné de cette mort que rien ne pouvait faire prévoir, mais je n'hésitai pas à l'attribuer à une répercussion de la parotidite sur l'encéphale, et cela, d'autant mieux que j'étais enclin à supposer, chez mon petit malade, une prédisposition héréditaire en me rappelant que son oncle maternel avait été rapidement emporté par des complications cérébrales dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu.

Ce cas porte donc avec lui un enseignement pratique pour le pronostic des oreillons, qui, dans certaines circonstances, doit être réservé.

De plus, il me semble venir à l'appui de la thèse du docteur Longuet, qui veut voir dans les oreillons la simple manifestation d'une maladie générale, infectieuse à la façon de la variole et de la fièvre typhoïde, et pouvant porter son action sur l'organisme tout entier.

©BIU Santé

Nous avons, en effet, observé, dans ce cas, l'évolution rapide d'une maladie générale grave, — fièvre intense avec parotidite, amygdalite et méningite finale. Il est à noter aussi que la méningite est survenue ici sans qu'il y ait eu d'orchite ourlienne.

Association française pour l'avancement des sciences.

QUATORZIÈME SESSION A GRENOBLE.

Section des sciences médicales.

Bureau : MM. Henri Henrot (de Reims), président; Bouchard, Diday, Berger et Girard (de Grenoble), Grasset et Pamard. Secrétaires : MM. Delbet, Launois, L.-H. Petit et Valude.

La section des sciences médicales a, cette année plus peut-être encore que les années précédentes, attiré de nombreux confrères de tous les points de la France. Pour ne pas faire double emploi, nous ne les nommerons pas maintenant, leur nom reviendra dans la discussion des questions soulevées au Congrès.

Séance du 13 août (matin).

Après une communication de M. Paul Landowski, sur un nouveau topique applicable au traitement de certains néoplasmes, le suc de l'*euphorbia heterodoxa*, dont les propriétés, analogues à celles de la papaïne, ne sont cependant pas encore bien connues, — nous avons entendu avec grand intérêt deux communications importantes, de M. Chauveau et de M. Ch. Bouchard, sur le choléra.

M. Chauveau examine la question des vaccinations anticholériques d'après les documents publiés. Il n'a pas fait lui-même d'expériences pour des raisons que nous donnerons tout à l'heure. Il admet que M. Ferran peut avoir raison, sans tenir compte des motifs que tout homme de science a de se tenir en garde contre les résultats annoncés, des contradictions relevées dans ses écrits, de ses erreurs. Il reconnaît que M. Ferran a eu le mérite de mettre le premier en œuvre un des procédés usuels d'inoculation préventive; mais cette inoculation est-elle efficace? Là est la question.

D'une manière générale, il faut être très réservé dans les questions de ce genre, et dans celle des inoculations anticholériques en particulier. De ce que l'inoculation a réussi contre une maladie, il ne s'ensuit pas qu'elle doive réussir contre une autre; on ne peut conclure qu'elle réussira contre le choléra comme elle a réussi contre la variole, par exemple. Il y a même de fortes présomptions contre l'immunité conférée par les inoculations anticholériques. D'abord, une première atteinte de choléra ne met pas à l'abri d'autres atteintes ultérieures, sinon dans la même épidémie, du moins pour d'autres; cette immunité est donc très courte, et on ne sait pas encore combien de temps elle peut durer après les vaccinations.

M. Chauveau se demande si le comma-bacille est l'agent indéniable du choléra. Il fait une comparaison entre le choléra et le charbon, montre qu'au point de vue du réceptable des microbes, l'intestin, dans le choléra, est analogue au ganglion, dans la maladie charbonneuse, que le microbe spécifique se développe dans l'un comme dans l'autre, et qu'il est très probable que le bacille-virgule est bien l'agent infectieux dans le choléra.

Quant à la voie d'introduction de l'inoculation, il rappelle que les effets produits par le vaccin varient avec la voie d'introduction et pense que celle qui a été choisie par M. Ferran, c'est-à-dire le tissu cellulaire sous-cutané, est bien la meilleure.

Les inoculations prétendues préventives ne créeront-elles pas de nouveaux foyers de maladie? M. Chauveau ne le croit pas. Il est, en somme, assez favorable au médecin espagnol, mais conclut néanmoins de son étude que, s'il y a lieu de suivre avec intérêt les inoculations de M. Ferran, malgré le caractère peu scientifique de ses recherches antérieures et de sa pratique actuelle, il y a lieu aussi de contrôler les résultats qu'il a annoncés.

M. Chauveau, malgré l'étendue de ses recherches et de sa communication, a cependant laissé de côté un point de la question qui a été signalé dans ce journal même; c'est celui qui a trait aux morts assez nombreuses constatées à la suite des inoculations dites anticholériques; par exemple, celles qui sont survenues chez 30 des 40 religieuses vaccinées par M. Ferran devant les membres de la Commission française. Est-ce que ces cas sont uniques? Je ne le pense pas, et alors les vaccinations prétendues anticholériques peuvent devenir, contrairement à l'opinion de M. Chauveau, des centres d'épidémies, en supposant, — hypothèse bien naturelle, — que les personnes vaccinées soient venues de loin et retournent ensuite dans leur pays, ou qu'elles émigrent après la vaccination.

M. le professeur Bouchard examine la question à un autre point de vue, celui de savoir si l'origine de toutes les hypothèses relatives au virus cholérique, c'est-à-dire l'opinion elle-même de Koch, est exacte. Il s'appuie pour cela à la fois sur l'expérimentation et sur l'observation clinique des cholériques entrés dans son service, au nombre de 44, pendant la dernière épidémie.

M. Bouchard a constaté d'abord qu'il existe une perversion dans l'élaboration de la matière, attestée par un caractère particulier des urines. Ayant administré de la naphtaline à tous les cholériques, il a vu que l'urine avait, à l'émission, chez plusieurs d'entre eux, une coloration violette bien différente de la teinte brune-sale que prennent d'ordinaire les urines chez les malades soumis à l'action de la naphtaline. Cette coloration violette est due à une matière soluble dans l'éther. — M. Bouchard ne l'a observée ni chez l'homme sain, ni dans d'autres états morbides, sauf dans un cas d'atrophie jaune aiguë du foie, et une fois dans la fièvre typhoïde.

En second lieu, M. Bouchard a constaté que, quand l'anurie s'établit chez un cholérique, les pupilles se rétrécissent et deviennent punctiformes. Cet état de myosis persiste autant que dure l'anurie, et cesse quand la sécrétion urinaire se rétablit. Ce symptôme nouveau n'est pas propre au choléra, il appartient à l'urémie et M. Bouchard l'a retrouvé dans tout état urémique, quelle qu'en soit la cause.

M. Bouchard discute ensuite la valeur de la doctrine pathogénique de Koch, qui peut se résumer dans les trois propositions suivantes : 1° Le choléra est une maladie infectieuse causée par le bacille-virgule ; 2° ce bacille n'habite que dans la cavité intestinale ; 3° puisque le bacille-virgule ne pénètre ni dans le sang, ni dans la lymphe, ni dans l'intimité des organes, il faut nécessairement qu'il agisse en produisant un poison dont l'absorption détermine les accidents cholériques.

Or M. Bouchard prouve d'abord que le bacille, s'il a une valeur pathogénique, ne peut avoir pour habitat exclusif le canal intestinal. Lorsque la dernière épidémie menaçait Paris, M. Bouchard s'est demandé ce qu'on pourrait faire si elle venait à éclater. En passant en revue les diverses médications adoptées antérieurement, il est arrivé à cette conclusion qu'aucune n'avait donné de résultats utiles, et qu'en admettant la doctrine de Koch, il était indiqué d'expérimenter une thérapeutique basée sur elle. M. Bouchard s'est donc cru en droit d'instituer contre le choléra une thérapeutique pathogénique ; il était naturel d'espérer que par l'antisepsie intestinale, puisque le bacille était réputé résider dans l'intestin, on pourrait peut être arrêter la maladie. L'administration de l'iodoforme, à la dose de 1 gramme, et de la naphtaline, à celle de 5 grammes, a donné 66 pour 100 de mortalité. Ce résultat était semblable à celui que donnent les autres médications. On peut dire qu'il était nul au point de vue de la théorie de Koch, et M. Bouchard en conclut que celle-ci s'en trouve fortement ébranlée.

M. Bouchard examine les objections qu'on peut faire à cette conclusion. Le bacille-virgule est peut-être réfractaire à l'iodoforme et à la naphtaline ? — Non, car la présence de ces substances dans les bouillons de culture empêche le bacille de Koch de s'y développer, d'après une expérience de M. Chantemesse.

Peut-être le traitement a-t-il été appliqué trop tard ? — Non, car chez les malades qui ne sont pas morts, l'antisepsie avant été continuée un certain temps, il y eut néanmoins des récidives de la maladie, alors que l'intestin était aseptique. De plus, le choléra est apparu chez deux malades en cours de traitement pour la fièvre typhoïde, et

©BIU Santé

chez lesquels l'antisepsie intestinale avait été obtenue depuis plusieurs jours. — Donc le bacille-virgule, s'il est l'agent du choléra, n'habite pas exclusivement l'intestin, puisque, lorsqu'on le détruit dans l'intestin, le choléra n'en persiste pas moins.

M. Bouchard va plus loin, et ajoute que le bacille-virgule ne peut sécréter le poison cholérique.

L'expérimentation peut ici donner de bons renseignements. Si le bacille-virgule est dans la cavité intestinale, il devra accumuler la matière toxique dans le contenu de l'intestin. Il en devra sécréter aussi, si on l'observe *in vitro*. Or, on n'a jamais trouvé une toxicité spéciale aux matières dans ces conditions, alors même que les bacilles étaient extrêmement nombreux. Si on injecte le liquide intestinal chez le lapin, dans la proportion de 50 grammes par kilogramme de poids, ce qui fait à peu près 650 grammes par kilogramme de sang, l'animal meurt avec des lésions multiples déterminées par les éléments figurés qui agissent sur les tissus, mais il n'y a pas d'intoxication ; si on prévient ces lésions en filtrant le liquide, l'animal ne meurt plus, bien que, dans les deux cas, l'albuminurie annonce le passage des substances étrangères par le rein.

Dira-t-on que le microbe, n'étant plus dans son milieu naturel, ne peut plus fabriquer le poison ? Mais on sait que tous les êtres, bien que changés de milieu, remplissent leurs fonctions tant qu'ils vivent, et que, s'ils ne fabriquent pas, c'est qu'ils sont morts. Le bacille vit, ne fabrique pas de poison, donc sa fonction n'est pas d'en fabriquer, donc il n'est pas l'agent toxigène du choléra.

Mais on objectera peut-être que le lapin est réfractaire au poison du choléra, comme à la belladone? — Non, car il y a dans les urines des cholériques un poison auquel le lapin ne résiste pas et qui est mis en lumière par les expériences suivantes :

Depuis plusieurs années, le savant professeur a étudié l'action des urines normales ou pathologiques sur l'organisme en injectant l'urine en nature dans le sang. Or, les urines des cholériques déterminent des symptômes tout spéciaux, ceux du choléra : cyanose, crampes, hypothermie qui s'accentue jusqu'à la mort à 33 ou 34° ; diarrhée grisâtre ou rougeâtre, avec suppression de la sécrétion biliaire et desquamation intestinale tout à fait analogue à la purée cholérique, mais sans bacilles-virgules ; albuminurie constante, puis anurie ; enfin, mort. Parmi les animaux soumis aux injections d'urines cholériques, les uns meurent plus ou moins rapidement, non pas pendant l'injection, mais après un intervalle de douze heures à quatre jours ; d'autres survivent et peuvent guérir. — Les phénomènes qu'ils présentent sont dus à une intoxication et non à une infection. En effet, ils commencent à se manifester dès le moment de l'injection, et ils ne sont pas précédés d'une période d'incubation ; de plus, ils sont bien spéciaux à l'injection d'urine provenant des cholériques, car ils ne sont survenus après aucune autre injection, même celle de cultures pures du bacille-virgule. En outre, les animaux qui guérissent sont ceux qui avaient reçu une injection de petites quantités d'urine ; ceux qui meurent sont ceux qui en ont reçu de grandes : donc les accidents sont causés par la toxicité de la matière en dissolution dans l'urine injectée et proportionnels à la quantité du poison qu'elle contient. Les mêmes phénomènes se sont reproduits par l'injection d'une solution d'extrait alcoolique d'urine cholérique.

Il résulte, en définitive, des expériences que le lapin, qui est insensible aux injections de cultures pures de bacilles-virgules, est pris d'accidents cholériques plus ou moins graves ou mortels, suivant la dose, après les injections d'urines cholériques.

Le poison cholérique est-il fabriqué par les agents infectieux du choléra ou par l'organisme lui-même sous l'incitation des microbes? M. Bouchard ne peut le dire.

Mais, en somme, le choléra est une maladie infectieuse, au cours de laquelle se produit un poison qui donne naissance aux accidents cardinaux du choléra. Quel est l'agent infectieux? Je ne sais, dit M. Bouchard, mais ce n'est pas le bacille-virgule, ou alors il n'agit pas comme le prétend Koch, et n'a pas l'habitat exclusif que Koch lui assigne.

L'évolution du choléra peut être résumée de la manière suivante : Le premier stade correspond à l'intoxication par l'absorption d'un poison anormal, poison cholérique. Dans le deuxième stade, qui succède à l'anurie et est annoncé cliniquement par le myo-

sis, à l'intoxication cholérique s'en ajoute une seconde, l'intoxication par rétention des matériaux toxiques normaux que doit physiologiquement éliminer l'urine.

M. Chauveau regrette de n'avoir pu faire lui-même d'expériences, mais il avait pour cela des excuses très-valables : à la Faculté de médecine de Lyon, dont il est professeur, il n'a pas un laboratoire suffisamment riche en appareils; à l'Ecole vétérinaire, dont il est le directeur, tous les instruments nécessaires s'y trouvent, mais il y a là un nombreux personnel, surtout d'élèves, on pourrait craindre que leur santé ne souffrît du voisinage des microbes cholériques, et ces craintes ont été exprimées assez haut et assez de fois pour que M. Chauveau ait dû en tenir compte. Néanmoins, il a cru pouvoir, en s'appuyant sur son expérience des maladies microbiennes, examiner, en connaissance de cause, les documents publiés sur les vaccinations anticholériques, et se prononcer en faveur de la doctrine de Koch. — M. Chauveau pense que l'assimilation faite, par M. Bouchard, entre un cholérique et un lapin auquel on injecte l'urine des cholériques, n'est pas justifiée. Ainsi, il a injecté du sang d'animaux atteints de septicémie gangréneuse, et il a obtenu une intoxication présentant des phénomènes analogues à ceux de l'intoxication par l'injection d'urine cholérique au lapin.

M. Bouchard répond que l'injection du sang n'est pas comparable à celle de l'urine et que, depuis trois ans qu'il injecte au lapin l'urine de tous les sujets atteints de toutes les affections septicémiques qu'il a pu observer, il n'a jamais rencontré la même réunion de phénomènes.

M. Bernheim (de Nancy) dit que l'antisepsie intestinale n'est pas capable de faire avorter le choléra; les substances administrées par M. Bouchard peuvent agir sur le contenu de l'intestin, mais non sur sa paroi, et encore moins sur les glandes qui peuvent contenir les bacilles. — M. Bouchard répond qu'il a pris la théorie de Koch telle qu'elle est; si le bacille-virgule existe dans les glandes, ce qu'il a dit de l'antisepsie ne trouve plus la même application; mais, qu'en restant dans les termes émis par Koch, il a raison.

L'étiologie des néphrites chroniques étant, en général, mal décrite dans les livres classiques, M. le professeur Lépine (de Lyon) dit qu'on peut les ranger en deux classes : la première reconnaît pour origine presque constante une dyscrasie habituelle, en prenant ce mot dans le sens le plus large, c'est-à-dire en la définissant toute modification de la constitution normale du sang; la seconde est constituée par les néphrites ascendantes, parmi lesquelles peut se présenter la pyélonéphrite microbienne, indépendante de toute altération antérieure des voies urinaires, dont la réalité, au moins à l'état subaigu, est démontrée par des expériences de M. Lépine et de M. Roux, son élève.

Indépendamment des signes indirects, secondaires (urémiques) des néphrites, les signes directs, positifs d'une néphrite chronique sont les suivants : l'albuminurie, si elle se présente en grande quantité, avec polyurie, si elle est constante, même très faible, mais permanente pendant des mois consécutifs; si elle augmente parallèlement avec la polyurie; — les cylindres granuleux et les globules rouges, si on peut exclure l'existence d'une cystite; — enfin, la lenteur relative de l'élimination de l'iode injectée sous la peau. Les trois ordres de signes positifs précédents peuvent d'ailleurs manquer sans qu'on soit en droit d'affirmer la non-existence d'une néphrite.

M. Aug. Voisin, médecin de la Salpêtrière, a continué les intéressantes expériences dont il avait entretenu l'an dernier les membres du Congrès, sur l'*hypnotisme* employé comme traitement de l'aliénation mentale et sur les applications de la suggestion chez les aliénés et chez les nerveux. Chez ces sujets, atteints de délire partiel ou d'excitation maniaque, l'hypnotisme produit un effet immédiat bien saillant : le sommeil et le calme, qu'aucun médicament ne pouvait amener d'une façon aussi sûre et aussi exempte de danger. Il en résulte une série de phénomènes consécutifs en tête desquels il faut placer la diminution et la suppression de l'habitude morbide.

L'hypnotisme permet d'employer la suggestion et d'amener par son influence des modifications des idées, du caractère et des intincts; le retour aux travaux manuels et intellectuels; la cessation d'hallucinations et de conceptions délirantes; le rétablisse-

CDIU Santé

ment de fonctions organiques; la possibilité d'une alimentation régulière, etc. Il permet encore d'obtenir des malades, qui se refusent à rien dire qui puisse éclairer le médecin, des confidences qui lui permettent de connaître les causes et la pathogénie de leur affection nervoso-mentale, et de donner des soins physiques et moraux mieux appropriés à leurs souffrances. L.-H. PETIT.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE NANTES PENDANT LE DEUXIÈME SEMESTRE DE 1884.

Les études sur le hoang-nan sont en faveur dans le département de la Loire-Inférieure, et on le doit, sans aucun doute, aux travaux de M. Viaud-Grandmarais. Un de ses compatriotes, M. BARTHÉLEMY, s'efforce de faire connaître à nouveau ses propriétés dans une note intitulée : *Supplément à l'étude du hoang-nan*, à propos d'un cas d'hydrophobie rabique dans lequel, il est vrai, cet agent a bien diminué les phénomènes d'excitation, mais n'a pu empêcher la terminaison fatale.

M. Barthélemy attribue les insuccès obtenus à l'insuffisance des doses et recommande l'exemple des Tonkinois pour obtenir la réaction physiologique. Il propose donc, à l'avenir, de l'essayer encore comme moyen préventif de l'accès rabique.

Une autre communication pleine d'actualité est celle de M. OLLIVE sur le *traitement de la sciatique par les pulvérisations de chlorure de méthyle*. Elle avait pour occasion quatre observations dans lesquelles les applications de l'agent irritant furent suivies de la disparition des points douloureux. La méthode de M. Debove a donc reçu à Nantes la sanction d'heureuses expériences. Il n'y avait pas à s'en étonner puisqu'elle était déjà elle-même une sanction clinique des faits démontrés depuis deux ans et magistralement étudiés par M. Brown-Sequard dans ses recherches sur la dynamogénie et l'inhibition. Par contre, il ne paraît pas qu'on trouve à Nantes plus qu'à Paris le moyen d'atténuer les inconvénients de ce procédé; à savoir : l'apparition de phlyctènes, l'odeur du médicament et le danger des manipulations.

Pour terminer, je signale la *Causerie sur le choléra* de M. VIAUD-GRANDMARAIS, qui mérite lecture de la part des historiens de l'épidémie cholérique de 1884. Nantes ne fut éprouvé que par 120 décès, chiffre peu élevé dans une population de 120,000 habitants. Par contre, cette ville fut l'origine de la contamination de foyers secondaires où les ravages furent plus grands à Châtenay, Noirmoutiers, etc. Ce mémoire condamne donc tardivement les exagérations administratives qu'on n'a pas oubliées et qui auront été le caractère principal de cette épidémie. — C. L. D.

VARIÉTÉS

HÔPITAUX DE MILAN ET DE BRUXELLES.

Bien que nous n'ayons séjourné que quelques heures dans les principaux hôpitaux de ces deux villes, nous croyons devoir dire un mot, à titre de curiosité médicale, du système de construction et des divers services de ces établissements.

MILAN. — *L'hôpital militaire de Milan* est un bâtiment ancien à plusieurs étages, entouré de rues et de quartiers assez bien aérés. Placé dans un point central de la ville, il présente à l'extérieur l'aspect d'une masse considérable. — A l'intérieur, une cour centrale où pousse en hiver une maigre verdure, assez mal entretenue du reste, rappelle vaguement une des cours-jardins du Val-de-Grâce.

Rien de bien original dans les services médicaux comprenant un service pour les maladies internes, pour les maladies externes, pour les maladies cutanées et vénériennes, dont les victimes sont reléguées dans un étage élevé. Nous n'avons guère remarqué qu'un système d'ascenseur très bien aménagé pour le transport rapide, aux diffé-

rents étages, des aliments et des boissons médicamenteuses ou autres qui sont distribués aux malades à la température prescrite par le médecin.

Dans la bibliothèque, installée dans le cabinet du médecin-chef, *Colonnello-Medico*, se trouvent un certain nombre de journaux français, notamment les *Archives de medecine et de pharmacie militaire*. L'hôpital militaire relève, en outre, de la direction du colonel-médecin, auquel appartient plus particulièrement la solution des questions techniques, d'un chef militaire qui a la haute main sur le personnel et le matériel. Des lieutenants-médecins, au nombre de sept, accompagnent les médecins-traitants dans leur visite, en tenue militaire, et alternent chaque jour pour le service de garde. On sait qu'en France, depuis deux ans bientôt, le nombre des aide-majors, chargés exclusivement du service hospitalier, a été réduit à une infime proportion : seuls les hôpitaux de Paris et quelques autres, tels que ceux des établissements thermaux, en possèdent encore.

Bruxelles. — *L'hôpital militaire de Bruxelles* est un ancien couvent, situé dans le voisinage du vieux Bruxelles, c'est-à-dire de rues étroites, mal aérées, mal pavées et mal entretenues. Affectant la forme d'une masse irrégulière, composée d'une série de bâtiments circonscrivant des cours manifestement trop petites, il est loin de répondre aux *desiderata* les plus élémentaires de l'hygiène nosocomiale contemporaine.

Mais l'examen de l'intérieur dédommage largement de la mauvaise impression produite à l'entrée. Sans doute, on y trouve encore des escaliers et des couloirs trop étroits, mais les salles des malades sont dans un état de propreté vraiment extraordinaire. Planchers frottés à la cire jaune, murs fréquemment blanchis à l'eau de chaux, linge de lits d'une blancheur éblouissante, tout concourt au bien-être du malade.

Les *varioleux* sont isolés dans une sorte de pavillon en bois situé, il est vrai, à quelques mètres seulement du bâtiment principal, muni de bouches d'air haut placées, dont l'ouverture se fait par un mécanisme très ingénieux. On craignait, au mois de septembre 1885, d'être obligé d'y enfermer des cholériques, dans le cas où l'épidémie française aurait envahi Bruxelles.

La pharmacie de l'hôpital, dont M. le pharmacien Lindeman a bien voulu nous faire les honneurs, possède un tout petit codex médico-militaire, où sont renfermées les formules de toutes les prescriptions faites à la visite des malades.

Le *nouvel hôpital militaire*, en voie de construction, est conçu d'après les plans les plus modernes : grâce à l'immense emplacement qu'il occupera, on pourra diminuer le nombre des étages et obtenir une surface d'aération très considérable.

Le service médical est assuré par un médecin en chef, secondé par des *médecins-adjoints*, nos aide-majors, au nombre de deux ou trois, qui habitent à l'hôpital et alternent pour la garde.

L'hôpital civil Saint-Laurent, très vaste, dans lequel sont enclavées de grandes cours, nous a vraiment séduit par les larges proportions du vestibule, des escaliers, des corridors. Les salles des malades sont admirablement bien tenues. Point d'objet pouvant impressionner péniblement les sens du malade, partout des fleurs d'une fraîcheur étonnante sur la table de chaque malade et sur la grande table qui occupe le milieu de la pièce : inutile d'insister sur la propreté du parquet, des murs, de la literie.

L'hôpital Saint-Laurent renferme un très grand nombre de services parfaitement distincts. Nous avons particulièrement admiré les salles réservées au traitement des enfants en bas-âge. Ici, point de ces lits hauts surmontés de rideaux qui entourent la tête de l'enfant d'une atmosphère chaude et impure, les lits très bas sont faits tout simplement d'un morceau de toile tendue horizontalement sur quatre supports.

Pour le transport des malades, on se sert d'un système de chariots-brancards à deux roues très ingénieux : le mode de suspension du brancard, maintenu à 80 centimètres environ au-dessus du sol par des courroies élastiques antérieures et postérieures, qui prennent un point d'appui solide sur la charpente du chariot réduit à ses parties essentielles, permet le transport très rapide du patient.

Dr Z. L. S.

FORMULAIRE

GARGARISME CONTRE LA PHARYNGITE CHRONIQUE. — Bartholow.

Acide tannique.	5	grammes.
Esprit de vin rectifié.	8	—
Mixture camphrée	300	—

Faites dissoudre. — Pour gargarisme, dans les inflammations chroniques du pharynx. — En outre, on fait pénétrer dans la gorge, à l'aide d'un pulvérisateur, une solution composée de 15 centigr. d'acide tannique, pour 30 grammes d'eau distillée.

N. G.

COURRIER

LÉGION D'HONNEUR — Par décret, en date du 10 août 1885, M. le docteur Répin, maire de Conlie, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

ARRÊTÉ PRÉFECTORAL. — Le préfet de police vient de prendre un nouvel arrêté modifiant l'ordonnance du 25 novembre 1883 relative aux amphithéâtres d'anatomie.

A dater de ce jour, les débris de cadavres, provenant des amphithéâtres d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, seront incinérés dans un appareil spécial récemment établi au cimetière de l'Est ou inhumés dans tout autre cimetière de Paris.

CONGRÈS DE GRENOBLE. — Le bureau de la section des sciences médicales du congrès de Grenoble (Association française pour l'avancement des sciences) était ainsi composé :

Président d'honneur, M. le docteur Pacciotti (de Turin) ; président, M. le professeur Henri Henrot (de Reims) ; vice-présidents, MM. Bouchard (de Paris), Diday (de Lyon), Berger (de Grenoble), Girard (de Grenoble), Grasset (de Montpellier) et Pamard (d'Avignon).

Secrétaires, MM. L.-H. Petit, Valude, Launois et Delbet.

Quant à la section d'hygiène, elle avait constitué aussi, de son côté, son bureau de la manière suivante :

Présidents d'honneur MM. Pacciotti (de Turin), Rochard (de Paris) et Rey (de Grenoble).

Président, M. Émile Trélat.

Vice-président, M. le docteur Girard.

Secrétaires, MM. Berthollet, Chatrousse et Ricoud.

PRIX LÉON DE LENVAL. — M. le baron Léon de Lenval, à Nice, vient de fonder un prix de 3,000 francs qui sera décerné à l'auteur de la meilleure application des principes microphoniques à la construction d'un appareil facilement portatif et améliorant l'audition des malades.

Les instruments destinés à concourir deront être envoyés avant le 31 décembre 1887 à l'un des membres du jury ci-dessous désignés, et seront seuls admis au concours les appareils qui sont complètemt achevés. Le prix sera décerné au mois de septembre 1888 pendant la session du quatrième Congrès international d'otologie à Bruxelles.

Jury : M. le professeur Hagenahc-Bischoff, président, à Bâle, Missions str. 20. — M. le docteur Gellé, à Paris, 20, avenue de l'Opéra. — M. le docteur Benni, à Varsovie, 16, Bracka. — M. le professeur Burckhardt-Merian, à Bâle, 42, Albanvorstadt. — M. le professeur Adam Politzer, à Vienne, J. Gonzagasse, 19.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ducom, pharmacien honoraire des hôpitaux de Paris, et de M. le docteur Matteo Ceccarel, premier médecin de l'hôpital civil de Venise, décédé à l'âge de cinquante-quatre ans, le 15 août 1885.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Trousseau : Cataracte traumatique opérée et guérie par l'aspiration. — II. Un cas d'atrophie musculaire progressive. — III. Association française pour l'avancement des sciences. — IV. Revue des Journaux. — V. Sociétés médicales des départements. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Cataracte traumatique opérée et guérie par l'aspiration

Par le docteur A. Trousseau.

L'opération de la cataracte par aspiration n'est pas nouvelle, puisqu'elle semble, d'après Sichel père, avoir été en honneur en Perse vers le IXe siècle. Tour à tour vantée et décriée, cette méthode est, en tout cas, une de ces « bonnes vieilles choses » qui valait la peine d'être tirée de l'oubli. Elle revient à la mode; les travaux de quelques chirurgiens anglais, les opérations pratiquées à la clinique des Quinze-Vingts, et surtout l'important mémoire lu à la Société française d'ophthalmologie (session de 1885) par le docteur Coppez, de Bruxelles, lui ont refait une nouvelle jeunesse. C'est donc une opération toute d'actualité; aussi me semble-t-il qu'il y a grand intérêt à publier les applications que chacun a pu en faire, afin qu'un jugement en dernier ressort puisse bientôt intervenir.

Le cas que je vais relater ici est tout à fait favorable à la méthode.

Le 2 juin de l'année courante, Charles C..., âgé de 12 ans, se présente à ma consultation de l'hôpital Péreire.

Cet enfant, doué d'une robuste constitution, n'a jamais eu mal aux yeux et a toujours joui d'une vue excellente.

Il avait reçu, huit jours auparavant, dans l'œil gauche, un morceau de fer plat, arrondi aux extrémités et long de 6 ou 7 centimètres. Il s'amusait à frapper avec un bâton un des bouts du morceau de fer placé sur l'angle d'une chaise. C'est pendant cet exercice que l'accident arriva. Le choc ne parait pas avoir été très violent. Au moment où il eut lieu, la douleur fut si peu prononcée que l'enfant continua ses jeux.

Il y eut très peu de réaction pendant les deux jours qui suivirent. Le troisième jour, la mère remarqua que la partie centrale de l'œil de son fils était devenue toute blanche, et elle alla consulter le médecin du pays qui, reconnaissant la présence d'une cataracte, m'adressa le petit malade.

Je vis l'enfant huit jours après l'accident et je reconnus qu'il s'agissait d'une cataracte molle tout à fait complète, ne permettant que la perception lumineuse. Il existait en plus, traversant le champ pupillaire, une cicatrice cornéenne blanche, assez étendue, qui était évidemment le résultat du traumatisme. Complétant l'examen, je vis qu'un certain nombre de masses blanchâtres et molles avaient quitté l'orifice de la pupille pour se répandre dans la chambre antérieure.

L'œil était peu injecté, mais la douleur étant plus intense que les jours précédents et la tension oculaire se trouvant élevée, je pratiquai une ponction de la chambre antérieure en bas. Cette opération donna issue à l'humeur aqueuse entraînant quelques masses corticales. Avec une petite spatule d'écaille, j'entr'ouvris légèrement la plaie pour favoriser la sortie de ces masses. Je lavai l'œil avec la solution de sublimé à 1 p. 2,500, et j'appliquai un pansement antiseptique rigoureux.

Le 5 juin, tension normale, réaction nulle, plaie opératoire cicatrisée; le pansement n'est pas renouvelé; je prescris des compresses d'eau boriquée.

Le 16 juillet, il existe un peu de gonflement des masses cristalliniennes; la tension est un peu élevée. Trouvant ce cas tout à fait favorable, je me serais décidé à pratiquer l'aspiration si certaines circonstances ne m'en avaient empêché. Je fais une nouvelle ponction de la chambre antérieure qui a le même effet que la précédente ; mais, résolu

©BIU Santé

à opérer définitivement le plus tôt possible, j'avais, après avoir perforé la cornée, été gratter avec la pointe du couteau la surface de l'organe cataracté, faisant ainsi une sorte de division peu utile, d'ailleurs, vu la grande mollesse et la diffluence des masses.

Le 22 juillet, le malade vient à ma clinique particulière pour y subir l'opération. Il n'avait pu entrer à l'hôpital, je n'avais pu obtenir un séjour à Paris et l'enfant devait, après trois ou quatre heures de repos, prendre le train pour regagner son village situé à 25 kilomètres de la capitale.

Voici comment fut faite l'aspiration :

Je lavai d'abord très soigneusement l'œil avec la solution de sublimé, j'instillai le chlorhydrate de cocaïne et, ayant obtenu une anesthésie parfaite, je plaçai l'écarteur à ressort. Fixant alors l'œil à l'extrémité interne du diamètre transversal de la cornée, je ponctionnai la membrane dans le tiers externe du même diamètre. Dans ce temps, je grattai encore une fois la surface du cristallin avec la pointe du couteau lancéolaire. J'introduisis alors, par la plaie cornéenne, la canule de l'appareil à aspiration (sur lequel je reviendrai), l'orifice tourné en avant et bien maintenu dans le champ pupillaire. Je fis facilement cette introduction, je n'éraflai même pas l'iris et l'enfant n'accusa aucune douleur. Je commençai alors l'aspiration en me servant de la bouche. Je vis les masses s'engager peu à peu dans le tube de verre intermédiaire à la canule et au tube de caoutchouc qui me servait à aspirer. Lorsque je remarquais un temps d'arrêt dans ce passage, je cessais d'aspirer et je déplaçais légèrement le bec de l'instrument. Je n'eus aucune difficulté à obtenir ainsi une pupille parfaitement noire et je retirai la canule sans qu'il se produisît la moindre complication (ni hémorrhagie, ni renversement, ni hernie de l'iris, ni issue du corps vitré).

Je lavai l'œil au sublimé et j'appliquai le pansement antiseptique.

Tout s'était passé aussi bien que possible, l'enfant n'avait pas souffert. Il quitta la clinique après trois heures de repos et *prit le train pour rentrer chez lui.*

Le 23 juillet, le malade revient à la clinique. La nuit a été très bonne; pas de douleurs, pas la moindre réaction; l'œil est en bon état, quoique la cornée soit légèrement trouble du côté de la ponction. Le pansement est renouvelé.

Le 26 juillet, l'organe opéré étant en d'excellentes conditions, le trouble cornéen ayant disparu, je supprime le pansement occlusif, et je prescris des compresses boriquées.

Le 28 juillet, guérison complète; je fais cesser tout pansement. L'examen à l'ophthalmoscope ne me révèle rien de spécial, le champ pupillaire est libre. L'acuité visuelle du malade n'est pas aussi bonne qu'on eût pu l'espérer sans la présence de la taie cornéenne qui traverse la pupille et qui existait, comme je l'ai dit, avant l'opération. Néanmoins, l'enfant se conduit très bien avec l'œil opéré et reconnaît les personnes qui sont en face de lui, même à une certaine distance.

On voit, en résumé, qu'il s'agit là d'une opération parfaitement réglée, et qui, bien conduite, donne un excellent résultat. Il faut procéder à l'aspiration avec une grande lenteur, ne pas craindre de reprendre haleine, d'incliner dans le bon sens l'orifice de la canule, ou même, de la réintroduire, si on s'aperçoit qu'il reste quelques masses à évacuer. Je n'ai observé aucun incident opératoire, et je crois que les accidents doivent être des plus rares en se servant du procédé que j'ai employé, et qui est, à peu de chose près, celui indiqué par le docteur Coppez. La cocaïne rend encore ici des services exceptionnels, en permettant d'opérer sur un œil parfaitement insensible et immobile. Mon petit malade n'a pas proféré la moindre plainte. Je pense qu'il est tout-à-fait inutile d'instiller l'atropine avant l'opération. Aucun collyre ne me paraît nécessaire avant ou après les manœuvres.

J'ai donné la préférence à un appareil à aspiration buccale et je n'ai pas eu à m'en repentir. Je reconnais à cet instrument une grande supériorité

sur ceux qui se manœuvrent au moyen d'une seringue, dont le piston fonctionne plus ou moins bien, et nécessite, pour être mis en marche, certains mouvements, qui forcément se transmettent à la canule déjà introduite. Avec ces derniers outils, il est aussi bien plus difficile de graduer la force de l'aspiration, de plus, les deux mains sont occupées.

J'ai employé l'instrument de Desmartis, modifié par le docteur Redard. Il se compose d'une canule en métal reliée à un tube en verre de 8 à 10 centimètres, se continuant avec un tube en caoutchouc qui se place dans la bouche de l'opérateur. Pour éviter l'introduction de l'air dans l'instrument, Redard a fait placer, dans le tube en caoutchouc, une soupape qui laisse libre l'aspiration et empêche le retour de l'air. Avant d'employer cet appareil, je craignais que l'orifice de la canule ne fût pas assez grand pour livrer un passage facile aux masses cristalliniennes ; je suis vite revenu de mon erreur. Je considère cet outil comme parfaitement approprié à son but et comme supérieur à tous ceux que j'ai eus entre les mains.

En résumé, je crois que l'aspiration est tout-à-fait recommandable dans les cataractes traumatiques. Avec ce procédé, soutenu par l'emploi de la cocaïne et d'une antisepsie rigoureuse, les accidents opératoires sont rares, le résultat immédiat est parfait, la guérison se fait rapidement. En le comparant à la dangereuse méthode par extraction, on ne peut que se convaincre des avantages qu'il présente. Les chirurgiens, que cette question pourrait intéresser, liront avec fruit l'important travail du docteur Coppez. Je n'ai voulu ici que contribuer, pour ma faible part, à vulgariser une opération trop longtemps oubliée.

Un cas d'atrophie musculaire progressive

Par le docteur Carmelo Andronico,
Médecin de la prison des femmes à Messine (1).

La femme J. C., détenue pour meurtre de son mari, présente un exemple bien marqué d'atrophie musculaire progressive.

La condamnée était robuste et vigoureuse à l'époque de son entrée dans cette maison, 37 ans. Petite taille. Pannicule adipeux peu abondant. Toutes les fonctions organiques étaient physiologiques. Pas de signes de syphilis constitutionnelle. Pas de maladie antérieure importante. Malgré son apparent état de bonne santé, depuis environ 18 mois, elle ne marche plus facilement et éprouve une certaine difficulté à exécuter n'importe quel mouvement.

Par un examen attentif de toute la surface du corps, j'ai pu observer que les muscles de la main droite avaient commencé à subir une diminution de volume, en même temps qu'il y avait un léger degré de faiblesse et une diminution de la dextérité.

C'est là un début très net et d'un grand intêret. Comme cette femme avait, pendant plusieurs mois, fait le métier fatiguant de blanchisseuse, il me restait quelque doute pour savoir s'il ne s'agissait pas simplement d'un phénomène tout local qui aurait pu être attribué à la fatigue et à l'usage continuel de la potasse et de la soude. Plus tard, je dus me convaincre que la raison réelle de ce symptôme devait être attribué à une toute autre cause.

A la légère atrophie des éminences hypothénar et thénar, et des fléchisseurs du poignet, se joignirent des douleurs d'abord le long des membres supérieurs, et ensuite le long des membres inférieurs et le long du dos. Les douleurs, tantôt lancinantes, tantôt obtuses, présentaient, quant à leur siège, un double caractère, occupant la conti-

(1) Traduction analytique de la *Rivist. internaz. di med. e chirurg.*

©BIU Santé

nuité des membres, et d'autre part suivant le trajet des nerfs et se fixant aux jointures. Au niveau des articulations, il fallait exercer une pression pour raviver la douleur, mais dans les segments intermédiaires du membre ces douleurs étaient spontanées, très vives, prenant la forme d'irradiations.

Toujours sans fièvre, mais souvent privée de sommeil, la malade conservait l'appétit, et les fonctions de la vie végétative étaient intactes.

Un phènoméne très caractéristique était les contractions fibrillaires, symptôme qui se montrait sur les quelques muscles déjà en voie d'atrophie. La malade commençait à remarquer qu'il se produisait sur quelques points de son bras droit, déjà en voie d'atrophie, de légers mouvements indépendants de sa volonté.

Grâce à ces divers signes, il était certain qu'on avait affaire à une maladie du système nervo-trophique.

Au bout de quelque temps, ces symptômes s'accompagnèrent de spasmes musculaires et de difficulté des mouvements des membres supérieurs. Au bout de 11 mois, une grande partie des muscles de la vie de relation étaient envahis.

Avec la difficulté et la quasi-impossibilité des mouvements coïncidait un amaigrissement notable qui, des muscles moteurs de la main droite, s'était étendu aux fléchisseurs du pied gauche, et avait envahi, à des degrés divers, les biceps, les deltoïdes, les pectoraux, puis les rhomboïdes et les angulaires de l'épaule. Cette atrophie était irrégulièrement distribuée sur les membres droit et gauche, et même dans les diverses portions d'un même muscle. Les humérus, manquant du soutien solide du deltoïde, s'échappaient en partie de la cavité glénoïde de l'omoplate.

Les muscles de l'abdomen étaient intacts et les évacuations alvines normales. De même que l'intelligence, les sens spéciaux étaient intacts.

De telles altérations détruisaient l'équilibre musculaire physiologique, et déterminaient chez la malade certaines attitudes défectueuses qui devaient être attribuées au manque de synergie des divers groupes musculaires malades, et à la prédominance de ceux qui étaient encore sains. C'était à la main droite que s'observaient le plus facilement ces phénomènes. Le pouce était comme plié sur l'avant bras, et les doigts inclinés vers la paume de la main, si bien qu'au repos, ils présentaient le type caractéristique de la *main en griffe* (*claw-shape hand*).

Les muscles de la région sacro-lombaire droite étaient également atteints, d'où résultait une attitude vicieuse du tronc qui se pliait sur le bassin dans une direction oblique.

Cliniquement parlant, il n'y avait pas de paralysie dans les points atteints d'atrophie. L'impuissance motrice était un symptôme secondaire résultant du grand affaiblissement du système moteur.

Un autre phénomène d'une grande importance était l'abaissement de la température dans les points atrophiés, résultant et des désordres de l'innervation vasculaire, et de l'insuffisance relative de la nutrition des fibres musculaires par suite de la diminution des matériaux affectés à la partie malade.

Tous ces signes ne pouvaient pas laisser de doute sur l'existence de l'atrophie musculaire progressive.

Pour ce qui concerne l'*étiologie*, il faut reconnaître dans notre cas une double cause :

En premier lieu, il faut incriminer les émotions morales vives qu'à dû éprouver cette femme par suite de son crime, et la condamnation qu'elle subit. Ce sont là deux facteurs étiologiques puissants, capables d'altérer le système nerveux, et de le disposer à une de ces formes si nombreuses de maladies nerveuses à marche chronique et à issue fatale comme l'atrophie musculaire progressive.

En second lieu, il faut signaler le pénible métier de blanchisseuse qui exposait la malade à des efforts musculaires très actifs, et à l'action répétée du froid et de l'humidité.

Et, comme si cela ne suffisait pas, il faut encore citer l'abominable habitude du tribadisme, commun parmi les détenues, et qui, chez notre malade, se manifestait avec passion à l'égard d'une de ses compagnes.

Les observations des nervo-pathologistes anciens et modernes les plus renommés,

Tissot, Fleming, Sandras, Griesinger, Rosenthal, Morel, Hammond, Charcot, ont de tout temps tracé sous les couleurs les plus noires l'influence fatale exercée, sur le système nerveux de l'homme, par les abus et les excès vénériens. Il doit en être de même chez la femme, surtout lorsqu'elle se livre bestialement à des plaisirs sensuels qui, en ne satisfaisant pas d'une manière légitime l'appétit vénérien, épuisent la fibre nerveuse, usent les forces physiques et morales, et disposent à toute la série des maladies cérébro-spinales.

Les médicaments administrés à cette malade ont été nombreux, mais plutôt à titre d'expérience qu'avec le ferme espoir de combattre une maladie qui, dans la grande majorité ou même la totalité des cas, a une issue fatale.

Le nitrate d'argent, l'iodure de potassium, la liqueur arsenicale de Fowler, l'hydrothérapie, et, en dernier lieu, les courants continus, en plaçant le cuivre sur les vertèbres cervicales et le zinc sur le trajet du sympathique au cou, n'ont donné aucun résultat. La maladie suit toujours sa marche progressive et ne se terminera certainement que par une issue fatale, lorsque les groupes musculaires destinés à la respiration seront atteints par la transformation pathologique. — M. S.

Association française pour l'avancement des sciences.

QUATORZIÈME SESSION A GRENOBLE.

Séance du 13 août (soir).

En envoyant mon premier compte rendu, je croyais en avoir fini avec les travaux de la journée; mais j'avais compté sans l'ordre du jour qui, très chargé, beaucoup plus chargé que dans les sessions précédentes, comme je l'ai déjà dit, n'avait pas été épuisé dans la séance du matin. Celle-ci avait cependant duré trois heures, consacrées en grande partie aux discours de MM. Chauveau et Bouchard; et si temps fut jamais bien employé, ce fut à coup sûr celui-là; mais il n'en avait pas été moins employé, et il avait fallu remettre à une séance de l'après-midi, aussi longue que celle du matin, le reste des communications inscrites à l'ordre du jour.

M. Verdin, constructeur d'appareils médicaux, à Paris, présenta divers instruments applicables à l'électrothérapie; c'est le dernier mot de l'art.

Puis M. le professeur Diday (de Lyon), vieil ami de notre journal, mais toujours jeune orateur, nous fit une leçon qui, malgré la chaleur de l'atmosphère, intéressa l'auditoire pendant plus du double du temps que le règlement lui accordait. Le sujet de cette leçon, conférence, communication, comme vous voudrez l'appeler, était : *La résurrection de la blennorrhagie.*

Par ce terme, M. Diday désigne et signale ce fait méconnu que, lorsqu'une blennorrhagie uréthrale a résisté à l'emploi du copahu, si l'on suspend le médicament, l'écoulement reparaît plus abondant qu'il n'était avant qu'on administrât ce précieux médicament. Voici comment on peut expliquer ce fait : La médication spécifique agit en diminuant les qualités nutritives du terrain où le gonococcus s'alimente. En même temps que celui-ci perd de sa vitalité, il perd de ses facultés proliférantes. Mais lorsque, en cessant l'emploi du copahu, on rend au terrain uréthral ses qualités nutritives, toutes les proliférations retardées, en suspens faute d'aliment, reprennent leur essor, et de là le débordement, la résurrection de la blennorrhagie.

M. Diday montre comment le fait clinique, ainsi expliqué, éclaire ce qu'il peut y avoir d'obscur dans son apparition et comment il sert à établir plus sûrement les indications thérapeutiques.

On a un peu regretté que M. Diday n'ait pas pris, comme texte de sa communication, les faits qu'il a dû certainement rencontrer dans sa longue carrière, qui date de plus de quarante ans, et dans lesquels la blennorrhagie, arrêtée depuis plusieurs mois, un an peut-être, paraissant complétement guérie par conséquent, reparaît sous l'influence

©BIU Santé

d'une excitation à distance (je parle de l'urèthre), d'une affection aiguë, d'un traumatisme, etc.

La discussion soulevée par la communication de M. Diday a dévié un peu du point visé par son auteur. On a abordé immédiatement le traitement de la blennorrhagie.

M. Constantin Paul a tué le microbe par une solution très faible de sublimé au vingt millième, ou avec des injections à 40 degrés, ou en réunissant les deux éléments, et en faisant des injections faibles de sublimé chauffées à 40 degrés.

M. P. Landowski fait remarquer avec esprit, et non sans raison, que dans la clientèle de l'hôpital on peut pratiquer de telles injections, parce qu'on peut faire des malades à peu près ce que l'on veut; mais qu'en ville ce n'est pas du tout la même chose. Si on conseille aux clients de faire des injections à 40 degrés, ils ne manquent pas de vous répondre qu'on veut les brûler, et, sans vouloir démordre de cette objection, toute absurde qu'elle est, font d'autres injections, ou ne font rien.

M. Pamard, dit avoir employé avec succès, comme antimicrobique dans la blennorrhagie, une solution d'iodoforme à un demi pour cent, ce qui est très logique, et M. Dubois, qui est partisan de l'expectation, dit avoir obtenu des résultats non moins constants avec les simples injections d'eau pannée.

M. Diday résume cette discussion en disant que les injections chaudes et antiseptiques peuvent parfaitement réussir contre la blennorrhagie, puisque M. Aubert (de Lyon) a montré que certains microbes ne pouvaient vivre dans une température de 40 degrés, et que le gonococcus est tué par le sublimé et l'iodoforme... Mais que sa communication portait sur un sujet tout différent.

M. Reclus a fait une excellente leçon clinique sur les signes et le diagnostic du syphilome ano-rectal, à propos de quatre malades, présentant une affection assez analogue par ses signes, mais entièrement différente par sa nature. Il s'agit de néoplasmes implantés sur la marge de l'anus, la région sphinctérienne et l'ampoule rectale ; et que des cliniciens tels que MM. Verneuil, Fournier et Trélat avaient pu confondre avec des syphilomes naissants ; des rétrécissements syphilitiques au début, le premier stade d'une gomme péri-anale.

Or, l'analyse clinique des quatre observations, l'examen histologique de deux de ces faits, pratiquée par MM. Malassez, Latteux et Brissaud, prouvent que la syphilis ne saurait être invoquée à aucun titre. Il s'agit de *molluscum fibreux,* non encore signalés dans cette région. Ces molluscum, absolument semblables à ceux qui prennent naissance sur la peau, se reconnaissent à leur souplesse, à l'absence de rétrécissement au sens propre du mot, à l'intégrité de la muqueuse sur laquelle ils s'implantent, au manque de rectite ulcéreuse, qui est de règle dans les rétrécissements syphilitiques.

M. Reclus propose donc de distraire du groupe des *condylomes*, mot sans signification très précise et qui sert à désigner des tumeurs très diverses, les *molluscum fibreux* dont il a tracé un tableau clinique aussi lumineux et aussi fidèle que possible. D'ailleurs ces molluscum n'ont rien de commun avec le syphilome ano-rectal, dont ils diffèrent aussi bien par l'origine que par la structure et les caractères cliniques.

M. Duplouy (de Rochefort) rappelle une particularité intéressante observée par lui chez un des malades dont M. Reclus a décrit l'observation. Ce malade fut atteint de tumeurs ano-rectales à la suite d'une dysenterie contractée en Cochinchine, et la preuve que la syphilis n'y était pour rien, c'est qu'il contracta un chancre induré, suivi d'accidents secondaires aussi nombreux que manifestes, un ou deux ans après. Ces tumeurs, enlevées par M. Duplouy, en 1879, reparurent en 1881 ; elles furent enlevées de nouveau en 1885, par M. Reclus, avec succès ; mais on ne peut encore dire qu'il n'y aura pas récidive. Quoi qu'il en soit, M. Duplouy, en les examinant la première fois, ne voyant en elles ni les caractère d'une affection maligne, ni ceux d'une affection syphilitique, les appela par exclusion *molluscoides*, à cause de leur ressemblance avec le *molluscum*, mais n'osant pas encore appliquer ce terme à cette affection, qu'il rencontrait pour la première fois.

M. Verneuil est assez disposé à adopter le terme préféré par M. Duplouy. Il a vu deux des malades de M. Reclus, et a cru chez eux à une affection syphilitique, parce qu'il y avait en même temps deux des caractères des syphilomes, savoir l'ulcération et la prolifération. Néanmoins il reconnaît qu'au moins chez un de ces deux sujets, il est difficile d'invoquer la syphilis ; mais, tout en tenant compte des raisons admises par M. Reclus, et du diagnostic histologique porté MM. Malassez, Latteux et Brissaud, qui ont constaté dans ces tumeurs les caractères du molluscum vrai, il préférerait, en attendant d'autres faits, les appeler molluscoïdes, au moins provisoirement.

La discussion qui suivit, sur *le traitement et la guérison de la gangrène pulmonaire par l'aspiration d'air phéniqué*, ne fut pas aussi calme que la précédente. M. Constantin Paul, qui souleva la question, rappela d'abord que, depuis Hippocrate, le traitement direct des affections pulmonaires par l'inspiration d'air chargé de principes médicamenteux, avait été tenté à diverses époques, mais qu'il avait fallu arriver à celle de l'acide phénique pour trouver un remède efficace. M. Constantin Paul l'emploie de la manière suivante : Il prend un flacon laveur ou une bouteille quelconque renfermant 750 grammes d'eau distillée et 100 grammes d'acide phénique ; ce flacon est fermé par un bouchon en caoutchouc à deux tubulures, dont l'une est garnie d'un tube recourbé en bas comme les appareils de Pasteur pour éviter l'arrivée des poussières, et l'autre, le tube qui sert à l'aspiration, au moyen d'un tuyau de caoutchouc muni d'un embout pour la bouche ou les narines. Le tube plongeur est marqué d'un trait qui indique qu'on ne doit enfoncer ce tube dans l'eau que jusqu'à la profondeur de 8 centimètres. C'est la hauteur de colonne d'eau que l'on peut soulever à chaque inspiration sans se fatiguer.

L'air ainsi inspiré entraîne une petite partie d'acide phénique, assez faible pour qu'il n'irrite pas les voies aériennes et ne produise pas d'intoxication.

Sous l'influence de cette aspiration, au bout d'une huitaine de jours, les crachats perdent leur odeur, puis leur fluidité, leur abondance, et deviennent muqueux. La fièvre septique, les sueurs, la fétidité de l'haleine, diminuent parallèlement, et la guérison se manifeste.

En neuf ans, M. C. Paul a réuni 7 cas de ce genre qui ont tous guéri. C'étaient des cas de gangrène consécutive à l'oblitération des vaisseaux pulmonaires et bronchiques, produites par des hémoptysies primitives ou survenues dans le cours d'une pneumonie.

On obtient ainsi non la guérison directe de la gangrène, mais la cessation de la putréfaction des produits mortifiés ; c'est cette putréfaction qui entraîne l'absorption des matières septiques et, par suite, la mort par empoisonnement septique.

Il est encore difficile de dire si dans ces cas l'acide phénique tue les bacilles de la gangrène, découverts par Rossbach, ou agit chimiquement ; mais il y a là une maladie grave et presque constamment mortelle guérie par un procédé simple et facile, c'est-à-dire les conditions d'une thérapeutique à la portée de tous les praticiens.

M. Leudet, sans mettre en doute les résultats annoncés par son collègue, s'étonne de voir 7 cas de gangrène pulmonaire guéris, sur sept observés. Il regrette, en outre, de ne voir aucun renseignement sur l'étendue de cette gangrène, ce qui est important pour la terminaison de la maladie. L'appareil décrit par M. C. Paul n'est d'ailleurs pas nouveau, et M. Leudet a employé, dans le même but, les inhalations à la térébenthine et à l'alcoolature d'eucalyptus, après avoir vu Skoda agir de même.

M. Grasset rentre sur le terrain scientifique en communiquant le résultat de ses recherches sur un nouvel élément de thermométrie clinique ; il s'agit de la vitesse d'ascension du thermomètre comme moyen d'apprécier le pouvoir émissif du corps, l'intensité des combustions, et les qualités de la température. Le thermomètre, tel qu'on l'applique, donne bien la température du corps ; mais ne tenant pas compte de la quantité de chaleur perdue par rayonnement, il ne donne qu'une idée incomplète et inexacte de la fièvre vraie. Il y a donc un intérêt clinique à apprécier le pouvoir émissif. Celui-ci, qu'on peut calculer très facilement d'après une formule qu'on trouvera dans les comptes rendus du Congrès, est souvent en contradiction avec la température du sujet,

©BIU Santé

mais, au contraire, en rapport avec la sensation fournie au toucher par le corps. On trouve donc ainsi, dans ce procédé, un moyen d'apprécier scientifiquement et de mesurer ce que les anciens appelaient les qualités de la température.

M. Lépine reproche à M. Grasset le choix de la région de l'aisselle ; la main lui paraît plus convenable à remplir le but cherché ; d'autre part, le thermomètre ne donne pas ainsi la température émise, mais emmagasinée dans la peau. Il propose de se servir d'un cylindre creux que le patient pourrait prendre à pleine main, à parois métalliques très minces, et dans le centre duquel serait un thermomètre. Comme le réservoir de cet instrument ne serait échauffé que par rayonnement aérien, la vitesse d'ascension de la colonne ne serait certainement pas aussi grande que lorsqu'il est placé dans le creux axillaire, mais, en se servant d'un réservoir fort petit, elle serait encore suffisamment rapide pour qu'un tel instrument pût paraître d'un emploi assez pratique.

L.-H. Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Un travail de Frerichs sur le diabète. (*The London medical Record*, nov. 1884, et *Centralblatt für die medical Wissenschaft*, n° 41.) — On peut résumer comme suit un récent travail de Frerichs sur le diabète et la glycosurie :

La proportion normale de sucre existant dans le sang pendant la vie est fixée à environ 0,12 à 0,33 p. 100. On remarquera la forte proportion de sucre que Frerichs admet comme physiologique. Quant à la matière glycogène qu'on trouve normalement dans le sang, dans les produits des exsudations inflammatoires où le glycogène pénètre avec les globules blancs, dans les cartilages, dans les testicules, etc., et surtout dans le foie et les muscles, Frerichs maintient que ce glycogène peut s'accumuler dans le foie et les muscles sous l'influence de n'importe quel régime alimentaire, et que le sucre amené dans le foie s'y transforme en glycogène, comme le pensent Claude Bernard et Pavy. Dans le sang tiré hors des vaisseaux, le sucre disparaît rapidement, principalement par sa conversion en acide lactique, mais on ne peut prouver que cette conversion ait lieu dans l'organisme vivant. Le glycogène des muscles sert pendant leur activité à former l'acide carbonique et fournit un dégagement de chaleur. La transformation du glycogène hépatique en sucre est considérée par Frerichs comme le résultat d'un processus physiologique normal. Le foie possède donc une double fonction dans la conversion des carbures d'hydrogène : 1° Le glycogène prend naissance et est emmagasiné dans l'épaisseur du parenchyme hépatique aux dépends du sucre apporté par les veines sus-hépatiques; 2° Ce glycogène se convertit en sucre et est restitué au sang pour subvenir aux demandes du processus vital. Il n'existe aucune preuve de la combustion immédiate de carbydrates dans le parenchyme hépatique. Ceux-ci sont restitués à l'organisme par l'intermédiaire des modifications précitées subies par le glycogène.

La glycosurie résulte de l'excès de proportion du sucre dans le sang.

La présence du sucre peut être constatée en très petite quantité quelquefois chez certains individus qui jouissent d'une excellente santé. La glycosurie peut exister dans un certain nombre de circonstances que Frerichs range sous trois chefs :

1° *Glycosurie des empoisonnements.* — On note constamment une quantité variable de sucre dans les urines après les empoisonnements par le curare, l'oxyde de carbone, le nitrite d'amyle, l'acide ortho-nitro-phényl-propionique, et la méthyl-delphinine. On l'observe occasionnellement après la prise de fortes doses de morphine, d'hydrate de chloral, d'acide cyanhydrique, d'acide sulfurique, de mercure et d'alcool. La glycosurie des maladies infectieuses est de cause et de nature connexe à cette glycosurie toxique, telle la glycosurie qu'on observe dans le choléra, l'anthrax grave primitif, la diphthérie, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la malaria. Dans cette dernière maladie, on n'a noté la présence du sucre dans les urine qu'une fois sur 100 cas. La découverte dans les urines d'une matière susceptible de réduire les sels de cuivre, signalée par différents auteurs après l'absorption de médicaments divers, ne prouve pas que pour cela il s'agissait de sucre dans les urines.

2° *Glycosurie par troubles digestifs.* — Tandis que chez tel sujet en bonne santé l'ingestion de quantité notable d'aliments sucrés ne s'accompagnera d'aucune apparence de sucre dans les urines, il se peut qu'occasionnellement l'ingestion de quautités relativement minimes détermine l'apparition du sucre chez tel autre sujet également en bonne santé (au moins en apparence). Mais, en dehors de cette glycosurie normale ou presque normale, tout au moins bénigne et sans signification pathologique, on peut rencontrer une glycosurie liée dans quelques cas à un désordre gastrique, surtout chez des sujets goutteux héréditaires. Cette glycosurie apparaît surtout dans l'intervalle des attaques. L'expérimentation sur la présence du sucre dans l'urine après l'injection de solutions sucrées dans les veines en cas d'empoisonnements par le phosphore, de cirrhose hépatique, d'obstruction de la veine-porte, n'a donné que des résultats négatifs.

Glycosurie par troubles du système nerveux. — Ce groupe réunit les glycosuries observées après des excitations psychiques (émotions prolongées, surmenage cérébral) dans certaines névralgies (névralgies sciatiques, trigéminales et occipitales), dans les troubles cérébraux fonctionnels ou autres suites de traumatisme de la tête ou de la colonne vertébrale, et finalement la glycosurie de l'hémorrhagie cérébrale et de la méningite cérébro-spinale.

Le diabète sucré se distingue de la glycosurie par les symptômes propres aux modifications dystrophiques profondes que subissent tous les tissus vivants, modifications dystrophiques qui aboutissent à la détérioration complète de l'organisme, à des maladies locales nombreuses et enfin à la mort. L'auteur a vu le diabète guérir douze fois, mais la mort est une terminaison bien plus fréquente de la maladie que la guérison. Sur 250 cas soignés par Frerichs, 18 sujets sont morts d'épuisement, 34 de phthisie, 7 de pneumonie (dont 4 avec gangrène pulmonaire), 8 de néphrite, 7 d'anthrax et 9 de diverses complications (dont 6 de cancers d'organes). Dans tous les autres cas il y avait des accidents paralytiques relevant d'hémorrhagies cérébrales (10 cas) de ramollissement cérébral, (2 cas) de méningite cérébro-spinale, (3 cas) et tous les autres malades ont succombé au coma diabétique (150), sans altération intra-crânienne appréciable. De ces 250 cas 55 ont leur observation complète et détaillée avec nécropsie.

Le traitement n'est pas si désarmé qu'on veut bien le dire quelquefois, car l'auteur a eu des malades qu'il soignait depuis des dix ans et des dix-huit ans, voire même un cas de plus de vingt ans de date.

Une hygiène mentale et physique appropriée est d'une importance capitale, l'exercice musculaire régulier et bien entendu se montre toujours très profitable. Le régime lacté et surtout le petit lait conseillé par Donkin sont favorables.

Bon nombre d'eaux alcalines sont également très utiles, surtout prises à la source (Vichy, Carlsbad, Neuenarhr). L'opium réussirait souvent à diminuer la soif, la polyurie et la glycosurie, tout en permettant une certaine augmentation du poids du corps. L'emploi de l'acide lactique n'aurait donné aucun résultat et la glycérine se serait montrée nuisible; on verra dans ce même journal que le docteur Archibald Atkinson dans un travail lu au Congrès scientifique de l'Etat de Maryland, avance que l'acide lactique *à très hautes doses seules* aurait donné des résultats remarquables.

L'acide salicylique, le salicytate de soude et l'iodoforme méritent d'être encore essayés. Toute influence débilitante et tout irritant cutané sont à éviter.

L'augmentation du sucre dans le sang constitue l'élément essentiel du diabète. D'après l'auteur, Frerichs en pratiquant pendant la vie la ponction du foie et en enlevant ainsi de petits fragments du foie (!!!) aurait montré (!) que dans le diabète avancé la formation du glycogène diminue graduellement au point que le sucre absorbé et charrié par la veine-porte passe directement dans le système circulatoire. Il n'est pas encore prouvé jusqu'ici que la diminution dans la combustion des hydrocarbures et du sucre par conséquent soit pour quelque chose dans cette augmentation dans la proportion des matières sucrées (*Frerichs on Diabete. — The London medical Record*, 15 novembre 1884).

L. Dn.

©BIU Santé

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX PENDANT LE QUATRIÈME TRIMESTRE DE 1884.

C'était une question d'actualité que M. Vergely traitait devant ses collègues, en exposant les résultats heureux des applications d'une solution de sublimé au cinq millièmes contre le *lupus de la face*. La malade qu'il observait avait été soumise aux traitements les plus variés ; néanmoins, et malgré l'ancienneté de la maladie, la guérison fut aussi rapide que complète. Du reste, cette médication mercurielle et parasiticide mérite d'être employée plus souvent et il y aurait lieu d'en étudier à fond les indications cliniques ; car elle est appelée à rendre de réels services contre le lupus, comme on l'a vu dans une note récemment publiée par M. Eloy dans l'*Union médicale* de 1885.

Sous la rubrique de *traitement résolutif par la glace des phlegmons sous-péritonéaux*, M. Demons appelait l'attention de ses savants collègues sur les bénéfices qu'on peut retirer de cette médication. A l'appui de cette affirmation, il cite un cas dans lequel tous les agents médicamenteux échouèrent, où la température s'élevait à 40 degrés, où la fièvre était intense et l'agitation très vive. Sous l'influence d'application de larges vessies remplies de glace sur l'abdomen, il vit la température descendre rapidement à 38 degrés et une révolution complète se confirmer en quelques jours.

Depuis, il eut l'occasion de faire usage de ce même traitement sur un autre enfant de quinze ans, avec le même succès. A son tour, d'ailleurs, M. Vergely déclare avoir obtenu les mêmes résultats chez huit ou dix malades de son service, en combinant, il est vrai, ces applications de glace avec l'administration de la morphine par la voie hypodermique. De temps en temps, il importe, dans la pratique, de changer le lieu d'application des vessies de glace, car, en les faisant peser toujours sur la même région, on s'expose à provoquer la formation d'eschares. C'est encore dans un ordre d'idées semblable que M. Saint-Philippe a donné lecture d'un travail intéressant, sous la rubrique de : *Considérations cliniques à propos de la péritonite et de son traitement.*

Dans la réunion du 24 octobre, M. Davezac faisait connaître un *traitement des manifestations locales du rhumatisme articulaire aigu par l'association des pointes de feu au salicylate de soude*. Ce procédé consiste dans des ponctuations multiples sur les régions les plus douloureuses de l'articulation, au moyen d'un très petit cautère de trois millimètres. On diminuerait, par cette révulsion, la fluxion articulaire et la douleur, en même temps qu'au moyen du salicylate de soude on modifierait l'état constitutionnel. Cette association du salicylate de soude à la révulsion ignée permet, ce me semble, d'attribuer une grande part du succès du traitement à l'administration du médicament.

Un autre travail, de réel intérêt clinique, est celui de M. Négrié sur le *traitement de l'empyème par la pleurotomie rigoureusement antiseptique*. Écrit à l'occasion de deux cas personnels, dans lesquels cette opération fut suivie de rapide guérison, ce mémoire contient aussi une discussion méthodique des faits publiés par les autres observateurs. Il fournit donc des données importantes sur les indications du manuel opératoire de la pleurotomie. M. Négrié recommande de limiter le nombre des lavages pleuraux à un seul ou tout au plus à quelques-uns seulement. Ainsi entendu et rendu sévèrement antiseptique, ce traitement est préférable aux autres médications de l'empyème, parce qu'il réduit le danger de provoquer les accidents nerveux auxquels on est exposé pendant les injections et assure une promptitude plus grande de la guérison.

En terminant, je signalerai, parmi les autres travaux récents, les mémoires suivants, auxquels l'engouement actuel pour la coca et la cocaïne, donne de l'intérêt. Ce sont ceux de M. Moure sur *l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique de la muqueuse du pharynx et du larynx*, de M. Sous, sur *l'extrait de coca en ophthalmologie ;* de M. Armaignac : sur la *cocaïne et principalement son emploi en chirurgie oculaire...* On voit par là que nos confrères bordelais sont empressés à mettre à l'essai les plus récentes acquisitions de la clinique. C'est assez dire que l'esprit de progrès les anime, mais qu'un sage besoin de vérification en tempère les ardeurs et prévient des enthousiasmes prématu-

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 août 1885. — Présidence de M. Bergeron.

La correspondance officielle comprend l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Javal comme membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Javal prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend un pli cacheté adressé par M. le docteur Duboué (de Pau). (Accepté.)

MM. Tholozan (de Téhéran), Leudet (de Rouen) et Béchamp (de Lille) assistent à la séance.

M. Le Roy de Méricourt présente, au nom de M. le docteur Nicolas, de M. le docteur Lacaze et de M. Signol, vétérinaire, un volume intitulé : *Guide hygiénique et médical du voyageur dans l'Afrique centrale.*

M. Lagneau offre à l'Académie un travail intitulé : *Remarques démographiques sur le célibat en France,* mémoire lu à l'Académie des sciences morales. — La proportion des célibataires adultes, depuis 1770, s'est élevée de 190 à 224, sur 1,000 habitants. L'âge moyen du mariage est de 28 ans 1/2 pour les garçons, de 25 pour les filles. Les célibataires sont surtout nombreux dans les départements à grandes villes, dans ceux de la Bretagne, des Pyrénées et des Alpes, dans ceux de nos frontières. Les garçons sont surtout nombreux dans les départements frontières, les filles dans les départements de la Bretagne, des Alpes et dans ceux du centre de la France.

Les célibataires, comparés aux mariés, présentent plus de décès, de suicides; ils ont une plus grande criminalité.

Il importe d'abréger la durée du service militaire; de restreindre les travaux publics urbains qui motivent l'immigration vers les grandes villes où l'on se marie peu; de restreindre les trop encyclopédiques et trop nombreux examens, les trop longs stages et surnumérariats qui retardent l'obtention d'une position sociale permettant de se marier; de simplifier les formalités exigées pour le mariage; de protéger jusqu'à 21 ans, jusqu'à la majorité, la jeune fille que la loi actuellement ne protège que jusqu'à 16 ans contre la séduction; de secourir davantage les enfants illégitimes, dont la mortalité est énorme, soit en obligeant le père naturel à fournir pension, ainsi que cela existe dans la plupart des États, soit en imposant les célibataires de plus de 30 ans, comme anciennement à Rome.

M. de Villiers présente quelques observations à propos des remarques faites, dans la dernière séance, par M. Jules Guérin à l'occasion de la communication de M. de Villiers sur le choléra dans le midi de la France. Ces observations ont pour but de montrer qu'il n'existait pas de constitution médicale prémonitoire dans la précédente épidémie de choléra.

Sur l'invitation de M. de Villiers, M. Larrey donne lecture d'une lettre contenant la relation du premier cas de choléra (cas foudroyant), observé à Toulon, au début de l'épidémie actuelle dans cette ville.

Le malade, musicien de la marine, couchait dans un garni, mais il habitait toute la journée la division des équipages de la flotte. Or, c'est à la division qu'aboutissent les hommes valides revenant de l'Extrême-Orient, ainsi que les sacs de hardes de ceux qui ont succombé, soit dans les colonies, soit en cours de route. Ce cas pourrait donc être invoqué comme un argument en faveur de l'importation.

Après ce décès, Toulon est resté indemne jusqu'au 20 août, date de la mort d'une jeune fille, habitant la même rue que le précédent (rue Saint-Michel, n° 15), mais n'ayant eu aucune relation avec lui.

Le lendemain 21, mourut aussi dans ce faubourg (n° 100, route de Marseille), un

©BIU Santé

individu qui n'avait eu, d'ailleurs, aucun rapport ni avec le musicien, ni avec la jeune fille.

Depuis lors les décès cholériques, au nombre de 5 à 6 par jour, se montrent un peu partout.

M. Jules Guérin ne veut dire que quelques mots sur la question de la diarrhée prémonitoire niée par les uns, affirmée par les autres, à l'occasion de l'épidémie actuelle. On se demande, en face de ces affirmations et de ces dénégations contradictoires, ce qu'il en faut penser. Pour lui, il se range résolument du côté de M. Brouardel, qui affirme la constitution diarrhéique prémonitoire actuelle contre M. Solary, qui la nie. Cette question importante sera, du reste, traitée plus longuement, à l'occasion de la discussion qui suivra sans nul doute la lecture du rapport de M. Marey, annoncée pour la prochaine séance.

— M. Tholozan (de Téhéran), médecin du Shah de Perse et membre correspondant, lit un travail intitulé : *Le choléra dans l'Inde, ses degrés, ses variétés, au point de vue de l'épidémiologie générale.*

L'auteur s'attache principalement à établir par des considérations diverses et surtout par des citations nombreuses empruntées aux écrits des médecins anglais, qui ont observé le choléra dans les Indes, que le choléra sporadique et le choléra épidémique ont la même nature et ne sont que des degrés différents d'une même maladie.

« La question que je viens de traiter, dit l'auteur en terminant, n'est qu'une partie d'une question plus vaste, celle de l'identité de tous les choléras, qu'ils s'observent dans l'Inde ou hors de l'Inde, à l'état épidémique ou à l'état sporadique. La démonstration de ce problème a fait depuis longtemps l'objet des communications persévérantes et si remarquables, et des études de M. Jules Guérin. Avec la hauteur de vue qui caractérise son esprit, il a depuis longtemps distingué la vérité dans ce sujet obscur, difficile et mal présenté de la pathologie du choléra. Ses idées diffèrent, comme les miennes, de celles des hygiénistes et médecins sanitaires haut placés qui siègent dans cette assemblée. Il est bien difficile que l'accord se fasse entre eux. Quant à moi qui crois à la contagion du choléra, dans le sujet plus restreint que j'ai voulu aborder, j'espère que mes observations seront écoutées, sinon admises.

Que si on me demandait maintenant comment je concilie la doctrine de la contagion du choléra avec celle de l'identité de tous les choléras, je répondrais que ce n'est encore que par l'étude patiente et attentive des faits que cette question peut se résoudre; elle est de celles qui ne seront pas éclairées par les discussions toujours plus ou moins passionnées des conférences sanitaires; elle a besoin plutôt des calmes méditations des chercheurs isolés.

M. le Président croit être le fidèle interprète du sentiment de l'Académie en remerciant M. Tholozan de son intéressante et remarquable communication. Elle aura certainement sa large part d'influence dans la discussion qui doit s'ouvrir, à la suite du rapport général de M. Marey sur l'épidémie cholérique de 1884, rapport dont la lecture aura lieu dans la prochaine séance.

M. J. Guérin déclare que la communication de M. Tholozan est un fait capital d'une importance exceptionnelle. Elle forme un magnifique chapitre d'épidémiologie générale dont on aura à tenir le plus grand compte dans la discussion qui se prépare.

M. Méhu lit une note qui a pour objet d'appeler l'attention sur la solubilité du biiodure de mercure dans les huiles, l'axonge, la vaseline et quelques autres dissolvants.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Verchère (Antoine), à l'âge de 64 ans. M. Verchère était le père d'un de nos plus distingués chefs de clinique, auquel nous envoyons, à l'occasion de ce douloureux évènement, l'expression de notre plus vive sympathie.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Lœwenberg : Du traitement des suppurations mastoïdiennes sans trépanation. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. L'Epidémie cholérique de 1885. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Variétés. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton. — IX. Formulaire.

Du traitement des suppurations mastoïdiennes sans trépanation (1),

Par le docteur Lœwenberg.

Obs. IV. — M. H... m'est amené pour la première fois en 1873, ayant alors l'âge de 13 ans. Ni la santé générale du jeune malade, ni celle de ses ascendants n'offrent rien de particulier. M. H... est devenu graduellement sourd de l'*oreille droite* à une époque où il souffrait fréquemment de maux de gorge. Ouïe de ce côté : parole 0, montre 0. Différents diapasons (Ut 3, Mi 3, Sol 3 et Ut 4), même munis de leurs résonnateurs, peu entendus. Tympan légèrement trouble.

Dans l'*oreille gauche* il y a surdité et écoulement consécutifs à *une otite moyenne* que le malade a contractée quelques mois auparavant.

Après avoir soigné le jeune H... pendant quelque temps, je le perds de vue et ne le revois que dix ans après, le 25 avril 1883, où l'on m'appelle près de lui pour une affection très douloureuse de l'*oreille gauche*. Dans une note que la mère du jeune homme, femme des plus intelligentes, a bien voulu rédiger pour moi, elle décrit le début de cette inflammation de la façon suivante :

« Le 3 avril 1883, éblouissements, étourdissements, vertiges. Etat s'accentuant jusqu'au 10 où il devient continu. Pertes d'équilibre, plus sensibles à l'air ; digestions pénibles, embarras gastrique caractérisé. Nausées fréquentes, perte absolue de l'appétit. 16 avril, vésicatoire au creux de l'estomac, n'amenant aucun résultat. Le 17, premiers bourdonnements et douleurs sourdes dans l'oreille gauche. Vertiges continuels, amenant des nausées. Vomissements pendant trois jours après chaque alimentation. Le 20, crise aiguë de l'estomac et des intestins pendant douze heures. Suppression des douleurs d'oreille. Le 22, évanouissements fréquents, embarras de tout le côté gauche de la tête, suppression des douleurs d'estomac et d'intestins. Le 23, bourdonnements, engorge-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 28 juillet, 8 et 15 août 1885.

FEUILLETON

En vacances. — Voyage circulaire de Paris à Paris en passant par Pougues, Vichy, Grenoble, Aix-les-Bains, etc.

..... Et maintenant, jeunes élèves, mes chers camarades, il ne vous reste plus qu'à jouir de votre mieux des vacances que vous avez si bien méritées par votre travail assidu pendant l'année qui vient de s'écouler. »

C'est ainsi, ou à peu près, que M. le professeur Béclard, notre excellent doyen, termina le discours qu'il prononça à la distribution des prix du lycée Henri IV, dont il fut autrefois un des brillants élèves, et qui lui demanda cette année de vouloir bien lui faire l'honneur de présider cette petite fête de famille.

Je ne fus pas le dernier, comme bien vous pensez, à suivre ce bon conseil, et, l'Association française tenant cette année ses assises à Grenoble, je résolus immédiatement de m'y rendre et d'en revenir par le chemin des écoliers. La chose était facile grâce aux billets circulaires que les compagnies de chemins de fer ont eu la bonne idée d'inventer depuis quelques années et qui sont d'un emploi aussi commode qu'avantageux.

Ce qu'un médecin désire surtout voir sur sa route, après les accidents de terrain, les montagnes, les vallées, les forêts, les cours d'eau, les vieux châteaux perchés sur les collines, se sont les stations d'eau. De Paris à Grenoble, ce n'est pas cela qui manque ; mais il y en avait surtout deux que je brûlais d'envie de visiter, c'est Pougues et Vichy.

©BIU Santé

ment de tout le côté gauche de la tête, enflure énorme derrière l'oreille gauche, battements continuels dans l'intérieur de celle-ci. Douleurs aiguës, au même endroit, devenant rapidement intolérables et qui s'étendent depuis le milieu du front jusqu'à la nuque. Elles sont strictement limitées à la moitié gauche de la tête. Toute cette partie est très gonflée. — Plus rien du côté de l'estomac, qui reprend ses fonctions avec le régime lacté exclusif. »

Le 25 avril, je revois le malade pour la première fois depuis dix ans, en consultation avec M. le docteur Ch. Loiseau, médecin de la famille. *L'examen* montre une énorme enflure dans la région de l'apophyse mastoïde gauche qui est extrêmement sensible à la moindre pression. Un écoulement de pus fétide — (qui dure ainsi, au dire du malade, depuis dix ans) — se fait par le conduit auditif. Les parois de ce canal sont enflées au point d'en effacer presque complètement la lumière. Par le fait de cette obstruction, il est impossible d'apercevoir la membrane du tympan. Il va sans dire qu'elle est perforée; l'écoulement purulent le démontre, et, de plus, on peut s'en assurer par le *procédé suivant* que je recommande surtout aux confrères peu versés dans la pratique de l'otologie : on fait pencher la tête du malade vers le côté sain, et on remplit le conduit de l'oreille à examiner avec un liquide indifférent, p. ex. avec de l'eau tiède salée à 1 p. 100. Lorsque, dans ces conditions, on pratique le procédé de Politzer, l'air insufflé passe par le nez, la trompe d'Eustache, la caisse et la perforation du tympan, et s'échappe violemment sous forme de bulles, à travers le liquide instillé. Ce phénomène prouve l'existence d'une ouverture dans la cloison tympanique. (Morpurgo.) Il faut avoir soin de verser le liquide dans le conduit de façon à ne pas y emprisonner de l'air, sinon, l'insufflation, en ébranlant un tympan intact et la colonne d'eau superposée pourrait faire sortir des bulles d'air et faire croire à l'existence d'une perforation qui n'existe pas. On évite cette source d'erreur en versant l'eau lentement, non pas sur l'ouverture du méat auditif, mais dans la conque du pavillon.

Le malade accuse des douleurs aiguës se montrant sous forme de crises qui durent six à huit heures (!) et ne cèdent que difficilement aux injections sous-cutanées de morphine. Pendant ces crises, auxquelles je n'ai pas assisté, il y aurait d'abord de vives douleurs dans la tempe et l'oreille gauches, puis *rotation continuelle de la tête autour de son axe longitudinal.* Lors de la seconde rechute, dont il sera question plus loin, j'ai pu assister au commencement d'une crise; il n'y avait alors aucun mouvement rotatoire de la tête, mais, par contre, occlusion complète de l'œil gauche par ptosis.

Traitement : Insufflations d'acide borique finement pulvérisé alternant avec des instil-

---

On peut dire presque que ce sont les deux termes extrêmes de nos villes d'eau françaises, Vichy tenant, bien entendu, le premier rang, et Pougues, malgré son antique existence, car on y venait bien avant Henri IV, étant devenue presque inconnue. Et vous allez voir jusqu'à quel point elle est tombée dans l'oubli.

Il y a quelques mois, une de mes parentes de province, atteinte de dyspepsie grave depuis deux ou trois ans, sans lésion organique toutefois, éprouva un soulagement très sensible à la suite de l'emploi de l'eau de Pougues. Fort logiquement, son médecin pensa que l'emploi de l'eau naturelle, bue à la source, donnerait un résultat plus favorable encore et lui conseilla d'aller y faire une saison. On me mit au courant de la situation et on me chargea de pourvoir à l'installation de la malade. Ce fut alors que je m'aperçus que Pougues restait à découvrir. Mon premier soin, en effet, fut de m'enquérir du nom d'un confrère y résidant et auquel je pusse demander des renseignements sur sa station. Parmi les médecins très consultés, professeurs à la Faculté, auxquels je m'adressai, les uns me répondirent qu'ils ne connaissaient personne, les autres : « Pougues! A quoi cela peut-il servir? » Enfin, M. le professeur Laboulbène et notre ami Huchard me donnèrent le nom de M. le docteur Janicot, qui me tira d'embarras et voulut bien diriger le traitement de ma chère malade. J'ai hâte d'ajouter que le résultat en fut des plus satisfaisants.

C'était donc en grande partie un sentiment de reconnaissance qui me poussait vers Pougues, ses eaux, et l'un de ses médecins, voulant remercier celui-ci de ses bons ins et voir par moi-même ce que pouvait être cette eau si peu appréciée, et pourtant si

ations de glycérine tiède et des injections d'eau boriquée. Débridement des parois du conduit auditif au bistouri. Douches d'air de Politzer. Tout cela n'amène aucun résultat. Après huit jours de ce traitement, j'ordonne les instillations d'alcool absolu sursaturé d'acide borique. Contrairement à ma prescription, ce mélange est d'abord employé excessivement dilué par l'entourage du malade, effrayé de l'idée d'appliquer une substance aussi active sur une surface enflammée et délicate; on se décide d'autant moins à augmenter la concentration du liquide que la première instillation (représentant peut-être de l'alcool à 15 p. 100!) est suivie, — certainement par hasard, — d'une crise épouvantable. Mais aussitôt que, sur mon insistance, on ose augmenter sérieusement la concentration de l'alcool, il y a cessation complète de l'écoulement, des douleurs et de l'enflure à l'apophyse et aux parois du conduit. La mauvaise odeur ne se fait plus sentir. Quinze jours après, il n'y a plus ni sécrétion, ni souffrance, et l'état général est normal.

Le malade part quelques mois après pour la campagne. Selon son récit, il y a là, une fois, écoulement avec mauvaise odeur. On reprend l'alcool boriqué FORT, et tout est fini au bout de quarante-huit heures. A la rentrée, je constate l'existence d'une perforation et l'absence de toute sécrétion.

Au mois de juillet 1884, *seconde rechute* infiniment plus grave, accompagnée de crises terribles de douleurs dans l'apophyse mastoïde gauche, qui est excessivement enflée. Les douleurs rayonnent jusque dans l'occiput. On découvre, au fond du méat auditif, un polype venant de la caisse et obstruant ce canal. Éclairé par d'autres observations et par les faits constatés antérieurement chez ce malade, je me décide à laisser de côté tout l'appareil antiphlogistique usuel et fais instiller immédiatement, en pleine acmé inflammatoire, l'alcool absolu sursaturé d'acide borique. Le polype est détruit au galvano-cautère ordinaire, c'est-à-dire brûlant au bout; la petite tumeur n'étant pas implantée sur un côté du conduit, l'emploi des cautères à action latérale était ici contre-indiqué.

Le soulagement ne se fait pas attendre, et le malade se retrouve entièrement au *statu quo ante* quelques jours plus tard. Depuis lors, je fais employer le mélange en question de temps en temps, et il n'y a plus eu aucun symptôme d'inflammation jusqu'à ce jour.

Cette observation démontre la possibilité de faire disparaître des symptômes encéphaliques inquiétants par le rétablissement du libre écoule-

---

capable de produire de bons résultats dans le traitement des dyspepsies aussi rebelles que chroniques.

N'ayant nullement l'intention de faire un article de réclame en faveur de Pougues, je ne m'étendrai pas sur ses propriétés, ni sur l'affabilité de ses quatre médecins, car ils sont quatre, dont un médecin résidant; je me contenterai de dire qu'on y traite, avec autant de succès qu'ailleurs, les affections hépatiques et gastro-intestinales, ainsi que le diabète; que la ville, petite, mais assez bien située, car on peut faire d'assez longues promenades dans les environs et arriver à des endroits d'où l'on jouit de très beaux points de vue, a sur ses rivales un immense avantage, c'est qu'on s'y repose. Il y a un petit casino où l'on joue de temps en temps la comédie et l'opérette, des tables de jeux où je n'ai vu personne, et un jeu de petits chevaux qui peut à peine recruter assez de joueurs pour faire une partie; bref, on va à l'établissement pour boire de l'eau, se promener dans le parc à seule fin de digérer l'eau, s'asseoir sous les arbres, prendre sa douche, faire la causette avec ses amis et connaissances, et l'on gagne ainsi tout doucement neuf heures du soir, et l'on se couche. Les noctambules ont toutes les peines du monde à arriver à dix heures. Aussi fait-on, à Pougues, ce qu'on ne fait plus guère ailleurs : on se soigne. Cette année, grâce à l'initiative de M. Janicot et au bon vouloir de l'intelligent directeur de l'établissement, ancien élève de l'École polytechnique, on a joint à ces exercices calmes quelque chose de plus relevé et d'excellent pour tous ces malades atteints d'affections par ralentissement de la nutrition; je veux dire l'escrime; ce sont les frères Ruzé qui dirigent les amateurs novices dans cet art, et ils ont

©BIU Santé

ment des matières retenues dans l'apophyse mastoïde et par le traitement à l'alcool boriqué. Elle nous apprend, de plus, combien il faut se hâter d'instituer cette thérapeutique d'EMBLÉE sans s'attarder à l'usage de l'acide borique seul ou de l'appareil émollient usuel.

RÉSUMÉ.

Les observations précédentes montrent la thérapeutique adoptée par moi et ses résultats, qui, certes, ne laissent rien à désirer; chez les autres malades atteints d'abcès mastoïdiens que j'ai également réussi à guérir sans trépanation, le traitement et ses effets furent analogues à ceux qu'on vient de voir. Je n'ajouterai donc aucune autre observation et me bornerai aux *remarques supplémentaires suivantes :* Chez quelques malades, j'ai employé, outre le procédé exposé plus haut, des sangsues *loco dolenti,* et, à l'intérieur, les remèdes nécessités par l'état de la santé générale.

Le second point que je tiens à faire ressortir est le suivant : Dans les nombreux cas d'inflammation mastoïdienne que j'ai vus chez les *enfants,* la perforation artificielle de la membrane du tympan encore intacte, ou l'agrandissement d'une ouverture déjà formée, ont suffi pour arrêter la marche de la maladie, les cas exceptés où il existait déjà des abcès extérieurs, communiquant ou non avec les cavités de l'apophyse, ou bien lorsqu'il y avait carie ou nécrose.

En résumant maintenant, sous forme de conclusions, les principes que les résultats déjà exposés m'autorisent à recommander, je ne répéterai pas tout ce qui a été préconisé dans ce sens et ferai abstraction des remèdes auxquels je n'ai pas eu besoin de recourir ou que j'ai essayés sans succès, tels que : les badigeonnages à la teinture d'iode, l'incision des téguments d'après feu sir William Wilde, les applications extérieures chaudes ou froides, etc. Entrer dans ces détails, ce serait manquer le but de la présente publication destinée à faire connaître le procédé seul qui m'a réussi personnellement.

---

fort à faire. Tant mieux, car j'aime mieux voir les malades plastronner que cartonner; c'est meilleur pour la santé, sans compter la bourse.

Heureux, a-t-on dit, les peuples qui n'ont pas d'histoire; heureuses, dirai-je, les villes d'eaux dont on ne parle pas, car c'est la preuve qu'on y est tranquille; c'est pourquoi je souhaite presque que Pougues ne s'agrandisse pas trop et ne fasse pas trop parler d'elle. Il y aura toujours assez de malades pour faire vivre ses quatre médecins.

Je manquerais à tous mes devoirs de chroniqueur, si je ne ramassais pas sur mon chemin tous les cancans qui poussent en wagon et ailleurs, et si je ne vous les racontais pas. Il y a, en effet, de bien belles observations à faire en wagon, quand on ne succombe pas à cette tentation de dormir qui tombe sur les pauvres voyageurs ; car ils n'ont pas d'autre moyen de mettre leurs yeux à l'abri de la poussière que de les fermer. Or, quand on a les yeux fermés, qu'il fait chaud, qu'on est bercé plus ou moins doucement par les cahots des voitures, il est bien rare que les ronflements des voyageurs ne se mêlent pas bientôt à ceux de la locomotive. J'ai résisté tant bien que mal à cette tentation, voulant poser le diagnostic de la maladie qui emmenait à Vichy les personnes avec lesquelles j'avais l'honneur de faire le trajet. Ce diagnostic n'était pas difficile.

En face de moi était un monsieur énorme, si énorme qu'il ne savait comment s'asseoir, non pas qu'il n'eût pas de quoi, ô Dieu non! mais ce quoi était si volumineux qu'il ne savait où le placer pour ne pas gêner ses voisins. Ajoutez à cela des pieds à oignons, une face rouge, apoplectique, devenant chagrine lorsque le train tardait trop à s'arrêter, un empressement excessif à descendre du wagon lorsque le train s'arrêtait

CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES.

Avant de recourir, dans le traitement de l'inflammation mastoïdienne suppurée, à la trépanation de l'apophyse qu'on tend à considérer comme la seule thérapeutique possible de cette affection, je conseille de suivre scrupuleusement et patiemment les *indications suivantes*, dont l'exécution m'a permis d'éviter cette opération, toujours dangereuse, et quelquefois impossible à cause de la structure particulière de l'os :

1° Afin de procurer au pus accumulé dans l'apophyse un écoulement facile à travers la caisse et le conduit auditif :

a) Elargir considérablement les perforations du tympan trop petites. Au cas où l'ouverture formée (1) spontanément se trouve trop haut placée, en établir une seconde en contre-bas ;

b) Pratiquer fréquemment des insufflations d'air par la trompe d'Eustache ;

c) Nettoyer les cavités malades plusieurs fois par jour au moyen d'injections auriculaires vigoureuses et abondantes d'eau boriquée saturée ou de sublimé en très faible solution ;

d) Détruire des végétations ou polypes, s'il en existe dans le conduit ou dans la caisse.

2° Instituer d'*emblée* un traitement antiseptique énergique et rigoureux (2). A cet effet, rejeter l'emploi des émollients (qui ne feraient qu'apporter d'excellents matériaux pour la pullulation des microbes toujours présents), et commencer immédiatement par l'emploi de la solution sursaturée d'acide borique dans l'alcool absolu dont j'ai proposé l'emploi dans

(1) Ces conclusions, lues par moi dans la dernière séance du Congrès français de chirurgie (11 avril 1885), ont été publiées par plusieurs journaux, qui tous ont mis « fermée » au lieu de « formée », ce qui, dans l'espèce, est le contraire de ce que je voulais dire. Je profite de l'occasion pour rectifier cette erreur. Il en est de même pour (2) où l'on m'a fait dire « vigoureux » au lieu de « rigoureux », ce qui, avec l'autre adjectif « énergique », ferait une tautologie.

et un air de satisfaction revenue sur sa figure pendant cette courte halte, et vous aurez comme moi reconnu bien vite un diabétique polyurique. Quant à la soif, elle était calmée par une bouteille d'eau, qu'il allait remplir de temps en temps et dans laquelle il mettait un petit paquet de poudre blanche, sur lequel on lisait : « *bicarbonate de soude.* »

De chaque côté de moi et un peu plus loin, en face, étaient trois dames à peau jaune. Cette trinité m'intriguait beaucoup. Il était facile de voir que ces trois dames, plus un jeune garçon qui dormitonnait dans un coin, appartenaient à la même famille, car les traits se ressemblaient beaucoup, les cheveux étaient noirs, et tous quatre avaient les mêmes magnifiques yeux noirs. Mais pourquoi étaient-ils tous aussi jaunes? Aucun autre indice que cette teinte jaune n'indiquait une affection du foie, sauf une taciturnité assez rare chez les femmes en général, et chez les voyageuses en particulier ; mais, de temps en temps, l'une des dames regardait le dormeur avec une certaine anxiété, puis ses yeux se portaient sur les deux autres dames, puis toutes trois levaient leurs beaux yeux au ciel en ayant l'air de dire : « Si ça pouvait durer! » Eh bien, ça ne dura pas longtemps. Le dormeur, trop rudement secoué par un cahot, se réveilla brusquement et se mit à invectiver, dans un langage peu choisi, le wagon, la poussière, le chemin de fer, les employés de la Compagnie, sa mère, qui essayait en vain de le calmer par de douces paroles, pendant que son teint pâlissant de colère devenait verdâtre et que ses yeux, cerclés de jaune, semblaient encore plus noirs. Quant aux six beaux yeux, ils étaient remplis de larmes. Et comme ma physionomie devait refléter l'ahurissement

BIU Santé

l'otorrhée, et que je considère comme répondant à toutes les indications à remplir ici; l'appliquer très concentrée dès le début et passer le plus tôt possible à l'employer pure.

3° A l'apophyse mastoïde, en cas de nécessité, ouvrir les abcès formés extérieurement, les drainer et recouvrir leurs ouvertures avec de la poudre impalpable d'acide borique qu'on arrosera, plusieurs fois par jour, avec de l'alcool absolu.

Ayant réussi, depuis six ans, à guérir, par la méthode exposée, tous les cas de troubles mastoïdiens que j'ai rencontrés, et parmi lesquels il s'en est trouvé des plus graves, je recommande chaleureusement son emploi rigoureux et patient. Elle rendra inutile, dans l'immense majorité des cas, la trépanation réputée seule capable, aujourd'hui, de sauver les malades. Il ne faudra recourir à cette opération qu'après avoir essayé en vain les moyens infiniment plus doux que je viens de signaler, ou bien lorsqu'il existe des séquestres ou une indication vitale immédiate. Grâce à cette manière d'agir, la trépanation de l'apophyse, au lieu d'être la règle comme le veulent beaucoup d'auteurs, ne sera désormais que l'exception et la ressource suprême dans le traitement des suppurations mastoïdiennes.

BIBLIOTHÈQUE

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA VIRUELA HEMORRHAGICA Y SON TRATIMENTO POR LA ESENCIA DE TREMENTINA (Contribution à l'étude de la variole hémorrhagique et son traitement par l'essence de térébenthine, par le docteur José PENNA. — 1885. — Buenos-Ayres. Stiller.

Une brochure de notre très honoré confrère argentin, M. José Penna, est une bonne fortune. On aime à la recevoir, car on a la certitude de lire une bonne œuvre; on aime aussi à la méditer, parce qu'on sait y trouver d'excellents conseils et le fruit d'une habile expérience.

L'emploi de ce médicament est motivé par l'origine septique ou microbique de la

---

dans lequel cette scène n'avait plongé, ma voisine crut devoir me donner quelques détails. C'étaient des Algériens, établis dans une ferme éloignée, qui avait été attaquée par des Arabes il y a deux ou trois ans. Les hommes avaient tenu bon jusqu'à l'arrivée de la troupe, mais l'enfant avait eu une telle frayeur qu'il en était devenu tout jaune, et que, depuis, jaune il était resté. La teinte jaune des dames était due à l'action du soleil et peut-être aussi un peu du paludisme, car elles avaient eu les fièvres; mais lui était jaune jusqu'au blanc des yeux. On était allé consulter un spécialiste de Paris, qui avait envoyé toute la famille à Vichy.

Cependant le petit colérique, enfant gâté par trois femmes, ce qui est, comme chacun le sait, le *nec plus ultra* d'une mauvaise éducation, ne décolérait pas. Ma voisine en paraissait navrée. « Et dire, me dit-elle, qu'il était si gentil avant; mais, depuis sa peur, ça lui prend à chaque instant; les médecins disent que c'est l'atrabile qui le travaille! »

Mais me voici à Pougues, et je descends. Je trouvai là le petit monde médical tout agité par le rapport de M. Rochard sur l'inspectorat des eaux minérales. Ce rapport, vous le savez du reste, conclut au remplacement de l'inspectorat local et fixe par un inspectorat régional et mobile. Un des principaux reproches qu'on fait à l'ancien inspectorat, c'est qu'il ne sert à rien ni à personne, si ce n'est à celui qu'il met au-dessus du droit commun, *toujours*, — et sous la coupe des sociétés fermières, *souvent*, — toute question de personnalité mise à part, car le vice de l'inspectorat n'entache nullement l'honorabilité des médecins inspecteurs.

variole surtout dans sa forme la plus grave : la forme hémorrhagique, toujours si redoutée et si redoutable. A Buenos-Ayres, où elle tue souvent 100 malades sur 100, on comprend que les guérisons obtenues par M. Penna sont un réel triomphe thérapeutique.

Au reste, en écrivain aussi consciencieux qu'habile praticien, le rédacteur en chef de la *Revista argentina de ciencias medicas* et des *Anales del circulo-medico argentino*, n'avançant rien qu'il ne le prouve, termine cette brochure par la relation de cas de guérisons après l'administration de l'essence à l'intérieur. De plus, avec sagesse, il ne la donne pas comme un spécifique et déclare qu'elle n'exclut ni ne remplace les autres agents de la matière médicale. La dose employée quotidiennement en potion était de 4 grammes 50 pour 150 grammes d'émulsion gommeuse, ou bien en lavements, ou bien encore en inhalations.

Ce travail, comme tous ceux de l'auteur, est marqué au coin de l'originalité; il fait grand honneur à sa plume et aussi à la médecine argentine. — Ch. Éloy.

REVUE DES JOURNAUX

Trois observations de calculs du canal pancréatique, par Herman Moore. — 1° Homme de 40 ans, mort du diabète. Tout le canal pancréatique est obstrué et dilaté par de nombreux calculs, très irréguliers, de carbonate de chaux. La dilatation est au maximum près de la tête. — 2° Homme de 43 ans, mort de pleurésie de nature goutteuse probablement. Un seul calcul ayant produit une légère dilatation du canal, mais provoqué le développement d'un abcès parenchymateux comprimant le canal cholédoque au point d'amener la rétention biliaire et la distension de la vésicale. — 3° Homme de 64 ans, malade depuis cinq mois, présentant de l'ictère, des vomissements, sans coliques hépatiques. Dilatation considérable de tout le conduit, provoquée par un petit calcul siégeant près de l'extrémité duodénale. Le tissu du pancréas est d'une grande résistance; à l'œil nu, le tissu conjonctif y est très développé. L'ampoule de Vater est dilatée, le canal cholédoque complètement obstrué. Au microscope, cirrhose pancréatique et splénique; le réseau conjonctif pancréatique est de différents âges. On retrouve encore quelques acinis normaux; mais la plupart des cellules épithéliales des culs-de-sac sont atrophiées et dégénérées. (*Méd. Times and Gaz.*, 1884, 12 jan., p. 57.) — R. L.

Anévrysmes de l'artère pulmonaire, par Samuel West. — Deux observations :

Un petit fait, qui s'est passé récemment à Pougues, a encore activé cette effervescence. La station, ai-je dit, possède quatre médecins, un qui demeure dans le pays depuis vingt ou vingt-cinq ans, deux qui y résident, comme médecins consultants, depuis plusieurs années, et un quatrième récemment installé. La place d'inspecteur étant devenue vacante, les deux consultants déclinèrent toute candidature, pensant que la place devait être donnée à leur ancien, et cette idée paraissait si naturelle que ni l'ancien résidant, ni les deux consultants ne se préoccupèrent de combattre une autre candidature. Celle-ci se produisit cependant, et, à l'étonnement de tous, le dernier arrivé, dont l'honorabilité est d'ailleurs hors de cause, fut nommé médecin-inspecteur à Pougues.

De là, la campagne contre l'inspectorat, ouverte à la suite du rapport de M. Rochard, et dont le premier acte fut une circulaire adressée, par M. Janicot, à tous les médecins d'eaux pour les inviter à l'aider de leur influence. La Société médicale d'Aix-les-Bains, entre autres, a pris cette demande en sérieuse considération, et a nommé rapporteur notre collaborateur M. Maximin Legrand. Je pense que notre sympathique confrère fera part à l'*Union* du résultat de ses réflexions, c'est pourquoi je n'insiste pas davantage sur ce point.

De Pougues, je suis allé à Vichy, dont je n'ai point à vous parler; tout le monde chantant les louanges de cette station, depuis plus de vingt ans, je ne pourrais qu'être très banal en disant que son air est le plus pur, ses hôtels les mieux aménagés et les plus confortables, son casino le mieux composé comme théâtre, salles de jeu et de bal, et société, cela va sans dire; bref, le paradis terrestre, où l'hygiène, la santé et le bien

©BIU Santé

Un homme de 40 ans, toussant depuis une vingtaine d'années, a eu des hémoptysies très abondantes dans les derniers temps. On n'évalue pas à moins d'une demi-pinte la quantité de sang perdue quotidiennement pendant le douze derniers jours. A l'autopsie, le poumon droit est trouvé emphysémateux; le gauche complètement adhérent et présentant au sommet une cavité du volume d'une orange au milieu de laquelle on trouve une dilatation anévrysmale de la dimension d'une noix; sur sa paroi, une fente triangulaire, point de départ des hémoptysies. — Le second cas est également celui d'un phthisique, marin de 21 ans, portant une caverne au sommet droit et atteint d'ulcération des cordes vocales. Fièvre hectique, hémoptysies considérables. Constatations nécroscopiques analogues. Ces faits seraient rares. L'anévrysme de l'artère pulmonaire est généralement peu volumineux, presque toujours unique, il se développe sur des troncs encore puissants, au sein des cavernes. Les parois artérielles cèdent sous l'effort de la pression sanguine qui n'est plus amortie par le parenchyme en voie de destruction; leurs dimensions sont cependant indépendantes de celles des cavernes. Leur diagnostic est à peu près impossible. Des hémoptysies copieuses peuvent mettre sur la voie. (*Id.*, p. 58.) — R. L.

Diabète aigu, par Wilks et Audland. — Homme de 23 ans, admis le 31 octobre 1883 à Guy's hospital pour une glycosurie. Il n'y a que quinze jours qu'il a ressenti pour la première fois un certain malaise, et huit jours qu'il éprouve de la soif et urine abondamment. Il a rapidement maigri. Sa peau est aride, froide. Langue rouge vif, sèche. Odeur douceâtre de l'haleine. Œdème des jambes et des chevilles. Soif et appétit développés. Polyurie, glycosurie marquée. Malgré un régime approprié, sa situation décline rapidement. Réfrigération; respiration profonde, suspirieuse; assoupissement; délire. Il meurt dans le coma le 4 novembre. A l'autopsie, atrophie notable du rein gauche dont les calices et bassinets sont remplis d'une sorte de mastic qui encombre encore l'uretère correspondant. Le rein droit paraît sain, mais a deux fois les dimensions normales. Aucune lésion des organes cérébro-spinaux, du cœur, ni des poumons. Ainsi voilà un de ces cas, très rares, dans lequel le diabète a complètement évolué en quinze jours environ, les renseignements sont des plus précis. Wilks attache une grande importance, comme signes du diabète grave, à une douleur particulière du creux de l'estomac, à la respiration suspirieuse, à l'apnée et à la prostration. Toutefois, le terme de coma appliqué aux accidents ultimes est impropre; l'intelligence peut rester intacte, il s'agit surtout de collapsus. (*Med. Times and Gaz.*, 19 janv., p. 78,) — R. L.

être, ces trois grâces modernes, dont une masculine, se donnent la main. Seulement, n'y allez pas quand il pleut, car la ville manque de trottoirs, et vous ne tardez pas à vous apercevoir que ce paradis terrestre est quelque peu embourbé.

(*A suivre.*) L.-H. Petit.

Injections contre la leucorrhée fétide.

Chlorate de potasse	12	grammes.
Vin d'opium	10	—
Eau de goudron	300	—

Faites dissoudre. — Trois cuillerées à soupe dans 250 grammes d'eau tiède, pour injections matin et soir, dans la leucorrhée fétide.

Ou bien :			
Salicylate de soude	20	grammes.
Acide salicylique	1	—
Teinture d'eucalyptus	45	—
Vin ou vinaigre blanc	300	—

Faites dissoudre. — Une à deux cuillerées à soupe de cette solution, dans 250 grammes d'eau chaude, pour injections à pratiquer dans le même cas que les précédentes. — N. G.

L'Épidémie cholérique de 1885.

Le choléra en Provence, en Espagne et en Orient.

Pour tardifs qu'ils sont, les aveux officiels ont leur valeur. Ils confirment, après l'heure sans doute, mais complètement à coup sûr, les informations que nous donnions au moment où l'épidémie marseillaise fut administrativement déclarée.

En mai, le mal indien avait déjà causé 2 décès ; en juin, il faisait 2 nouvelles victimes ; et, en juillet, 44. De plus, à l'époque des déclarations officielles, il sévissait déjà cruellement, puisque, du 1er au 20 août, on compte 552 décès sur les registres de l'état civil de la cité phocéenne.

L'invasion de la Provence n'a donc pas été subite, et l'insouciance municipale ne peut invoquer l'excuse d'une agression inopinée. Enfin, l'origine de l'épidémie, qu'elle soit née sur place, dans le milieu marseillais, ou qu'elle soit venue du dehors, remonte à l'instauration définitive du choléra espagnol dans ses foyers primitifs sur les bords du Zucar. Cette période était celle de la tolérance sanitaire. Elle eût été, plus utilement peut-être, celle de la surveillance à l'égard des provenances transitant des côtes méditerranéennes de la province de Murcie dans les ports provençaux.

Au reste, cette épidémie, qui paraît offrir de la singularité dans son début, présente aussi des irrégularités dans son évolution. La semaine dernière, on pouvait espérer son atténuation à Marseille ; mais voici qu'au même moment, le 20 et 21 août, les décès s'élèvent au nombre de 65 et 69 sur une mortalité totale de 110 à 113 personnes. L'illusion avait été décevante.

Depuis, il est vrai, cette gamme de mortalité devient graduellement descendante. Le 22, elle s'abaisse à 46 ; le 23, à 45 ; le 24, à 44 ; le 25, à 39 ; et le 26, à 29. A s'en tenir aux relevés de ces derniers jours, on serait encore autorisé à considérer l'épidémie comme en rapide décroissance.

Le mouvement des cholériques, à l'hôpital du Pharo, confirmerait cette favorable conclusion. Le nombre moyen des entrées quotidiennes y est descendu de 25 à 14. Les guérisons y augmentent de fréquence et les décès sont en nombre stationnaire. Seulement, en temps d'épidémie, si les statistiques ont une valeur, « bien fol qui s'y fie absolument ».

Aux environs de Marseille, on signale des cas dans quelques villages, parmi lesquels Salon paraît le plus atteint. Dans cette localité, de 8,000 habitants, 43 habitants y succombaient du 6 au 23 août, et, en établissant le coefficient obituaire correspondant en fonctions de la population moyenne, il s'élève à 5 pour 1,000, proportion fort grande, comparativement à la mortalité de l'agglomération marseillaise.

A *Toulon*, le choléra suit une marche ascendante : Il a fait 2 victimes les 21 et 22 août ; 12, les 23 et 24 ; et 10 le 25. Il faut ajouter qu'il trouve un terrain favorable parmi les convalescents ou les hommes rapatriés de l'armée d'Orient.

Parmi les autres cas de choléra signalés en Provence, il faut encore noter 1 décès à Arles. Ce cholérique venait de Marseille ; c'était donc bien un cas d'importation.

A Paris, on a fait courir le bruit d'un décès cholérique dans un hôpital. Cependant, la *statistique municipale*, si scrupuleusement établie par M. Bertillon, ne le mentionne pas. Par contre, on a observé des diarrhées suspectes, dont trois, paraît-il, suivies de mort, sur le territoire de Saint-Denis. Chaque année, cette partie du département de la Seine est ainsi éprouvée. On connaît l'insalubrité de certains points septentrionaux de la zone suburbaine, et les causes d'insalubrité subsistant toujours, on s'étonnerait, à bon droit, qu'il en fût autrement, malgré les efforts du Conseil d'hygiène départemental.

Par contre, en Angleterre, dans le Lancashire, le mal indien aurait fait quelques victimes. Il y a quelques jours déjà, on avait observé 1 décès suspect dans cette même contrée, où il existe sans doute un petit foyer de contamination.

En Espagne : l'épidémie est en recrudescence. Les invasions viennent de dépasser 35,400, et les décès 10,200 ; pendant la période comprise entre le 21 et le 25 août. —

CBIU Santé

On remarquera l'élévation du nombre des attaques, mais l'amoindrissement proportionnel de leur gravité. D'après ces statistiques, le coefficient obtenu de ces derniers jours serait de 30 pour 100 ; dans la période précédente, il variait entre 45 et 55 pour 100.

Dans l'Extrême-Orient l'explosion cholérique du Tonkin a pour origine l'épidémie qui, depuis plusieurs mois, sévit sur divers points du littoral chinois. Nous aurons l'occasion d'en faire apprécier exactement le caractère et l'étendue dans le corps expéditionnaire français.

Le corps médical de la marine, à Toulon, vient de perdre un des siens : M. Augier, médecin de deuxième classe. Puisse cette victime du devoir professionnel être unique dans cette épidémie contre laquelle les médecins de l'armée de mer prodiguent si généreusement leur traditionnel dévouement. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

MM. Paul Gibier et Van Ermengen adressent le résultat de leurs recherches expérimentales sur le choléra.

« Délégués en Espagne par nos gouvernements respectifs, pour étudier la méthode de *vaccination anticholérique* du docteur Ferran et donner notre avis appréciatif sur cette question, nous sommes arrivés à des conclusions identiques dans le fond.

« Tout en discutant cette méthode avec des arguments de raison, nous ajoutions qu'il fallait attendre, pour la juger définitivement, qu'on possédât des arguments de fait, c'est-à-dire les résultats d'expériences à faire sur les animaux. Aussi, dès notre retour d'Espagne, nous nous sommes mis à l'œuvre : aujourd'hui, nous sommes en mesure de prouver que les injections sous-cutanées de cultures du bacille-virgule ne préservent pas du choléra les animaux sur lesquels on expérimente. Voici, en effet, ce que nous avons constaté.

« Une série de cobayes reçut, en injection sous-cutanée, 2 cent. cubes de culture virulente du bacille-virgule, les 12 et 13 juillet dernier. Trois semaines après cette inoculation, les accidents qu'elle avait déterminés ayant complètement disparu, nous avons injecté à ces mêmes animaux du liquide de culture, soit dans l'estomac, par les voies naturelles, selon la méthode de Koch, soit dans le duodénum, après incision des parois abdominales : ces animaux sont morts avec les symptômes cliniques et anatomiques du choléra. L'examen microscopique et les cultures nous ont montré une énorme quantité de bacilles caractéristiques dans les liquides intestinaux.

« En communiquant cette courte note, nous avons pour but de prendre date ; nous ne suivrons donc pas M. le docteur Ferran sur le terrain des contradictions qu'il a accumulées, comme à dessein, dans ses différentes communications. Nous ferons remarquer néanmoins que nos inoculations ont été faites avec des cultures non atténuées, provenant du laboratoire de M. Ferran ; cependant, sur vingt animaux inoculés sous la peau, quatre seulement meurent des suites de l'injection ; les autres présentent, pendant trois ou quatre jours, un empâtement considérable, qui disparaît ensuite graduellement. Cet empâtement inflammatoire est bien dû à la présence des éléments figurés, vivants, qui, jusqu'à leur disparition, agissent sur les tissus, car on n'observe aucun accident après l'inoculation de quantités trois fois plus fortes du même liquide, dans lequel on a tué les bacilles en les soumettant pendant vingt minutes à la température de 65°.

« Nous n'avons pas observé ces gangrènes ni ces abcès lardacés que décrit M. Ferran.

« Ni le sang ni l'intestin des cobayes, qui succombent à l'injection sous-cutanée, ne contiennent traces de bacilles du choléra. Au contraire, dans le point inoculé, on en trouve encore un grand nombre au bout de trois jours. La mort, dans ce cas, paraît être due à l'intensité des phénomènes locaux.

« Ajoutons encore que la dose de 2 cent. cubes en injection hypodermique, chez un cobaye, équivaut, relativement au poids, à une quantité qui ne serait guère inférieure

à 0 lit. 5 de liquide virulent pour un homme de poids moyen. Malgré cela, l'immunité conférée par cette inoculation est nulle pour le cobaye, animal qui prend difficilement le choléra : n'a-t-on pas le droit de conclure que, chez l'homme, il doit en être de même ? »

M. Ch. Brame donne lecture d'une « note sur la cristallogénie du soufre ».

M. Faye donne lecture à l'Académie de la lettre suivante, qui lui est adressée par notre illustre associé étranger, S. M. l'Empereur du Brésil :

« La nouvelle de la mort du professeur Tresca m'a causé la plus vive peine ; je suis sûr que vous l'avez ressentie comme moi.

« Je vous prie de transmettre l'expression de mes sentiments à l'Académie, au Conservatoire des Arts et Métiers et à tous ceux à qui elle peut être due de la part de

« Votre bien affectionné

« Rio, 20 juillet 1885. « D. Pedro d'Alcantara. »

M. le Maire de Toulouse transmet une délibération du Conseil municipal, le chargeant d'exprimer à l'Académie les regrets de la ville de Toulouse, à l'occasion de la perte que la science vient de faire dans la personne de M. H.-Milne Edwards.

M. le Secrétaire perpétuel signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, un volume de M. Nourrisson, portant pour titre : « Pascal, physicien et philosophe ».

VARIÉTÉS

EL CATIVI

Le numéro de juin dernier de la *Gaceta de las hospitales* de Guatemala, que dirige un savant praticien M. Joaquim Gela, a publié sous la signature de M. Luis Lazo Arriaga une intéressante note sur la dermatose américaine vulgairement nommée : *el cativi*.

Cette affection ne s'observe que dans certains districts de la république de Honduras et des provinces mexicaines limitrophes du Guatemala. Les Indiens surnommés *Manchados* ou tachetés de Chiépas et de Socomisco, en sont souvent atteints, et, par leur fréquentation avec les habitants sur les marchés du Guatemala, la propagent parfois hors de leur pays.

Le *cativi* se présente sous deux formes ; la forme squameuse, et la forme lisse. La première que caractérise une abondante desquamation épidermique s'accompagne d'un violent prurit. Dans la seconde, ces symptômes sont moins marqués. L'aspect des taches n'est pas uniforme. Elles varient d'un malade à l'autre. Rougeâtre ou bleuâtre chez les individus de race blanche, leur coloration est blanchâtre ou bleuâtre chez ceux de race noire. Cette coloration donne au corps un aspect désagréable et même hideux qui fait vulgairement désigner les malades sous le nom de *pintados* ou *manchados*.

A quelle cause attribuer cette dermatose ? M. Arriaga en a cherché vainement l'origine dans des influences locales ; mais rien n'établit l'action pathogène du milieu, puisque dans une même localité, il a trouvé des individus contaminés vivant à côté d'autres individus exempts de toute affection et soumis cependant aux mêmes conditions climatériques ou hygiéniques. M. Jose Maria Iryz, dans un travail intitulé *Memoria sobre la infermadad pintada de las americos*, qu'il a publié dans le deuxième volume de la *Independencia medica de Mexico*, y voit une dermatose parasitaire dont le contage serait un champignon microscopique assez abondant dans les écailles épidermiques de la forme squameuse.

M. Arriaga admet bien aussi la nature parasitaire de cette affection, mais sans en donner la démonstration histologique et en se basant seulement sur la marche de la maladie. Cependant, il existe des faits dans lesquels la maladie a été contractée par le contact d'objets ayant été maniés par des individus en puissance d'*el cativi*.

Le début de cette dermatose n'est précédé par aucun prodrome et les symptômes généraux ou constitutionnels font défaut. La peau se macule dès l'abord ; les taches ne

©BIU Santé

sont précédées d'aucune dépression ; leurs bords se confondent avec les îlots de peau saine et ne sont pas limités par un liseré inflammatoire.

Le pronostic n'a d'autre gravité que le danger de la contagion ; car les *manchados* n'éprouvent pas d'autre inconvénient personnel que celui de provoquer la répulsion. D'après M. Iryz, cette affection n'est pas congénitale. Sur ce point, des doutes ont cependant été formulés, car on voit de très jeunes enfants en être atteints.

Quel est le traitement de cette singulière dermatose? La médication hydrargyrique donne de réels succès par l'administration du proto-iodure de mercure à l'intérieur, et par des lotions au sublimé à l'extérieur. Le traitement prophylactique consiste dans l'isolement et la recommandation d'éviter les mariages de *pintados* avec des personnes exemptes de cette dermatose. Au Honduras, on est dans l'habitude de les réformer du service militaire, bien que cette maladie ne soit pas un motif d'exemption prévu par la loi.

Notre estimé confrère du Guatemala évite de se prononcer sur la nature de cette dermatose dont la pigmentation cutanée est l'unique symptôme. L'efficacité du traitement spécifique donnerait peut-être la raison de son origine. En vertu de l'aphorisme classique, aussi vrai sans doute dans l'Amérique centrale que partout ailleurs, — *naturam morborum ostendunt curationes*, — n'y aurait-il pas lieu d'y voir une syphilo-dermie ?

Le mémoire de M. Arriaga mérite doublement l'attention des dermatologistes. D'une part il témoigne de la sagesse d'observation de notre distingué confrère ; d'autre part, il prouve une fois de plus l'activité scientifique du corps médical de Guatémala, activité qui a été mise en éveil par la *Gaceta des hospitales de Guatemala* soutenue par son vaillant directeur et entretenue par ses savants collaborateurs. De tels efforts sont dignes d'être mieux connus de ce côté de l'Atlantique. Les travaux de nos confrères du Centre-Amérique ne sont pas suffisamment appréciés en Europe, et, pour notre part, nous trouverons volontiers encore l'occasion de leur rendre de justes hommages. — Ch. E.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Sont chargés, pendant l'année scolaire 1885-1886, des cours complémentaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

Physique, M. Gariel ; anatomie pathologique, M. Hanot ; physiologie, M. Reynier ; accouchements, M. Pinard ; chimie, M. Hanriot ; histoire naturelle, M. Blanchard.

Sont chargés, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1885-1886, des cours complémentaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

Pathologie interne, M. Hallopeau ; pathologie externe, M. Terrillon.

Sont chargés, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1885-1886, des cours auxiliaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

Pathologie interne, M. Joffroy ; pathologie externe, M. Humbert.

M. Gariel, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est maintenu en exercice pendant l'année scolaire 1885-1886.

MM. Broca et Chaput sont nommés, pour quatre ans, prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Brun et Jarjavay dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par décret, en date du 11 août 1885, le doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans le testament olographe du 24 septembre 1880, le legs fait par M. Godar (Jean-Baptiste-Camille), et consistant :

1° En un titre de rente 3 p. 100, pour les arrérages être employés à la fondation de prix annuels ;

2° En une somme de 100,000 francs pour la fondation d'un jardin botanique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Polaillon : Sur l'ablation des kystes du parovarium par la laparotomie. — II. Association française pour l'avancement des sciences. — III. Sociétés médicales des départements. — IV. Variétés. — V. Courrier.

Sur l'ablation des kystes du parovarium par la laparotomie

(Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 27 juin)

Par le docteur Polaillon,

Chirurgien de la Pitié, Professeur agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de médecine.

Dans les kystes uniloculaires de l'ovaire la ponction donne le complément du diagnostic et constitue le premier acte du traitement. Il faut même ne jamais omettre de la pratiquer pour avoir des notions précises sur le liquide contenu dans le kyste et pour faire choix du meilleur procédé opératoire.

Si le liquide est limpide comme de l'eau pure, à peine mousseux, privé complétement ou presque complétement d'albumine, plus ou moins salé par du chlorure de sodium, on a affaire, selon toutes probabilités, à un kyste développé dans le parovarium. L'évacuation de ces kystes est souvent suivie du retrait de leur paroi et de leur disparition. De là l'opinion généralement admise que la simple ponction guérit les kystes du parovarium.

Je pense qu'il n'y a aucun inconvénient, dans ces cas, à évacuer le liquide et à attendre le résultat de la ponction; mais il ne faudrait pas avoir une trop grande confiance dans son efficacité. Je vais rapporter une observation de kyste du parovaire qui a récidivé après la ponction, et je ne crois pas trop m'avancer en affirmant qu'il y a beaucoup de cas semblables.

Lorsqu'au contraire le liquide est citrin, paralbumineux, coloré en brun, à plus forte raison lorsqu'il est épais et filant, on diagnostique un kyste de l'ovaire lui-même. Dans ce cas, personne ne considère la ponction comme curative. Notre collègue Boinet y ajoutait une injection modificatrice pour obtenir la guérison. Il avait choisi la teinture d'iode. Mais l'injection iodée ne met pas à l'abri de la reproduction du liquide. En outre, on sait qu'elle expose à l'inflammation suppurative du kyste, à la péritonite partielle ou généralisée, en un mot, à des accidents graves qui compromettent la vie des malades, ou, au moins, compromettent le succès d'une ovariotomie ultérieure en produisant des adhérences péritonéales et viscérales. Aussi, la plupart des chirurgiens actuels, et je suis de ce nombre, rejettent-ils les injections iodées pour recourir d'emblée à l'ovariotomie. Cette opération a, en effet, l'avantage de donner une guérison certaine; et, dans le cas dont je m'occupe, c'est-à-dire dans les kystes uniloculaires simples, les chances d'accidents et de mort ne sont pas plus grandes qu'avec le traitement par l'injection iodée.

Les kystes du parovarium récidivant après la ponction simple fourniraient les cas où l'injection iodée serait particulièrement indiquée, si l'ablation du kyste par la laparotomie n'offrait un moyen plus sûr et aussi innocent. J'ai présenté dernièrement à la Société de chirurgie (séance du 29 avril 1885) un kyste parovarien récidivé que j'avais enlevé en même temps que l'ovaire correspondant. Dès le huitième jour, l'opérée pouvait être considérée

©BIU Santé

comme guérie, et, le vingt-deuxième jour, elle était sur pied. Jamais la température ne monta au-dessus de 37° 1/2. Je doute que l'injection iodée puisse offrir des suites aussi bénignes. Dans ma nouvelle observation, l'opération fut moins simple, parce que le kyste manquait de pédicule, et parce que l'émotion de la patiente avait provoqué l'apparition des règles le jour même de la laparotomie; néanmoins, le résultat fut excellent. Voici ce fait :

Kyste du parovarium. — Guérison apparente pendant trois ans à la suite d'une ponction évacuative. — Récidive du kyste. — Laparotomie pendant la menstruation. — Fixation du fond du kyste à l'incision abdominale. — Guérison.

Julie Trouil, âgée de 43 ans, ménagère, est entrée dans mon service de la Pitié le 4 mars 1880.

Orpheline de très bonne heure, son enfance a été malheureuse et très maladive. Elle a eu des adénites strumeuses et des abcès froids. A 5 ans, elle contracta la variole. A 11 ans, elle eut une rétention d'urine pour laquelle on dut la sonder, puis une incontinence d'urine qui dura jusqu'à 17 ans.

L'apparition des règles n'eut lieu qu'à 18 ans. Celles-ci continuèrent ensuite normalement jusqu'au moment où le kyste a débuté.

A 20 ans, grossesse et accouchement à terme. Les suites de couches furent naturelles. L'enfant ne vécut que quinze jours. Depuis cette époque, pas de nouvelle grossesse, pas de fausses couches.

Au mois d'avril 1878, affection aiguë caractérisée par des douleurs abdominales et un écoulement par la vulve d'un liquide brûlant et de gros caillots. Cette affection, qui paraît avoir été une métro-péritonite, fut suivie de sensations douloureuses dans la moitié gauche du ventre, dans les reins et dans la cuisse gauche. L'époque des règles, qui devinrent irrégulières, était le moment où la malade souffrait le plus. En même temps, elle s'aperçut que son ventre augmentait de volume, et bientôt elle constata qu'elle portait une tumeur dans la fosse iliaque gauche.

A son entrée dans mon service, le 4 mars 1880, la tumeur abdominale dépassait le volume d'une grossesse à terme, et remontait un peu plus haut à gauche qu'à droite. Elle était régulièrement arrondie et manifestement fluctuante. Le ventre était mat à son niveau, sonore au-dessus d'elle et dans les flancs. La palpation permettait de mesurer assez facilement sa circonférence. Immédiatement au-dessus du pubis, les doigts plongeaient dans l'excavation pelvienne et pouvaient soulever la tumeur, qui était assez mobile. Le toucher vaginal apprenait que les culs-de-sac étaient libres, que le col utérin était repoussé en arrière, que le corps était indépendant de la masse morbide.

Le résultat de mon examen fut que j'avais affaire à un *kyste uniloculaire de l'ovaire*. La ponction devait compléter ce diagnostic en indiquant la nature du liquide contenu.

La ponction fut faite, le 8 mars, sur la ligne médiane, avec un long trocart mesurant 3 millimètres de diamètre. Je retirai huit litres et demi d'un liquide clair comme de l'eau de roche et qui se troublait à peine par l'acide nitrique.

La nature de ce liquide me fit rectifier le diagnostic dans le sens d'un *kyste du parovarium*.

Une semaine après la ponction, Julie Trouil... quittait la Pitié, en apparence complétement guérie.

Elle y revint, le 10 juin 1880, pour des douleurs de colique néphrétique, lesquelles furent passagères. En examinant le ventre avec attention, on ne trouvait plus trace de son kyste.

Le 5 avril 1881, nouveau retour à l'hôpital pour des métrorrhagies, que j'attribuai aux approches de l'âge critique. Il y avait plus d'un an que le kyste du parovarium avait été ponctionné, et il ne s'était pas reproduit. On pouvait donc croire à une guérison définitive sous l'influence d'une simple ponction.

Sauf une grande irrégularité dans les menstruations, la santé resta bonne jusqu'au milieu de 1884. A cette époque, le ventre devint douloureux et augmenta de volume. Il

est probable que le kyste du parovarium commençait à se reproduire trois ans environ après son évacuation. La malade patienta encore pendant quelques mois ; mais les douleurs du ventre et des reins augmentant, elle revint dans mon service le 10 avril 1885.

La santé générale était assez bonne et l'embonpoint notable. Les règles avaient disparu depuis cinq mois. Il était facile de reconnaître, dans la cavité abdominale, une tumeur mate, fluctuante, grosse comme une tête d'adulte, siégeant du côté droit. Le col de l'utérus était normal, attiré en haut. Les culs-de-sac vaginaux étaient libres.

En me reportant aux antécédents de la malade, il me parut inutile de faire une ponction pour établir le diagnostic de *kyste récidivant du parovarium*. La malade demandait à être débarrassée de cette tumeur par l'ovariotomie. Je consentis à pratiquer cette opération comme étant le seul moyen de la guérir radicalement.

Opération le 25 avril. — Au moment de faire l'incision, nous apercevons un léger écoulement sanguinolent par la vulve. Comme la patiente a 48 ans, et qu'elle n'est plus réglée depuis cinq mois, nous n'admettons pas qu'il s'agisse d'une menstruation, et nous ne trouvons pas qu'il y ait là un motif pour surseoir à l'opération. La suite montra que nous nous étions trompé, et que nous avions réellement affaire à un commencement de règles, inopinément provoquées par l'émotion qu'éprouvait la malade.

La vessie est vidée par le cathétérisme, qui est rendu difficile par la présence d'une valvule uréthrale contre laquelle la sonde vient butter.

L'incision abdominale mesure 10 centimètres environ. La couche adipeuse sous-cutanée est très épaisse.

La paroi du kyste se présente entre les lèvres de la plaie. Il est ponctionné avec un gros trocart, qui donne issue à deux litres d'un liquide jaune verdâtre, non filant.

Le kyste, presque complètement vidé, est attiré au dehors ; mais je m'aperçois bien vite qu'il tient dans la profondeur et manque de pédicule. Je prends alors le parti de lier, avec un fil de soie, en deux portions, puis en masse, la base du kyste, et de fixer cette sorte de pédicule à la partie inférieure de l'incision avec une broche qui traverse à la fois les lèvres de l'incision et la base du pédicule au-dessous de sa ligature.

Après la section du kyste, il reste dans le pédicule une portion de sa paroi qui doit suppurer et qui sera suturée à la paroi abdominale.

Les intestins sont protégés par des éponges, pendant que je place deux sutures profondes en fil d'argent. Puis, ces éponges ayant été retirées, je serre les sutures profondes et je fais sept sutures superficielles, tant pour compléter la réunion de l'incision abdominale que pour fixer le fond du kyste à l'incision cutanée.

Pansement de Lister. Enveloppement du ventre avec une épaisse couche de ouate, maintenue par un bandage légèrement compressif.

L'opération a duré cinquante-cinq minutes, depuis le commencement de l'anesthésie jusqu'à la fin du pansement.

La chloroformisation avait provoqué quelques efforts de vomissement. Pendant la journée de l'opération, il y eut cinq vomissements bilieux, porracés, que nous attribuâmes à l'influence du chloroforme.

Le soir, le pouls est à 90° ; la température à 37°4.

Les suites de l'opération furent simples. Dès le premier jour, les urines furent émises spontanément. L'écoulement sanguin par la vulve, que nous avons signalé au commencement de l'opération, s'accentua dans les jours suivants, devint abondant et dura sept jours. Il ne fut plus possible de douter qu'il s'agissait d'une véritable menstruation. La marche de la cicatrisation n'en fut nullement troublée. La température ne dépassa jamais 38°6 et le pouls 100 pulsations.

Le 28 avril. — Premier pansement. Deux sutures superficielles sont enlevées. La réunion semble parfaite, à l'exception du point où est fixé le pédicule.

Le 30. — Deuxième pansement. La broche du pédicule est retirée.

Le 4 mai. — Troisième pansement. Les deux fils profonds et tous les fils superficiels sont enlevés.

Le pédicule suppure assez abondamment.

Tous les deux ou trois jours, le pansement du pédicule est renouvelé.

©BIU Santé

Le 18. — Les fils de soie, qui avaient servi à lier le pédicule, tombent spontanément. A leur place, il reste une très petite surface bourgeonnante.

Le 30. — La cicatrisation est complète, et la malade commence à se lever.

Le 17 juin. — Julie Trouil... sort guérie. La cicatrice mesure 9 centimètres. Elle ne souffre plus. Son embonpoint est devenu assez considérable. La circonférence de son abdomen mesure 99 centimètres. Le résultat de l'opération est aussi satisfaisant que possible.

Je ne terminerai pas cette communication sans dire qu'avant d'enlever un kyste du parovarium, il faut examiner avec soin l'ovaire correspondant. Cet ovaire peut être malade. Dans le fait que j'ai présenté à la Société de chirurgie (29 avril 1885), il était criblé de petits kystes. Il est alors formellement indiqué de le comprendre dans l'ablation, sous peine de voir un kyste de l'ovaire succéder à un kyste du parovaire. C'est encore là une des raisons qui doit faire préférer l'ovariotomie au traitement par l'injection iodée, traitement qui ne donne aucune sécurité contre le développement consécutif d'un kyste de l'ovaire voisin et qui peut même hâter l'évolution de cette production pathologique dont l'existence était latente.

Association française pour l'avancement des sciences.

QUATORZIÈME SESSION A GRENOBLE.

Séance du 14 août 1885.

M. le professeur Luton (de Reims), continuant ses recherches sur les injections médicamenteuses interstitielles, a émis un certain nombre de propositions sur les injections intra-musculaires de mercure contre la syphilis. Le tissu musculaire offre une voie meilleure à l'absorption du mercure métallique; absorption prouvée par les effets thérapeutiques, par la production possible, mais non constante, de la stomatite mercurielle, contre laquelle M. Luton préconise le soufre en électuaire à la dose d'au moins 5 grammes par jour, enfin, par l'examen direct fait sur l'animal. On voit ainsi que le mercure détermine une sorte de diapédèse des leucocytes, qui apparaît sous forme d'un pus très concret, emprisonnant les globulins de mercure. Le métal, ainsi divisé, est enfin attaqué chimiquement avant d'entrer dans la circulation. Les avantages de cette méthode sont l'efficacité et la préservation des voies digestives; enfin, la faculté d'espacer les opérations à des intervalles susceptibles d'être calculés.

MM. Bourru et Burot (de Rochefort) ont fait, sur deux hystéro-épileptiques, des expériences extrêmement curieuses sur l'action à distance de substances médicamenteuses et toxiques. Chez ces sujets, une action est produite par tout médicament enveloppé dans du papier ou même contenu dans un flacon bouché à l'émeri, présenté à quelques centimètres du corps du sujet, à son insu, à l'état de veille.

On obtient d'abord des actions banales d'agacement ou d'inhibition; puis bientôt se déroule un tableau toujours le même pour la même substance médicamenteuse. Ce tableau comprend des phénomènes psychiques ou hallucinations et des phénomènes somatiques. Ces derniers sont les plus importants. L'iodure de potassium fait éternuer et bâiller; l'opium fait dormir, d'un sommeil lourd, et le réveil est difficile; le chloral donne un sommeil léger. Les alcooliques produisent des actions différentes suivant la provenance de l'alcool : l'éthylique donne une ivresse gaie, l'amylique une ivresse furieuse. L'ipéca fait vomir; la scammonée donne des contractions intestinales; l'eau de laurier-cerise a donné, dans un cas, l'extase religieuse suivie de convulsions thoraciques; l'essence de mirbane, qui a la même odeur que l'eau de laurier-cerise, mais une composition différente, a produit une autre action; la valériane a donné, chez les deux sujets, des phénomènes analogues à ceux qu'elle développe chez les chats; la

cantharide donne du priapisme et de l'ardeur des voies urinaires; le phosphore, du tremblement; la vératrine, de l'enchifrènement, du picotement des narines et des troubles de la vue, etc.

M. le professeur Duplouy, directeur de l'Ecole de santé de Rochefort, qui a assisté à la plupart de ces expériences, vient ajouter son témoignage aux déclarations de M. Burot, et affirmer l'authenticité des faits annoncés. Néanmoins, le nombre des sujets capables de les présenter est bien restreint, car, si j'ai bonne mémoire, on en a trouvé deux seulement dans le service de M. Charcot; et, à l'hospice civil de Grenoble, où M. Burot se proposait de répéter ses expériences, on n'en trouva aucun. Cela n'enlève toutefois aux faits constatés rien de leur intérêt vraiment surprenant.

M. le professeur Gosse (de Genève) présente ensuite de nombreuses photographies destinées à montrer l'importance de ce moyen en médecine légale. On peut ainsi représenter l'attitude, la physionomie des sujets assassinés et suicidés, porter le diagnostic entre les deux classes de sujets, à l'aide des taches, des plaies, des brûlures, etc., et, en outre, renseigner à l'aide de ces indices, longtemps après les constatations, le jury, le ministère public et les avocats, qui souvent sont si difficiles à convaincre.

M. le professeur Poncet (de Lyon) a décrit une affection peu connue de l'humérus, et qui siège dans l'apophyse coronoïde. Cette affection, que M. Poncet propose d'appeler coronoïdite, se manifeste surtout pendant l'adolescence, avant la soudure des épiphyses, sous forme d'ostéite primitive simulant la scapulalgie, ou une ostéite de l extrémité supérieure de l'humérus, parfois même un mal de Pott cervical, en raison des conditions douloureuses de toute cette région. On peut porter le diagnostic d'après le siège de la douleur à la pression, et le trajet du pus, qui suit les gaînes du coraco-brachial et de la courte portion du biceps. Le traitement consiste dans la résection de l'apophyse. Mais, dans les affections tuberculeuses, il ne faut pas chercher la réunion par première intention, afin de pouvoir, le cas échéant, traiter la récidive par la cautérisation au fer rouge, le raclage, etc.

M. Spillmann (de Nancy), communique des cas très curieux de fièvre, avec éruption pemphigoïde, dont les bulles renferment des microbes, terminée par la mort, et propose de réunir les cas de ce genre et d'en faire une entité morbide qu'on pourrait désigner sous le nom de fièvre exanthématique bulleuse.

M. J. Teissier (de Lyon), attire l'attention sur certaines formes d'albuminurie transitoire, dénommée par Pavy, à la session récente de la *British medical Association*, albuminurie cyclique intermittente. Ce type clinique existe réellement, et M. Teissier en a rencontré des exemples ; l'albuminurie dure plusieurs mois, plusieurs années, apparaissant et disparaissant alternativement sans cause connue, sans éléments figurés dans l'urine, et sans que l'on constate les phénomènes ordinaires de la néphrite.

Cette question a une certaine importance au point de vue des conseils qu'on peut demander au médecin sur l'avenir de la maladie et sur celui des malades, par exemple lorsqu'il s'agit de mariage ou d'assurance sur la vie. D'après les cas connus, M. Teissier est porté à croire que ces néphritiques, malgré la bénignité apparente de leur maladie, sont des goutteux en herbe et qu'ils peuvent, à un moment donné, présenter les conditions les plus graves de la néphrite.

M. Potain arrive aux mêmes conclusions en s'appuyant sur les faits analogues qu'il a observés, bien qu'il ne les ait pas suivis aussi longtemps que M. Teissier. On peut supposer avec juste raison que ces faits sont du genre de ceux qui s'aggravent sous l'influence d'irritations répétées, et qu'à force de se manifester la lésion rénale caractéristique de l'albuminurie, si bénigne qu'elle soit la première fois, peut arriver à la néphrite la plus grave. De même qu'on ne peut pas dire, lors d'une première attaque de goutte, si elle sera la dernière, ou le premier terme d'une série qui aboutira à la mort; de même dans ces néphrites transitoires, à répétition, on ne peut dire que l'issue en sera bénigne, mais on peut au contraire supposer qu'au bout d'un certain nombre de répéti-

©BIU Santé

tions, elle prendra un caractère de gravité qu'elle n'avait pas au début. Les réserves de M. Teissier sont donc pleinement justifiées.

MM. Henrot, Hayem et Lépine sont portés à voir dans ces cas une analogie assez grande avec l'hémoglobinurie, mais M. Teissier, tout en reconnaissant que certains points réunissent les deux affections, trouve que l'analogie serait un peu forcée.

Signalons encore, à la fin de la séance du matin, une note de M. Duzéa, interne de M. Poncet, sur les troubles trophiques qui peuvent survenir du côté des os dans les cas d'angiome superficiel, troubles consistant surtout dans une augmentation en longueur et en épaisseur des os des membres sous-jacents, et que M. Henrot rattache à une lésion du grand sympathique.

M. Drouineau (de la Rochelle) ouvre la séance du soir par la communication de deux observations de rétention d'urine avec fausses routes dans lesquelles le cathétérisme est devenue praticable après la ponction capillaire aspiratrice. Il conclut de ce fait et de ceux déjà existants, en faveur de cette dernière opération, innocente et sans dangers, et pense que dans les cas difficiles que rencontre le praticien, quand le cathétérisme paraît impraticable ou que les instruments sont insuffisants, il faut sans hésitation pratiquer la ponction aspiratrice d'abord, et le cathétérisme ensuite. Il estime qu'ainsi les fausses routes se produiront moins souvent.

M. Albert Hénocque expose ensuite une nouvelle méthode de spectroscopie du sang, à l'aide d'appareils spéciaux, mais très simples, dont la démonstration a été des plus intéressantes. Les procédés, au nombre de cinq, permettent d'apprécier rapidement la production de la réduction de l'oxyhémoglobine, la durée de ce phénomène, et la quantité de cette substance. On peut aussi photographier le sang, et enregistrer par conséquent les résultats obtenus.

M. Ferry de la Bellone fait observer que dans la spectroscopie du sang, indiquée seulement au point de vue médico-légal par M. Hénocque, il faut du sang jeune, et que dans les expertises du sang, il faut toujours chercher et obtenir les cristaux d'hématine, réaction très caractéristique même avec de petites quantités.

M. le professeur Hayem a étudié la question à un autre point de vue, celui de l'examen du sérum du sang. Il décrit le procédé qui lui permet d'obtenir, sans faire de saignée, une quantité suffisante de sérum pour étudier la réaction et les variations de coloration de ce liquide. Le sérum normal est toujours alcalin ; il ne devient neutre en acide que dans le choléra.

A l'état physiologique, le sérum est d'une couleur verdâtre assez variable, qui paraît due à la présence d'une certaine quantité de biliverdine. Dans les maladies, le sérum peut être plus pâle, comme dans les anémies, et surtout la chlorose, ou, au contraire, plus foncé comme dans l'ictère. Entre la coloration la plus pâle et la plus foncée, on observe un grand nombre d'intermédiaires, mais toutes ces variations de coloration paraissent dues aux fluctuations dans la proportion de biliverdine contenue dans le sérum. Celui-ci peut encore être altéré par la présence d'une certaine quantité d'hémoglobine, lui donnant l'apparence connue sous le nom de sérum laqué. Cette particularité s'observe dans l'hémoglobinurie et dans les maladies infectieuses : variole, fièvre typhoïde, certaines formes de pneumonie.

M. Apostoli lit un travail, rédigé en collaboration avec M. Doléris, sur un nouveau traitement électrique de l'hématocèle péri-utérine par la galvano-puncture négative. Ce mode de traitement amène, d'après les auteurs, une guérison rapide et diminue la gravité ordinaire du pronostic de l'affection. Il agit de deux manières : l'une, *chirurgicale*, en fistulant plus ou moins largement, suivant la volonté de l'opérateur, des exsudats solides, des néoplasmes, des parois kystiques, etc., et en leur ouvrant une voie d'élimination variable, durable et localisable; la seconde, *médicale*, consiste à créer un processus intime de désintégration suivi d'une régression rapide et manifeste.

M. le docteur Leudet (de Rouen) produit des faits très curieux de tuberculose mam-

maire chez des hommes atteints depuis plus ou moins longtemps de tuberculose pulmonaire.

On connaît bien la variété dans laquelle la glande mammaire peut être le siège de tubercules, qui surviennent soit d'emblée, soit à la suite du développement de la tuberculose dans d'autres organes. Dans cette variété, bien étudiée par Dubar, Le Dentu, etc., les tubercules se manifestent dans la glande par indurations isolées ou conglomérées. Les uns, et c'est le plus grand nombre, suppurent; les autres se terminent par induration. L'affection est précédée ou accompagnée d'engorgement des ganglions lymphatiques voisins.

Trois observations, prises chez des hommes atteints de tuberculose pulmonaire, ont permis d'étudier une autre forme de lésions du sein dans la tuberculose. L'affection existait, dans tous les cas, du côté de la lésion maximum du poumon; souvent même la tuméfaction mammaire coïncidait avec une poussée pleurétique nouvelle. L'apparition de l'hypertrophie mammaire était précédée et accompagnée de douleurs vives dans la paroi thoracique, et quelquefois même d'un travail ulcéreux de la plèvre. L'affection du sein se manifestait d'emblée par une augmentation de volume de toute la glande avec induration partielle; elle pouvait atteindre successivement les deux glandes mammaires. L'hypertrophie ne provoquait ni rougeur de la peau, ni inflammation du tissu cellulaire voisin, ni engorgement des ganglions lymphatiques. Elle pouvait persister plusieurs mois et rétrograder. La douleur diminuait alors et le volume du sein aussi. Ce genre de lésion appartient plutôt à une irritation de voisinage qu'à une tuberculose.

Une petite épidémie de choléra s'est manifestée l'an dernier d'une manière tout à fait insolite à Tournon.

Voici comment M. le docteur Dagrève explique son apparition :

Une épidémie avait éclaté quinze jours auparavant dans un autre quartier de la ville, dont les émigrants étaient venus dans un autre, alimenté par une seule source d'eau agréable; il est probable que cette eau a été souillée par les déjections de cholériques, et qu'elle a ensuite propagé l'affection. Pareil fait s'est produit en 1854. Le même quartier avait eu seul des cas de choléra asiatique en 1854; ces cas avaient été importés, comme en 1884, par des émigrants.

M. Nepveu, chef du laboratoire chirurgical de la Pitié, démontre qu'à côté de la perforation des grosses veines par les masses néoplasiques, il faut admettre celle des petites veinules et même une véritable prolifération épithéliomateuse de l'épithélium vasculaire à distance du cancer primitif, ce que l'auteur cherche à prouver à l'aide de préparations microscopiques représentées par des dessins extrêmement bien faits.

Autre point. Le rôle des lymphatiques, dans les néoplasmes, est peu connu. Leur présence, et même leur développement exagéré, est cependant bien démontré dans un grand nombre de tumeurs.

Dans les lipomes les plus volumineux, M. Nepveu a trouvé d'énormes lymphatiques; en a aussi observé dans les myomes utérins, comme Ranvier, dans les myxosarcomes, dans les sarcomes, les fibromes. Dans les tumeurs du sein, il a observé la prolifération épithéliale propre des lymphatiques. On peut donc admettre, comme M. Nepveu, que la généralisation se fait par prolifération néoplasique, par prolifération épithéliale de la paroi, et par embolie.

Mentionnons enfin un très long mémoire sur la méthode des inhalations gazeuses instituée, à Allevard, par M. Niepce père, ancien médecin inspecteur, et qui résume une longue pratique de cet honorable confrère.

L.-H. Petit.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON PENDANT LE QUATRIÈME TRIMESTRE DE 1884.

L'emploi de l'apomorphine dans le traitement des névroses a parfois donné des résul-

©BIU Santé

tats heureux. Il en a été ainsi dans ce cas *d'hystéro-épilepsie*, dont M. Laurencin, interne des hôpitaux de Lyon, entretenait la Société des sciences médicales de cette ville. Son administration modifiait la durée et atténuait la violence des crises. Enfin, la malade, qui était hypnotisable, ne le fut plus sous son influence. Cette observation est intéressante à coup sûr, mais n'autorise pas cependant à conclure à l'efficacité réelle de l'apomorphine contre l'hystéro-épilepsie, maladie où les surprises thérapeutiques sont loin d'être exceptionnelles.

C'était un cas de *déviation du rhythme cardiaque avec pouls lent et crises épileptiformes syncopales*, dont M. Guinand (de Rive-de-Gier), a fait donner le récit par M. Icard, dans une communication où il compare cet état morbide aux rares observations classiques de pouls lent. Chez ce malade, les pulsations étaient de 40 ; et, au moment des crises, s'interrompaient. A ce moment se produisirent des convulsions épileptiformes dues vraisemblablement à l'anémie des centres nerveux. Au reste, le ralentissement du pouls s'accompagnait de troubles du cœur, en forme d'un rhythme couplé d'abord, et d'un rhythme tricouplé plus tard :

Dans le domaine de la dermatologie, M. Montagnon a présenté deux malades atteintes, l'une, de *lichen ruber*, l'autre, de *prurigo généralisé*. Dans celui de la matière médicale et de la thérapeutique ophthalmologique, la *cocaïne*, a été l'objet des recherches cliniques de M. Grand-Clément. Celles-ci affirment les résultats favorables obtenus par les divers observateurs.

En médecine expérimentale, les cours de M. Arloing, sur *l'inoculation de la tuberculose et de la scrofule de l'homme au lapin et au cobaye*, ont également le mérite de l'actualité. Bien qu'incomplètes, elles légitiment les distinctions établies entre la scrofule et la tuberculose. Elles permettraient donc de fixer expérimentalement le diagnostic différentiel de l'une et de l'autre.

Parmi ces travaux de chirurgie des os et des articulations, qui sont toujours en grand honneur à Lyon, le plus important a été le mémoire de M. Tripier : sur *l'utilité de l'intervention hâtive dans les tumeurs blanches du genou d'origine osseuse*. Ce chirurgien s'efforce de prouver, par des faits cliniques, l'utilité d'intervenir chirurgicalement dans le traitement des tumeurs blanches dès qu'on trouvera un point douloureux ou ramolli. De plus, on le sait d'ailleurs, M. Tripier adopte le procédé du raclage et de l'évidement, de préférence à la méthode des résections. Celles-ci, dit-il, n'offrent pas de garantie, font courir des dangers aux malades et donnent des résultats mauvais chez les enfants, médiocres chez les adolescents, et seulement passables dans l'âge adulte. C'est mener sévèrement le procès contre la résection.

Enfin, dans la même séance, ce même observateur discutait sur *les modifications apportées dans la construction des appareils à sutures métalliques pour le membre inférieur*. Après la médecine, la thérapeutique et la chirurgie, l'orthopédie a donc place dans les débats de la savante Société de Lyon ; ainsi que toutes les branches de l'art de guérir y sont en faveur. — C. L. D.

VARIÉTÉS

L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DE MUNICH

Par le docteur Z. L. S.

L'étude que nous avons faite sur l'enseignement médical à Vienne (1), nous permettra d'être bref sur l'organisation de la Faculté et des hôpitaux de Munich. Nous avons suivi, d'une façon particulière, surtout à la fin du semestre d'hiver, les leçons des professeurs de clinique chirurgicale de *Nussbaum*, de clinique médicale de *Ziemssen*, de clinique obstétricale de *Winckel*.

Rien de bien original dans l'architecture de l'Hôpital général, très vaste, et possédant plusieurs étages occupés par des malades. Au premier et au deuxième étage est un couloir, circonscrivant un bâtiment rectangulaire, donnant accès à droite et à gauche

(1) Voir les numéros de l'*Union médicale* des 13, 23 juillet et 2 août 1885.

dans les salles des malades, dans les amphithéâtres de cours et de cliniques, dans les laboratoires de clinique médicale, etc.

Une bibliothèque, pourvue de livres classiques et de nombreux journaux allemands et étrangers, est ouverte, non à tous les étudiants, mais seulement à ceux qui désirent faire des travaux particuliers, tels que thèses et mémoires. Les salles des malades, fréquemment blanchies à la chaux, sont d'une propreté remarquable; la même observation est applicable aux escaliers garnis de tapis, aux couloirs, aux latrines. Les amphithéâtres des cliniques sont moins grands et peut-être moins bien éclairés que ceux de Vienne.

L'enseignement clinique est organisé comme dans cette ville. L'étudiant ne fréquente les salles des malades que pour y prendre des observations ou assister à quelques répétitions particulières; mais, pendant la matinée, à partir de huit heures du matin et dans l'après-midi, c'est une série interminable de leçons cliniques à l'amphithéâtre, à l'ambulatorium (consultation) de la polyclinique. Certains jours, l'étudiant dispose à peine d'un quart d'heure pour déjeuner. Les cours et conférences, se succédant d'heure en heure et ayant lieu dans des locaux différents, Krankenhaus, Frauenklinik, Polyklinik, ne commencent jamais qu'après le quart d'heure académique.

Clinique chirurgicale du professeur Nussbaum. — Le célèbre generalarzt, qui a eu deux fois la jambe cassée, fait sa visite dans les salles porté sur un chariot.

Il marche, en effet, très difficilement et s'appuie sur son chef de clinique quand il veut faire quelques pas. Cette infirmité n'a rien enlevé à l'énergie de son attitude, à l'intelligence de son regard, et il en impose à tous, sans distinction de nationalité, quand, d'une voix haute et claire, et dans un langage parsemé de mots français, tels que : *drain*, *drainage*, *ponction*, *contre-ponction*, et de locutions françaises : *c'est ça! c'est ça!* il décrit les symptômes physiques de la lésion du malade couché sur le brancard, et accompagne sa parole d'une mimique des bras et de la main qui donne une clarté merveilleuse à ses démonstrations.

Il opère vite et avec un grand calme : à peine si, à la fin de l'opération, son visage trahit la fatigue causée par la position debout.

Dans le service du professeur Nussbaum, on a, pour la méthode antiseptique, un culte, peut-être moins farouche, mais à coup sûr aussi ardent qu'à Vienne.

Signalons quelques-unes des opérations auxquelles nous avons assisté.

Un homme d'une trentaine d'années porte une *fracture du tibia mal consolidée*. Dans le but d'obtenir la formation d'une couche périostique, en provoquant une inflammation traumatique, le professeur enfonce dans l'os intéressé, au niveau de la face interne, des clous quadrangulaires, en acier, affectant la forme d'un tronc de cône allongé, de 4 centimètres de longueur environ, coudé à angle droit à son extrémité supérieure élargie, préalablement trempés dans l'eau phéniquée.

Après avoir enfoncé à petits coups de maillet le clou jusqu'à la tête, le professeur recouvre celle-ci d'un petit carré de gaze iodoformée, et le tout d'une grande quantité de ouate soutenue par une pression méthodique.

Une opération de *greffe épidermique* nous a vivement intéressé par la rapidité de l'exécution et la rigueur antiseptique qui y a présidé. Il s'agit d'une immense plaie chez une femme de 40 ans, consécutive à l'amputation du sein gauche, envahie par un carcinome. Sur la partie antéro-externe du bras droit de la patiente, le professeur taille un lambeau de 3 millimètres de largeur et de 10 centimètres environ de longueur, en ayant soin que la face inférieure en soit bien cruentée. Le lambeau est divisé en fragments très tenus, de forme triangulaire, mesurant environ 3 millimètres de côté. Une dizaine environ de ces fragments sont appliqués successivement sur la plaie thoracique et recouverts d'un petit carré de *protective*. Une couche énorme d'ouate est appliqué sur le tout et solidement maintenue par plusieurs tours de bande. Tous les instruments avaient été plongés dans un bassin d'eau phéniquée avant et pendant l'opération.

Le chef de clinique assiste à l'opération, mais généralement n'y prend pas part. Il tient la liste des élèves qu'il appelle successivement auprès du malade pour y subir les interrogations du professeur sur le diagnostic et les indications thérapeutiques. Ordinairement, on désigne un étudiant par malade.

©BIU Santé

Clinique médicale du professeur Ziemssen. — Le professeur de clinique médicale nous a charmé par sa grande urbanité, son accueil franc et loyal. Son large front, ses cheveux blancs redressés en arrière, ses yeux clairs, pétillants de fine intelligence appellent et fixent l'attention.

Les malades, atteints de lésions chroniques ou aiguës, sont amenés à l'amphithéâtre de clinique sur des chariots surmontés de brancards, circulant de la salle des malades à l'amphithéâtre de clinique avec une merveilleuse rapidité. Comme dans les hôpitaux de Vienne et à la clinique chirurgicale, un étudiant est appelé auprès du professeur pour lire l'observation du malade ou procéder à son examen.

On ne se contente pas, comme on fait généralement en France, de présenter à la clinique des hommes souffrant d'affections dont le diagnostic s'étaie sur la considération des symptômes extérieurs, très facilement perceptibles à l'œil nu, par exemple ceux atteints de lésions nerveuses, révélées à distance par la physionomie, la démarche, les atrophies uni ou bi-latérales, etc. Sur les brancards défilent toutes les espèces de malades, depuis le vieillard atteint de ramollissement cérébral jusqu'à la jeune fille en proie à une tuberculose suraiguë. Interrogation méthodique du malade, analyse détaillée avec des instruments très délicats des symptômes physiques de la lésion, étude macroscopique et microscopique des diverses sécrétions et excrétions de l'organisme, confiée généralement au chef de clinique, qui procède séance tenante aux opérations banales, analyse d'urine, etc.

Tout se passe devant les yeux des spectateurs. L'examen du malade est complété par l'exibition d'épreuves photographiques très soignées. Ainsi, dans une des leçons du mois de février, nous avons particulièrement remarqué une série de planches représentant, à côté de lésions cérébrales correspondantes, des paralysies complètes ou incomplètes de la face, consécutives à des altérations intéressant les nerfs crâniens sur divers points de leurs parcours.

Après l'examen du malade, des symptômes objectifs et subjectifs propres à son affection, le professeur entre dans des considérations de diagnostic différentiel et passe en revue les indications thérapeutiques avec une netteté et un enchaînement d'idées des plus méthodiques. Sa parole est haute et claire, mais rapide. Pour un débutant dans la pratique de la conversation allemande, le professeur de Nussbaum est beaucoup plus intelligible. Aussi est-il préférable de suivre d'abord les cours de ce dernier.

Nous est-il permis de formuler une critique d'un caractère extra-scientifique? Il nous semble que le système d'examen décrit plus haut présente un grave inconvénient, quand il s'agit de fébricitants atteints de lésions aiguës des voies aériennes sur lesquelles le changement de température, résultant du passage brusque de la salle des malades dans l'amphithéâtre, ainsi que les fatigues d'un examen prolongé, peuvent exercer une influence des plus défavorables.

Clinique obstétricale du professeur Winckel. — L'enseignement de l'obstétrique et des sciences adjuvantes comprenait, pendant le semestre d'hiver, trois sortes de leçons :

1° Le cours *Vorlesùng,* sur les *maladies de femmes*, quatre fois par semaine, de dix heures à onze heures.

2° Immédiatement après, de onze heures à midi, la *clinique gynécologique.*

3° Dans l'après-midi, de cinq heures à six heures, le cours d'*opérations d'accouchements.*

Tous ces cours ont lieu dans l'*Universitæts-Frauenklinik.*

Le professeur, de haute taille, large d'épaules, plein de vigueur et jeune encore, accorde l'accès gratuit de son cours *Vorlesùng* aux auditeurs extraordinaires, mais leur ferme l'accès des deux autres.

Voici comment il procède : Il fait son cours dans un amphithéâtre, très vaste, très largement éclairé, sur le parterre duquel sont placés plusieurs lits-fauteuils très bien disposés pour l'examen des organes abdominaux et génito-urinaires de la femme. Des bocaux renfermant diverses substances antiseptiques, telles que des solutions d'acide phénique, sont distribués sur une ou deux étagères, placées immédiatement au-dessus d'un lavabo en marbre composé d'une série de cuvettes. C'est là que, avant comme

© Santé

après l'examen, et surtout le toucher de la femme, le professeur et l'étudiant viennent se livrer aux soins de propreté les plus minutieux ; une surveillante, très intelligente et connaissant très bien son service, verse dans chaque cuvette la quantité de désinfectants jugée nécessaire, et veille avec une attention jalouse à l'observation des préceptes de *Lister*.

La leçon est à la fois théorique et pratique. Le professeur commence à faire son cours, dont l'objet n'est pas toujours en rapport étroit avec les exercices pratiques qui commencent en même temps. En effet, trois ou quatre malades sont apportées dans les lits de la salle. Le professeur désigne un nombre correspondant d'étudiants chargés chacun de l'examen d'une seule femme, en état de grossesse réelle ou apparente, et, au bout de vingt minutes environ, ils sont interrogés, non pas à très haute voix, mais, pour ainsi dire, en tête à tête, de façon à ne pas transformer leur consultation en épreuve publique et à ménager, autant que possible, la pudeur de la femme.

La *clinique gynécologique* n'est que la répétition des exercices précédents, multipliés par la circulation d'un plus grand nombre de femmes grosses ou malades, défilant sur les lits-fauteuils, plus nombreux que pendant le cours, et dont le diagnostic doit être formulé à la suite d'un examen des plus sommaires; une cinquantaine de femmes sont vues dans l'espace d'une heure environ. Souvent, deux étudiants se réunissent pour examiner la même malade. La somme payée pour la fréquentation de ces travaux, qui ont lieu sous les yeux même et avec la collaboration active du professeur, est 40 francs environ.

Le cours d'opérations d'accouchements est semblable à ceux que nous avons vus à Vienne. Deux ou trois mannequins sont utilisés simultanément. Le professeur met un fœtus naturel dans diverses positions et présentations.

Nous regrettons de ne pouvoir entrer dans des détails analogues sur les autres cours qui ont lieu à l'Hôpital général, à la polyclinique; enfin, dans quelques établissements particuliers, tel que le *Reisingerianum*, etc. Il nous suffira de dire que tous ces cours sont complétés par des démonstrations pratiques qui comprennent toutes les spécialités dont l'enseignement est devenu classique. Quant aux consultations qui ont lieu, à différentes heures de la journée, à la polyclinique ou ailleurs, elles ont la même physionomie et le même caractère qu'à Vienne.

Aussi nous contenterons-nous d'énumérer les cours qui ont lieu pendant le semestre d'hiver. Quinze *professeurs* enseignent l'anatomie descriptive de l'homme, l'histologie, la physiologie, la pathologie générale, la clinique médicale, la clinique chirurgicale, l'obstétrique, la clinique psychiâtrique, l'ophthalmologie, la pharmacie, l'hygiène, l'ophthalmologie.

Huit *professeurs extraordinaires* enseignent la clinique médicale, la polyclinique chirurgicale, la polyclinique des maladies des enfants, la polyclinique gynécologique, la clinique et les opérations pour les maladies de la gorge, du nez, etc., la thérapeutique avec expériences, la posologie et exercices pratiques, la médecine légale, la physique médicale.

Vingt-quatre *répétiteurs privés* (*privatdozenten*) passent en revue tous les chapitres de la médecine théorique et pratique.

Contrairement à ce qui se passe dans les Facultés de médecine de France, où les professeurs n'enseignent guère que pendant un semestre, à Munich on n'observe pas, pendant le semestre d'été, de changement considérable ni dans la liste des maîtres, ni dans le programme des matières qui généralement font suite à celles étudiées auparavant.

Il n'est pas sans intérêt de dire un mot de la tenue des étudiants et de leur assiduité aux différents cours et exercices pratiques. Un coup d'œil, même superficiel, sur les gradins de l'amphithéâtre, permet de juger de la prédilection qu'ils ont pour le duel avec instruments tranchants et révèle leur genre de vie en dehors de la Faculté, semée d'aventures fécondes en dénouements tragiques. On a beaucoup de peine à rencontrer une tête vierge de cicatrices, mais il est facile d'en trouver qui sont littéralement criblées d'incisions rectilignes, curvilignes, sur tous les points de la face, jusque derrière les oreilles. Sauf ce détail, l'étudiant allemand n'a rien, dans le physique, qui le dis-

tingue essentiellement de l'étudiant français. A quelques exceptions près, il ne prête qu'une attention modérée aux cours du professeur. Rares sont ceux qui prennent des notes, au cours même, dans les leçons magistrales. Il est certain, au reste, que le système d'interrogations, dans l'enceinte de l'amphithéâtre, de l'étudiant appelé individuellement auprès du malade, tend à laisser les paresseux indifférents à ce qui se passe sous leurs yeux. Nous avons, du reste, remarqué que l'étudiant, ainsi désigné par le professeur, ne répondait pas toujours à l'appel de son nom et que les absences étaient fréquentes.

Il nous resterait à esquisser le programme des matières des examens, le prix des études, etc. Sauf quelques leçons publiques, l'enseignement est payé pour chaque cours particulier; il en est de même des examens qui sont subis à peu près dans les mêmes conditions qu'à Vienne.

Cette revue, si rapide et superficielle qu'elle soit, de l'organisation des cliniques de Munich, suffit pour en saisir la vraie physionomie. Les détails dans lesquels nous sommes entrés prouvent surabondamment que nous sommes loin de ne pas en reconnaître la valeur qui découle du caractère essentiellement pratique des démonstrations.

Nous croyons toutefois qu'on peut lui reprocher de sacrifier quelque peu la fréquentation de la salle des malades à celle de l'amphithéâtre des cliniques.

En terminant notre étude sur Vienne, nous avons fait ressortir les inconvénients de ce système d'étude. Nous ne croyons pas non plus que l'idéal soit réalisé dans les hôpitaux de Paris et dans les autres Facultés de France, où la visite au lit du malade constitue un des modes principaux de l'instruction clinique. Ces promenades de phalanges d'étudiants dans les salles de malades ne profitent pas, autant qu'on le croirait au premier abord, à l'étudiant ou au malade. Il faudrait que les groupes d'étudiants fussent réduits à une proportion moins grande.

C'est là un problème fort complexe, dont la solution comporte la considération d'éléments d'ordre fort divers : l'intérêt du malade, dont la plaie, comme les poumons, a besoin de respirer *un bon air* et d'être garantie le plus possible de tous les contacts suspects; d'autre part, l'intérêt de l'étudiant qui, en outre de la connaissance du code médical résultant d'observations et d'expérimentations de tous les siècles, a besoin, en quelque sorte, de se pénétrer de l'atmosphère du malade et des malades réunis en groupes. Réduire à un nombre moindre les élèves qui fréquentent les salles des malades, exiger d'eux l'observation des règles antiseptiques les plus rigoureuses : port d'habits fréquemment désinfectés, soins extrêmes de propreté corporelle, tels sont les moyens qui nous paraissent les plus propres à concilier les droits des uns avec les légitimes aspirations des autres.

COURRIER

Faculté de médecine de Nancy. — Par arrêté du 8 août 1885, M. le ministre de l'instruction publique a déclaré vacante, à la Faculté de médecine de Nancy, la chaire de chimie médicale et de toxicologie, et a décidé qu'il y avait lieu de pourvoir à la nomination du professeur titulaire.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication de cet arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

MM. les candidats sont invités à faire parvenir, soit à M. le recteur, soit à M. le doyen de la Faculté de médecine, dans un délai qui ne doit pas dépasser le 5 septembre 1885, leur demande avec les pièces suivantes :

1° Leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur en médecine.

Ils auront soin de faire connaître, en outre, leurs services dans l'enseignement, les travaux qu'ils ont publiés et leurs titres antérieurs de toute nature.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Maurice Notta : L'opération de Battey. — II. Association française pour l'avancement des sciences. — III. Correspondance. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — V. Courrier.

L'opération de Battey.

D'origine récente, cette opération, pratiquée d'une façon courante à l'étranger depuis une dizaine d'années, n'a guère pris droit de domicile dans la chirurgie française que depuis quelques mois ou tout au plus quelques années. Si l'on s'étonne de la réserve, qu'on pourrait presque taxer de timidité, avec laquelle les chirurgiens l'ont accueillie en France, il faut en accuser moins la valeur de la méthode que la témérité de premiers opérateurs, dont le zèle, souvent compromettant, déconsidérait d'avance tout essai d'imitation. Dans son excellente thèse inaugurale (1), notre ami le docteur Tissier a nettement établi les indications et les contre-indications de cette opération, dont l'utilité paraît aujourd'hui bien démontrée *dans le traitement des fibro-myomes utérins, et des ménorrhagies incoercibles*. Depuis la remarquable communication de M. le professeur Duplay à l'Académie (2), et dans les discussions soulevées récemment à la Société de chirurgie par les intéressantes observations de MM. Terrillon et Terrier (3), la plupart des chirurgiens, convaincus par les faits et soucieux de ne pas se laisser devancer dans la voie du progrès, se sont entièrement ralliés au principe de l'opération.

Ce retour à la faveur, préparé par les nombreuses communications entendues aux Congrès de Londres et de Copenhague, par la thèse de Nordan (1882), par les débats de la Société de chirurgie (5 mars 1884), vient d'être pour ainsi dire définitivement consacré par la manière dont la question a été présentée et traitée par M. Tissier, qui a très bien réussi à montrer le fond d'avantages et de vérité, qui existait derrière les entraînements irréfléchis de la première heure. Aussi ferons-nous de larges emprunts à son important mémoire, certain d'avance que le lecteur ne s'en plaindra pas : la façon brillante avec laquelle M. Tissier a su développer les idées si justes de M. le profeseur Duplay, le promoteur de la méthode en France, l'étendue de ses recherches personnelles, et les éloges si mérités qu'il a reçus sont pour nous les plus sûrs garants.

I

L'opération de Battey peut être définie la castration de la femme, c'est-à-dire l'*ablation des deux ovaires sains ou peu altérés, faite dans un but thérapeutique déterminé*.

Malgré la diversité des affections pour lesquelles on a pratiqué cette opération, nous aurons *exclusivement* en vue, dans cet article, le traitement des fibromes et des fibro-myomes utérins, et des ménorrhagies incoercibles. Envisagée à ce point de vue, l'opération de Battey n'est réalisée que par l'ablation des deux ovaires, comme cela ressort de sa définition même. Autrement, ce n'est plus la castration, et l'on s'étonne de voir des chirur-

(1) *De la castration de la femme en chirurgie*, th. de Paris, 8

(2) Séance du 2 juin 1885.

(3) Séances du 13 et 15 juillet 1885.

©BIU Santé

giens s'être bornés à une opération unilatérale dans des cas de métrorrhagies incoercibles. A moins d'absence congénitale de l'un des ovaires (cas de Werner), l'opération unilatérale est ou une opération incomplète due à l'impossibilité de trouver l'un des ovaires, ou une opération complémentaire, comme dans le cas de M. Terrier; ce n'est plus l'opération de Battey. C'est une sorte de castration secondaire, justifiable dans certains cas, mais dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

D'autre part, l'ablation des ovaires cancéreux, abcédés, dégénérés d'une façon quelconque, et même kystiques, n'est pas l'opération de Battey. Il est vrai que la plupart des ovaires, dits sains, présentent des altérations de dégénérescence kystique; mais, bien que le degré d'altération en deçà duquel il y aura castration, et au delà duquel il y aura ablation de tumeur ovarienne, ne soit pas nettement défini, il suffit d'un simple examen de bonne foi pour trancher la difficulté plus subtile que réelle. Si les limites peuvent être parfois assez difficiles à établir, le plus souvent, au contraire, elles sont tellement tranchées qu'elles justifient pleinement cette distinction, bien que plusieurs chirurgiens, Lawson Tait, Lusk, Hunter, Byrne, Mary, Lee, etc., ne l'admettent pas, englobant à tort, selon nous, sous le même nom, des opérations absolument différentes au moins comme but thérapeutique.

Ainsi définie, l'opération de Battey est caractérisée par deux traits : bilatéralité de l'opération, intégrité des ovaires. Ils en sont la condition *sine quâ non*, et découlent du principe même sur lequel elle repose : l'influence de l'ovaire sur la menstruation. Car, malgré les critiques dont la théorie de Négrier a été l'objet dans ces derniers temps (Beigel, Jackson, Simpson, de Sinéty), la relation directe entre le fonctionnement de l'ovaire et la menstruation est encore admise par la plupart des physiologistes. D'autre part, l'observation clinique a démontré que, chez les femmes atteintes de fibro-myomes de l'utérus, on voit presque toujours, à l'époque de la ménopause normale, non seulement les pertes s'arrêter, mais encore la tumeur fibromateuse diminuer de volume, se transformer, et souvent même tendre à disparaître. Les fibromes, que l'on trouve presque toujours à l'autopsie des vieilles femmes sous forme de noyaux nombreux et plus ou moins volumineux, se sont atrophiés en même temps que l'utérus, et, cliniquement latents, sont demeurés au milieu des tissus à l'état de corps inertes, *caput mortuum*, incapables de nuire. Ils ne sont l'apanage de la vieillesse, comme le croyait Cruveilhier, que parce qu'ils sont celui de la jeunesse. Si donc on provoque une ménopause anticipée, si l'on fait cesser l'activité génitale en supprimant les fonctions des ovaires, on produira l'arrêt des hémorrhagies, et la rétrocession des fibro-myomes utérins. La vie génitale prend fin avec la ménopause normale; pourquoi n'en serait-il pas de même avec la ménopause artificielle?

Ces vues théoriques ont été confirmées par la pratique de la façon la plus éclatante; les deux observations de M. le professeur Duplay (1) et les tableaux statistiques de M. Tissier en font foi. Sur les 171 cas de castration réunis par ce dernier et pratiqués chez des femmes atteintes de fibro-myomes utérins, on ne compte que 25 morts, ce qui fait une mortalité de 14,16 p. 100, chiffre inférieur à celui de la plupart des grandes opérations chirurgicales acceptées sans conteste (thyroïdectomie, extirpation de rec-

(1) V. Th. Tissier, p. 53 et suiv.

tums ou d'utérus cancéreux, etc.), et sur les 145 autres cas, on a atteint 135 fois le but que l'on poursuivait : la cessation des métrorrhagies et l'établissement d'une ménopause anticipée.

II

Ces quelques points bien établis, il résulte du principe même de l'opération de Battey que toutes les menstruations vicieuses, et en première ligne les métrorrhagies incoercibles, peuvent, *sous de certaines conditions*, en être justiciables. Toutes les fois en un mot que l'opportunité de provoquer la ménopause anticipée est discutable, à plus forte raison lorsqu'elle s'impose, on est en présence de la première et la plus importante des indications.

Or n'est-ce pas dans le traitement des fibro-myomes hémorrhagiques que l'opération de Battey trouve sa principale, peut-être sa seule indication ? C'est ce que nous allons examiner, en montrant d'abord que les métrorrhagies ou ménorrhagies incoercibles, passibles de l'opération de Battey, sont en réalité toujours symptomatiques des fibromes ou des fibro-myomes utérins, ou l'hypertrophie totale de l'utérus, de cette affection spéciale, relativement rare, sur laquelle M. Charles Labbé a publié récemment une excellente étude d'ensemble (1).

Les métrorrhagies, en effet, quand elles ne dépendent pas d'un cancer de l'utérus, sont ou des métrorrhagies névropathiques, ou des métrorrhagies d'endométrite ou des métrorrhagies dues à des fibromes imperceptibles.

Les métrorrhagies d'origine cancéreuse sont en général faciles à reconnaître, et surviennent à un âge où la ménopause normale existe, malgré l'apparence trompeuse de règles tardives, et où la castration n'est pas à discuter.

Quand il s'agit de métrorrhagies névropathiques et liées à l'endométrite, elles ne sont presque jamais incoercibles, et cèdent le plus souvent à un traitement approprié, général et local (cautérisations intra-utérines, curage, etc.).

Enfin, les métrorrhagies parfois si abondantes qui sont dues à certains polypes muqueux, souvent très petits, implantés à l'orifice du col, ou qui sont causées par un fibrome pédiculé, sont passibles de la polypotomie ordinaire et disparaissent avec le polype. Il est évident qu'il n'y a pas à songer, dans ces cas, à la castration.

Restent donc les métrorrhagies dues aux fibro-myomes, ou liées à l'hypertrophie totale de l'utérus. Sans insister sur les dangers si graves provoqués par les hémorrhagies redoutables et répétées, et par les autres accidents (péritonite aiguë, compression des viscères, etc.) que déterminent ces tumeurs, il est facile de comprendre que le but thérapeutique consiste à attendre l'époque de la ménopause normale, et à prolonger tant bien que mal par tous les moyens médicaux (repos absolu à l'époque des règles, injections d'ergotine, électrisation, eaux minérales, etc.) une santé trébuchante jusqu'à l'âge critique : c'est à cela que se bornent trop souvent l'espoir des malades et l'effort des médecins. Mais, si la tumeur utérine, loin de diminuer sous l'influence des moyens médicaux que nous venons d'indiquer, continue au contraire à s'accroître, en même temps que les hémorrhagies augmentent et mettent en danger les jours de la malade qui est « toujours dans le sang », il faudra intervenir chirurgicalement, et provoquer la mé-

(1) V. *Arch. Gén. de méd.*, nos de mars et avril 1885.

nopause artificielle. Telles sont les indications bien nettes qui président à la détermination de l'opération de Battey, qui, seule avec l'hystérectomie, permet d'obtenir le but thérapeutique cherché, l'arrêt artificiel de la menstruation (1). Mais, nous tenons à le répéter, l'intervention chirurgicale ne doit être tentée que lorsque tous les moyens médicaux usités en pareil cas ont échoué ; et d'autre part, s'il ne faut pas se hâter d'opérer, il ne faut pas tomber non plus dans l'excès contraire, et laisser les malades, par suite d'une temporisation trop prolongée, s'épuiser par des hémorrhagies incessantes, et atteindre le dernier degré de la cachexie : ce serait compromettre le succès de l'opération. « Il y a là, dit avec raison M. Duplay, une question d'opportunité opératoire, qu'il est impossible de déterminer d'avance et que le tact du chirurgien pourra seul décider. »

Parmi les contre-indications de l'opération de Battey, les unes relèvent de l'état ou de l'âge de la malade, les autres de la nature et du siège des fibromes, d'autres enfin du volume de la tumeur. Nous reviendrons sur ces dernières, à propos de l'étude comparative que nous ferons de l'hystérectomie et de la castration : disons seulement que la castration paraît contre-indiquée dans les très gros fibro-myomes et dans les cysto-fibromes, pour lesquels l'hystérectomie est seule convenable ; il en est de même dans certains cas d'hypertrophie totale de l'utérus, qui, le plus souvent symptomatique, peut atteindre un volume considérable. La possibilité d'atteindre la tumeur par les voies naturelles, comme dans certains cas de fibromes sous-muqueux parfaitement accessibles, la rend justiciable de l'énucléation dont le manuel opératoire et les avantages ont été magistralement décrits ici même par M. G. Richelot (2).

Il n'y a pas plus à songer à la castration que lorsqu'il s'agit des polypes utéro-vaginaux. Enfin à ces contre-indications s'ajoutent celles tirées de l'âge et de l'état de la malade : si la ménopause naturelle est proche, on essaiera d'y arriver en temporisant. D'autre part, si la malade est tombée dans un tel degré d'épuisement qu'il n'y ait pas lieu d'espérer de voir ses forces se rétablir, malgré le succès de l'opération, c'est encore à l'expectation qu'il vaut mieux recourir, ou alors il faut faire les plus grandes réserves, comme le prouve la première opérée de M. Duplay (3), morte un an après l'opération avec des dégénérescences amyloïdes des principaux viscères, suites des hémorrhagies prolongées. Guérie en réalité du fait de l'opération, elle a succombé aux conséquences éloignées de ses hémorrhagies antérieures.

De ce qui précède, il résulte qu'en présence d'une tumeur fibromateuse de moyen et surtout de petit volume, directement inaccessible, qui déterminerait chez une femme jeune des métrorrhagies incoercibles, mettant ses jours en danger, et ayant résisté à l'action de tous les moyens médicaux, l'intervention chirurgicale est autorisée, et même s'impose, et l'opération de Battey constitue la dernière et la meilleure ressource d'une thérapeutique rationnelle.

(1) Nous avons l'intention dans un prochain article d'établir un parallèle entre la castration et l'hystérectomie, et d'étudier ces deux opérations au point de vue de leurs indications particulières, qu'a si bien fait ressortir M. le professeur Duplay.

(2) V. *Union médicale*, nos du 7 et 8 juin 1884, p. 997 et suiv.

(3) Th. *loc. cit.*, p. 60 et suiv.

III

Il nous reste à dire, en terminant, quelques mots du meilleur procédé opératoire. Deux méthodes se sont partagé pendant plusieurs années la faveur des chirurgiens : la *méthode abdominale* et la *méthode vaginale*. Cette dernière, pratiquée pendant longtemps par Battey lui-même, Sims, Gilmore, Goodell, est aujourd'hui complètement abandonnée. Malgré les avantages qu'elle présente, et qui la rendent préférable en médecine vétérinaire, elle a, chez la femme, de grands inconvénients : tiraillement de l'utérus, ouverture du cul-de-sac postérieur, blessure possible du rectum, etc. En outre, la recherche des ovaires par cette voie est d'une extrême difficulté, et il est arrivé à plus d'un opérateur (Goodell, Hégar) de ne pas pouvoir terminer l'opération.

Les chirurgiens, qui ont opéré par la voie abdominale, ont eu recours à deux procédés, et ont fait tantôt l'incision abdominale *bilatérale*, tantôt l'incision abdominale *médiane* comme dans l'ovariotomie ordinaire. C'est à cette dernière incision que l'on donne aujourd'hui, et avec raison, la préférence.

Les précautions générales, qui ne diffèrent en rien de celles en usage dans tous les cas de gastrotomie, peuvent se résumer dans la plus rigoureuse application de la méthode antiseptique. Nous n'insisterons pas sur leur *nécessité* avant, pendant et après l'opération.

L'incision doit donc être pratiquée sur la ligne médiane, et faite avec une grande prudence, comme au devant d'une hernie, quand l'intestin se trouve immédiatement accolé derrière la paroi, ce qui est le cas si le fibrome est petit et l'utérus peu volumineux. Elle doit avoir une longueur d'environ 10 à 12 centimètres, et s'arrêter à 2 ou 3 centimètres du bord supérieur du pubis. Si l'on n'a pas assez de jour, on l'agrandira du côté de l'ombilic autant qu'il sera nécessaire. Mieux vaut pécher par excès que par défaut, et se donner du jour que d'opérer en aveugle au fond d'un puits.

Une fois la cavité péritonéale ouverte, les intestins seront facilement refoulés avec des serviettes chaudes ou des éponges appropriées vers les parties supérieures de l'abdomen, et les doigts introduits dans le ventre iront à la recherche des ovaires. Le meilleur point de repère consiste à trouver le fond de l'utérus, assez facilement reconnaissable, et à suivre la trompe de Fallope, dont la sensation spéciale est caractéristique, et permet d'arriver à un petit corps rugueux qui est l'ovaire.

L'ovaire est alors saisi délicatement entre les doigts, amené à la plaie extérieure et enlevé après la ligature du pédicule. Le second temps de l'opération est, en général, le plus difficile, et souvent gros de surprises. Si la glande est assez superficielle, si l'aileron du ligament large est assez lâche, la migration est relativement facile, et l'opération marche toute seule. Mais, si l'ovaire est situé profondément, s'il y a des adhérences, s'il se fait des ruptures vasculaires, — on retrouve les difficultés communes à toutes les tumeurs intra-péritonéales, — on est obligé d'aller procéder à la ligature du pédicule dans la cavité même du ventre, et l'on doit alors redoubler d'attention pour ne pas léser l'intestin ni l'épiploon. Quand les ovaires sont très profondément situés dans l'excavation pelvienne, on peut pratiquer avec quelque utilité le toucher vaginal concomitant, ou employer un ballon rectal, comme le conseille Albert (de Berlin).

La section du pédicule doit être faite en se rapprochant de l'ovaire, le

SBIU Santé

plus loin possible de la ligature, mais tout en veillant avec le plus grand soin à ce qu'il ne reste aucun débris de l'organe dans le pédicule, et à ce que e tissu de l'ovaire ne soit pas compris dans la section.

Pour certains chirurgiens, et à leur tête Lawson-Tait, la castration n'est complète que si l'on enlève la trompe de Fallope en même temps que l'ovaire. Même en n'admettant pas que la trompe joue un rôle dans la menstruation, il n'y a aucun inconvénient à enlever avec l'ovaire le pavillon de la trompe : on est ainsi bien sûr de ne pas laisser de tissu ovarien dans le pédicule, et on résèque en même temps une plus grande partie du plexus péri-ovarien (G. Thomas, Bantock, Duplay).

Une fois les deux ovaires enlevés, il ne reste plus qu'à faire la toilette du péritoine, la suture de la plaie abdominale et le pansement, comme dans l'ovariotomie ordinaire.

IV

Les conclusions si précises du mémoire de M. Duplay sont connues du lecteur (1) : nous ne pourrions que les répéter ici, heureux si nous avons contribué, par cette courte étude, à démontrer leur justesse. Outre les ménorrhagies incoercibles et les fibro-myomes utérins, l'hypertrophie totale de l'utérus nous paraît, dans certains cas, justiciable de l'opération de Battey, qui atteint, on peut dire toujours, tant les exceptions sont rares, l'objectif principal poursuivi par l'opérateur : la suppression des hémorrhagies. En outre, on constate souvent (80 p. 100, d'après Tissier) la régression de la tumeur, confirmation de la guérison radicale. « Que peut-on, vraisemblablement, désirer davantage? Plus d'hémorrhagies; diminution progressive de la tumeur avec disparition des symptômes qui en dérivent, et ces résultats constants sont obtenus au prix de moindres risques qu'avec les autres opérations. Vraiment, nous nous demandons comment on pourrait se refuser à partager l'enthousiasme des plus ardents partisans de la castration (2)... » Nous nous rangeons volontiers, avec M. Tissier, parmi ces derniers, derrière les maîtres qui la défendent et la préconisent, et, sans demander au lecteur cette pointe d'enthousiasme, nous espérons du moins que, partageant notre conviction, il pourra juger sainement les indications « honnêtes » et précises de l'opération de Battey, et appréciera, comme ils le méritent, les abus scandaleux qu'on a pu en faire en dépit du bon sens et de la morale.

Maurice Notta.

Association française pour l'avancement des sciences.

QUATORZIÈME SESSION A GRENOBLE.

Séance du lundi 17 août 1885.

Les travaux du Congrès, interrompus par deux jours d'excursions qui eurent lieu le samedi 15 et le dimanche 16 août, recommencèrent, le lundi matin, par une visite à l'Hôpital civil, dans le service de M. le docteur Girard, chirurgien en chef, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Cet hôpital, véritable monument à l'extérieur, et d'une architecture assez agréable, ressemble un peu, à l'intérieur, comme distribution, aspect et humidité, à la Charité

(1) V. *Union méd.*, numéro du 4 juin 1885, p. 934.
(2) Th., *loc. cit.*, p. 78.

© BIU Santé

de Paris. Les couloirs sont peu longs, mais sombres; les fenêtres, trop élevées au-dessus du sol, ne laissent pénétrer que comme à regret l'air et la lumière; au point de vue hygiénique, cet hôpital présente donc des lacunes, que M. Girard connaît bien, car il a été le premier à nous les indiquer, mais auxquelles on ne peut songer à remédier actuellement, parce qu'il est question de bâtir à Grenoble un autre hôpital où toutes les règles de l'hygiène moderne seront appliquées. En attendant, M. Girard fait de son mieux pour assainir les salles de son service. Il est déjà parvenu à faire supprimer les rideaux de lit dans les salles d'hommes, mais il n'a pu l'obtenir dans les salles de femmes; question de pudeur et un peu aussi de coquetterie. Toutes les règles de la méthode antiseptique sont appliquées dans les opérations et les pansements, mais une légère odeur désagréable perçue par les visiteurs, en passant auprès de certains malades, indiquait qu'on pourrait peut-être faire encore mieux.

M. Girard a attiré l'attention des visiteurs sur deux catégories de malades qui devaient faire l'objet d'une communication au Congrès, et qui étaient atteints d'abcès froids et de coxalgie.

M. Girard, partisan d'abord des anciennes méthodes de traitement des abcès froids, ponction et injection iodée, drainage, etc., a raclé ces abcès quand le raclage est venu de mode, puis, depuis la communication de M. Verneuil au Congrès de chirurgie, a essayé les injections d'éther iodoformé. Le raclage d'abcès de diverses régions lui a donné 15 guérisons, 7 morts et 14 récidives sur 36 cas. Dans 2 cas d'injection iodoformée, il eut 2 guérisons, l'une en quinze jours, l'autre en trois semaines. Il ne restait dans le service, au moment de notre visite, que deux malades, mais ils étaient des plus démonstratifs. L'un, adulte, avait eu un volumineux abcès de la paroi thoracique qui fut traité par le raclage; mais on ne put tout enlever, parce qu'il aurait fallu pénétrer dans la plèvre, et la guérison de l'immense plaie, qui a laissé une cicatrice de plus de 20 centimètres, était à peine terminée, qu'un nouvel abcès apparaissait en arrière. Le second, petit garçon de 3 ou 4 ans, avait, près du rachis, un abcès dont on retira un litre de pus; l'injection d'éther iodoformé amena un tel retrait de la poche qu'on sentait à peine un noyau induré, gros comme une noix, au niveau de l'abcès.

En somme, M. Girard admet le raclage lorsque l'état général est bon, que l'état local menace de s'aggraver par la rupture de la peau, que l'abcès est unique et qu'on peut espérer d'atteindre ses moindres recoins; dans le cas contraire, lorsque le malade est cachectique, que les localisations tuberculeuses sont multiples, que la peau est intacte, il vaut mieux avoir recours, dans les cas opérables, à l'injection d'éther iodoformé.

Les malades atteints de coxalgie ont été traités par l'immobilisation dans l'appareil silicaté de Verneuil et les toniques; les deux qui nous furent présentés étaient parfaitement guéris; le membre était, bien entendu, ankylosé, mais solide, avec un raccourcissement de 1 ou 3 centimètres, et permettant la marche. M. Girard a fait un parallèle entre ce traitement et la résection de la hanche et démontré qu'au point de vue de la mortalité ses résultats étaient meilleurs que ceux de la statistique de Bœckel, qui eut une mortalité de 1 sur 4, tandis que M. Girard en eut seulement 1 sur 6. Les résultats, aussi bons quant à la qualité de la guérison, sont toutefois un peu inférieurs au point de vue de la rapidité de la guérison, mais c'est là un élément qui doit céder le pas à la guérison elle-même. La résection paraît donc devoir être réservée pour les cas où l'immobilité n'a pas donné de bons résultats, où la subluxation s'est produite, où une suppuration abondante épuise l'organisme.

La visite terminée, M. Duplouy (de Rochefort) a communiqué deux observations de taille hypogastrique. L'une fut pratiquée chez un malade de 77 ans, atteint d'hypertrophie considérable de la prostate. Les calculs, au nombre de 6, ont été facilement extraits, mais on a pu noter, au cours de l'opération, une particularité intéressante : l'intolérance de la vessie n'ayant pas permis de la distendre par une injection d'eau, le ballon rectal, agissant sur la vessie vide, lui avait donné la forme d'un bissac dont le renflement inférieur, fortement collé contre le pubis, contenait trois pierres prismatiques et le supérieur, un instant méconnu, trois autres pierres semblables. La guérison a été parfaite. La seconde observation offre plus d'intérêt, en ce que la présence du

©BIU Santé

calcul se compliquait d'un sarcome embryoplastique du trigone vésical et de la portion prostatique de la vessie; l'urèthre était presque oblitéré par une masse de la grosseur d'une amande. La taille hypogastriqne a permis d'attaquer facilement toutes les masses sarcomateuses avec les ongles, les tenettes et les ciseaux courbes, de faire, en un mot, un véritable raclage de la vessie. M. Duplouy considère la taille hypogastrique comme devant être, par sa facilité relative, la méthode de prédilection pour l'extirpation des tumeurs intra-vésicales.

La seule communication relative encore à la chirurgie abdominale est celle d'une belle observation de M. Decès (de Reims) de laparotomie pratiquée pour un étranglement interne, causé probablement par un volvulus et suivie de guérison. Ce cas semble plaider fortement en faveur de la laparotomie contre la création d'un anus artificiel, au moins dans les cas où il n'existe pas de signes positifs d'une lésion organique de l'intestin.

M. Bertin (de Gray) a rapporté un cas très curieux à cause de sa rareté, de reproduction de la carotide primitive deux ans après sa ligature, qui avait été nécessitée par un nœvus pulsatile de la joue droite. Il existe déjà quelques cas semblables, entre autres un fait identique de M: Duplouy, confirmé par l'autopsie.

Notre confrère, M. David, qui depuis plusieurs années étudie avec soin l'histoire des questions relatives aux affections dentaires, a envoyé au Congrès le résultat de ses recherches sur la périostite alvéolo-dentaire. Cette affection, caractérisée au point de vue clinique par la destruction lente et progressive des alvéoles et une pyorrhée alvéolaire, par l'ébranlement et le déchaussement progressif des dents, qui finissent par tomber sans présenter de lésions apparentes, a été bien décrite pour la première fois par Fauchard en 1728.

Les nombreux auteurs qui ont écrit depuis lors sur cette maladie n'ont guère ajouté à sa description. Pour cette raison, et en outre pour mettre fin à la confusion apportée à l'histoire de la maladie par ses nombreuses dénominations, et par les causes non moins multiples qu'on lui a attribuées et qui préjugent trop de sa nature encore peu connue, M. David propose de donner à cette affection, jusqu'à ce qu'on soit mieux renseigné sur sa nature, son étiologie, sa pathogénie et son anatomie pathologique, le nom de *maladie de Fauchard*.

Actuellement, il résulte de l'analyse des travaux publiés et de l'appréciation des faits observés par l'auteur, que la maladie de Fauchard ne survient que chez des sujets qui, pour des causes très diverses, sont atteints de troubles graves, passagers ou durables, de la nutrition. Au point de vue de sa nature, cette maladie paraît consister essentiellement dans une lésion osseuse; les procès alvéolaires s'atrophient, se résorbent comme le col du fémur chez les vieillards. Des conditions topographiques particulières exposent cette lésion à l'air et font qu'elle s'accompagne de lésions gingivales et périostales, circonstances auxquelles est due la suppuration inter-alvéolo-dentaire.

La question soulevée par MM. Nepveu et Verneuil au Congrès de chirurgie, sur l'existence latente de microbes pathogènes dans l'organisme, et leur réveil sous l'influence d'une cause irritative ou traumatique, a été reprise par M. Chauveau. Chez des sujets bien portants, il existe dans le sang des germes morbides dont la présence se manifeste par le développement de foyers suppuratifs profonds, occasionnés par un traumatisme qui n'aurait fait aucune plaie à l'enveloppe cutanée, comme dans l'opération du bistournage chez les béliers, opération qui s'accompagne parfois de suppuration et de gangrène testiculaire; — comme dans les faits, rappelés par M. Verneuil, d'hydatides des os consécutifs à une fracture, d'ostéite de l'adolescence récidivée vingt ou trente ans après; d'abcès fétides des membres survenant dix ou quinze ans après une plaie osseuse; — comme dans ceux que rappela M. Hayem, où des abcès contenant de nombreux microbes se montrent dans la convalescence de certaines maladies. Enfin, la présence de microbes existant normalement dans l'organisme a été signalée, il y a quelques années, par M. Ch. Richet et Olivier, qui en ont trouvé dans la lymphe péritonéale des poissons.

M. le docteur Delthil (de Nogent-sur-Marne) a donné le résultat de son traitement du croup par les fumigations de goudron de gaz et d'essence de térébenthine depuis l'année dernière. Sur 68 cas, il eut 64 guérisons et 4 décès. Au point de vue de la prophylaxie de diphthérie chez les personnes qui soignent les malades, ces résultats sont très encourageants; car, sur 364 personnes qui ont assisté les malades à des titres divers, 2 seulement ont été contagionnées, et encore ne fut-ce que d'une façon bénigne.

M. le professeur Potain a fait ensuite une intéressante leçon sur le mécanisme du bruit de galop. Toutes les théories à l'aide desquelles on a tenté d'expliquer ce mécanisme étant passibles d'objections cliniques qui les rendent inacceptables; M. Potain entreprend d'établir à l'aide de démonstrations graphiques la théorie suivante :

Le choc du galop est diastolique et résulte de l'*entrée en tension brusque* de la paroi ventriculaire sous l'influence de la pénétration du sang dans la cavité. Il est d'autant plus accentué que la paroi est plus inextensible, et ce défaut d'extensibilité peut dépendre, soit de l'épaississement scléreux de la paroi cardiaque (hypertrophie d'origine brightique), soit d'un épuisement de la tonicité musculaire, d'où résulte que la paroi, n'ayant plus que son élasticité seule pour résister à l'ondée sanguine, entre en tension au moment précis où celle-ci entre en jeu (fièvre typhoïde, dilatation cardiaque directe d'origine abdominale). Le galop peut se produire dans tous les cas où la résistance élastique de la paroi l'emporte sur sa tonicité musculaire, soit par augmentation de la première, soit par diminution de la seconde.

M. Chauveau a rappelé ensuite ses expériences, auxquelles M. Potain avait fait allusion, sur l'origine et la signification des bruits cardiaques normaux et morbides.

Dans la séance du soir, M. Azam a étudié le caractère au point de vue pathologique, c'est-à-dire les variations du caractère dans les différentes maladies; sa conclusion est que le caractère peut être localisé dans les régions de la base qui sont en rapport avec les processus cérébelleux.

M. le professeur Demons (de Bordeaux) a envisagé deux points de la trépanation, qui ont été un peu négligés jusqu'ici par les chirurgiens : la résection des méninges, ou *méningectomie*, et les hémorrhagies qui surviennent dans le cours de cette opération. Il a examiné avec beaucoup de soin les causes et le traitement de cette complication, et la part de gravité qu'il convient de lui attribuer dans les suites de l'opération.

M. H. Henrot (de Reims), qui a étudié les résultats de l'électrolyse capillaire dans le traitement des kystes hydatiques, reconnaît à cette méthode les avantages suivants : Elle supprime immédiatement les douleurs ; — en évacuant une partie du liquide, elle permet à l'action chimique de s'exercer d'une façon plus active sur un liquide à faible tension ; — elle permet, pendant le passage du courant, la sortie de la mousse gazeuse qui résulte de la décomposition chimique de l'eau qui entre dans la composition du liquide kystique ; — elle tue l'hydatide et transforme une substance vivante à marche constamment envahissante en une poche indifférente, se durcissant et se rétractant sans amener la moindre gêne fonctionnelle.

Enfin, elle amène la guérison définitive du kyste sans faire courir au malade les dangers d'une opération grave, ou les conséquences toujours dangereuses d'une longue suppuration.

Dans la discussion qui suivit, M. Verneuil recommanda de se défier des guérisons définitives à la suite des ponctions ; la guérison se dément parfois au bout de quelques mois, et le liquide se reproduit ; comme le fait remarquer M. Hayem, il est bon de toujours commencer le traitement par la ponction simple ; mais souvent aussi il y a des kystes multiples, et M. Leudet leur attribue ces récidives apparentes, qui s'expliquent par le développement d'hydatides filles ; et M. Lépine ajoute que, quand la guérison survient après la ponction simple, c'est qu'il n'y a pas d'hydatides filles, mais un seul kyste hydatique.

Qu'est-ce que la pellagre ? — On a déjà bien discuté sur ce point; M. le docteur Fauvelle, ancien médecin à Laon, considérant que la pellagre existe non seulement dans les pays ou se consomme le maïs, mais un peu partout, pense que sa cause ne peut

résider que dans la masse du sang, d'où elle exerce ses ravages sur un grand nombre d'organes et notamment dans le tube digestif et dans le système nerveux.

L'élément pathogène a besoin, pour se développer, de la chaleur et de la lumière, du printemps et de l'été ; à l'automne, il disparaît, laissant des altérations organiques plus ou moins profondes, en même temps que le germe d'un nouvel accès pour l'année suivante. Cette marche semble calquée sur celle de la plupart des maladies parasitaires des végétaux ; il est donc légitime (?) d'attribuer la pellagre au développement de quelque thallophyte inférieur et de diriger les recherches dans ce sens.

M. le docteur Burot (de Rochefort), qui nous avait déjà tant intéressés par la relation de faits d'action à distance de substances médicamenteuses chez des sujets hystéro-épileptiques, nous a communiqué des faits non moins curieux, observés chez des malades semblables, dans lesquels, en exerçant des pressions légères sur certains points du corps, on arrête certaines fonctions chez ces malades, la parole entre autres.

M. le docteur Chaumier a ensuite rapporté l'histoire de 52 cas de pneumonie survenus dans la contrée où il exerce (Pressigny-le-Grand, dans le département d'Indre-et-Loire). Il en tire des conclusions en faveur de la nature épidémique de cette affection et sur les bons effets de son traitement par le froid.

Enfin, M. le professeur Hayem présente un petit appareil fort ingénieux destiné au traitement des affections du col utérin. Cet appareil est composé essentiellement d'un pessaire de Dumontpallier-Gairal auquel on a soudé un sac en caoutchouc, muni à son centre d'un tube fermé à son extrémité libre par un robinet. Dans les ulcérations du col, cet appareil a l'avantage de mettre la surface malade en contact permanent avec le topique employé. Pour cela, on met l'appareil en place ; le col plonge dans le sac ; on injecte par le robinet la solution médicamenteuse, qui est une solution d'acide borique à 3 pour 100 ou une solution de sublimé à 1 pour 2,000, la malade étant dans le décubitus-dorsal ; puis on ferme le robinet. On peut encore, pour retenir plus sûrement la solution médicamenteuse dans le sac en caoutchouc, garnir celui-ci d'une petite éponge fine qui reste imbibée du liquide. On fait deux pansements par jour. La guérison survient rapidement ; au bout de trois ou quatre jours la surface ulcérée est recouverte d'une couche épithéliale épaisse qui peut tomber, mais sous laquelle la cicatrisation définitive s'effectue.

L.-H. Petit.

CORRESPONDANCE

Vittel, 26 août.

Cher rédacteur en chef et ami,

Je vous serais bien obligé de faire savoir à vos lecteurs que, quoi qu'on en dise ou écrive, je n'ai jamais été, je ne suis, ni ne serai candidat aux prochaines élections législatives.

Ainsi tombera, je l'espère, l'insinuation malveillante, et par suite facilement acceptée par quelques-uns, que mes publications sur l'état de nos troupes à Formose n'étaient que des réclames électorales à longue portée.

Le nom de mon frère souvent prononcé à l'occasion des réunions publiques tenues depuis un mois dans les Vosges pouvant donner quelque vraisemblance à ce bruit, je tiens d'autant plus à le démentir.

Indépendant et médecin, je suis et reste toujours prêt à publier et à signer, sans souci de la politique et des politiciens, ce que je croirai bon de dire dans l'intérêt de mon pays.

Agréez, etc.

Dr P. Bouloumié.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 juillet 1885. — Présidence de M. de Beauvais.

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

La correspondance imprimée comprend : Le *Progrès médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal des Sociétés scientifiques*, la *Revue d'hygiène*, le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, le *Bulletin et les mémoires de la Société de chirurgie* (1884), etc.

La correspondance manuscrite comprend : Une lettre de M. le docteur Bovet, médecin-inspecteur des eaux de Pougues, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

Une lettre de M. le docteur Bergeaud (d'Haïti), membre correspondant. Cet honorable confrère, dont la bibliothèque a été entièrement détruite dans l'incendie qui a ravagé la ville des Cayes, demande que la Société lui renvoie l'exemplaire de sa thèse : *Recherches sur la nature et le traitement des manifestations laryngées de la tuberculose.*

A l'occasion du procès-verbal, M. Reliquet dit : « Je crois qu'il faut toujours éviter d'irriter l'urèthre et la vessie par les moyens thérapeutiques employés, et cela surtout lorsqu'il s'agit d'affections tuberculeuses locales. Il n'est pas étonnant qu'on ait eu des hémorrhagies et des excitations violentes et prolongées de la vessie et de l'urèthre, en faisant ce que l'on appelle l'instillation de nitrate d'argent. On instille dans la région profonde de l'urèthre sur le col et dans la vessie, celle-ci étant vide, des gouttes d'une solution de nitrate d'argent plus ou moins forte. Ainsi, aucune précaution immédiate pour calmer l'irritation locale, sauf l'injection sous-cutanée de morphine que je trouve souvent consigner dans les observations.

J'ai pu plusieurs fois constater les hémorrhagies et les surexcitations excessivement douloureuses, persistantes, de la vessie et de l'urèthre, dues à ces manœuvres chez des malades qui m'ont appelé pour les soigner de ces accidents.

Il n'en est pas ainsi lorsqu'on prend les précautions que j'ai indiquées dans mon *Traité des opérations des voies urinaires*. Quand je fais l'injection d'une solution de nitrate d'argent dans la région profonde de l'urèthre, je commence par vider la vessie de l'urine et je la remplis d'eau boriquée tiède, jusqu'à ce que la sensation du besoin d'uriner soit vive. Puis j'injecte doucement la solution de nitrate dans la région profonde du canal qui, comme l'a démontré Mercier, s'écoule dans la vessie après avoir agi sur la paroi de l'urèthre. En un mot, je fais l'injection profonde de Mercier, la vessie étant pleine d'eau boriquée, et, immédiatement après, le malade urine cette eau qui lave son canal.

Pour la vessie, je commence par laver la vessie avec l'eau boriquée, puis j'injecte la solution de nitrate d'argent, et, immédiatement après, je lave encore la vessie avec l'eau boriquée et je laisse un peu de cette eau dans la vessie.

En prenant ces précautions j'ai pu, même chez des jeunes filles ayant des affections tuberculeuses locales, modifier la surface vésicale sans avoir eu les accidents rapportés par M. Dubuc. A plus forte raison, dans les cas d'affections inflammatoires, il n'y a jamais d'accidents.

M. Dubuc : Je partage complètement l'opinion de M. Reliquet, au sujet des précautions à prendre quand on fait des instillations de nitrate d'argent dans l'urèthre ou dans la vessie, et je ne crois pas qu'aucun opérateur se dispense de ces précautions. Ainsi, quand je fais une instillation de nitrate d'argent dans la région profonde de l'urèthre, j'ai soin que la vessie soit pleine d'urine, parce qu'alors, si le nitrate d'argent pénètre dans la vessie, il est précipité et transformé en chlorure d'argent inerte. Mais je persiste dans l'opinion que j'émettais dans la dernière séance : quand il y a des tubercules dans la vessie, toute intervention active est nuisible, dangereuse. Au contraire, quand on est en présence d'une inflammation simple, chronique, non tuberculeuse, les injections de nitrate d'argent sont un excellent moyen. Il est vrai que le diagnostic n'est pas toujours facile.

M. Reliquet : M. Dubuc nous dit que pour l'instillation profonde de l'urèthre, il l'a faite, la vessie étant pleine d'urine, et que le liquide injecté s'écoule dans la vessie, où il se neutralise en devenant chlorure d'argent.

Mais alors, il fait l'injection profonde de Mercier, et je ne vois pas l'utilité d'une nouvelle dénomination.

©BIU Santé

Je préfère remplir la vessie d'eau boriquée :

1° Parce que je suis plus certain que le malade urinera de suite. Souvent on demande au malade s'il a envie d'uriner, on fait l'injection, et il n'urine pas, la vessie n'étant pas pleine ;

2° Parce que le nitrate d'argent fait avec l'urine un chlorure d'argent insoluble, qui peut, en restant dans la vessie, devenir le noyau de calcul.

M. le président DE BEAUVAIS rend compte de l'inauguration de la statue de Pinel, à laquelle il a été officiellement invité à représenter la Société de médecine.

M. THORENS relate une observation de mort par plaie pénétrante de la base de la poitrine.

M. DUROZIEZ fait remarquer, relativement au sujet du siège précis de la blessure, la fréquence des erreurs dans le compte des espaces intercostaux. Il ne faut pas partir de la clavicule, mais du creux sus-sternal.

M. LADREIT DE LACHARRIÈRE : Le traitement par les vésicatoires a-t-il été appliqué dès le début ? Il y a quelques mois, j'ai eu à soigner une plaie pénétrante par coup de canif, à peu près dans la même région, chez un jeune garçon. Epanchement pleural, hémoptysie, accidents inflammatoires, température 40°5. Je me préparai à faire l'empyème, mais auparavant, j'ai couvert l'enfant de vésicatoires, et cela à partir du troisième jour, et il a guéri.

M. DE BEAUVAIS : Barth prétendait que les vésicatoires ne produisent leur effet qu'à une époque relativement avancée de la maladie.

M. PERRIN : Ayant eu Barth pour médecin-consultant pendant plus de vingt ans, j'ai eu l'occasion plus d'une fois de l'entendre exposer sa manière de voir sur le traitement de la pleurésie, qui, le plus souvent, en dehors des émissions sanguines au début, se résumait pour lui dans une réelle expectation. C'est qu'en effet, la pleurésie aiguë, simple, la pleurésie *à frigore*, par exemple, suivie même d'épanchement considérable, guérit presque toujours, et, suivant Barth, n'est que bien rarement mortelle. D'où, pour lui, comme l'a rappelé M. de Beauvais, l'inutilité de l'application des vésicatoires qu'il accusait même de hâter et de faciliter la purulence de l'épanchement que l'on voulait combattre.

Si, avec la plupart des vieux praticiens, nous persistons, contrairement à l'opinion de Barth, à croire d'une manière générale à l'efficacité des vésicatoires dans le traitement de la pleurésie, et parfois même à son début, nous sommes, d'autre part, disposé à rejeter bien loin l'abus qui a été fait de la thoracentèse dans ces dernières années pour combattre les épanchements pleuraux. Cette intervention chirurgicale ne peut se justifier que dans des cas tout à fait exceptionnels et inutiles à rappeler ici. Aussi, sommes-nous convaincu que la thoracentèse, par la facilité trop grande avec laquelle elle a été pratiquée depuis vingt ans, a plutôt augmenté qu'abaissé le chiffre de la mortalité chez les pleurétiques.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, J. CHRISTIAN.

COURRIER

CONCOURS. — Le jury du concours pour les prix de l'internat des hôpitaux de Paris se composera, sauf modifications, de MM. les docteurs Anger (Th.), Audhoui, Bouilly, Liouville, Monod fils, Ribemont-Dessaignes et Talamon.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Lancereaux : Arthrites déformantes, varices et artério-sclérose. — II. Association française pour l'avancement des sciences. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Variétés. — V. Thèses de doctorat. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Arthrites déformantes, varices et artério-sclérose.

Phénomènes d'insuffisance cardiaque (asystolie) et d'insuffisance urinaire (urémie).

Leçon de M. Lancereaux.

Recueillie par M. W. Œttinger, interne des hôpitaux.

Dans notre précédente leçon, je vous ai parlé des localisations diverses de l'athérôme artériel, en tant qu'affections isolées ; aujourd'hui, je vous entretiendrai de deux cas complexes, dans lesquels il s'agit de manifestations multiples, se rattachant à ce désordre général, et je chercherai à vous faire saisir les difficultés que l'on rencontre en pareil cas pour arriver à un diagnostic précis et exact.

Notre premier malade est un homme de 68 ans, né en Savoie, et qui, après huit années de service militaire en Italie, vint habiter Paris, où il exerce la profession de commissionnaire. Sa santé antérieure a toujours été excellente, et nous ne trouvons aucun désordre pathologique à noter dans ses antécédents, mais il répond difficilement aux questions qu'on lui pose, et il se rend peu compte de la situation dans laquelle il se trouve. Cet homme, admis le 24 janvier 1884 dans notre salle, est bien constitué, d'apparence robuste et vigoureuse, malgré son âge ; il a la tête presque entièrement chauve, des varices aux membres inférieurs, et des déformations notables des articulations, de celles du pied en particulier, car son gros orteil est déjeté en dehors et forme avec le métatarse un angle obtus à sommet interne. Ce malade tousse depuis 6 mois environ, éprouve de l'oppression au moindre effort, et, de temps à autre, a des accès de dyspnée intermittente ; l'auscultation de la poitrine révèle simplement l'existence de quelques râles muqueux disséminés ; les crachats sont peu abondants, aérés, visqueux, et aux bases des poumons il existe une notable diminution de l'élasticité et de la sonorité. Léger état saburral des voies digestives. Les urines, malgré une polyurie nocturne datant de plusieurs années, sont en quantité normale ; elles sont claires, ont une densité de 1021, et ne contiennent ni albumine ni sucre.

Les artères radiales et fémorales sont indurées, très athéromateuses ; quant au cœur, il est hypertrophié ; ses battements sont sourds et le pouls est petit et un peu irrégulier ; les veines jugulaires sont légèrement dilatées ; le foie, volumineux et douloureux à la percussion, est manifestement hypérémié, bien qu'il dépasse peu le rebord des fausses côtes.

Le diagnostic porté le jour de l'entrée du malade a été le suivant : Artério-sclérose, et insuffisance cardiaque. Cette dernière affection se trouvait révélée par l'état du foie et les caractères du pouls ; mais il existait, en outre, une insuffisance urinaire, car, malgré l'absence d'albuminurie, on ne pouvait attribuer qu'à une lésion rénale, la dyspnée particulière observée chez ce malade. (Poudre d'écorce de racine d'ipécacuanha, 2 grammes.)

Jusqu'au 28 janvier, il ne se produisit rien de particulier ; mais, dans la nuit, survint subitement un accès de dyspnée intense, analogue à un accès

©BIU Santé

d'asthme, et qui força le malade à se lever et à rester assez longtemps auprès de la fenêtre ouverte. Rien de nouveau cependant ne s'était produit dans l'état du poumon. Un vésicatoire fut appliqué à la partie postérieure du thorax. Le 30 janvier, le malade accusait de l'insomnie et une dyspnée presque continue ; il se plaignait et gémissait d'une façon particulière ; les urines donnèrent une légère quantité d'albumine qui vint confirmer le diagnostic des jours précédents.

A la suite de l'administration d'une goutte d'huile de Croton, ces accidents persistèrent ; mais le même traitement fut continué le lendemain, et le 1er février l'oppression était moindre, toutefois il y eut encore de l'insomnie et du délire dans la nuit ; la langue restait saburrale, les purgatifs furent continués. A partir du 3 février, les accidents dyspnéiques et le délire s'amélioraient, et le sommeil reparaissait. Pendant ce temps, le foie diminuait de volume, les membres inférieurs se trouvaient moins enflés, l'oppression était moindre, quoique l'albuminurie persistât. — Le 8 février, le malade reprenait son régime ordinaire et quelques jours plus tard il cessait son traitement.

Le second malade est une femme, âgée de 71 ans, ménagère, bien constituée, qui prétend n'avoir jamais été malade avant ces deux dernières années; elle n'a eu ni hémorrhoïdes, ni migraines, a toujours été bien réglée et raconte qu'elle est mère de sept enfants.

Le 3 janvier 1884, cette femme est admise dans nos salles pour les accidents suivants, à savoir : des essoufflements fréquents, une faiblesse générale avec perte de l'appétit et, depuis quinze jours seulement, une dyspnée qui augmente d'une façon progressive et s'accompagne d'œdème des deux membres inférieurs.

Un examen attentif nous permet de constater les particularités suivantes : Les membres inférieurs sont non seulement œdématiés, mais encore atteints de varices très développées depuis quelques années; les gros orteils sont déviés en dehors, et leur face plantaire est lisse, brillante, couverte, en divers endroits, de plaques blanchâtres, signes manifestes de désordres trophiques. Les ongles, du reste, sont striés en travers, cannelés et légèrement recourbés; aux mains, les petites articulations des dernières phalanges sont tuméfiées et présentent, pour la plupart, les nodosités dites d'Heberden.

La cavité abdominale ne contient pas de liquide; mais le foie est notablement hypérémié et douloureux à la percussion. Les battements du cœur sont sourds, le pouls est faible, irrégulier, les artères dures et notablement athéromateuses; l'auscultation thoracique ne révèle l'existence d'aucune lésion appréciable du parenchyme pulmonaire.

La toux est sèche, quinteuse, fatigante, l'expectoration presque nulle, quoiqu'il existe au niveau des deux bases des poumons une submatité peu étendue et une légère diminution de l'élasticité pulmonaire; l'auscultation dénote seulement une faiblesse relative du murmure vésiculaire à ce niveau.

Les urines sont peu abondantes, trois quarts de litre environ dans les vingt-quatre heures; elles sont fortement chargées de sels, ont une densité de 1030, mais elles ne contiennent ni sucre, ni albumine. L'appétit est nul, la langue large, étalée, saburrale.

Le diagnostic que nous portons est : artério-sclérose généralisée, accompagnée d'arthrites déformantes, d'asystolie non par lésion du myocarde,

mais par athérome des artères coronaires, et, malgré l'absence d'albumine, nous soupçonnons l'existence ou la menace d'une insuffisance urinaire d'origine artérielle.

Le traitement que nous instituons est le suivant : Pilules diurétiques, au nombre de 6, contenant chacune 5 centigr. de scille, de scammonée et de digitale, et cela dans l'espoir d'agir sur le cœur pour augmenter sa force et sur la sécrétion urinaire, de façon à l'activer.

Le 6 janvier, l'état s'améliore; le 7, l'œdème a beaucoup diminué, les urines ont augmenté de quantité, elles atteignent un litre dans les vingt-quatre heures, lorsque, vers dix heures du soir, la malade est prise d'un accès de dyspnée intense; l'interne de garde, appelé, lui fait deux injections hypodermiques d'éther sulfurique. Le lendemain matin, l'insuffisance urinaire, que nous avions soupçonnée le premier jour, nous paraît plus certaine encore, et nous prescrivons un lavement purgatif. La nuit suivante est meilleure, mais, le 8 janvier, survient un gonflement douloureux de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit, gonflement accompagné de chaleur, de rougeur et d'une douleur vive et aiguë dans les mouvements spontanés et provoqués de l'articulation. La quantité d'urines rendues dans les vingt-quatre heures est d'un litre, il n'y a pas d'albuminurie, l'œdème a entièrement disparu, l'oppression est moindre, la température oscille aux environs de 37°. Le gonflement articulaire diminue les jours suivants, et l'état général reste bon.

Le 14, nous constatons l'existence d'un souffle doux à la base du poumon gauche avec matité peu étendue à ce niveau, ce qui nous fait songer à l'existence d'un léger épanchement pleural. Le foie déborde moins ; le cœur a repris en partie son énergie; ses battements sont plus forts, plus réguliers.

Le 17 janvier, la malade est prise de nouveau d'une dyspnée intense, d'insomnie, de céphalée ; application d'un vésicatoire à la partie postérieure du thorax; lavement purgatif.

Ces phénomènes ne se reproduisent pas les jours suivants; la malade nous parut très améliorée, lorsque, de nouveau, dans la nuit du 1er au 2 février, entre minuit et deux heures du matin, elle fut prise d'un violent accès de dyspnée; le lendemain, elle était étendue presque sans vie sur le dos, le visage pâle, les traits altérés, l'œil terne, la parole haletante, faible, les extrémités refroidies; la température était de 36°4; le pouls petit, irrégulier, intermittent, difficile à sentir, battait 80 pulsations à la minute. La respiration irrégulière et laborieuse offrait le type costo-supérieur. Les urines, peu abondantes (250 grammes), d'une densité de 1,020, contenaient de l'albumine. Prescription : lavement purgatif, potion de Todd avec 1 gramme de teinture de digitale. Le lendemain, la malade continue de se plaindre d'une céphalée intense qui lui comprime le front, elle gémit d'une façon presque constante, phénomènes qui mettent l'urémie hors de doute.

Les jours suivants, l'état reste le même, la température oscille entre 35°8 et 36°4; la dyspnée est moins intense. Le 6 février, la température remonte à 36°8, et notre malade, ce matin même, 8 février, a le visage calme et une respiration à peine irrégulière ; son pouls reste inégal et elle présente encore quelques signes de pleurésie ; la température est remontée à 37°6. La nuit dernière, elle a été encore très agitée, elle appelait ses voisines de lit, leur parlant de choses incohérentes, bien que son état général se soit amélioré d'une manière notable.

©BIU Santé

Telle est l'histoire de nos deux malades; vous pouvez vous apercevoir qu'il est facile d'établir entre eux un rapprochement, puisque leur histoire pathologique est presque la même. Ils sont à peu près du même âge, ils ont tous deux des varices, des arthrites déformantes, et, si nous avions pu les interroger d'une façon plus complète sur leurs antécédents, l'analogie que nous constatons serait encore plus grande.

Tous deux sont pris, depuis quelques mois, d'oppression, de fatigue; néanmoins ils continuent le cours de leurs occupations, jusqu'à certain jour où l'oppression devenue plus considérable les oblige à s'arrêter et à entrer à l'hôpital. Ils présentent l'un et l'autre les mêmes symptômes à notre examen, à savoir : augmentation de volume du foie qui est douloureux à la pression, œdème et congestion de la base des poumons. Ces phénomènes qui révèlent, mieux que l'auscultation, l'insuffisance cardiaque, nous conduisent à examiner le cœur dont les orifices uous paraissent sains; tout nous fait supposer alors que le muscle cardiaque ne remplit plus ses fonctions, qu'il est devenu insuffisant; et le système artériel qui est dur, athéromateux, nous confirme dans cette hypothèse. Il nous fallait également songer à l'état du rein qui, dans de semblables conditions, devient fréquemment scléreux et donne lieu à des accidents urémiques; or, en l'absence d'albumine dans les urines, nous réservons cette partie de notre diagnostic, lorsque subitement, sans que les autres symptômes se soient aggravés, et même, à la suite d'une amélioration passagère, survient, chez nos deux malades, une crise de dyspnée, intense, nocturne, qui disparaît le lendemain, laissant après elle un abaissement considérable de la température avec contracture généralisée. A cette dyspnée succède une céphalalgie intense, occupant particulièrement la région frontale, et enfin nous constations pour la première fois une assez notable quantité d'albumine dans les urines.

Si la dyspnée intermittente, la céphalée, les gémissements du malade, l'abaissement de la température étaient autant de symptômes qui nous avaient déjà permis de soupçonner l'existence d'une lésion rénale et d'une insuffisance de la fonction urinaire, nous devons dire que l'apparition de l'albumine dans les urines vint donner à notre diagnostic présumé toute la certitude désirable.

Les faits analogues à ceux-ci, quoique des plus fréquents dans la pratique, sont presque toujours considérés comme des cas d'affection cardiaque liés à un obstacle au cours du sang. Que de fois nous avons vu poser en pareil cas le diagnostic d'insuffisance ou de rétrécissement mitral, et ce qui contribue surtout à engendrer cette erreur, c'est l'existence assez habituelle d'un souffle systolique de la mitrale. Or, quand en pareil cas on vient à examiner l'orifice de ce nom, on le trouve intact et partant le souffle doit être sous la dépendance de l'état du myocarde et des muscles papillaires. En tout cas, les poumons ne tardent pas à se congestionner, le foie augmente de volume, les membres inférieurs, s'œdématient, le rhythme du cœur perd de sa régularité, le pouls devient petit et fréquent.

Ces phénomènes sont tout d'abord améliorés par le repos, le régime lacté et les diurétiques unis à la digitale. Plus tard surviennent des accidents d'un autre genre et qui se rapportent à une lésion concomitante des reins, ainsi que vous avez pu le voir chez nos deux malades.

Ce ne sont pas là des maladies distinctes, mais des manifestations diverses d'un état morbide général déjà ancien, et dont les accidents tardifs évo-

luent seulement maintenant sous nos yeux. La lésion artérielle est ici prédominante. Les accidents, que nous venons de combattre et qui en sont la conséquence, vont sans doute se reproduire, car les désordres anatomiques du cœur et des reins persistent. Le pronostic en pareil cas est donc très grave, si ce n'est pour l'heure actuelle, du moins dans un avenir assez rapproché.

Sachez-le, Messieurs, il importe beaucoup d'établir un diagnostic exact dans ses moindres détails, lorsqu'on veut, en pareille circonstance, instituer un traitement véritablement utile au malade. Effectivement, si le cœur est atteint, il faut s'adresser à la digitale, aux pilules diurétiques ; si c'est le rein, il importe de chercher à suppléer à l'insuffisance de sécrétion urinaire, par des purgatifs fréquemment répétés, de façon à créer, du côté de l'intestin, une nouvelle voie d'élimination des produits qui, accumulés dans le sang, déterminent le syndrôme urémie.

Le malheur est que nous ne pouvons, dans l'espèce, établir qu'une médication symptomatique, s'adressant aux organes secondairement lésés. Le système artériel semble par trop altéré pour que nous espérions pouvoir le modifier sensiblement. Pourtant, une fois les accidents d'insuffisance fonctionnelle du cœur et des reins passés, nous pourrons administrer, avec précautions, à nos malades de l'iodure de potassium ; ce médicament, pris dans les crises d'insuffisance urinaire, détermine parfois de graves accidents, même à faible dose, et pour cela nous n'avons pu recourir à son emploi jusqu'ici. Je me rappelle avoir vu un malade auquel on avait administré, dans de semblables conditions, de l'iodure de potassium, et qui présenta des accidents si graves que l'on put craindre la mort pendant quelque temps. Les lèvres tuméfiées, couvertes de grosses bulles ou parsemées de plaques gangréneuses, laissaient échapper la salive d'une façon continue ; les yeux rouges se trouvaient recouverts par les paupières fortement gonflées, les mains étaient œdématiées et couvertes de bulles volumineuses, la fièvre était intense, l'état général de la plus haute gravité.

Administré à une période moins avancée de la maladie, et employé comme moyen préventif des lésions artérielles, l'iodure de potassium peut néanmoins rendre de grands services. Il est d'autant mieux indiqué, suivant nous, que ces lésions coexistent généralement avec des varices, des arthrites sèches ou déformantes, des névralgies rebelles, affections sur lesquelles cet agent exerce encore une action manifeste. On doit, en pareil cas, continuer son emploi pendant des années, avec des interruptions plus ou moins prolongées, seul moyen d'en obtenir de sérieux effets.

Nos deux malades étant arrivés à la période des lésions ultimes ne supporteraient plus une thérapeutique aussi active. Pourtant, nous ne pouvons les abandonner, et nous devons réparer chaque brèche faite à l'édifice, de façon à prolonger sa durée autant que possible. De cette façon, nous continuerons leur existence, pendant quelque temps encore ; l'irréparabilité des lésions ne doit pas empêcher le médecin de veiller au danger et de remplir son devoir jusqu'au bout.

Association française pour l'avancement des sciences.

QUATORZIÈME SESSION A GRENOBLE.

Séance du 19 août 1885.

Les spécialités, comme on a pu le remarquer, n'ont pas été très représentées à ce

©BIU Santé

Congrès; nous n'avons même à enregistrer qu'une seule communication touchant l'ophthalmologie, émanant du service de M. le professeur Panas, et faite par M. le docteur Valude.

Il s'agit d'une nouvelle méthode antiseptique employée à la clinique de l'Hôtel-Dieu, et qui consiste en lavages au bi-iodure de mercure à 1 pour 25,000, de la chambre antérieure, soit dans les suppurations oculaires, soit à la fin de l'opération de la cataracte et comme complément systématique de cette opération. Dans les deux cas, le résultat a été également parfait : le lavage de la chambre antérieure, après l'opération de la cataracte, a donné un tel succès que les yeux ainsi opérés peuvent être pris, après la cicatrisation, pour des yeux normaux, l'extraction étant faite sans iridectomie.

M. le professeur Trolard (d'Alger) communique ensuite un mémoire sur les lacs sanguins de la dure-mère, leurs rapports avec la circulation intra-cérébrale et extra-crânienne, et le rôle que jouent les sinus, en particulier la veine vertébrale, dans la circulation de la tête.

J'ai ensuite présenté, au nom de M. le docteur Terrillon, un calcul de l'amygdale, du volume d'une petite noisette, extrait chez un homme de 50 ans, et ayant déterminé depuis deux ans des phénomènes inflammatoires tantôt aigus, tantôt subaigus, qui firent croire à l'existence d'un cancer de l'amygdale. Celle-ci était, en effet, dure, bosselée, hypertrophiée, violacée, douloureuse, et le diagnostic de cancer paraissait pleinement justifié. L'exploration de la tumeur avec le doigt fit sentir un corps dur, piquant, dont l'examen avec un stylet et un fort éclairage fit reconnaître la nature. Le calcul, comme enchatonné dans le tissu de l'amygdale hypertrophiée, fut extrait avec des pinces après qu'on eut débridé par deux coups de ciseaux les bords de l'espèce de loge qui le contenait. L'affection céda facilement ensuite à quelques gargarismes émollients et astringents. M. Terrillon rappelle des cas analogues signalés par Louis, Monro, Passaguay, etc.

La dégénérescence épithéliale des trajets fistuleux anciens est une affection assez rare, sur laquelle il n'a encore été publié aucun travail d'ensemble. Les uns ont étudié cette affection survenue à la suite de fistules osseuses (Dittrich, Bryant, Nicoladoni), les autres, à la suite de fistules urinaires (A. Poncet, Guiard), M. Verneuil, enfin, à la suite de fistules à l'anus. J'ai cru devoir réunir tous ces faits, qui m'ont permis d'arriver aux conclusions suivantes :

Certaines fistules osseuses, anales, urinaires, durant depuis un temps très long, dix, vingt, trente ans et plus, peuvent présenter, suivant leur trajet, une dégénérescence épithéliale. Cette dégénérescence se montre chez des sujets âgés de 40 à 60 ans, époque à laquelle le cancer se manifeste le plus fréquemment; il est donc très probable, comme l'a dit M. Guiard, qu'il s'agit alors d'une localisation de la prédisposition cancéreuse du sujet sur le trajet fistuleux, considéré comme *locus minoris resistentiæ*.

Dans les cas cités jusqu'alors, on a observé deux formes de dégénérescence : l'une épithéliale, relativement bénigne, ne se généralisant pas; l'autre véritablement cancéreuse, aussi grave que le cancer le plus malin, s'accompagnant de généralisation dans les ganglions et les viscères, se terminant par la cachexie et la mort.

Le diagnostic de la dégénérescence est assez difficile au début, parce que sa rareté empêche de songer à son existence; lorsqu'on la reconnaît, on ne peut, en général, faire d'opération radicale, surtout quand elle siège au périnée ou dans le rectum; ces régions étant alors profondément envahies, on ne peut la pratiquer que lorsque l'affection, d'origine osseuse, siège sur les membres.

M. Pierret présente trois observations de sclérose symétrique simple des tractus moteurs des centres nerveux, et établit que cette lésion, caractéristique du tabes spasmodique, n'est en quelque sorte que la préface de la sclérose latérale amyotrophique.

M. Onimus démontre que les courants de la pile ont une influence dans les névralgies suivant leur direction, et, comme plusieurs médecins l'ont observé empiriquement, c'est le courant descendant qui a l'action la plus sédative. Les exceptions sont presque tou-

jours dues à des appareils mal conditionnés ou à des erreurs de diagnostic. Souvent, par exemple, on prend pour des névralgies sciatiques des douleurs des membres inférieurs qui sont provoquées par des scléroses commençantes ou même des affections cérébrales. — M. Constantin Paul pense cependant que l'action polaire a plus d'influence que la direction du courant.

M. le professeur Bernheim (de Nancy) a observé, dans le cours de la fièvre typhoïde, 4 cas de gangrène qui ont eu pour cause une artérite de la région atteinte.

Après une courte communication de M. Satre sur une cause particulière de suffocation à la suite de la trachéotomie dans le croup et qui consiste dans l'obstruction de la trachée ou de la canule par du mucus trachéal devenu compacte, solide, à la façon du mucus nasal, notre collaborateur et ami M. Huchard fit, sur l'angine de poitrine vraie, la lecture d'un mémoire qui sera vraisemblablement publié dans l'*Union*, et je ne fais que mentionner ici le sujet : *Etiologie, diagnostic et traitement de l'angine vraie*, et la discussion importante qu'il a soulevée. Alors que M. Huchard rapproche la douleur de l'*angor pectoris* de celle de la gangrène des extrémités, M. Franck rappelle que, dans ses expériences, l'excitation de la région sigmoïdienne déterminait de violentes douleurs, et rapporte celles-ci à l'anémie cardiaque ; de son côté, M. Potain compare l'accès d'angine de poitrine à la claudication intermittente déterminée chez les animaux par le rétrécissement des artères iliaques et chez l'homme par l'oblitération de l'aorte. Notre savant maître n'est pas d'avis de séparer aussi catégoriquement que le fait M. Huchard une variété d'angine de poitrine de toutes les autres, parce qu'elles sont souvent confondues. Pour le traitement, il préfère les petites doses d'iodure de potassium, ce qui diffère peu du reste du traitement indiqué par M. Huchard.

La néphrectomie, sujet déjà plusieurs fois traité à nos Congrès par M. Ollier, nous a valu cette fois encore la communication de deux faits bien intéressants, qui entreront en ligne de compte sérieuse lorsqu'on voudra poser les indications et contre-indications de cette opération.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un rein tuberculeux ; on avait toutes les raisons de croire l'autre intact, lorsque vingt-quatre heures après l'opération, le patient mourut d'urémie. A l'autopsie, on trouva l'autre rein criblé de tubercules.

Dans le second cas, un jeune interne en pharmacie fut pris, à la suite d'une blennorrhagie, de phénomènes vésicaux déterminés par un calcul, lequel fut enlevé par la lithotritie. Un mois après, il se produisit, dans la région lombaire, une tumeur fluctuante, volumineuse, qu'on prit pour un abcès périnéphritique et qui fut ouverte Il en sortit un litre de pus, siégeant non pas dans le tissu cellulaire péri-rénal, mais dans le rein lui-même, énormément distendu et aminci. M. Ollier ne voulait d'abord pas faire la néphrectomie, mais l'exploration de la cavité lui fit constater que le rein était absolument séparé de ses connexions, et l'ablation, jugée dès lors nécessaire, fut opérée très facilement.

M. Niepce fils lut ensuite un mémoire sur le traitement d'Allevard, et M. Allard présenta un malade auquel il a pratiqué l'ablation du membre supérieur avec l'omoplate, à la suite d'une blessure grave. La cicatrice est parfaite, et l'angle formé par le thorax et la clavicule très bien arrondi.

Dans la séance du soir, nous signalerons d'abord une note de M. Arnaud de Fabre (d'Avignon), sur l'action physiologique de l'ésérine, expérimentée sur le protoplasma du *glaucoma scintillans* et sur celui des cellules du *spirogyra* ; puis une autre de M. Aubert (de Lyon), sur la période utile des injections dans la blennorrhagie, qu'il place au moment où le microbe vient se localiser à la surface des glandes et de la muqueuse de l'urèthre ; une leçon magistrale de M. le professeur J. Renaut (de Lyon) sur le développement des séreuses articulaires et la nature de leur épithélium ; un mémoire de M. Dubois sur l'action physiologique de certains anesthésiques ; une courte lecture de M. Boucheron sur le régime peu azoté dans les affections arthritiques des organes des sens, basé sur quelques observations, trop peu nombreuses malheureusement,

©BIU Santé

faites sur des chartreux à longévité remarquable; enfin, un mémoire de M. Chaumier, sur les affections de la première enfance attribuées à la dentition.

Quelques autres communications nous arrêteront un peu plus longtemps.

M. Spillmann (de Nancy) a eu l'occasion de traiter dans son service, depuis cinq ans, deux malades atteints de syphilides serpigineuses anciennes et trois autres atteints de chancres simples phagédéniques.

D'après lui, et M. Aubert partage complètement cette manière de voir, le phagédénisme, qu'il se porte sur une lésion spécifique ou qu'il attaque une lésion chancreuse simple, est dû en grande partie à une infiltration périphérique d'éléments jeunes et à des colonies microbiennes qui compriment les vaisseaux et troublent ainsi profondément la vitalité des tissus. Le traitement du phagédénisme doit avoir pour but d'enlever, de détruire toute infiltration capable de comprimer les vaisseaux et d'entraver la cicatrisation. C'est le résultat que l'auteur a obtenu en enlevant, par le raclage, les couches fongueuses, grisâtres, et en remplaçant par une plaie de bonne nature, ayant de la tendance à se cicatriser rapidement, les plaies serpigineuses, envahissantes du phagédénisme. Dans les cinq observations précitées, le succès a été complet et rapide. M. Spillmann propose, en résumé, de traiter le phagédénisme des chancres et des syphilides par le raclage à la curette tranchante, l'excision des bords décollés avec des ciseaux courbes, suivie d'une cautérisation au thermo-cautère et d'un pansement avec de la liqueur de Van Swieten dédoublée.

M. le docteur Mabille, directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lafond, près La Rochelle, ajoute aux faits de somnambulisme, déjà décrits par MM. Bourru et Burot, un fait des plus bizarres. Un malade est plongé dans l'hypnotisme; pendant son sommeil, il reproduit une scène de suggestion à laquelle il avait été soumis deux jours auparavant; on lui avait ordonné alors de faire apparaître des stigmates, sous forme de V sanglant, à l'avant-bras, et, cette fois, il se suggéra à lui-même de faire reparaître les stigmates, ce qui eut lieu, exactement sous la même forme que la première fois. Ces phénomènes d'auto-suggestion jetteront-ils quelque lumière sur les stigmatisées dont l'histoire a fait tant de bruit il y a quelques années?

Autre sujet. Le cancer de l'estomac est-il susceptible d'être amélioré par la magnésie? Telle est la question à laquelle M. Delthil a répondu par l'affirmative. Notre laborieux confrère de Nogent-sur-Marne traite depuis plusieurs années, avec succès, à l'aide de doses progressives de magnésie, des malades chez lesquels le diagnostic de cancer de l'estomac a été posé par plusieurs médecins des hôpitaux de Paris; il débute par de petites doses répétées plusieurs fois par jour, jusqu'à ce que la tolérance se soit établie, puis augmente progressivement lorsque l'action obtenue commence à s'affaiblir. Il a pu arriver ainsi à faire prendre 40 grammes par jour, mais au bout de deux ou trois ans. L'action du médicament, qui fait disparaître les troubles de la digestion et permet la nutrition de se faire à peu près normalement, s'expliquerait par une modification dans les tissus morbides et dans les sécrétions de l'estomac, ayant pour résultat le ralentissement de la marche du mal et la fluidification des aliments, qui franchiraient ainsi plus facilement le pylore. Quoi qu'il en soit de l'explication, les faits n'en existent pas moins. A la vérité, MM. Leudet et Renaut expriment de grandes réserves à l'endroit du diagnostic, en rappelant que des ulcères simples de l'estomac, accompagnés d'hypertrophie de l'organe, ont pu être pris pour des cancers avec tumeur; qu'un cancer de l'estomac ne dure pas trois ans, et qu'une affection de l'estomac qui dure trois ans n'est pas un cancer; mais si l'affection, diagnostiquée cancer par des médecins des hôpitaux, a pu être assez améliorée pour prolonger la vie et la rendre supportable pendant plusieurs années, grâce à quelques grammes de magnésie, on ne doit pas négliger l'essai de ce médicament dans des affections graves de l'estomac, à diagnostic douteux.

Mentionnons enfin une note, de M. Ferret, sur la nature diathésique de quelques ulcères simples des jambes, qu'il rattache à l'arthritisme, et une intéressante observation, du même auteur, de méningite tuberculeuse consécutive à un simple débridement du canal nasal, pour dacryocystite, chez un sujet scrofuleux. L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er septembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

La famille de M. Noël Gueneau de Mussy voulant offrir à l'Académie un témoignage de sa reconnaissance, pour l'hommage rendu à la mémoire de son chef au sein de la savante Compagnie, n'a pas cru pouvoir mieux remplir ce pieux devoir qu'en choisissant, dans ce but, parmi les objets ayant appartenu à M. Noël Gueneau de Mussy, un portrait du professeur Chomel, donné jadis par ce maître éminent à son élève de prédilection.

Des remerciements sont adressés à la famille de M. Noël Gueneau de Mussy pour le don de ce portrait.

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. le docteur Moncorvo (de Rio-Janeiro), un nouveau travail sur la coqueluche.

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la nouvelle de la mort de M. Magne, membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

Une notice biographique sur M. Magne sera lue, dans la prochaine séance, par M. Goubaux.

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Vaslin (d'Angers), une brochure ayant pour titre : *Procédé de perfectionnement de la désarticulation du genou, ou d'amputation fémoro-condylienne au-dessous du cartilage épiphysaire.*

— M. Jules Rochard, venant de Toulon, où il a passé une dizaine de jours, fait une communication sur l'épidémie de choléra qui règne actuellement dans cette ville.

C'est le 7 août que le premier cas de choléra s'est produit à Toulon. Il a été promptement mortel. Les jours suivants, on a constaté deux ou trois cas sans gravité, puis la santé publique a été excellente jusqu'au 20, époque à laquelle est survenu un second décès. A partir de ce moment, la marche ascendante a été rapide et, le 27, on enregistrait 37 décès. Depuis, la mortalité a diminué et, quand M. Rochard est parti, elle était tombée à 20. Il est à craindre qu'elle ne se relève encore et, dans tous les cas, l'épidémie n'est certainement pas à sa fin

L'année dernière, le choléra avait presque exclusivement sévi sur les classes pauvres et, en particulier, sur la population des faubourgs. Cette année, c'est le contraire. Les cas sont disséminés dans toute la ville, et beaucoup de personnes aisées ont déjà succombé.

Nous avons perdu une quinzaine d'officiers de tout grade et, dans le nombre, nous comptons : un médecin de 2e classe de la marine, un aide-médecin et un étudiant de l'École de médecine navale.

Le choléra s'attaque de préférence aux militaires et aux marins qui reviennent des colonies avec une santé épuisée; ceux qui sont atteints de dysenterie chronique ou de diarrhée de Cochinchine sont une proie presque assurée pour le fléau. Du reste, cette année, comme l'an dernier, depuis que l'épidémie a éclaté, les troubles gastro-intestinaux sont on ne peut plus communs dans la population. Tout le monde ressent l'influence cholérique et chacun la subit à sa façon.

Comme l'an dernier, la diarrhée prémonitoire est la règle, mais on a observé aussi des cas dans lesquels l'invasion a été brusque et sans aucun avertissement préalable.

Cette année, la maladie affecte un caractère insidieux qu'elle ne présentait pas l'an dernier. Très souvent des cas, qui semblaient bénins à leur début, se terminent par la mort en quelques heures, sans que rien ait pu le faire prévoir.

Dans des cas très graves, les évacuations ne sont ni nombreuses, ni abondantes ; les crampes sont à peine sensibles, la face est plutôt grise que cyanosée, le malade ne souffre pas, sa figure exprime le calme ; mais il se refroidit, son pouls s'efface et il meurt sans réaction, sans lutte. Lorsque la réaction s'établit, la guérison n'est pas assurée pour

©BIU Santé

cela ; après deux ou trois jours d'un état satisfaisant en apparence, le malade est pris d'agitation, puis il survient des convulsions, du coma, et la mort arrive par urémie, la suppression d'urine s'étant maintenue.

Parmi les moyens de traitement qui ont été mis en usage à l'hôpital de Saint-Mandrier, il en est un sur lequel M. Rochard désire appeler l'attention de l'Académie, parce qu'il a été à même d'en constater les bons effets. Ce sont les injections intra-veineuses de sérum artificiel.

Elles ont été mises en usage par M. le professeur Rouvier, sur 14 malades, du 17 au 27 août. Tous étaient arrivés à la période de collapsus, caractérisée par l'algidité, la cyanose et une diminution très notable de la sensibilité et de l'intelligence.

M. Rochard a été témoin de quatre de ces opérations. Dans tous les cas, l'effet a été marqué. Le pouls a reparu, est devenu régulier et facile à compter, la figure s'est animée, l'œil a repris de l'éclat, le malade, en un mot, a semblé se ranimer. Dans la plupart des cas, ces effets n'ont pas été durables. Cependant sur 14 malades deux sont guéris, trois peuvent être considérés comme en convalescence et, sur neuf qui ont succombé, trois ont eu une amélioration sensible. Une proportion de 5 guérisons sur 14 cas n'a sans doute rien de bien encourageant ; cependant, si l'on réfléchit à ce fait que les 14 malades semblaient condamnés et que, chez la plupart, il s'est produit une amélioration sensible, on se sentira porté à persévérer dans cette voie si rationnelle du reste.

Les injections intra-veineuses ont été pratiquées par M. Rouvier avec le transfuseur à pompe, de Collin. Le liquide dont il s'est servi est le sérum artificiel, recommandé par M. Hayem, soit, pour 1,000 grammes d'eau distillée, 5 grammes de chlorure de sodium et 10 grammes de sulfate de soude. La quantité injectée a varié de 700 grammes à 1,000 grammes. Il a fallu le plus souvent y revenir à plusieurs reprises. Les veines choisies pour l'opération étaient la médiane basilique et la saphène interne. Dans aucun cas, la petite plaie, immédiatement pansée par la méthode de Lister, n'a donné lieu au plus léger accident.

M. Peter dit avoir reçu, de M. le docteur Trastour (de Marseille), une brochure fort bien faite sur l'épidémie de choléra qui a régné à Marseille, en 1884. Ce médecin a eu à soigner, pendant cette épidémie, un nombre de cholériques qui ne s'élève pas à moins de 541. Il dit avoir pratiqué six fois les injections intra-veineuses de sérum artificiel, et avoir eu six insuccès. Un de ses collègues a fait quatre fois cette même opération sans plus de succès.

M. Marey donne lecture du rapport de la commission d'enquête sur l'épidémie de choléra de 1884 Voici les conclusions de ce volumineux et remarquable travail :

1° Dans les régions de France d'où sont venues à la commission les réponses des médecins, le choléra n'est apparu, en général, que provenant d'un pays contaminé antérieurement. Dans les trois quarts des cas, cette importation a été reconnue, et, pour l'autre quart, l'importation est plus que probable.

2° Si l'on s'en rapporte exclusivement aux conclusions contenues dans ce rapport, le choléra se développe avec moins d'intensité dans les centres populeux que dans les petites localités. C'est donc une fâcheuse erreur qui, en temps d'épidémie, pousse les habitants des villes à s'enfuir dans les campagnes.

3° La malpropreté en général, et surtout la mauvaise habitude de projeter partout les déjections humaines, est la cause dominante de la propagation de la maladie en temps de choléra, car les déjections d'un malade, qui ne présente qu'une diarrhée légère, peuvent renfermer les principes du choléra le plus grave.

4° Le principe du choléra est souvent transporté par les eaux souillées des déjections d'un malade, et c'est d'ordinaire en buvant ces eaux qu'on prend la maladie.

5° Les orages, qu'on voit si souvent précéder ou aggraver les épidémies de choléra, agissent en souillant les eaux potables dans lesquelles sont entraînés les immondices répandus sur le sol.

6° C'est parce que les eaux potables y sont ordinairement bien captées et préservées de souillure que les villes offrent moins de prise à l'expansion du choléra. Quelques villes, toutefois, alimentées d'eaux de rivière, perdent à cet égard leur privilège.

7° Dans toute localité, les quartiers les plus dangereux à habiter, en temps d'épidémie de choléra, sont ceux qui occupent les parties basses, voisines des rivières, et ceux où l'on consomme de l'eau dont la pureté n'est point certaine.

8° La désinfection des maisons habitées par des cholériques, celle de leurs déjections, des linges ou objets souillés, pratiquée conformément aux prescriptions du Comité consultatif d'hygiène, est une mesure préventive indispensable. Elle semble avoir plusieurs fois éteint l'épidémie à son début.

Mais, pour être entièrement efficace, cette désinfection exige de la part des médecins une grande vigilance, car la méconnaissance des premiers cas de choléra, et même celle d'affections cholériques fort légères, laisse souvent se produire la contamination des eaux et la propagation de la maladie.

9° Les chances de contracter le choléra semble accrues par la vieillesse, l'épuisement, la première enfance, mais elles le sont encore par l'alcoolisme, la malpropreté générale et la négligence des soins corporels.

10° Une première atteinte de choléra ne semble pas conférer d'immunité, même pour un temps fort court, puisque des récidives assez nombreuses se sont produites pendant la courte durée d'une épidémie.

Sur la proposition de M. LE PRÉSIDENT, la discussion du rapport de M. Marey est remise à trois semaines. (Adopté.)

— La séance est levée à quatre heures quarante-cinq.

VARIÉTÉS

DE L'EMBAUMEMENT ET DE LA PRÉSERVATION DES CORPS.

Sous cette rubrique, M. Santer fait connaître une méthode qui permet de prévenir la putréfaction et dont l'emploi pourrait être exigé, en modifiant le manuel opératoire, pour la conservation des pièces anatomiques aussi bien que pour l'embaumement. Elle consiste à injecter avec une seringue trois à quatre litres d'un liquide ainsi composé : acide phénique, 1 partie ; glycérine, 10 parties ; alcool, 5 parties ; et eau, 40 parties

Ce procédé en assure la conservation temporaire, mais si on veut rendre celle-ci plus durable, on le fait suivre d'une autre injection abondante, avec une solution au tiers de chlorure de zinc dans l'eau teintée par la fuchsine, ou avec une solution de sulfate d'albumine colorée par la cochenille. La surface du corps est alors enduite d'une couche de vaseline ou d'un vernis à la sandaraque additionné d'acide phénique. On a soin de remplir les cavités avec de l'ouate au sublimé, ou des étoupes trempées dans la glycérine phéniquée à 5 pour 100. — C. L. D.

THÈSES POUR LE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON, PENDANT LE 3e TRIMESTRE DE L'ANNÉE SCOLAIRE DE 1885 (JUILLET-AOUT).

Truc (M.-H.) : Essai sur la chirurgie du poumon. — Trabaud (J.-J.-B.) : Contribution à l'étude de la péritonite tuberculeuse chez l'adulte. — Trossat (François) : De l'ankylostome duodénal ; ankylostomasie et anémie des mineurs. — Jaboulay (Mathieu) : Le microbe de l'ostéomyélite aiguë. — Michel (Henri) : Contribution à l'étude de l'anémie transitoire dans quelques maladies du système nerveux. — Laurent (Gilbert) : Du traitement de la névralgie sciatique par l'élongation non sanglante du nerf. — Perret (Jean-François) : Étude clinique sur l'ostéomyélite gommeuse des os longs. — Rafin (Maurice) : Du myxome diffus du tissu cellulaire des membres. — Bastard : Contribution à l'étude de l'uréthrite chronique. — Garabet (Nazaret) : Essai sur le traitement chirurgical de la contracture permanente infantile. — Gaudens (Édouard) : Essai sur la relation existant entre la cause de l'urémie et son expression symptomatique. — Puig (Henri) : Contribution à l'étude de l'hérédité des tumeurs. — Thiodet (Émile) : Plaies tendineuses et musculaires ; indications et traitement. — Leclerc (François) : De l'existence fréquente

©BIU Santé

de la fièvre chez les chlorotiques. — Douillet (Paul) : Essai sur le mécanisme de la résorption biliaire dans l'ictère. — Perussel (Georges) : Traitement de l'ankylose angulaire du genou par l'ostéoclasie sus condylienne. — Zalgal (N.) : Troubles cardiaques de la ménopause. — Preneux (Auguste) : Étude sur la taille hypogastrique. — Plante (Lucien-A.-G.) : Essai sur la genèse et le traitement des abcès du sein. — Comte (Léon) : Étude sur quelques cas d'anévrysmes traités par l'extirpation du sac ou méthode de Purmann.

FORMULAIRE

POTION CONTRE LA BRONCHITE FÉTIDE. — Lancereaux.

Hyposulfite de soude	4 à 5 grammes.
Julep gommeux.	120 —

Faites dissoudre. — A donner par cuillerées dans les 24 heures. — On peut continuer l'usage de cette potion pendant un mois ou six semaines, sans qu'il en résulte aucun trouble appréciable des fonctions digestives, si ce n'est parfois, chez les phthisiques, un peu de dérangement intestinal. L'effet de l'hyposulfite ne se manifeste qu'au bout d'une semaine et plus. L'odeur de gangrène s'atténue, la secrétion bronchique diminue ; les crachats deviennent plus visqueux, et leur coloration grisâtre disparaît. — De temps à autre, la fétidité de l'haleine et des crachats peut se faire sentir de nouveau ; mais elle ne dure pas, et elle continue de s'amoindrir, jusqu'à ce qu'elle disparaisse complétement. — N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Magiorani, professeur à la Faculté de médecine de Rome, décédé à l'âge de quatre-vingt-cinq ans.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le traitement des pharmaciens en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine est fixé ainsi qu'il suit :

Sainte-Anne : 3e classe, 5,000 francs ; 2e classe, 5,500 francs ; 1re classe, 6,000 francs.

Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse : 3e classe, 4,000 francs ; 2e classe, 4,500 francs ; 1re classe, 5,000 francs.

Le passage d'une classe inférieure à une classe supérieure ne pourra avoir lieu que par périodes de cinq cents francs (500 fr.), et qu'après trois ans au moins d'exercice dans la classe immédiatement inférieure.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Le docteur Landouzy, agrégé, remplaçant M. le professeur Hardy à la Charité, a commencé, mardi 1er septembre, ses conférences cliniques et les continuera les mardis et samedis suivants à dix heures. Visite tous les jours à 9 heures.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Le nombre des places d'agrégés près les facultés de médecine mises au concours est porté de quarante-huit à quarante-neuf.

Cette quarante-neuvième place sera comprise dans la section d'anatomie et de physiologie, et sera réservée à la Faculté de médecine de Paris.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — L'Association française pour l'avancement des sciences a choisi la ville de Nancy pour siège de sa quinzième session, en 1886. Cette session sera présidée par M. Friedel, membre de l'Institut et vice-président du Congrès de Grenoble. L'Association a élu pour vice-président, en 1886, M. le docteur Rochard.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Des morphiomanes, des opiophages et des fumeurs d'opium. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Epidémie cholérique de 1885. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie.

REVUE CLINIQUE

Des morphiomanes, des opiophages et des fumeurs d'opium.

Le procès de la morphine est toujours ouvert. Chaque année, il donne lieu à la production de documents; témoin, en 1883 et en 1884, pour en citer quelques-uns seulement, les thèses de MM. Walter et Janet, les leçons de MM. Magnan et Ball et le remarquable mémoire de M. Notta. En même temps que cette instance se poursuit surtout en Europe, un certain nombre de médecins américains continuent avec énergie la campagne, entreprise depuis longtemps aux Etats-Unis, contre « les habitués de l'opium », et s'efforcent d'ébaucher une médication curative des accidents morbides dont les fumeurs et les mangeurs de ce narcotique sont victimes.

La morphiomanie et l'opiophagie restent donc à l'ordre du jour des débats scientifiques dans les deux mondes ; elles partagent ce privilège avec l'alcoolisme.

Depuis Livenstein, est-il besoin de le rappeler, on désigne sous le nom de morphiomanie l'irrésistible désir d'abuser de la morphine comme tonique ou comme stimulant, et sous celui de morphinisme l'état morbide conséquent de l'emploi excessif de cette substance. Cette définition en vaut une autre; elle est universellement acceptée. Seulement, en la commentant, il a fallu fixer l'espace de temps après lequel les accidents se produisent.

Cette détermination possède une réelle utilité clinique pour limiter la durée maxima des traitements par la morphine. M. Livenstein l'évaluait à

FEUILLETON

CAUSERIE

La fin d'une idylle.

..... Le jeune homme ayant fait sa demande, la jeune fille consentant avec joie, les deux familles étant d'accord, on les avait fiancés. Ce furent dès lors des réunions de tous les jours, de tous les instants, pendant lesquelles les amoureux se parlaient tout bas en rougissant et se livraient à ces petits manèges qui sont comme les mathématiques élémentaires de l'amour, les mathématiques spéciales étant réservées pour plus tard, après la cérémonie.

Un soir donc qu'on était rassemblé, le fiancé, toujours en quête de prétextes pour organiser des tête-à-tête avec sa future, se plaignit de la chaleur et proposa de se mettre à la fenêtre pour trouver un peu de fraîcheur, tout en contemplant les étoiles. La manœuvre, sagement combinée, réussit aussitôt, et, dans la large embrasure de la fenêtre qu'on venait d'ouvrir, les amoureux prirent place, loin des regards des parents qui connaissaient leurs devoirs et se plongeaient au même moment dans l'admiration de plusieurs albums.

Tout le monde sait combien sont délicieuses les heures que l'on passe avec un être

©BIU Santé

six ou sept mois. Ici M. Notta (1) arrive à des conclusions différentes, et déclare que les accidents du morphinisme se manifestent plus hâtivement.

Au reste, pour cette évolution, il me semble qu'on doit distinguer les conditions étiologiques où la morphiomanie se produit ; M. Zambaco a voulu le faire en divisant les morphiomanes en trois catégories. De ces malades, les uns sont en puissance de maladies douloureuses chroniques et en obligation de recourir quotidiennement à ce médicament. Les autres, antérieurement atteints d'affections douloureuses, maintenant disparues, persistent dans les habitudes contractées pendant la maladie. Le troisième groupe est celui des individus s'adonnant à la morphine comme d'autres se livrent aux excès alcooliques, à l'absinthe ou bien au haschich.

Plus simplement, il me semble, je les diviserais en morphiomanes par nécessité et morphiomanes par passion. Le morphiomane *par nécessité* emploie la morphine dans un but thérapeutique; les morphiomanes *par passion* en ont pris par goût les habitudes. Taxer cette distinction de futilité ou de byzantinisme serait une erreur; à preuve son importance pour le pronostic définitif et la curabilité de la maladie.

Le tableau symptomatique du morphinisme laisse bien peu à désirer après les descriptions de MM. Livinstein, Calvet, Landowski, Jacquet et d'autres observateurs. Aussi, dans leurs récents mémoires, les auteurs ne s'arrêtent guère sur la séméiologie. Néanmoins, à mesure que les faits cliniques se multiplient, on reconnaît que le diagnostic présente parfois de réelles difficultés.

Dans le doute, on se rappellera donc utilement avec M. Notta la multiplicité des indurations et des abcès sous-cutanés, accusateurs d'injections hypodermiques et d'habitudes morphiniques invétérées. On cherchera la présence de la morphine dans les urines ; ce signe, il est vrai, possède seu-

(1) *Archives générales de médecine*, octobre et novembre 1884. La morphine et la morphiomanie.

aimé dans l'embrasure d'une fenêtre ; l'embrasure de fenêtre est, en effet, le premier élément d'architecture que nous font connaître les embrasements de l'amour, pour nous pousser ensuite à une étude approfondie des placards, escaliers de service, portes dérobées, dessous de lits, gouttières et même cabinets d'aisance, la fin, en toute chose, justifiant les moyens.

Mais la grande félicité que s'étaient promise nos fiancés fut de courte durée ; à peine eurent-ils humé les premières bouffées de la brise du soir, que la jeune fille, en colère et fort mal à son aise, s'en alla brusquement en lançant ces paroles à son futur :

« — Monsieur, c'est une horreur! Ne remettez plus les pieds chez nous ; je ne serai jamais votre femme! »

Que s'était-il passé? Tout simplement ceci : par la fenêtre ouverte, le vent avait apporté ces odeurs qui se répandent toutes les nuits dans Paris, et la jeune fille, très sensible aux parfums, en avait été suffoquée, en même temps que dans son ingénuité elle en attribuait la cause à quelque oubli silencieux de son voisin. Malgré les protestations de son entourage, malgré les démonstrations réitérées de son père, qui n'eut aucune peine à lui prouver que c'était tous les jours la même infection, il fut impossible de faire revenir la pauvre enfant sur sa cruelle détermination ; et le mariage, qui allait se conclure avec tous les présages du bonheur, fut ainsi rompu à cause des odeurs de Paris. Voilà certes un dénouement qui n'a rien à envier, comme tragique, à l'aventure de Roméo et Juliette.

lement une valeur relative. En effet, cette élimination par les reins, commençant peu de temps après l'absorption, s'achève douze à cinquante heures plus tard, de sorte qu'on peut arriver hors de temps pour en déceler les réactions dans l'urine.

Avec Harley ou n'oubliera pas que l'administration de certains médicaments, tels que la jusquiame et ses sels, par exemple, en exagère les manifestations (1).

Enfin, avec M. Lancereaux, on distinguera le morphinisme de l'alcoolisme par le défaut d'expectoration matinale, par l'absence de tremblement buccal et par la rapidité de l'amaigrissement.

Voici, dans l'histoire du morphinisme, un autre point d'aussi grand intérêt. M. Notta remarque, après d'autres, d'ailleurs, l'exagération des accidents morphiniques après une brusque interruption de la morphine. On observe alors des troubles cérébraux, semblables à ceux de l'alcoolisme aigu, du délire furieux, d'après M. Jacquet, des spasmes musculaires et des convulsions cloniques. De plus, autre analogie sur laquelle M. Petit avait attiré l'attention, le morphinisme entraîne un état constitutionnel qui prédispose les blessés aux hémorrhagies secondaires, aux suppurations et à la gangrène. Cette opinion de M. le professeur Verneuil est de nouveau confirmée par les travaux récents (2).

Il est une autre question, un peu trop négligée; j'entends parler de la susceptibilité à la morphine en rapport direct avec le développement cérébral de l'individu et avec sa race. Cl. Bernard avait noté des différences chez les animaux, parmi lesquels les plus sensibles à la morphine sont ceux dont le développement cérébral est le plus grand. Au reste, Buchneim n'a-t-il pas justifié ce fait en montrant que l'intoxication morphinique des hommes des races européennes est plus rapide que celle des individus des races inférieures?

(1) *Med. Times and Gaz.*, 1868, t. I, p. 376.

(2) Petit. Des accidents qui peuvent survenir chez les morphiomanes; morphinisme et traumatisme. (*Bull. de thérap.*, 1879, p. 119.

*
* *

Peut-être ce drame intime n'est-il pas le seul qu'il faille imputer aux puanteurs de la capitale; peut-être sont-elles responsables d'autres malheurs plus grands, d'autres mariages manqués, ou de résolutions plus funestes encore; quelles extrémités ne doit-on pas craindre de la part d'une population soumise quotidiennement aux supplices de la nausée et de l'asphyxie? C'est pourtant ce qui arrive aux Parisiens depuis deux ou trois mois.

Chaque soir, à la tombée de la nuit, l'air respirable est remplacé par ce méphitisme particulier, qui rend la promenade impossible et nous force à rester enfermés dans nos logis. Quelquefois, le même agrément se produit dans la journée, mais la chose est plus rare; le soir et dans la nuit, il ne manque jamais. C'est le refroidissement nocturne et la condensation des couches inférieures de l'atmosphère qui font tomber sur Paris ces vapeurs odorantes, tandis que la chaleur du jour les dissipe et nous en préserve. Le phénomène se reproduit avec la même régularité que la rosée sous les tropiques; mais je défie bien les poètes de tirer le moindre parti de cette rosée-là.

D'où viennent ces odeurs? Les uns prétendent qu'elles se dégagent des égoûts; ils en sont innocents, et la visite des égoûts le prouve; on y perçoit à peine une légère exhalaison, rappelant l'odeur des caves, et incapable d'empester tout Paris. On a attribué aussi ces miasmes à la décomposition des détritus de toute sorte répandus à la surface du sol; ce n'est pas là davantage leur véritable origine. Les odeurs en question ne

©BIU Santé

Cette influence de la race est un élément dont on doit tenir compte dans l'analyse des phénomènes de l'opiophagie. Gubler recommandait ce fait à l'attention des thérapeutes administrant l'opium (1). Mais si la question des races joue un rôle, on doit admettre, avec Cl. Bernard, que l'intensité des phénomènes et leur forme dépendent aussi de la nature du dérivé de l'opium dont on fait usage.

L'extrait aqueux d'opium qu'il administrait aux animaux provoquait des phénomènes plus intenses que la morphine.

Les médecins européens observent surtout des cas de morphinisme et de morphiomanie. Ils ont rarement l'occasion de donner leurs soins aux mangeurs et aux fumeurs d'opium. Or, quand on consulte les travaux des médecins américains qui, depuis quelques années, observent des opiophages et des fumeurs d'opium parmi leurs compatriotes, on remarque la violence des phénomènes dont leurs malades sont atteints. Ils ont donc une réelle expérience de l'opiophagie, et les méthodes thérapeutiques dont ils font usage peuvent être mises à contribution et à profit pour le traitement de la morphiomanie (2).

Les uns et les autres sont d'accord pour reconnaître le danger de la suppression brusque de la morphine et de l'opium et les accidents auxquels elle expose. M. Notta avait donc un motif légitime de poser comme une indication la nécessité de diminuer graduellement le titre des solutions hypodermiques de l'alcaloïde, ou de les remplacer simultanément par l'administration d'autres préparations opiacées par la voie buccale.

Cette méthode est contraire à la pratique de Livinstein, d'Obersteiner et d'autres médecins allemands qui, sans hésitation et d'une manière générale, prescrivent la suppression brusque de la morphine. Elle se rapproche plutôt du traitement de Bœsch qui en tempérait la rigueur en la prescrivant seulement aux morphiomanes vigoureux. M. Mattison est de ceux qui

(1) Gubler et Leblanc. Leçons de thérapeutique, p. 130.

(2) Bury. Morphiomanie. (*The medical chronicle*), février 1881, p. 425.

viennent pas du sol, elles arrivent par l'air; elles ne montent pas, elles descendent; aussi les étages supérieurs des maisons en sont-ils les premiers et les plus gravement affectés; ce qui est particulièrement agréable pour les pauvres gens qui habitent les mansardes, et dont la principale distraction en été consiste à se mettre à la fenêtre en manches de chemise pour respirer un peu. Ce qu'ils respirent alors est quelque chose à la fois de fade et d'un peu âcre, qui prend légèrement à la gorge et qui surtout soulève le cœur et provoquerait sans peine l'indigestion et le vomissement à dose un peu plus concentrée. C'est une odeur spéciale, caractéristique, inutile à décrire pour les Parisiens qui ont le bonheur de s'en saturer.

Elle prend naissance dans certaines usines établies au nord de Paris, et c'est de là que tous les soirs un vent malin nous l'apporte; aussi les quartiers qui confinent à cette région n'en perdent-ils pas une bouffée. Mais cette manne céleste ne se limite pas toujours aux pentes qui descendent de Montmartre, de la Villette et de la Chapelle; elle s'étend souvent jusqu'à l'autre bout de Paris, et, après les journées chaudes, par les temps calmes, les locataires de l'avenue de l'Observatoire ne sont pas moins favorisés que ceux de la rue Lafayette.

J'ignore quelles sont au juste les industries et les usines qui donnent lieu à ces émanations désagréables; on cite, à ce sujet, les fabriques de noir animal, ou de sulfate d'ammoniaque, ou les raffineries de sucre. Je n'ai aucune donnée là-dessus, et ne me suis pas donné la peine de remonter à la source des odeurs de Paris, puisqu'elles ont la bonté de venir me trouver chez moi. Ce que je sais, et tous mes concitoyens le savent

regardent la pratique des médecins allemands comme une sorte « d'attentat à la vie des morphiomanes ».

A la stimulation des centres nerveux par la morphine, on a substitué celle du thé, du café ou de l'alcool. Ici, toutefois, l'accord n'est pas unanime, et contrairement aux prescriptions de nos compatriotes, M. Mattison (1) redoute l'usage de l'alcool. « L'employer, dit-il, c'est courir risque d'exposer le morphiomane d'un danger à un autre et de substituer les accidents de l'alcoolisme à ceux du morphinisme.

On propose de combattre l'insomnie par le chloral, le chloroforme et le bromure de potassium, qui, pour certains médecins, est devenu le principal agent d'un traitement systématique. On recommande encore les injections sous-cutanées d'éther contre la prostration et le collapsus, l'hydrothérapie et les exercices physiques pour restaurer la nutrition générale.

Après la diminution graduelle de la consommation quotidienne de l'opium, M. Lett prescrit la quinine à haute dose, le cannabis indica, et, pendant les crises, une solution d'acide phosphorique administrée d'heure en heure par doses de 10 gouttes, et pendant trois heures (2). Cette pratique n'est pas nouvelle, Gubler recommandait la quinine à doses modérées, escomptant son action pharmaco-dynamique opposée à celle de l'opium. Pour assurer l'administration de ce médicament sans provoquer l'intolérance gastrique, il le donnait en lavements.

L'indication principale du traitement de M. Mattison a pour objet la sédation nerveuse et l'atténuation consécutive de l'excitabilité réflexe au moyen de l'administration méthodique des bromures. Il augmente leur dose proportionnellement à la diminution graduelle de la quantité d'opium.

(1) Mattison. Treatement of opium addiction. (*Saint-Louis, Courier of med.*, déc. 1884, p. 48, et *med. Times and gaz.*, 1877, t. I, p. 320.)

(2) Lett. The opium habit and its treatement. (*The Canadian practitioner*. Octobre 1884, p. 301.)

aussi, c'est que Paris ne sent pas bon dans cette saison, et qu'il y a là une lacune grave dans la coquetterie et peut-être aussi dans l'hygiène de la grande ville. S'il existe à proximité de Paris ou dans son enceinte même des établissements industriels qui nous empestent à jet continu, il faut éloigner ces usines ou trouver les moyens de rendre leur fumée inoffensive pour l'odorat ; on ne peut condamner les Parisiens à vivre une partie de l'année en se bouchant le nez, et c'est à quoi sont réduits aujourd'hui tous ceux que la nature n'a pas heureusement affligés d'un coryza chronique. Il y a assez de causes d'infection dans les villes, pour qu'on s'attache à faire disparaître les plus tangibles et les plus persistantes comme celle dont nous nous occupons. Or il n'est pas impossible qu'au lieu de s'atténuer, cette infection aille plutôt en augmentant, car d'année en année, elle semble avoir plus de force et durer plus longtemps pendant la belle saison.

Comme tout est dans tout, et notamment la gaîté dans les choses les moins folâtres en apparence, cette question des odeurs de Paris a donné lieu récemment à un épisode d'un comique achevé. Personne n'ignore que nos conseillers municipaux ont un flair très subtil, qui leur est d'ailleurs indispensable pour dépister les tentatives de corruption dont ils sont l'objet ; ils se sont donc aperçus tout de suite de la corruption que subissent l'oxygène et l'azote dans l'air de Paris, et ils en ont demandé la raison aux autorités compétentes. Une explication joyeuse, sinon satisfaisante, leur a été fournie par M. le Directeur des travaux de Paris : en effet, a dit ce haut fonctionnaire, il y a de mauvaises odeurs dans Paris. Nous le savons parfaitement, tout le monde en est incommodé ; mais que l'on se rassure ; ces odeurs ne sont pas nuisibles pour la santé.

©BIU Santé

Au début, le malade prend quotidiennement environ 4 grammes de bromure. De deux en deux jours, cette dose est augmentée de 1 gramme 30 centigrammes, c'est-à-dire jusqu'à 7 ou 8 grammes. Après environ un septénaire, du huitième au dixième jour, on supprime l'usage de l'opium.

L'inconvénient de la médication bromurée est de provoquer des troubles gastriques. Pour les prévenir, le bromure de sodium est donné en plusieurs prises, et chacune d'elles diluée dans quelques cuillerées d'eau. Sous son influence, vers le deuxième ou le troisième jour, la sécrétion rénale s'active; on constate de l'assoupissement, le malade éprouve une légère incoordination des mouvements des doigts, et, quelquefois, comme le signale M. Mattison, une aphasie passagère. C'est donc là une application du bromisme thérapeutique si souvent préconisé et pratiqué par les neuropathologistes du Nouveau-Monde.

Ce traitement est contre-indiqué dans les cas où les accidents morphiniques surviennent chez des individus en puissance de cardiopathies, ou bien d'affections pulmonaires. Enfin, la débilité générale peut être telle qu'on doit, avant l'établissement du traitement, mettre à contribution toutes les ressources de la médication tonique.

Dans d'autres cas, il est utile de combiner l'emploi du bromure avec celui de l'opium : on alterne d'un jour à l'autre, et aux mêmes heures, l'administration de l'une et de l'autre de ces substances, ou bien on prescrit le cannabis indica à faibles doses, et surtout la coca seule ou associée au capsicum. Ces moyens sont d'efficacité pour vaincre l'agitation et l'insomnie, troubles morbides consécutifs à la suppression de l'opium et de la morphine.

Parmi les obstacles au traitement interne, M. Livinstein mentionne les vomissements; mais ceux-ci sont loin d'être constants. M. Mattison ne les a jamais observés. Il n'y a donc guère lieu de les redouter. Par contre, l'un et l'autre redoutent plus les douleurs névralgiques, et sont en accord pour les combattre par les toniques, le fer et la coca, tandis qu'à l'exté-

---

Ainsi, nous continuerons à être empestés, et nous aurions tort de nous en plaindre, puisque la chose est sans danger pour la santé publique. « Ce n'est pas que ça soit sale, mais ça tient de la place, » disait l'Auvergnat trouvant un soulier d'enfant dans sa soupe; ainsi des odeurs de Paris; elles tiennent de la place, mais ne sont point sales ni malfaisantes. Nous voilà donc rassurés, et fixés sur la parfaite résignation de nos édiles; car l'argument ainsi présenté au Conseil municipal nous enlève tout espoir qu'on s'occupe de nous désinfecter, puisque la santé publique n'est pas compromise. Je pense que, par analogie, M. le Directeur des travaux de Paris ne ferait aucune objection aux invités qui viendraient à ses soirées avec une brouette de fumier, ou frottés d'ail et d'asa-fœtida; cela ne sentirait pas bon, mais serait sans influence sur la santé.

Il y a ainsi quantité de choses qui n'attaquent point la santé, et que la police interdit néanmoins dans les villes. Pourquoi, par exemple, n'a-t-on pas le droit de sonner du cor de chasse à discrétion ? Est-ce que cet exercice peut être mauvais pour la santé ? S'il me prenait fantaisie de me déguiser en sauvage et de parcourir les Champs-Elysées avec une boîte de conserves sur la tête, une arête de poisson dans le nez et un vieux plumeau sur l'estomac pour tout costume, les sergents de ville me chercheraient noise; mais je ne serais pas embarrassé, et me faisant immédiatement conduire devant M. le Directeur des travaux de Paris, je le prierais de certifier que mon déguisement n'est point préjudiciable à la santé des Parisiens.

Cette affirmation, touchant les odeurs de Paris, peut n'être pas acceptée comme parole d'évangile. Est-on bien sûr qu'elles soient sans le moindre danger pour la salu-

rieur, on les combat avantageusement par la galvanisation simple ou alternant avec la faradisation et par les applications locales d'éther, dont sont aussi justiciables la dyspnée, la céphalalgie et les douleurs lancinantes des pieds.

Le régime hygiénique étant de majeure importance, et l'augmentation de poids du malade donnant la mesure des succès obtenus, on admet facilement l'opportunité de l'isolement, du repos et d'une surveillance attentive, ayant pour prochaine conséquence, à l'instar de ce qui se passe en Allemagne et aux Etats-Unis, l'internement volontaire dans des asiles ou des maisons de santé.

Que conclure de ces travaux? Qu'à l'heure actuelle, la morphiomanie et l'opiophagie sont séméiologiquement bien connues, que les mémoires comme ceux de MM. Notta, Mattison et autres assurent leur diagnostic, déjà établi par des observations antérieures, avant lesquelles celles de M. H. Huchard éclairaient vivement la question, mais que les thérapeutes sont loin d'être unanimes dans leurs prescriptions. Tout n'a donc pas été dit, et, à ce dernier point de vue, un verdict définitif serait prématuré dans le procès de la morphine et de l'opium. Il faudrait à nouveau, sans doute, en appeler à la médecine expérimentale. Ch. E.

BIBLIOTHÈQUE

La doctrine microbienne de la fièvre jaune et ses inoculations préventives, par M. Domingo Freire, 1885. — Rio-de-Janeiro.

Depuis six ans bientôt, M. Domingo Freire, poursuit la recherche du microbe de la fièvre jaune. Il a vu dans le sang des micrococques auxquels il attribue un rôle pathogène dans le vomito ; il les a cultivés dans un bouillon de culture, a suivi leurs transformations successives, et, par l'analyse chimique, a noté la production d'une ptomaïne aux dépens des enveloppes cellulaires de ces microbes.

Cette première série de travaux avait pour objet d'établir l'origine microbienne de la

---

brité de la ville ? Cela est possible; mais le contraire aussi est possible, et même infiniment plus probable, quoique l'action des parfums sur l'organisme ne soit pas toujours en rapport avec leur plus ou moins de suavité. Voyez le mancenillier, il fleure mieux que benjoin et civette, et cependant la moindre grappe de ses fleurs, placée sous le nez d'un baryton de forte taille, suffit pour le conduire en un clin d'œil du délire à la mort. Les odeurs de Paris sont peut-être l'inverse du mancenillier, pestilentielles mais hygiéniques.

* * *

Au moment où je terminais ce feuilleton, un lecteur influent de l'*Union médicale* est venu me voir pour se plaindre à moi de mes *Causeries*; il leur trouve toute sorte de défauts, que je ne citerai pas, de peur de faire partager ces très justes griefs à beaucoup de gens qui ont pu ne pas s'en aviser encore. J'ai écouté mon homme, et, quand il a eu fini son réquisitoire, je l'ai toisé d'un regard, et lui ai répondu que si mes *Causeries* laissent à désirer sous beaucoup de rapports, et même sous tous les rapports, du moins on peut déclarer qu'elles ne sont pas nuisibles pour la santé.

P. Dubray.

©BIU Santé

fièvre jaune, et l'étude morphologique du microbe xanthogénique. M. Domingo Freire a été plus loin ; il s'est efforcé de produire un virus atténué et bénin ; en un mot le vaccin de la fièvre jaune. Le gouvernement brésilien l'a autorisé à pratiquer sur l'homme des vaccinations au moyen du liquide des cultures atténuées. Le récit de ces 414 vaccinateurs se trouve dans le livre actuel.

M. Domingo Freire n'est pas de ceux qui cherchent à tirer un profit commercial de leurs travaux scientifiques ; il demande au lecteur un jugement, et non pas une aveugle approbation. Ce volume contient donc le récit de recherches dont on peut contester les résultats, mais non soupçonner la sincérité. Il est encore instructif pour le clinicien par ses chapitres d'anatomo-pathologie, de médecine expérimentale ; les données relatives à l'étiologie du vomito, à l'immunité spécifique ou acquise pour le virus xanthogénique, à la conservation des germes dans le sol des cimetières, etc.

La thérapeutique et la prophylaxie de cette maladie ont vivement préoccupé l'auteur. Le salicylate de soude paraît être un des agents anti-parasitaire du microbe xanthogène ; mais « ce n'est pas un médicament infaillible, ni le *nec plus ultra* de la thérapeutique de la fièvre jaune ». On peut donc mettre en doute la puissance de cet agent comme celle de tant d'autres médicaments tour à tour préconisés et abandonnés.

Ecrit sous l'inspiration du gouvernement brésilien et de l'empereur Don Pedro, ce volume est la plus sage réponse que M. Domingo Freire pût donner à ses critiques. On peut discuter ses conclusions, mais on doit reconnaître la probité et la valeur de son travail. — Ch. Eloy.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS.

Cysticerque sous-conjonctival, par M. le docteur E. Ducı. (In *Gazzetta degli ospitali*, n° 45, p. 354, 355.) — Un jeune enfant de 8 ans est amené à la poliambulance de Milan, dans la section d'oculistique dirigée par M. le docteur Pierd'houy, pour une petite tumeur du volume d'une noisette, située à l'angle interne de l'œil gauche. Aucun antécédent morbide n'est à relever chez cet enfant. La tumeur, recouverte de la conjonctive, est indolente, un peu mobile, ne cause qu'une gêne insignifiante au patient et n'a pas altéré la faculté visuelle.

L'enfant chloroformisé et cocaïnisé, le docteur Pierd'houy procède à l'ablation de la tumeur en disséquant délicatement la conjonctive à sa partie inférieure. Au premier coup de bistouri apparaît une membrane blanchâtre qui est attirée au dehors; on extrait de celle-ci, comme d'une coque, une petite masse opaque en forme de bourse de 8 millimètres de long sur 5 de large, que le microscope montre formée de la couronne des crochets appartenant au *cysticercus cellulosæ*.

Il n'y avait pas d'autre helminthe dans le corps de cet enfant.

La première observation de ce genre appartient à Baum et Sieboldt (1838); on en trouve encore quelques cas dans la littérature ophthalmologique, car ces faits s'observent parfois dans les membranes profondes de l'œil, dans ses humeurs et dans l'orbite. Fieuzal, sur 18,000 malades, n'a relevé qu'un cas de cysticerque sous-conjonctival sur une fillette de 3 ans. De Graefe, sur 80,000 sujets, n'a observé cette rareté que cinq fois, tandis qu'il a rencontré 81 cysticerques dans les tissus profonds de l'œil.

Sur l'opération de Porro, étude critique-statistique du docteur E. Trauzzi. (*Annali universali di medicina*, 1884, *Gazzetta medica italiana lombardia.*) — L'auteur a réuni patiemment les 150 opérations qui ont été faites en Europe du 1er octobre 1883 au 1er octobre 1884, et qui font suite aux statistiques publiées par Godson et Mangiagalli.

Ces 150 opérations sont divisées en quatre grandes classes :

La première renferme les cas favorables suivis de succès, au nombre de 49.

La seconde donne le chiffre des opérées dans de bonnes conditions, mais qui ont cependant succombé. Soit 28.

La troisième contient les opérations pratiquées dans de mauvaises conditions, et qui ont été suivies de mort, il y en a 52.

La quatrième, enfin, enregistre les succès obtenus dans les plus fâcheuses circonstances, le chiffre est de 21.

Sur ces 150 cas pris en bloc, il y a eu une mortalité de 53,33 pour 100; mais on doit noter que plus de la moitié des opérées était dans une situation défavorable. Ce n'est donc pas encore l'idéal; on peut cependant espérer que, par la suite, lorsque le *modus operandi* et les conditions hygiéniques nécessaires au succès opératoire seront mieux connus et appliqués plus uniformément à tous les cas, il y aura une moyenne de beaucoup supérieure.

Le spéculum des parturientes du professeur de clinique obstétricale de Pise, M. le docteur Minati. (*Gazzetta degli ospitali*, n° 55.) — Cet instrument était indiqué depuis longtemps en obstétrique, tant pour la thérapeutique que pour la partie didactique et diagnostique, car, en facilitant l'examen des femmes en couches, il permet, en outre, de pratiquer exactement et sûrement le toucher et les opérations obstétricales.

Il se présente, étant fermé, comme un spéculum ordinaire; ouvert, son diamètre peut varier, à la volonté de l'opérateur, jusqu'à donner un développement de 0,09 centim. 1/2 qui ne doit pas être dépassé. C'est une série de valves qui s'ajoutent les unes à côté des autres, comme dans le spéculum de Ségalas, dont il se rapproche beaucoup.

Sur la tuberculose pulmonaire, par M. le professeur de clinique de Naples, de Renzi. — Sur 31 malades atteints de phthisie pulmonaire, 17 hommes et 14 femmes, le traitement institué a été le suivant :

1° A l'intérieur, les toniques et les antiseptiques; parmi les premiers, le quinquina, le phosphate de chaux, etc ; parmi les seconds, la créosote, les carbonates alcalins et l'iodoforme ;

2° A l'extérieur, inhalations d'ozone, de vapeurs nitreuses, d'iodoforme, de térébenthine, avec expirations dans l'air raréfié et suivies d'inspirations d'air comprimé iodé.

Voici le résultat obtenu :

1 malade a été guéri; deux mois après sa sortie de l'hôpital, on n'entendait plus rien d'anormal dans sa poitrine;

2 autres ont eu une amélioration considérable;

3 ont également bénéficié du traitement ;

1 a aussi ressenti de bons effets de la cure, mais très légèrement ;

Enfin, 12 n'ont ressenti aucun changement dans leur situation et 3 sont morts.

L'auteur s'est particulièrement bien trouvé des inhalations, à l'exception toutefois de celles à réaction alcaline ; mais les alcalins, pris sous forme médicamenteuse à l'intérieur, ont produit l'augmentation du poids et l'amélioration de l'état général sur les deux tiers des cas; si l'on y ajoute les expirations dans l'air raréfié et les inspirations dans l'air comprimé iodé, on a le summum des bons effets qui ont été obtenus dans la clinique napolitaine. — Millot-Carpentier.

L'Epidémie cholérique de 1885.

Le choléra provençal paraît s'atténuer. A Marseille, le nombre des décès est descendu à 28, le 29 août; à 24, le 30; à 28, le 31; à 25, le 1er septembre; à 20, le 2 septembre. Pendant cette même période, 342 cholériques étaient en traitement à l'hôpital du Pharo.

Durant le mois d'août, 951 Marseillais ont succombé au choléra, dont 750 en ville et 206 dans les hôpitaux. Comme la mortalité totale de la ville était de 2,311 décès, la proportion des décès cholériques aux décès généraux aurait été de 41 p. 100, chiffres moins élevés que les coefficients de la mortalité cholérique en Espagne.

A Toulon, pendant le mois d'août, la mortalité a été de 216 décès et conséquemment proportionellement plus élevée que dans l'agglomération phocéenne.

©BIU Santé

Du 29 août au 2 septembre, l'état civil a enregistré 54 décès, et les hôpitaux avaient en traitement 449 cholériques, de sorte que la mortalité et la morbidité toulonnaises sont en augmentation.

Par contre, les environs de la ville sont peu contaminés, à la différence des villages du département des Bouches-du-Rhône où le choléra s'étend. A Saint-Chamas, les décès auraient été de 9 en trois jours. On en signalé aussi à Aubagne, Roquevaire, Gennos et quelques autres localités. Dans le département de l'Hérault, où existait, de çà et de là, des diarrhées suspectes, 1 décès aurait été observé le 1er septembre, à Montagnac.

J'omets de mentionner les cas signalés sur divers points du territoire français. Ce sont des rumeurs qui attendent leur confirmation.

En Espagne, l'épidémie entre vraisemblablement dans une période de décroissance. Du 28 août au 2 septembre, les invasions ont été évaluées à 17,600 et les décès à 5,750; conséquemment, la morbidité est en diminution de 1,000 cas par jour, malgré l'invasion définitive de la province de Cadix. La mortalité s'est aussi abaissée de 100 décès environ par jour. Il y a lieu de croire, d'après la marche graduellement descendante des courbes de morbidité et de mortalité, que cette atténuation sera durable et indique l'ouverture de la période de décroissance de l'épidémie au-delà des Pyrénées. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. J.-D. Tholozan adresse une note intitulée : *Le choléra et la peste en Perse sans le quarantaines.*

« Il y a vingt-huit ans bientôt que j'ai entrepris d'étudier, au point de vue de leur émergence et de leur développement en Perse, les deux maladies contagieuses dont l'Europe se préoccupe le plus. Ce sont des fléaux exotiques, comme on l'a dit, et depuis plus de trois cents ans on a cherché tous les moyens possibles d'empêcher l'introduction de l'un d'entre eux en Occident. L'autre, plus récent, ne nous est venu qu'en 1830, et dès lors sa prophylaxie a été l'objet de toutes les préoccupations du monde civilisé. Depuis l'origine des institutions quarantenaires, qui datent de plus de trois cents ans, la science sanitaire a-t-elle enregistré dans ses annales des faits bien constatés prouvant l'*utilité radicale, générale et absolue*, des mesures prescrites et appliquées ? A-t-on procédé, dans l'appréciation du degré d'utilité de ces moyens, avec toute la prudence et la rigueur nécessaires pour en déduire la connaissance exacte du bien produit ? Si l'on cherche à connaître la vérité à ce sujet, on arrive aux résultats suivants : La peste a disparu progressivement de l'Europe depuis la dernière moitié du XVIIe siècle. Dans le XVIIIe siècle, on ne compte dans l'Europe occidentale que l'épidémie de Marseille en 1720, et dans le XIXe siècle que celle de Noia, en Italie. Peu à peu, la peste s'est éteinte, même dans la Turquie d'Europe où elle n'a plus paru depuis 1837. On a attribué ce grand fait de la disparition du fléau à l'influence de la civilisation et du développement de l'hygiène parmi les nations européennes. Il y aurait peut-être à faire quelques restrictions à ce sujet ; je me bornerai aujourd'hui à mentionner une observation capitale : le mouvement lent de rétrogradation de la peste ne s'est pas arrêté à l'Europe, il s'est étendu à l'Anatolie, et, qui plus est, à l'Egypte, jadis la terre classique du fléau. On n'a pas manqué alors d'attribuer la cessation de la maladie, non plus seulement à l'hygiène qui est restée stationnaire en Asie, mais aux quarantaines appliquées plus régulièrement, a-t-on dit, en Turquie d'Asie depuis 1840. Or, j'ai démontré, il y a quelques années, qu'il est impossible d'attribuer, même aujourd'hui, aux quarantaines turques, toutes perfectionnées qu'on les suppose, l'arrêt des épidémies de peste qui, depuis 1858, se sont montrées dans ce pays. Ces maladies se sont arrêtées spontanément, il n'y a plus le moindre doute à ce sujet.

« Ces faits donnent à réfléchir ; je n'en ai pas conclu qu'il fallût abolir les quaran-

taines ; j'ai conseillé de les mieux appliquer et d'en étudier les effets d'une manière plus scientifique, que ces effets soient bons, nuls ou mauvais. La peste est une de ces maladies dont personne ne nie aujourd'hui la contagion ; pourtant, comme toutes les autres épidémies, elle a souvent, par une mystérieuse action, la propriété de se limiter spontanément ; c'est ce que j'ai vu en Perse, dans six épidémies, dont j'ai été, pour ainsi dire, témoin. Il n'y a pas, et il n'a pas pu y avoir de quarantaines sérieuses en Perse. L'administration du pays, n'ayant pas pour les quarantaines un budget international comme la Turquie, n'a pas été en état d'en établir ; et, voyant enfin qu'elles auraient été plutôt nuisibles qu'utiles, je n'ai pas poussé longtemps à leur application.

« En 1877, une épidémie de peste grave se déclare dans la ville de Recht, où depuis quarante-cinq ans le fléau ne s'était pas montré. Tous les quartiers de cette capitale du Guilan sont infestés, beaucoup d'habitants quittent leurs demeures et s'établissent hors de la ville, dans les petits villages qui l'entourent ; les plus riches partent pour les pays voisins. On s'attendait au transport de la maladie, et l'angoisse était grande partout. Or, le mal ne franchit pas les portes de la ville. C'est cependant une de ces contrées que les écrivains spéciaux désignent comme disposées à la propagation de la maladie : climat chaud, sol bas et marécageux, eaux stagnantes, population mal nourrie, à peine vêtue et très pauvre.

« Si le gouvernement persan avait été partisan convaincu des quarantaines, il aurait sans doute pu réussir à établir quelque simulacre de cordon sanitaire autour de cette ville pestiférée ; il aurait par là sans doute créé bien des embarras, causé bien des injustices et des vexations à ces populations déjà si malheureuses. Il n'aurait pas pu faire établir à grands frais, comme le gouvernement russe en 1879, à Vétlianka sur le Volga, trois cordons sanitaires concentriques ; mais il aurait pu dire, avec les faibles moyens d'action dont il aurait disposé, qu'il avait arrêté la peste, qu'il l'avait étouffée dans son foyer originel. Dans tous les cas, il n'est pas sans intérêt de signaler que la peste de Recht, dont on a voulu faire naître celle de Vétlianka, n'a pas eu de radiation en Perse même, en dehors de son unique foyer. J'admets, si l'on veut, que les germes du mal, passant par-dessus toute la Caspienne et le cours inférieur du Volga, aient laissé indemnes Lénkoran, Bakou, Derbent, Pétrowski, Astrakan, pour aller s'arrêter et se développer à Vétlianka, dans ce petit village de pêcheurs, sur la rive droite du Volga, au-dessous de la ville de Tsaritzine, village qui n'a du reste aucune communication directe avec la Perse. On sera bien forcé de convenir en retour que rien ne prouve que ces cordons sanitaires, appliqués par le gouvernement russe, aient sûrement été la cause de la limitation de la maladie à Vétlianka et à son voisinage immédiat, puisqu'à Recht, dans le foyer originel, la maladie s'est arrêtée d'elle-même.

« L'observation que je viens de citer à propos de la peste s'est répétée maintes fois, identique à propos du choléra. *En 1865, une explosion bien connue de ce fléau, à la Mecque en Egypte, couvrit presque instantanément de choléra la plupart des ports de la Méditerranée;* en 1866, la majeure partie et le centre même de l'Europe étaient atteints ; dans la capitale de la Perse, le mal ne vint qu'à la fin de 1867. Cependant, dans tous les ports de l'Europe, il y avait des quarantaines et il n'y en avait aucune en Perse. Si le gouvernement persan avait établi des quarantaines en 1865 et 1866, n'aurait-il pas été en droit de dire qu'il s'était garanti, pendant ces années, du choléra qui existait en Mésopotamie et en Russie à cette époque? N'a-t-on pas affirmé de la manière la plus positive que ce sont les quarantaines de la mer Rouge qui ont préservé l'Europe de 1867 à 1884? Je ne dis pas non, mais je demande comment on le prouve. On a été plus loin, on a affirmé aussi que les mesures restrictives imparfaites, exécutées à la hâte sur les côtes de la mer Rouge en 1866, avaient empêché cette année une seconde importation du choléra, alors que l'Europe tout entière était déjà cholérisée depuis 1865. Un malade qui a déjà la variole peut-il prendre une seconde fois cette maladie, alors que la première est encore dans son cours?

« Après son introduction au centre de la Perse, le choléra parcourut cet empire les années suivantes et jusqu'en 1872. Que de fois nous aurions pu, pendant ces six années, parler de l'utilité des quarantaines, si nous avions pu en établir! Je ferai une seule remarque à ce sujet. On a accusé la Perse d'être un foyer de choléra ou au moins de

©BIU Santé

servir de passage aux irradiations du fléau indien. Pourtant, dans l'épidémie dont je viens de parler, c'est la Russie au nord et la Turquie à l'ouest qui ont transmis le choléra à la Perse. De plus, ce fléau, dans cette dernière pandémie, est resté deux ans de plus dans certains pays de l'Europe qu'en Perse, et pourtant, je le répète, la Perse n'avait pas de quarantaines.

« J'arrive aux faits relatifs à la voie de mer. Par le Persique, la Perse est en communication non interrompue avec l'Inde et particulièrement avec la ville de Bombay, qui est un foyer persistant de choléra. Les communications par navires à voile et à vapeur sont incessantes. Les trois ports principaux sont ceux de Bender-Abbas et de Bouchir sur le golfe et celui de Mohaméra sur une branche du Shatt el Arab. C'est un des climats les plus chauds et les plus humides du monde.

« Ces localités sont, en outre, dans des conditions hygiéniques qui laissent beaucoup à désirer : elles reposent sur un sol alluvial, sont entourées de choléra. De plus, la population très pauvre fait usage d'aliments grossiers et indigestes. On serait donc en droit de penser que ces localités devraient être des nids à choléra ou du moins des foyers secondaires puissants. En outre, il n'y a jamais eu de quarantaines dans ces localités. Or, depuis 1821 que le choléra s'étendit de Bassora et de Mascate à Bouchire et de là à Chiraz, on n'a pas eu un seul autre exemple de l'introduction du fléau en Perse par cette voie.

« L'immunité des villes que je viens de citer est très grande et très remarquable; elle frappera d'autant plus les esprits que, dans certains ouvrages *ex professo*, on considère encore ces régions comme des foyers cholériques.

« Bien plus, il n'y a pas longtemps qu'un médecin sérieux a proposé d'établir une quarantaine internationale à l'entrée du golfe Persique, de même qu'on a prescrit d'en établir une à l'entrée de la mer Rouge. Pour le coup, les bienfaits de cette institution nouvelle n'auraient pas fait l'ombre d'un doute, et, à supposer qu'on eût institué cette quarantaine dès 1822, on pourrait dire aujourd'hui que pendant soixante-trois ans on a, par ce moyen, préservé la Perse du fléau indien. »

La note, d'ailleurs très intéressante, de M. Tholozan, montre que des localités ou des pays peuvent être momentanément préservés du choléra sans le secours des quarantaines. Nous le savions déjà par l'exemple de Versailles et cela n'a jamais été contesté. La vraie question est celle qui résulte du passage souligné de la note qui précède : En 1865, une explosion de choléra à la Mecque et en Egypte se propagea presque instantanément dans la plupart des ports de la Méditerranée, c'est-à-dire dans tous les points en communication avec le foyer de l'épidémie. Que ces ports aient été mal protégés par des quarantaines insuffisantes, cela se peut bien et cela ne fait rien à l'affaire. La Sicile, qui ne laissa aborder aucun navire étranger, pas même celui qui portait M. Béhic, alors ministre du commerce, en France, la Sicile n'eut pas de choléra. Et cela mérite sérieuse considération.

Il ne s'en faut guère que cela prouve l'utilité des quarantaines. — M. L.

COURRIER

Société française d'otologie et de laryngologie. — La Société française d'otologie et de laryngologie se réunira en session ordinaire, à Paris, les 8, 9 et 10 octobre, à 8 heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

MM. les membres de la Société, qui désirent faire une ou plusieurs communications dans cette session, sont priés de vouloir bien prévenir le secrétaire, M. le docteur Moura, 37, Chaussée-d'Antin, jusqu'au 20 septembre, et rue d'Amsterdam, 72 *bis*, après le 20 septembre, et lui adresser leurs mémoires avant le 20 septembre prochain.

La communication doit être faite ou écrite en français et ne pas dépasser dix pages de bulletin.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Panas : Du traitement de la rétinite syphilitique. — II. Revue des Journaux. — III. Epidémiologie. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Feuilleton.

Clinique ophthalmologique de la Faculté.

Du traitement de la rétinite syphilitique.

Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, par le professeur PANAS.

Recueillie par le docteur de Lapersonne, chef de clinique.

Parmi les malades qui suivent actuellement notre clinique, il en est un qui présente un intérêt particulier, moins par l'affection dont il est atteint que par l'enseignement thérapeutique qu'il comporte. C'est un homme de 32 ans, atteint depuis plus de deux ans de rétinite syphilitique. Il est resté pendant quelque temps dans nos salles, où il a été soumis au traitement rationnel par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles : après sa sortie de l'hôpital, il a manqué de surveillance ; cependant, il nous dit qu'il a continué à se traiter très régulièrement, et que, par exemple, il n'a pas cessé un seul jour de se faire des frictions mercurielles. Pendant deux ans, cet homme a employé l'onguent mercuriel en frictions au niveau des jointures, sans se douter des dangers de ce traitement ; il n'en a éprouvé heureusement aucun inconvénient, puisqu'il n'a pas et n'a jamais eu de stomatite mercurielle. Aujourd'hui, il se présente à nous avec des lésions beaucoup plus avancées et presque fatalement incurables. Que devons-nous conclure ? que cet homme a fait très mal son traitement pendant deux ans, puisqu'il n'a pas eu la première manifestation de l'absorption du mercure, la stomatite.

Vous devez vous demander s'il en est toujours ainsi, si malgré le traitement antisyphilitique, les malades atteints de cette rétinite sont fatalement

FEUILLETON

En vacances. — Voyage circulaire de Paris à Paris en passant par Pougues, Vichy, Grenoble, Aix-les-Bains, etc. (1)

De Vichy à Lyon, je n'ai rien à signaler, sauf que nous avions pour compagnon de voyage un diabétique aussi œnophile que l'autre était hydrophile, — qu'une petite fille atteinte de coqueluche est entrée dans notre compartiment en pleine quinte, en nous lançant dans toutes les directions plus d'un litre de lait. C'est là que j'ai constaté — pour la première fois — les bons effets de la fumée de tabac sur les quintes de coqueluche, car la pauvre petite resta près de deux heures dans une atmosphère à tuer les mouches, sans tousser une seule fois. (Renvoyé à la Société contre le tabac).

A Lyon, j'ai eu à peine le temps d'admirer, en passant, les nouvelles constructions des Facultés, qui ont au moins le mérite, considérable au point de vue du fonctionnement des services, d'être d'un seul tenant.

Arrivons à Grenoble. Un bout de toilette, et nous allons assister à la séance d'ouverture du congrès. Je n'ai pas à apprécier le discours de M. Verneuil ; chacun a pu le lire en entier dans notre journal, et l'apprécier à sa façon. Le lire n'est pas assez ; il faut le relire et le méditer, ne serait-ce que pour bien se persuader d'une chose, que si l'orateur

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 août 1885.

incurables, et si nous nous trouvons désarmés et impuissants devant cette manifestation relativement assez fréquente de la syphilis.

Ce n'est que depuis quelques années seulement, grâce à l'emploi de l'ophthalmoscope, que l'on peut répondre à cette question. En effet, nos maîtres immédiats, ne connaissaient que l'amblyopie syphilitique, qu'ils rattachaient plutôt à une lésion cérébrale et vous comprenez tout de suite la gravité du pronostic qu'ils devaient porter dans ces cas. Les lésions matérielles, que l'on a parfaitement reconnues à l'ophtalmoscope, ont permis de séparer le rétinite syphilitique de l'amblyopie centrale et d'en faire une entité morbide à l'égal de l'iritis par exemple.

Aujourd'hui, cette affection a été bien étudiée tant au point de vue anatomique que symptomatique, on sait qu'il s'agit d'une chorio-rétinite, les couches de la choroïde et son pigment, qui est, vous le savez, une dépendance de la rétine, participant à l'inflammation, et plus tard à la dégénérescence. Aussi l'altération de la membrane vasculaire va-t-elle entraîner des altérations vitréennes qui seront caractéristiques de la première période.

Pour pouvoir affirmer la possibilité d'une guérison, pour être sûr du pronostic, il faut savoir tout d'abord que dans la marche de la rétinite syphilitique, il existe deux périodes bien distinctes.

Dans la première, les signes ophthalmoscopiques sont presque négatifs : ce que l'on remarque tout d'abord, c'est un trouble léger qui vous empêche de bien distinguer le fond de l'œil, comme si votre miroir ou votre lentille n'étaient pas propres ou étaient couverts de buée : dans les cas légers même, ce petit nuage ne vous empêche pas d'apercevoir la papille que vous voyez comme à travers une gaze fine. Quand on examine les milieux de l'œil, on reconnaît que ce trouble ne peut être rattaché ni à des lésions de la cornée, du cristallin, ni même des parties antérieures du corps vitré. Bien plus, en examinant la périphérie de la rétine, on est frappé de la netteté du fond de l'œil. On est conduit à admettre que ce trouble siège dans les parties les plus reculées du vitreum, au pôle postérieur, cachant seulement la papille et les régions avoisinantes, comme, dans une nuit, sereine, un nuage vient cacher

---

a un peu malmené certains praticiens, ce sont bien plutôt les chirurgiens étrangers que les chirurgiens français ; que s'il a condamné l'abus de certaines opérations, il en a recommandé l'usage éclairé : et qu'enfin, s'il se permettait de relever cet abus, c'est qu'il avait réuni un assez grand nombre de pièces justificatives — un trop grand nombre — pour pouvoir dire qu'on avait souvent opéré à tort et à travers. Je n'insiste pas; tout du reste a déjà été dit, ou à peu près, sur ce discours, depuis l'appréciation bienveillante jusqu'à la critique brutale, insolente et injuste de ceux qui, ayant lu probablement trop vite, n'ont pas bien compris ce qu'ils lisaient, ou qui, oubliant que, lorsque Jupiter se fâche, on l'accuse d'avoir tort, ont senti, dès la première lecture, le besoin de se moucher.

***

J'ai rendu compte ailleurs des travaux du congrès se rattachant à la médecine ; mais je n'ai pas tout dit ; le bureau a reçu différentes communications dont il n'a pas cru devoir donner lecture au public de nos séances ; mais je ne les ai pas jetées au panier, pensant qu'elles pourraient toujours intéresser quelqu'un.

On a lu les curieuses expériences d'hypnotisme rapportés par M. Burot. Un anonyme, qui signe « un penseur », nous a envoyé la lettre suivante :

« Messieurs les membres du Congrès,

« Hypnotisez la femme dans ses premiers jours de gestation ou même quelques jours

un instant le disque lunaire, le reste du ciel étant absolument pur. Lorsque vous rencontrerez cet aspect caractéristique, il n'y aura guère de doute, mais vous aurez encore des renseignements plus précieux avec le miroir plan. Vous pourrez alors reconnaître que cet aspect est dû à un semis de petites nébulosités fibrineuses siégeant au pôle postérieur du corps vitré. On a comparé avec raison cet aspect aux fines poussières qui voltigent dans un rayon de soleil arrivant dans une chambre obscure. Plus tard, ces légères nébulosités peuvent se réunir et former, comme chez notre malade, de gros corps flottants du vitré ; mais l'intérêt est de faire d'autorité votre diagnostic dès le début. M. Ricord me demandait, un jour, si je me faisais fort de faire le diagnostic de rétinite spécifique, rien que par l'examen du fond de l'œil ; je crois qu'on peut affirmer ce diagnostic, lorsqu'on rencontre ce trouble du vitré, à condition de se servir du miroir-plan qui permet de bien distinguer les détails que je viens de vous signaler.

Dans une période avancée, cette opacité centrale peut disparaître et on peut distinguer bien plus exactement le fond de l'œil. C'est alors qu'apparaissent les taches de pigment, comme dans la rétinite pigmentaire, les plaques atrophiques de la choroïde, et surtout cette atrophie toute particulière de la papille, qui prend une coloration jaunâtre, rose thé, les vaisseaux devenant filiformes. A partir de ce moment, les lésions deviennent indélébiles, incurables ; l'héméralopie peut apparaître à cette époque ; enfin, l'amblyopie devient de plus en plus complète ; dès lors, le malade est voué à la cécité. Remarquez, en passant, les nombreuses analogies qui existent entre la chorio-rétinite syphilitique et la rétinite pigmentaire congénitale, et vous comprendrez la tendance très naturelle que l'on peut avoir à faire de cette dernière maladie une manifestation de la syphilis héréditaire.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer vous permettront de poser les bases de votre pronostic ; c'est seulement dans la première période que vous pourrez obtenir une action quelconque du traitement ; la seconde est une période de dégénérescence, dont les lésions sont fatalement incurables.

---

avant, et suggérez lui qu'elle doit enfanter un être éminemment bon et intelligent, parfaitement constitué et pourvu en plus d'ailes propres au vol, au grand vol, au vol de l'aigle (nous voilà loin de la queue terminée par un œil des fouriéristes). Une pareille tentative serait-elle couronnée de succès ? Pourquoi non ? Dans tous les cas il y a quelque chose à tenter de ce côté et les expériences faites à Paris au sujet de vésicatoires simulés sur un sujet hypnotisé (lu dans un numéro du *Petit Parisien*) font concevoir quelque espérance.

« Agréez, etc., »

Voici une autre communication qui n'est pas arrivée jusqu'à nous, mais qui aurait bien pu s'ajouter à celles de MM. Chauveau, Bouchard, etc, sans les éclipser toutefois. Je ne veux pas en nommer l'auteur parce que c'est un collègue en matière de bibliothèques, et qu'il pourrait bien être poursuivi pour exercice illégal de la médecine, — ce qu'il n'aurait pas volé, car il donne de très mauvais conseils au populaire.

« Poitiers, le..... Je voudrais vous communiquer une découverte faite ici et qui pourrait bien guérir le choléra. Je n'en ai pas fait l'expérience pour le choléra, lequel grâce à Dieu n'a pas paru à Poitiers, mais il est infaillible pour la cholérine.

« C'est la fleur d'une plante nommée la *salicaire* qui croît sur les rives de notre rivière le Clain, en très quande quantité. Elle a une couleur violette.

« La manière de s'en servir est la même que pour le thé. En la prenant, on ajoute deux cuillerées de vieux rhum.

©BIU Santé

Est-ce à dire pour cela qu'une rétinite syphilitique, prise au début, soit facile à guérir? Non, Messieurs. Un caractère très particulier de l'affection qui nous occupe est précisément sa résistance au traitement spécifique. La rétine, qui est une émanation du cerveau, au point de vue embryogénique, partage à cet égard le sort des centres nerveux. Vous savez que la syphilis cérébrale est difficilement influencée par le traitement et que l'ataxie locomotrice, d'origine spécifique, ne l'est pas du tout. Bien que la rétinite soit un accident intermédiaire aux périodes secondaires et tertiaires, on éprouve de très grandes difficultés.

Aussi faut-il s'armer de patience, prévenir les malades de la longueur non douteuse du traitement, passer en revue tous les moyens thérapeutiques locaux ou généraux que nous avons à notre disposition et ne pas négliger certains détails qui ont une grande importance. Depuis plus de six mois, nous avons dans nos salles un malade qui a été traité dans les meilleures conditions; une amélioration manifeste n'est guère survenue que depuis six semaines, et, aujourd'hui, il est en bonne voie de guérison. Cela tient à ce que nous avons exigé depuis lors qu'il soit maintenu dans une obscurité absolue et permanente.

La première indication thérapeutique est de donner le traitement mixte, comme dans les manifestations graves de la syphilis cérébrale; l'iodure de potassium ou le mercure isolés n'agissent pas suffisamment. A cet égard, le sirop de Gibert remplit les conditions, mais ce n'est pas la meilleure manière. L'iodure de potassium doit être employé à doses massives, car il est très rapidement éliminé par les urines. C'est ce que mon maître, M. Ricord, exprimait avec cet esprit gaulois qui est proverbial : « L'iodure de potassium, on le pisse à mesure qu'on le boit. » Il faut donc arriver le plus tôt possible aux doses de 6 à 8 grammes sans trop s'arrêter aux accidents d'iodisme. Vous éviterez le plus souvent ces petits inconvénients en donnant l'iodure de potassium, à doses successivement croissantes, immédiatement avant le repas, dans du lait, une tisane chaude, ou du sirop de salsepareille.

« Depuis cette découverte, la cholérine est inconnue ici, et j'ai vu des guérisons merveilleuses chez de grandes personnes avec un bol de salicaire seulement.

« J'ai pensé que votre journal, qui est très répandu dans les grandes villes attaquées du choléra, propagerait ce remède économique dont les malades pourraient se trouver bien. Je serais heureux si j'avais trouvé un remède au choléra.

« Agréez, etc. »

Cette découverte, annoncée dans un journal, a provoqué une réponse assez spirituelle, que je vais transcrire ici :

« J'ai lu avec étonnement l'article consacré à un nouveau remède possible contre le choléra, la salicaire. Celle-ci est une plante herbacée qui croît surtout aux bords des ruisseaux. Elle est un peu délaissée, parce qu'elle est indigène. Si elle venait du Pérou et coûtait fort cher, on l'utiliserait davantage.

« C'est un bon astringent. Je ne doute pas de sa réussite dans une de ces diarrhées saisonnières auxquelles le public donne le nom un peu abusif de cholérine.

« Mais aller plus loin, c'est se faire une étrange illusion, d'abord sur les propriétés de la salicaire, ensuite sur la nature complexe du choléra.

« Préconiser contre une affection souvent foudroyante et toujours infectieuse, un remède aussi peu en rapport avec sa gravité, c'est, je crois, rendre au public, avec les meilleures intentions du monde, un mauvais service.

« Que dirait l'Académie de médecine s'il lui arrivait un pli contenant ces mots : « La

Quant au mercure, il faut, avant tout, éviter la voie stomacale. La quantité absorbée varie beaucoup suivant les individus : 2 centigrammes de calomel, une pilule de proto-iodure peuvent donner une stomatite assez intense; certains malades, au contraire, n'ont jamais de salivation pendant toute la durée d'un traitement mercuriel pris à l'intérieur. A priori, il est absolument impossible de savoir ce que l'estomac va absorber de mercure : il contient de l'albumine, des peptones, des chlorures qui vont modifier la composition chimique de la préparation mercurielle et la rendre plus ou moins assimilable.

A mon avis, le traitement par la peau a des avantages non douteux. J'ai été un des premiers à tirer de l'oubli l'ancien traitement par la voie cutanée, dans plusieurs communications à la Société de chirurgie, et, depuis cette époque, on est revenu aux anciennes méthodes que Van Swieten avait contribué à faire abandonner. Par la méthode des bains et des bains de vapeur mercuriaux, l'absorption se fait surtout par les voies respiratoires. C'est un procédé analogue qui est employé dans certaines contrées perdues de la Russie où on traite les malades en leur faisant respirer des vapeurs de cinabre projetées sur une brique chauffée.

Dans ces derniers temps, on a beaucoup employé les injections sous-cutanées de sublimé, de peptonate mercurique qui ont rendu de réels services. Mais, à tous ces moyens, je préfère les frictions à l'onguent mercuriel, en ayant la précaution, non pas seulement de combattre, mais de *prévenir* la stomatite mercurielle par l'emploi de poudres dentifrices astringentes. Par ce moyen, vous évitez de rendre les malades dyspeptiques, vous laissez l'estomac libre pour les autres médicaments et, en particulier, pour l'iodure de potassium et les toniques que vous aurez à employer dans cette maladie essentiellement débilitante. Je pourrais vous donner encore de nombreuses raisons, mais je crois que désormais le procès est gagné en faveur du traitement mercuriel par la voie cutanée.

Il existe des moyens adjuvants du traitement mixte, en particulier les sudorifiques. Les anciens auteurs avaient conseillé le gaïac, la salsepareille

---

« tisane de guimauve calme la toux et fait merveille dans le rhume ; je serai heureux « d'avoir trouvé en elle un remède contre la phthisie pulmonaire ? »

« Votre correspondant est assurément très instruit ; mais il n'est pas médecin, cela se voit. Il n'a découvert ni les vertus fort connues de la salicaire, ni le remède, encore et malheureusement inconnu, du choléra.

« Veuillez agréer, etc. « Dr X... »

*
* *

On a fait dans ce Congrès beaucoup d'excursions, et de très intéressantes ; il en est une dont on n'a pas parlé, parce que la section des sciences médicales n'a pu la faire, en raison d'un malentendu : c'est une visite à l'asile d'aliénés de Saint-Robert, près Grenoble, et à laquelle j'ai eu la bonne fortune d'accompagner notre cher président et quelques autres personnes des deux sexes.

Cet asile est tout simplement un chef-d'œuvre. Avec ses pavillons séparés, entourés d'arbres, d'arbustes, et d'une profusion de fleurs, il a l'air d'une villa d'agrément, et sans l'inscription placée au-dessus de sa porte d'entrée, on ne devinerait jamais la destination des bâtiments renfermés entre ses grilles.

L'asile renferme actuellement 850 pensionnaires, 400 hommes et 450 femmes. Tout y est d'une propreté recherchée. En parcourant les dortoirs, les réfectoires, les ateliers, on est frappé d'y trouver ce qu'on chercherait vainement dans bien des appartements de Paris : la place, l'air et la lumière ; ce jour-là, comme il faisait beau, la lumière, c'était

©BIU Santé

dans leurs préparations. En Allemagne, on a beaucoup employé, et de Græfe lui-même s'est servi de la tisane de Zidmann. Aujourd'hui, nous avons un moyen bien plus efficace, c'est le jaborandi et son alcaloïde la pilocarpine. En injectant de 1 à 3 centigrammes de cette dernière substance, on obtient, suivant les individus, dont il est toujours nécessaire de tâter la susceptibilité, soit les effets syalagogues, soit une sudation plus ou moins abondante. Enfin, un dernier point, c'est de soustraire les malades à la lumière; c'est, pour moi, une chose très importante, trop souvent négligée. Si notre malade n'a pas guéri, c'est, entre autres raisons, qu'il a continué à faire son travail et ne s'est pas soumis plusieurs mois au traitement dans l'obscurité. C'est la partie du traitement la plus difficile et la plus pénible à faire supporter aux patients. Dans tous les cas, il faudrait boucher complétement l'œil malade pour éviter l'influence de la lumière. Cette influence est si grande que certains oculistes du Midi envoient leurs malades pour être soignés à Paris ou dans le Nord, sous un ciel plus brumeux. Comme vous le voyez, le traitement doit être fait rigoureusement; ce n'est qu'à ce prix que vous obtiendrez des guérisons assez heureuses; mais, je vous le répète, il faut qu'aucune partie du traitement ne soit négligée.

REVUE DES JOURNAUX

Extraits de la Revue de médecine. (*Juin, juillet, août 1885.*)

Recherches sur le choléra. Expériences d'inoculation, par Nicati et Rietsch. — Les auteurs ont exécuté deux séries d'expériences. Leurs inoculations ont été faites dans la première avec le sang, les matières intestinales et la bile des cholériques; dans la seconde, avec les cultures pures du bacille de Koch.

Les conclusions générales tirées de la première série, par MM. Nicati et Kietsch, sont que les symptômes et les lésions qu'ils ont obtenus présentent avec le choléra des caractères de similitude indéniables. « C'est, après une période d'incubation qui peut aller jusqu'à trois jours pleins, avec ou sans la cyanose : la prostration, l'algidité, des

---

le soleil. Je ne doute pas que ces trois conditions réunies n'exercent une influence sédative puissante sur ces cerveaux détraqués, car les agités étaient en très petit nombre, l'infirmerie était déserte, et les sujets très calmes sont en tout temps assez nombreux pour qu'on puisse les utiliser à toutes sortes de travaux. Par exemple, dans le quartier des femmes, se trouve la buanderie ; 60 femmes environ y lavaient le linge de l'établissement sans qu'on entendît un seul mot, chose assurément fort rare dans une réunion de femmes, même sensées ; toutes travaillaient à qui mieux mieux, lavant, frottant, tordant, battant le linge. Le chapeau du président produisit l'effet d'une pierre jetée dans une basse-cour ; une des folles poussa un cri à sa vue, se précipita dans sa direction, et voulait à toute force s'en emparer. — Pourquoi faire ? lui demanda-t-on. — Pour acheter une montre avec. Et pourquoi ? — Pour me marier. — Avec qui ? — Avec le curé de Saint-Marcellin. — On ne put la faire sortir de là. Cependant, grâce à l'empressement des sœurs, empressement tout moral d'ailleurs, la paix fut bien vite rétablie dans ce gynécée folâtre.

Le travail dans les ateliers, dans les parterres, à la cuisine, et même dans une ferme annexée à l'établissement, est une des grandes ressources de celui-ci. Bon nombre d'aliénés calmes conservent toute leur intelligence quand il s'agit du métier qu'ils exerçaient avant d'être atteints par la folie; aussi avons-nous vu des cordonniers, des menuisiers, des serruriers, travailler ensemble, en silence, avec une assiduité parfaite. Quant aux services qu'ils rendent, on peut s'en faire une idée par les détails suivants: On fabrique dans l'établissement assez de chaussures pour entretenir non seulement

contractions musculaires spasmodiques, et la mort au bout de quelques heures. C'est à l'autopsie : l'entérite (purée épithéliale riche en virgules), la vacuité de la vessie, la réplétion de la vésicule biliaire. »

Les expérimentateurs formulent encore les conclusions suivantes : 1° le cobaye est susceptible d'être inoculé par la voie stomacale et plus sûrement par injection directe dans l'ampoule duodénale; 2° le chien peut être inoculé par injection dans le canal cholédoque; 3° les matières d'inoculation sont celles-là seulement qui contiennent des bacilles-virgules, matières intestinales, bile; 4° le sang des cholériques injecté sous la peau et dans les veines produit des accidents rapides attribuables à un empoisonnement. Dans une expérience d'injection intra-veineuse, cependant, l'animal n'est mort qu'après trois jours de maladie. La question de savoir si le sang peut être porteur du contage est réservée.

Tuberculose et morve. Auto-inoculation et réinoculation, par CHARRIN. — Il est très important, au point de vue de la recherche des vaccins, de savoir, à propos de chaque maladie infectieuse, si elle est auto-inoculable, réinoculable, récidivante. En ce qui concerne les maladies infectieuses chroniques, on sait que la syphilis, sauf exeption, ne s'inocule pas à l'homme qui en est atteint. Le problème était posé, mais non résolu, pour la tuberculose; la question n'avait pas même été étudiée pour la morve.

Or, il résulte des expériences de M. Charrin sur les cobayes que la tuberculose paraît se développer localement par inoculation sur un organisme déjà tuberculeux. Cliniquement, il est extrêmement probable que toutes les ulcérations tuberculeuses de la trachée, du larynx, du pharynx, de la langue sont dues à des auto-inoculations produites par les bacilles contenus dans les crachats des malades atteints de tuberculose pulmonaire. Chez une malade observée par Charrin, on a vu se développer une légère ulcération de la face inférieure de la langue dans le cours d'une tuberculose pulmonaire au troisième degré. En raclant à la surface, on ne découvrit tout d'abord pas de bacilles. Puis l'ulcération s'étendit, devint granuleuse, et, au moment de la mort, elle était bacillaire. Il est même probable, quoique non certain, que des cas de tuberculose intestinale secondaire sont dus à des auto-inoculations provoquées par des crachats avalés.

A côté de ces faits se placent des expériences qui prouvent que la morve est réino-

---

les 850 pensionnaires, mais encore ceux d'un orphelinat dans le voisinage. — Les aliénés, une fois le gros œuvre d'un bâtiment terminé, en décorent tout l'intérieur : menuiserie, parquets, fenêtres, couverture, tout est fait par eux. Les légumes proviennent en grande partie des jardins et de la ferme.

Aussi l'intelligent directeur de Saint-Robert, M. Pinot, a-t-il pu réaliser des économies sérieuses sur le budget qui lui est alloué, et peut-il chaque année, au moyen de ces économies, agrandir et améliorer son établissement en construisant de nouveaux pavillons et en modifiant leur installation de manière à augmenter autant que possible le bien-être de ses pensionnaires. La cuisine, son service, son aménagement, et le menu de chaque jour, feraient envie à toutes les communautés de ce genre. Il est bon de dire que M. Pinot est directeur de Saint-Robert depuis vingt ans; qu'il en est l'administrateur et non le médecin; que les autorités du département, appréciant à leur juste valeur les services qu'il a rendus, l'ont en grande estime et ont eu le bon esprit de le laisser à la même place, ce qui lui a permis de se rendre compte des besoins de son établissement et d'y pourvoir peu à peu — et j'ajouterai, d'en faire un établissement modèle. Félicitons donc à la fois M. Pinot et ceux qui ont eu la bonne pensée de le maintenir dans des fonctions qu'il remplit si bien.

La prospérité de Saint-Robert, son agrandissement, sont malheureusement l'indice d'un accroissement de l'aliénation mentale dans cette contrée, comme dans le reste de la France. D'une année à l'autre, en attendant qu'un nouveau pavillon soit construit et

©BIU Santé

culable, et que même l'auto-inoculation de la morve est plus facile que celle de la tuberculose.

Ce ne sont pas les seuls rapprochements qui peuvent être faits entre la morve et la tuberculose. Toutes les deux sont bacillaires, contagieuses, à productions nodulaires, peuvent avoir une marche aiguë, plus souvent chronique, s'inoculer par la voie sanguine, le tube digestif, les lymphatiques, le tissus sous-cutané, les voies respiratoires; elles frappent les mêmes organes, etc. Aussi Trousseau a-t-il pu dire : « La morve est la tuberculose du solipède. »

Des déterminations cutanées de la blennorrhagie, par G. Ballet. — L'auteur a été le premier à signaler, dès septembre 1882, la pseudo-scarlatine et la pseudo-rougeole au cours d'états infectieux, notamment dans la blennorrhagie. Reprenant la question, il classe aujourd'hui les déterminations cutanées qui surviennent pendant la blennorrhagie (*gonorrhéides*, de Landouzy) en trois groupes : 1° des éruptions scarlatiniformes et rubéoliformes; 2° des éruptions à caractère d'érythème polymorphe; 3° des poussées de purpura.

M. Ballet admet une relation de cause à effet *certaine* entend la blennorrhagie et les éruptions du premier groupe, et *probable* entre elle et les manifestations du deuxième et du troisième groupes.

Au point de vue pathogénique, il repousse la théorie de l'action réflexe de l'urèthre sur la peau (Lewin), celle de la pyoémie (Lasègue), et accepte celle du virus blennorrhagique ou théorie microbienne.

De la contracture tabétique progressive, par E. Demange. — L'auteur a réuni quatre observations sur lesquelles il étaie les conclusions suivantes : Il y a lieu de décrire une forme spéciale de tabes avec contracture, distincte du tabes spasmodique et de la sclérose latérale amyotrophique, mais avec lesquels elle offre de nombreux points de contact. Cette forme a été observée dans l'extrême vieillesse, après soixante-dix ans. Elle reconnaît pour cause la manifestation sur les vaisseaux spinaux de l'athérome généralisé. Anatomiquement, elle est caractérisée par une sclérose interstitielle diffuse, d'origine vasculaire, des différentes parties de la moelle, et plus spécialement des cordons latéraux, sans jamais rester limitée à ce seul système. Cliniquement, elle tient le milieu entre le tabes spasmodique et la sclérose latérale amyotrophique. On peut la désigner sous le nom de *contracture tabétique progressive des athéromateux*.

De la pseudo-paralysie syphilitique (maladie de Parrot), par F. Dreyfous. —

---

aménagé, on est obligé de mettre des brancards dans les dortoirs. Mais ce sont là des malheurs auxquels on ne peut guère remédier.

— Il est difficile, nous dit après cette visite l'aimable directeur, de rester vingt ans dans un asile d'aliénés, sans y contracter une manie quelconque. La mienne est de cultiver les fleurs. J'ai ici 130 espèces de rosiers! »

Ceci nous explique la multitude de belles fleurs, roses et autres, que nous rencontrions partout, entre deux pavillons. M. Pinot est bien entré dans la peau de l'horticulteur, car, voulant offrir des fleurs aux dames, il se garda bien de cueillir les boutons, et les roses, bien épanouies, superbes en apparence, s'effeuillèrent au premier choc. « Laissez les roses aux rosiers! »

Le médecin en chef de Saint-Robert, dont le service est entièrement distinct de celui du directeur, a une autre manie, moins innocente, et moins agréable assurément : il fait de la politique, et siège au Conseil général à ses moments perdus. Les mauvaises langues disent, au contraire, que sa principale occupation est la politique et que..... Mais, sans approfondir ce mystère, je ne puis que regretter que sa présence au Conseil général nous ait privé de l'honneur de faire sa connaissance.

(A suivre.)

L.-H. Petit.

Avant Parrot, on avait signalé des cas rares et inexpliqués de paralysie des membres chez les syphilitiques; et, d'autre part, on avait reconnu certaines lésions des os chez les jeunes syphilitiques (Valleix, Bednar, Ranvier, Lancereaux, Fournier, Wegner). Mais à Parrot revient le mérite d'avoir montré que la lésion osseuse est la cause, le substratum anatomique de cette fausse paralysie.

La pseudo-paralysie syphilitique revêt l'apparence d'une *paralysie absolue* d'un ou plusieurs membres; cependant, un examen minutieux peut faire constater quelques très légers mouvements des doigts ou de la main, qui pourront mettre sur la voie du diagnostic. Les *membres paralysés sont flasques;* s'il s'agit des membres pelviens, quand on soulève l'enfant, ils oscillent à toutes les secousses. Le *nombre des parties malades est variable*, en règle deux membres au moins sont frappés simultanément et successivement; la paralysie est *symétrique* le plus souvent; les quatre membres peuvent être atteints, on peut voir la paraplégie associée à une monoplégie brachiale ou une monoplégie brachiale d'un côté associée bizarrement à une monoplégie crurale du côté opposé. La paralysie *reste toujours limitée aux membres*. Il ne se produit jamais de contractures. La réaction électro-galvanique et électro-faradique est intacte, ainsi que la sensibilité cutanée. Il peut exister de vives *douleurs* spontanées ou provoquées par la pression de l'os ou les mouvements imprimés à l'articulation. On peut percevoir, *au niveau des épiphyses*, de la *tuméfaction* et même de la *crépitation osseuse*. Il n'y a *jamais de fièvre*. On peut rencontrer sur le corps des syphilides ou d'autres manifestations syphilitiques.

La marche de la maladie est presque fatalement progressive. La paralysie, qui a atteint d'emblée son maximum, se généralise. Sa durée est de quatre à vingt-cinq jours dans les cas mortels; elle s'est prolongée jusqu'à deux mois dans les cas de guérison. La mort s'est montrée 11 fois sur 18 cas.

On peut distinguer trois formes de la maladie. Tantôt elle apparaît chez des syphilitiques avérés comme une manifestation *spécifique*. Tantôt elle paraît être la conséquence d'un traumatisme et peut être prise pour une affection *chirurgicale*. Tantôt la syphilis est ignorée et la maladie se présente comme une affection *paralytique*.

Au point de vue *pathogénique*, il y a lieu d'invoquer deux causes à la pseudo-paralysie: 1° la douleur quelquefois, qui oblige l'enfant à éviter tout mouvement; 2° mais surtout la solution de continuité des leviers osseux qui servent aux insertions musculaires, soit qu'il y ait fracture, soit décollement épiphysaire, — peut-être enfin une sorte de parésie réflexe.

Le diagnostic, difficile surtout dans la troisième forme avec la paralysie atrophique de l'enfance, s'appuiera sur l'âge du sujet, les douleurs, la persistance de quelques mouvements, le gonflement d'une épiphyse osseuse, la marche progressivement généralisée, l'état général cachectique sans fièvre, les résultats de l'enquête dirigée sur les antécédents et l'état de santé actuel des parents.

Le pronostic dépend du milieu où se trouve le petit malade, qui guérit mieux dans de bonnes conditions hygiéniques, de la précocité du diagnostic, permettant d'instituer promptement un traitement spécifique (sirop de Gibert, bains de sublimé) qui devra être prolongé très longtemps.

Sur la terpine, par R. Lépine. — Ce médicament, qui présente, sur la térébenthine dont il dérive, l'avantage de pouvoir être administré longtemps sans inconvénients, et d'être mieux toléré par l'estomac, est active cliniquement contre les bronchites chroniques avec sécrétion purulente abondante (dose 2 grammes). Elle a une action diurétique beaucoup moins constante. Ingérée, elle n'est pas nuisible, même à forte dose, si ce n'est chez les brightiques où les doses doivent être modérées.

Expérimentalement, si on l'introduit directement dans le sang à dose toxique, outre les phénomènes nerveux graves, elle tend à produire de l'hémoglobinhémie, de la polycholie et même de l'hémoglobinurie.

©BIU Santé

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'épidémie de fièvre typhoïde du corps expéditionnaire en Tunisie.

On n'a pas oublié que dans le corps d'armée qui, en 1882, prit part à la campagne de Tunisie la fièvre typhoïde a régné épidémiquement. Les rapports des chefs d'ambulance et des médecins de régiment énuméraient les épisodes de cette épidémie, et mentionnaient aussi son caractère de sévérité : par contre ils ne permettaient guère d'en apprécier l'ensemble.

Depuis lors, on a pu mieux en estimer le génie et la malignité par les détails que contient une publication officielle d'une parfaite authenticité. J'entends parler de la *Statistique médicale de l'armée française* pour l'année 1882 ; document trop peu lu, possédant le seul défaut de paraître tardivement, mais dont les qualités d'ampleur et de précision ne le cèdent à aucun des travaux semblables qu'éditent les gouvernements étrangers.

Ceci dit, j'en reviens à l'épidémie typhoïdique de la guerre de Tunisie, et à cet effet j'interroge ce très instructif rapport.

Dans la statistique de morbidité, la dothiénentérie tient le deuxième rang ; venant par sa fréquence immédiatement après les affections du tube digestif. Parmi les 20,000 hommes présents au corps, elle fit 2,400 victimes atteignant plus d'un cinquième de l'effectif et frappant durement les jeunes recrues de certains régiments. Sévère dans sa morbidité, cette épidémie ne le fut pas moins par sa mortalité, comme on le verra plus loin.

Quelle en a été l'origine ? Etait-elle d'importation transméditerranéenne, ou bien née sur place ? C'est aux faits de répondre.

On a dit qu'elle venait de la mère-patrie et que le 142me régiment d'infanterie l'avait transportée en Afrique, de Perpignan, sa garnison, où la maladie régnait. Durant les dix jours qui précédèrent son embarquement, ce corps de troupes avait compté des typhiques dans ses rangs ; débarqué à Bône, il avait envoyé, pendant sa concentration, d'autres malades à l'hôpital, enfin, après sa mise en colonne dans la 3me brigade, l'épidémie se propagea dans les diverses fractions de celle-ci qui, par leur dispersion ultérieure, la transportèrent en Tunisie, ans plusieurs garnisons.

Ce régiment n'a pas été seul à importer et à transporter la maladie en Afrique : d'autres troupes, prises dans les garnisons de France, avaient été logées à Toulon, en attendant l'embarquement dans la caserne du Grand Couvent ; établissement militaire d'insalubrité notoire et, selon l'expression du rapport officiel, — « foyer reconnu de fièvre typhoïde. »

Indemnes de cette maladie avant leur arrivée à Toulon, elles furent contaminées dans ce milieu infectieux et envoyèrent dès lors des typhiques à l'hôpital. Elles furent cantonnées et concentrées à Zaghouan, d'où l'épidémie se généralisa.

Cependant si l'importation de la fièvre typhoïde par ces troupes est incontestable, il faut reconnaître que d'autres foyers prirent naissance sur place. En voici la preuve ; je l'emprunte au rédacteur de la *Statistique médicale de l'armée :* — les troupes qui opérèrent dans la Khroumirie n'eurent jamais de contact avec celles de la 3me brigade, et cependant elles comptèrent — « en pleine forêt, dans un pays à demi sauvage, des cas « nombreux de fièvre typhoïde, pour lesquels aucune importation transméditerranéenne « ne peut être invoquée. »

Ailleurs il en fût de même ; à l'île de Djerba par exemple, dont la salubrité est reconnue, et la population clairsemée. Où donc chercher la cause de la contamination de sa garnison, sinon dans l'encombrement et un séjour prolongé à bord des navires de transport ?

Ce n'est pas tout ; d'autres facteurs pathogéniques intervenaient activement encore pour créer des milieux typhogènes à savoir : le défaut d'acclimatement, le passage sans transition des climats du Nord de la France sous le ciel de feu de la Tunisie ; l'infection du sol dans les cantonnements toujours resserrés au voisinage de l'ennemi ; la malpro-

preté des villages ; le voisinage des cimetières où les inhumations sont superficielles; la mauvaise qualité des eaux extraites de puits sans profondeur et surchargées en matières organiques; les privations; les chaleurs excessives dela saison; le non-acclimatement et surtout l'âge des soldats, facteur étiologique des maladies, d'une importance considérable dans les épidémies et l'histoire médicale des guerres futures, puisque les armées en présence se composeront de nombreux effectifs de jeunes soldats assez mal entraînés aux marches et aux fatigues de la profession militaire.

Sur ce point, la statistique médicale de l'armée de Tunisie donne encore d'utiles renseignements. Sur 4,200 typhiques déclarés, 2,000 n'avaient guère que sept mois de service.

Une autre influence, celle de la fatigue, est mise en évidence par vingt-quatre rapports de médecins de corps et par des épisodes dont le suivant mérite l'attention. — « Le « 20 septembre, une partie de la garnison de Sousse, encore peu éprouvée, marche et « combat pendant tout le jour par un vent brûlant du sud ; elle marche toute la journée « du lendemain et avec la même chaleur accablante, et ne rentre dans la place que très « avant dans la nuit. Dès le lendemain, son état sanitaire s'aggrave et du 21 au 26, elle « envoie à l'ambulance neuf fièvres typhoïdes, dont quatre immédiatement mortelles... « L'état sanitaire du bataillon resté à la garde de la place ne subit aucune aggravation « marquée... »

Conséquemment l'étiologie de cette épidémie se résume dans l'importation transméditerranéenne et dans la formation sur place de foyers typhoïdiques. Les partisans de l'une et de l'autre opinion y trouvent donc satisfaction.

Les caractères cliniques consistaient dans la rapidité de l'évolution, la fréquence de l'adynamie, la prédominance des lésions intestinales; la rareté relative des localisations pulmonaires et la fréquence de la mort subite. Au début, on observait surtout les formes cérébro-spinale et ataxique ; à la fin, la forme intestinale, de sorte que les allures cliniques de la maladie s'étaient modifiées d'une période à l'autre de l'épidémie.

La forme ambulatoire était vulgaire : aussi beaucoup d'hommes éprouvaient une grande répugnance à se déclarer malade; refusaient de se présenter à la visite ou bien n'avouaient leurs souffrances au dernier moment seulement, ou bien quand ils étaient déjà abattus. C'est ainsi qu'un officier parcourt tout le décours de sa maladie, « couche « tout habillé sur son lit de camp, ne voulant quitter ses vêtements que la nuit et affir- « mant invariablement qu'il allait très bien, alors que sa langue était sèche et dure, « son ventre ballonné et que sa température axillaire dépassait 40 degrés. — Au Kef- « un elève d'administration « continue à vaquer à ses occupations malgré l'avis et les « supplications du médecin. Il circule en titubant autour de sa tente et ne consent à « cesser son travail et à se coucher que la veille de sa mort. » Les faits de ce genre ont été nombreux.

Dans ces conditions on s'explique la gravité des cas et le chiffre élevé de la mortalité. En effet, la terminaison fatale survenait rapidement. Dans le sixième des cas la mort fut subite et la soudaineté des décès s'explique par la situation des malades, couchés tout habillés sur les brancards ou sur le sol, se levant à tout instant pour « un motif « ou pour un autre,... ce passage subit de la position horizontale à la position verticale « déterminant une anémie cérébrale favorisée par l'épuisement et par l'état graisseux « du myocarde ; » interprétation que les autopsies confirmèrent.

Parmi les complications, la plus fréquente était la fonte de l'œil ; la plus grave, surtout vers la fin de l'épidémie, la diphthérie.

Les médecins du corps expédionnaire ont mentionné presque unanimement l'action nocive des grandes chaleurs et des vents du sud; sous leur influence, la mortalité s'aggravait et cette aggravation était d'autant plus grande que les malades couchaient pour la plupart sous la tente. Ajoutons que la mortalité fut moins élevée parmi ceux qu'on hospitalisait dans des maisons ou des baraquements.

Le traitement fut simple : on employait les toniques et les antipyrétiques. Des méthodes hydrothérapiques il ne pouvait être question, dans l'impossibilité de se procurer de l'eau même pour des lotions ou les usages de propreté. — Insuffisamment armé avec ces moyens médicamenteux, le thérapeute n'avait pas seulement à lutter contre la

©BIU Santé

misère physiologique des malades, il se trouvait en présence de conditions hygiéniques défectueuses, disette de linge, difficulté des évacuations en l'absence de chemins tracés, à défaut d'autres moyens de transport que des arabas ou des mulets, et à cause de leurs dangers, à cette époque d'excessives chaleurs.

On s'explique, après cela, ce chiffre obituaire de 26 pour 100 et la malignité d'une maladie que tout contribuait à rendre plus intense : conditions telluriques et climatériques ; absence d'acclimatement, encombrement des hôpitaux et jeune âge des soldats.

Cependant tous les corps de troupes ne furent pas également frappés. L'immunité a été presque complète pour les tirailleurs et les indigènes. Faut-il admettre en leur faveur un privilège de race, ou plutôt y voir un fait d'acclimatation ? La morbidité a été également faible parmi les infirmiers militaires, ce qui démontrerait le rôle modeste de la contagion dans cette épidémie.

Au reste, s'il faut à ces remarques la confirmation d'un argument basé sur l'analogie, on l'a trouvera dans le récit d'une autre épidémie typhoïdique contemporaine de celle-ci ; celle qui éprouva le corps d'armée opérant à la même époque dans le sud de la province d'Oran. Les conditions climatériques, les fatigues, les privations et le défaut d'accoutumance des jeunes soldats venus de France, y furent aussi les principaux facteurs morbigènes. Ici donc, comme en Tunisie, l'infection a joué le rôle prépondérant et la contagion un rôle secondaire. Cette conclusion intéresse l'épidémiologie et la pathologie générale ; elle méritait donc d'être signalée. — Ch. E.

FORMULAIRE

MIXTURE ANTISPASMODIQUE. — Dujardin-Beaumetz.

Teinture d'asa fetida	15 grammes.
Teinture de castoreum	12 —
Teinture d'extrait d'opium	4 —

Mêlez. — 1 à 2 grammes de ce mélange, en potion ou en lavement, deux ou trois fois dans les 24 heures, pour combattre certains accidents convulsifs qui s'observent chez les hystériques. — N. G.

COURRIER

CONCOURS POUR LE CLINICAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Le 29 octobre 1885, il sera ouvert devant cette Faculté des concours pour quatre places de chefs de clinique : A, médicale ; B, chirurgicale ; C, obstétricale ; D, ophthalmologique.

CERCLE MÉDICAL DE BUENOS-AIRES. — Le 15 Mai dernier, cette savante association argentine a modifié son bureau qui est ainsi composé : MM. Jose Penna, président; Atezondro Amorend, vice-président ; Beguerestais Francisco Barroyn et Sollustiono Arénolo, secrétaires.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, en date du 29 juillet 1885, un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine et pharmacie d'Alger s'ouvrira le 3 février 1886, à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

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, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Hallopeau : Sur le traitement de la teigne tondante par le procédé de Foulis. — II. Revue tri-mensuelle des journaux d'obstétrique et de gynécologie. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Courrier. — V. Analyse du Lait d'Arcy.

Sur le traitement de la teigne tondante par le procédé de Foulis

Par H. Hallopeau.

Le traitement des teignes est un objet de préoccupations constantes pour les médecins qui s'occupent de dermatologie; on connaît la nature de ces maladies, on en a déterminé le siège précis et le mode d'extension, on sait que les champignons dont le développement en est la cause prochaine peuvent être détruits par un certain nombre de parasiticides, et cependant on n'arrive que difficilement et lentement à les guérir. On pouvait espérer, par exemple, que la découverte du trichophyton dans le cuir chevelu des malades atteints d'*herpes tonsurans*, ferait faire à la thérapeutique de cette dermatose les mêmes progrès que la découverte de l'acarus a fait faire à celle de la gale. On a été déçu : les agents employés, rapidement efficaces quand le parasite siège dans les parties glabres, ne peuvent plus l'atteindre qu'incomplètement quand il occupe le cuir chevelu, et les traitements dont ils sont la base ne réussissent qu'avec une grande lenteur (1); on peut parfois aller plus vite en transformant par des applications irritantes les parties atteintes en un milieu défavorable au développement et à la vie des champignons, mais ici encore on se trouve en présence de difficultés considérables; ces traitements peuvent déterminer des inflammations persistantes de la peau, des alopécies partielles, et ils sont, d'autre part, loin d'être constamment efficaces ; le moyen d'obtenir rapidement la guérison de la teigne est donc encore un problème qui s'impose à l'attention des médecins.

Une note de J. Foulis, publiée le 14 mars dans le *British medical Journal*, a pu faire espérer un instant que ce problème était résolu pour l'*herpes tonsurans*; cet auteur, en effet, ne craint pas d'affirmer que, depuis cinq ans, il guérit, généralement en huit jours, les cas les plus graves de cette maladie en procédant de la manière suivante :

Après avoir coupé les cheveux autour de la partie malade, il la frotte avec un linge imbibé d'essence de térébenthine, en ayant soin de protéger les yeux par une compresse placée sur le front; cette friction est continuée pendant trois minutes environ; elle amène une rougeur érythémateuse et une douleur assez vive; un lavage pratiqué avec le savon phéniqué à 10 pour 100 et de l'eau chaude fait disparaître immédiatement cette douleur; on étend alors successivement deux ou trois couches de teinture d'iode sur la plaque d'herpès, et on termine par une onction avec l'huile phéniquée au vingtième. On peut, d'après Foulis, remplacer la teinture d'iode par une solution de 2 parties d'iode dans 100 parties de térébenthine. Cette série de pratiques est renouvelée tous les jours; au bout de huit jours, la maladie sera guérie.

(1) M. E. Besnier (*Bulletins de l'Académie de médecine*, 1881) déclare que si la destruction directe par les agents chimiques est possible lorsqu'il s'agit d'épizoaires, on ne peut plus l'espérer quand on est en présence de parasites qui vivent au milieu des tissus. Il suffit cependant que le succès ne paraisse pas irréalisable, pour que l'on continue à chercher dans cette direction.

©BIU Santé

Ce qu'il y a de nouveau dans ce traitement n'est pas l'emploi de la teinture d'iode, car nos collègues E. Vidal et Terrillon en ont reconnu l'inefficacité, c'est sa combinaison avec les applications de térébenthine et de préparations phéniquées : elle ne paraît pas donner de meilleurs résultats.

Nous avons, en effet, expérimenté sur quatre malades, à l'hôpital Saint-Louis, le traitement de Foulis, et nous avons eu le regret de ne pas obtenir les succès annoncés, bien que nous nous soyons attaché à appliquer minutieusement les procédés indiqués par l'auteur.

Notre premier malade a été traité successivement du 8 au 15 et du 21 au 25 mai; la formation d'une collection purulente nous a contraint à cesser la médication. Il y avait encore, à ce moment, beaucoup de cheveux malades et des spores très nombreuses. Nous laissons de côté cette observation par cette raison que nous avons dû employer, les huit premiers jours, le savon ordinaire au lieu du savon phéniqué, et que, dans la seconde série d'applications, notre savon phéniqué n'était qu'à 2 pour 100, proportion inférieure à celle qu'indique Foulis. Elle nous a cependant permis de constater que, comme on pouvait le prévoir, les applications réitérées d'essence de térébenthine et de teinture d'iode provoquent de vives douleurs, qu'elles sont difficilement supportées, et qu'elles peuvent déterminer une irritation du cuir chevelu assez intense pour amener la suppuration.

Pour nos trois autres malades, nous nous sommes servi de savon phéniqué à 10 pour 100. Le traitement a commencé pour deux d'entre eux le 3 juillet et a été continué jusqu'au 20; il y a eu quinze séances; quatre fois la teinture d'iode a été remplacée par la térébenthine iodée; le troisième sujet a subi les applications du 29 juin au 7 juillet.

La térébenthine iodée nous a paru, contrairement au dire de Foulis, une mauvaise préparation; l'iode n'est pas, en effet, simplement dissous dans l'essence, il agit sur elle chimiquement et l'attaque vivement; au moment où la réaction se produit, il se fait une sorte d'explosion, et il se forme à la fois des carbures benzéniques, des iodures forméniques, et surtout de l'hydrure de terpilène (1). Par suite de cette décomposition, l'iode ne peut exister à l'état libre qu'en quantité très faible. De plus, les phénomènes de décomposition se continuant, la solution se décolore et la proportion d'iode qu'elle contient à l'état libre s'affaiblit encore.

Chez nos malades, l'examen microscopique pratiqué après la huitième et après la dernière séance a dénoté la présence de spores nombreuses dans les cheveux atteints. L'insuccès a donc été complet, et nous avons dû revenir aux traitements dont nous nous servons le plus souvent, et qui consistent, soit en badigeonnages avec l'acide pyroligneux, combinés aux lotions quotidiennes avec la solution de sublimé, soit en badigeonnages avec le crayon d'huile de croton, si les plaques sont de petites dimensions.

Il résulte de nos observations que le traitement de Foulis ne guérit pas la teigne dans un délai double de celui qu'a indiqué l'auteur, qu'il est très douloureux, et, par cela même, d'une application difficile, et enfin qu'il détermine une inflammation vive de la peau. Notre collègue, M. Lailler, est arrivé aux mêmes conclusions. Nous sommes donc obligé de déclarer que, malgré les assertions de Foulis, le moyen de guérir rapidement la teigne tondante est encore à trouver.

(1) G. Bouchardat, cité par Berthelot et Jungfleisch.

REVUE TRI-MENSUELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Annales de gynécologie. — Archives de tocologie. — Avril, mai, juin 1885.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — AVRIL.

Du cloisonnement pelvien antéro-postérieur (cloison vésico-rectale), ses rapports avec la malformation utérine; utérus bicorne, bilobé, par L. SECHEYRON. — J'ai donné, dans une précédente revue, l'analyse d'un fait observé par M. Secheyron. Il s'agissait d'une femme dont l'utérus se rompit pendant le travail. A l'autopsie, on découvrit une anomalie anatomique. Une bride péritonéale s'étendait de la vessie au rectum, formant une cloison antéro-postérieure qui séparait les deux cornes de l'utérus resté bifide. M. Secheyron avait annoncé la publication de recherches sur ce sujet. Son travail a paru dans les *Annales* (numéros d'avril, mai et juin).

Parmi les nombreuses observations recueillies par M. Secheyron, il en est qui sont peu comparables au fait qui a servi de point de départ. Ses documents se rapportent à la malformation utérine en général. Ce sont des raretés et des curiosités. En conséquence, ils s'adressent aux spécialistes. Suivant mon habitude, je laisserai de côté la bibliographie et les hypothèses tératologiques, pour citer simplement ce qui peut intéresser les praticiens, lecteurs de l'*Union*.

Ces brides antéro-postérieures, allant de la vessie au rectum, ont deux inconvénients : l'un, de favoriser la rupture de l'utérus pendant le travail; l'autre, d'étrangler les anses intestinales qui se glissent sous elles et se coudent sur son bord tranchant. Cette malformation n'est pas spéciale à la femme. Dans l'anatomie topographique de M. Tillaux, on trouve la relation d'un etranglement intestinal de ce genre. L'intestin s'était coudé sur son bord tranchant comme sur une arête vive. M. Tillaux considère comme constante cette bride déjà signalée par Cruveilhier. D'ordinaire elle disparaîtrait dans l'ampliation de la vessie. M. Secheyron est disposé à admettre *a priori* que la bifidité utérine est la conséquence du cloisonnement; l'inverse peut être vrai; mais, je le répète, ce n'est pas ici le lieu d'une discussion tératologique. Je me borne à signaler l'intérêt clinique du fait et les nombreuses recherches de l'auteur de ce travail.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — AVRIL.

Etude sur la rigidité du col d'origine syphilitique, par M. DOLÉRIS, chef de clinique de la Faculté. — Long travail; mais si la qualité vaut la quantité, il ne faudra pas se plaindre.

Il y a trois sortes classiques de rigidité : 1° la pathologique due au cancer ou au fibrome; 2° la spasmodique, que le mot même définit; 3° l'anatomique. M. Doléris fait remarquer que ce mot... n'est qu'un mot et n'explique rien. Il se demande s'il ne faut pas faire rentrer cette troisième variété dans la première. Je crois que la clinique y perdrait. Le mot anatomique a l'avantage de ne rien préjuger sur la nature d'un état particulier de l'orifice utérin, dont la cause est variable, mais, qui, lui, ne varie pas: orifice épais taillé à l'emporte-pièce dans une courroie, et insensible. Dans la rigidité spasmodique, au contraire, orifice mince, tendu, très douloureux. On voit que l'antithèse clinique existe. Les deux rigidités sont essentiellement différentes. C'est l'essentiel.

Quant à la régidité pathologique, ce n'est pas, le plus souvent, une rigidité de l'orifice, mais du col, qui ne s'efface pas ou ne s'efface que partiellement.

La division classique est donc bonne à mon sens. Les mots seuls pèchent; mais qu'importe qu'on appelle Pierre Paul, et Paul Pierre, pourvu qu'on ne les confonde pas et qu'on ne fasse pas à Pierre le traitement qui convient à Paul. Laissons donc de côté l'alambic et arrivons aux faits.

M. Doléris pense que les altérations syphilitiques du col sont une cause de rigidité. De même qu'on admet l'influence des cautérisations au nitrate, sur la nature du col qu'elles rendraient fibreux, il admet que l'induration d'un chancre peut avoir le même effet. Il s'appuie sur deux observations personnelles et sur des recherches bibliographiques.

©BIU Santé

Une primipare de 40 ans, atteinte de syphilis, accouche en treize heures d'un fœtus mort. L'utérus était paresseux, l'orifice dur, cartilagineux. Dans sa lèvre antérieure existait une nodosité de l'épaisseur d'une amande. La femme étant prise de fièvre, ce qui n'est pas extraordinaire, puisqu'elle était en pleine exubérance de syphilis, M. Doléris incisa le pourtour de l'orifice. Deux heures après, la tête ne descendant pas, il pratiqua la perforation du crâne. Trois heures plus tard, un avorton fut extrait à l'aide d'un doigt introduit dans la perforation.

Vingt-six jours après l'accouchement, il ne restait sur le col que la marque des incisions. Le tissu cervical avait une consistance normale, sauf au niveau de la petite tumeur qui était elle-même en voie de résorption.

M. Doléris en conclut que le col de l'utérus *pourrait bien avoir été le siège d'un chancre* dont l'induration exagérée par la grossesse aurait causée la rigidité.

Telle est la première observation, base du mémoire de M. Doléris, lequel ne compte pas moins de 30 pages petit in-8°. — Voyons la seconde :

Une femme, secondipare, ayant un chancre du col *vu* au spéculum et traité pendant six jours par la teinture d'iode, les irrigations de sublimé et la médication interne, accouche en huit heures de temps. Les contractions étaient énergiques, l'orifice épais et dur. A sept heures et demie, la dilatation était égale à une pièce de deux francs. A dix heures et demie, l'expulsion avait lieu.

Ce fait ne me semble démontrer qu'une chose, l'existence du chancre qui, dans le premier cas, n'était qu'une hypothèse; mais, par contre, la rigidité, qui paraît avoir existé dans le premier cas, est presque une hypothèse dans le second.

M. Doléris a recueilli dans les auteurs un certain nombre de cas de ce genre. Il accorde lui-même que la plupart sont peu concluants. La rigidité lui paraît certaine, parce que des incisions ont été faites sur le col. Il faut savoir que, malheureusement, on se hâte trop de faire des incisions. Il suffit que la dilatation traîne un peu. C'est une mauvaise pratique. Patience est une des devises du bon accoucheur, et les femmes qui ont affaire à ceux qui la pratiquent s'en trouvent bien, surtout si elles ont de la rigidité de l'orifice. Dans cette sorte de dystocie, qui, par exception, nécessite l'emploi des ciseaux courbes, les accidents ne sont trop souvent dus qu'à une intervention intempestive.

Du traitement de la présentation de l'extrémité pelvienne, mode des fesses, par W. Lusk. (*New-York med.*, 14 fév. 1885.). — On entend par mode des fesses le relèvement des membres inférieurs sur le plan antérieur du fœtus. L'auteur déclare que la substitution, pendant la grossesse, d'une présentation du sommet à la présentation du siège, c'est-à-dire la version par manœuvres externes, serait la meilleure conduite; mais il ajoute que cette méthode deviendra difficilement d'un usage courant, parce qu'on n'est pas familiarisé avec la palpation. Il faut se familiariser avec elle; il faut l'apprendre, et l'aveu de M. Lusk prouve que cet admirable moyen d'investigation n'a pas encore acquis, à l'étranger, la perfection qu'il a dans notre pays entre certaines mains.

Dans la présentation de l'extrémité pelvienne mode des fesses, la version n'est pas toujours possible, soit parce que le siège est fortement amorcé dans l'excavation, soit parce que, suivant l'expression de M. Tarnier, les membres redressés agissent comme des attelles. La femme accouche donc d'un fœtus qui se présente par le siège, et l'on est souvent obligé d'intervenir parce que les membres pelviens rigides s'opposent à la flexion latérale du tronc, et par suite à son accommodation à la courbe du canal de la parturition.

M. Lusk conseille le forceps en rappelant qu'Olivier le préconise surtout pour les sacro-postérieures, car, dans ces cas, la direction des tractions exercées avec un lacs est telle qu'on fracture aisément le fémur. Il paraît qu'en Amérique un médecin fut poursuivi devant les tribunaux pour avoir appliqué le forceps sur le siège. Les avocats de la famille s'appuyaient sur toutes les autorités obstétricales qui ont proscrit le forceps en pareil cas, et on sait qu'il n'en manque pas. Heureusement, M. Lusk fut appelé comme arbitre, et, en sa qualité de partisan du forceps et de maître du malheureux

médecin, qui avait, notez-le bien, sauvé mère et enfant, mais avec accroc du périnée, il obtint le rejet de la demande en dommages-intérêts.

M. Lusk est donc partisan du forceps ou du lac placé à l'aide de l'instrument d'Olivier; mais, au besoin, il emploie le crochet. Il prétend qu'avec de la prudence, on ne blesse ni l'enfant ni la mère. Ce n'est pas l'opinion de nos maîtres, en particulier de M. Tarnier, qui disait dans son cours : « Je n'ai pas mis de crochet aux manches de mon forceps pour que vous ne soyez pas tentés de vous en servir. »

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — MAI.

Du prolapsus de la paroi abdominale chez la femme, par le docteur Guéniot, professeur agrégé, membre de l'Académie, etc. — M. Guéniot distingue deux sortes de prolapsus : le prolapsus graisseux ou superficiel, et le prolapsus pariéto-viscéral. Dans ce dernier, objet du travail que je résume, se trouve renfermé tout le paquet intestinal comme dans une poche herniaire. Il en résulte que les viscères échappent à tout excès de pression, ce qui explique la rareté des chutes utérines dans ces cas; la pression intra-abdominale est considérablement diminuée. Les malades sont souvent réduites à l'inactivité. Le tiraillement des attaches des viscères abdominaux détermine des douleurs lombaires et abdominales, qui disparaissent par l'attitude horizontale ou par l'emploi d'un bandage approprié. Une constitution faible, des grossesses rapprochées, le défaut de soins après l'accouchement, telles sont les causes ordinaires du prolapsus pariéto-viscéral. L'affection ne peut être confondue avec aucune autre. Son pronostic est sans gravité réelle, mais non des plus bénins. Le traitement est préventif ou palliatif. Le premier consiste à éviter les grossesses trop rapprochées, à garder le lit pendant plusieurs semaines après l'accouchement et, le second, à porter une ceinture capable de suppléer la paroi de l'abdomen, embrassant toute la tumeur, et reliée aux épaules par des bretelles.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — MAI.

De la forme de l'excavation pelvienne au point de vue obstétrical, par A. Boissard, ancien interne des hôpitaux et du service d'accouchement de l'hôpital Lariboisière. — Le bassin obstétrical se compose de deux parties, l'une dure et inextensible, l'autre souple et dilatable. Celle-ci est représentée par le périnée. L'excavation pelvienne, qu'il ferme en bas et en arrière, est une excavation et non un canal. C'est une sorte d'aumônière, suivant un mot du professeur Tarnier. Les parois sont rectilignes ou à peu près. A la fin de l'accouchement, la région fœtale déprime le périnée et sort des os, comme disent les Anglais : elle allonge, creuse en gouttière les parties molles. A ce moment *peut-être*, la paroi postérieure de l'excavation décrit une courbe, ce qui semble justifier l'idée de Cauz. Celle-ci est cependant fausse. La mathématique, appliquée aux phénomènes physiologiques, même quand ils sont en apparence aussi mécaniques que ceux de l'accouchement, est trompeuse. L'observation clinique montre que la théorie de Fabbri est seule vraie. La région fœtale descend directement sur le périnée, vers l'anus et essaie de se frayer un passage en ce point. Toutes les sensations perçues par la femme, tous les phénomènes vus par l'accoucheur le prouvent. Alors le périnée se distend, se creuse, puis réagit et refoule vers l'orifice vulvaire l'extrémité qui doit se dégager la première sous la symphyse. La direction change du tout au tout, avant et après la réaction du périnée. Elle serait représentée par deux lignes ou axes des détroits qui se rencontrent en arrière, au voisinage du coccyx, en formant un angle à peu près droit.

Telles sont les idées, vulgarisées par une parole autorisée, que le docteur Boissard a recueillies dans une thèse inaugurale illustrée de 50 planches, et a complétées par des recherches personnelles faites avec le soin dont l'expérimentateur ne doit jamais se départir. Ses conclusions sont les suivantes :

Les périnées sont plus ou moins longs. Moins ils sont longs, moins est profonde la loge que la région fœtale se creuse. On conçoit donc que certains périnées peuvent, par leur longueur, devenir une cause de dystocie. Dans ce cas, la vulve est orientée, pour me servir d'un terme du docteur Boissard, de façon qu'elle regarde en haut. On l'aper-

CBIU Santé

çoit entre les cuisses de la femme, même lorsqu'elles sont rapprochées jusqu'au contact. La commissure supérieure correspond à la partie supérieure de la symphyse. Le doigt explorateur est serré contre le ligament triangulaire et la commissure inférieure. On a la sensation d'une poche profonde que l'on explore de haut en bas sans abaisser le coude, ou en recourbant l'index en crochet si le coude repose sur le plan du lit, comme on doit faire, pour bien explorer, quand tout est normal.

L'accouchement est singulièrement ralenti ou même entravé par une pareille disposition des parties molles. Le docteur Boissard se demande, avec le docteur Pinard, si la *barrure* des anciens accoucheurs, causée par des symphyses de 7 ou 8 centimètres, toutes hypothétiques puisqu'il n'en existe aucun exemple, n'aurait pas pour cause cette profondeur exceptionnelle de l'excavation, due à la longueur du périnée.

Des foyers d'auscultation en obstétrique, par C. Cantacuzène. — Si le travail du docteur Boissard éclaire un point particulier de la clinique obstétricale, celui-ci, d'un intérêt pratique plus général, est un livre de fonds par excellence. On ne peut guère le résumer ; il faut le lire et l'apprendre. Longuement mûri, il est l'œuvre d'un esprit judicieux qui a su mettre à profit les principes d'un enseignement méthodique ennemi de la fausse érudition.

Ceux qui n'ont pas connu le docteur Cantacuzène apprécieront, en le lisant, sa clarté, sa sincérité scientifique ; ceux qui l'ont connu verront dans son travail le résultat prévu d'études persévérantes, faites avec un sens clinique peu ordinaire, et lui souhaiteront, dans les contrées lointaines où il se trouve, le légitime succès auquel il a droit, et par lequel il honorera notre pays.

Le docteur Cantacuzène refait, à la lumière du palper, l'étude des foyers d'auscultations dans les diverses positions et présentations. Il les localise aux points précis, il en indique les nuances, il en donne l'exacte valeur diagnostique. Que veut-on de plus ? Qu'un praticien, dans un cas difficile, ou parce qu'il n'est pas virtuose du palper, hésite sur le diagnostic, les principes du docteur Cantacuzène lui seront du plus grand secours. On devine les avantages à retirer de la lecture de ce travail.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — JUIN.

Contribution à l'étude des vomissements incoercibles de la grossesse, par le docteur Charpentier, professeur agrégé, membre de l'Académie. — De diverses et intéressantes observations de vomissements incoercibles, pendant la grossesse, et indépendants d'elle, dus l'un à un abcès péri-uréthral, l'autre à une lésion stomacale, le troisième à l'hystérie, le docteur Charpentier conclut que dans ces cas, il faut, derrière le gravidisme, chercher un autre facteur étiologique, qu'on trouvera souvent, *pour ne pas dire presque toujours*. C'est aller un peu loin ; mais il n'en est pas moins vrai qu'avant d'en venir à la provocation de l'avortement, on ne doit rien négliger pour s'assurer que la grossesse est seule cause des vomissements.

De la version spontanée céphalique dans la présentation du siège, par le docteur Verrier. — La thèse du docteur Verrier est la suivante : On ne doit pas faire la version par manœuvres externes, dans le cas de présentation du siège pendant la grossesse, parce que le fœtus se met de lui-même, la tête en bas, 95 fois sur 100, quand le terme est arrivé. De plus, le pelvis dans l'accouchement, vaudrait presque le sommet. Enfin, les moyens contentifs employés pour maintenir la présentation après la version, détermineraient le travail prématuré.

Ces assertions méritent examen.

Jamais, que je sache, les bandages et ceintures n'ont provoqué l'accouchement.

On a fait des milliers de versions par manœuvres externes. On n'a pas cité un accident grave. L'opération a du reste ses contre indications et on doit quelquefois s'abstenir.

Les statistiques les plus défavorables, les vieilles statistiques de la présentation du sommet, d'avant la découverte de l'auscultation, nous apprennent qu'il meure un enfant sur 30. Aujourd'hui, il ne doit pas mourir un enfant sur 100, quand le cœur fœtal est bien surveillé. On doit ausculter toutes les dix minutes pendant l'expulsion. Prenons la

statistique la plus défavorable ; soit : 1/30. Mettons en regard les statistiques les plus favorables de la présentation du siège, celles du maître cité par M. Verrier, et qui, suivant son expression, « à fait loi dans le monde entier. » Elles nous apprennent qu'il meure un enfant sur 11, dans les maternités, entre les mains les plus expérimentées.

Comparez les chiffres. Ils sont éloquents. Reste la première objection : la version se fait presque toujours spontanément.

Les femmes accouchent sans accident 95 fois sur 100. Elles pourraient se passer de médecin ou de sage-femme. Quelquefois même il vaut mieux n'en pas avoir. Faut-il en conclure qu'on doit conseiller aux femmes d'accoucher seules ? Non ; puisqu'il reste cinq cas dans lesquels la présence d'une personne expérimentée peut sauver leur vie ou celle de leur enfant.

Le même raisonnement prouve qu'il vaut mieux, au moyen d'une opération inoffensive, mettre les fœtus la tête en bas, puisqu'ils ne s'y mettent tout seuls que 95 fois sur 100.

C'est aussi clair que deux et deux font quatre.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — MAI, JUIN.

De l'incision exploratrice dans les tumeurs abdominales vraies ou simulées, par le docteur TERRILLON, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. — Le docteur Terrillon, ayant fait dans le cours de ces dernières années trois incisions abdominales, dans des cas de diagnostic douteux, publie, dans les *Annales*, un mémoire dont le résumé a été lu devant la Société de chirurgie (18 mars). Les observations des trois opérées servent d'introduction. Assez différentes par la nature des maladies abdominales qui ont nécessité l'incision exploratrice, elles démontrent que certains diagnostics ne peuvent être établis que de cette façon.

Après un court historique, le docteur Terrillon arrive au manuel opératoire. On doit faire sur la ligne médiane, presque toujours, une incision assez grande pour permettre l'exploration manuelle et visuelle. Au besoin, on ponctionne les kystes qui se présentent dans la même intention. La plaie faite à la paroi kystique est fermée par des sutures de catgut fin. Spencer-Wells déclare (*Brith. med. Journal*, 1878) que « les risques de l'opération sont minimes ».

L'ascite ne constitue pas un grand danger; mais la reproduction trop rapide du liquide peut amener, dans certains cas, un affaiblissement fatal, après fermeture de la plaie. Attec en cite un cas. Le docteur Terrillon en a vu un autre. Il recommande, dans les cas d'ascite, l'exagération des précautions antiseptiques.

On peut considérer l'incision exploratrice comme le premier temps d'une opération plus complète. Beaucoup de malades bénéficient donc, à ce point de vue, de l'incision.

Le but principal est de lever les doutes du diagnostic.

Elle permet de se rendre compte des adhérences, et de distinguer la nature et le siège des tumeurs. On peut se rendre compte de l'avantage que l'oophorectomie (ablation des ovaires pour supprimer les congestions périodiques) présenterait sur l'ablation d'une tumeur fibreuse.

A l'étranger, on est disposé à considérer l'incision comme moins offensive que la ponction.

Elle permet d'opérer des cas désespérés, ou de contre-indiquer une opération qui paraissait possible.

L'affaiblissement extrême de la malade est une contre-indication absolue. On pourrait en dire autant d'une ascite énorme, se renouvelant souvent.

Il n'y a point d'autres contre-indications.

Les statistiques publiées montrent qu'en moyenne, il y a une mortalité de 21 p. 100, résultat médiocrement encourageant; mais il ne faut pas voir seulement le côté défectueux des statistiques. Il faut penser aux bénéfices que beaucoup de malades peuvent retirer de l'opération. Le nombre des malades, considérées comme inopérables et opérées avec succès grâce à l'incision exploratrice, est très grand. C'est une opération rationnelle, par conséquent, si elle est faite sans excès, et avec discernement ; mais il serait exagéré de la considérer comme moins offensive que la ponction. Celle-ci rend

©BIU Santé

des services signalés, et éclaire des diagnostics obscurs, soit par la connaissance du liquide, soit parce qu'elle permet une palpation profonde.

Du bassin infantile considéré au point de vue de la forme du détroit supérieur, par le docteur E. TURQUET.

Parmi tous les faits que la science considère comme acquis, combien y a-t-il d'erreurs? On en relèverait plus d'une, si l'on voulait tout contrôler, expériences, observations, assertions devenues classiques.

Qui n'a trouvé très ingénieuses et très vraisemblables les théories de Schrœder sur le développement du bassin? Elles étaient fondées sur les recherches de Burns, sur l'idée universellement admise de la prédominance, dans le jeune âge, des dimensions antéro-postérieures du bassin au détroit supérieur, sur les dimensions transversales.

L'anthropologie avait été plus loin, et remontant jusqu'aux origines de l'espèce, elle avait vu, dans cette forme primitive du bassin, une marque indélébile d'atavisme, une preuve de la descendance simienne. Point de différence entre le bassin des guenons et celui des petites filles. Le docteur Turquet s'est chargé de ruiner ces théories. Il met en regard des lecteurs deux figures représentant le détroit supérieur. L'une est la copie d'un bassin desséché. Elle confirme les conclusions de Burns, les théories de Schrœder, les conceptions transcendantes de l'anthropologie. L'autre est celle d'un bassin frais. Elle contredit Burns et Schrœder, et nous rend l'espoir que nous ne descendons pas des singes.

Burns, qui examinait des bassins secs, avait trouvé le diamètre transverse plus petit que le diamètre antéro-postérieur. Or, *dès la vie intra-utérine*, le diamètre transverse a des dimensions prédominantes.

Le docteur Turquet termine son travail par une étude du bassin pathologique. La syphilis héréditaire produit le plus souvent un rétrécissement da diamètre transverse. L'importance du fait n'échappera pas aux accoucheurs.

A propos d'une opération césarienne qui aurait été pratiquée par les peuples noirs et qui n'est probablement qu'une mystification. — Puisque j'ai parlé de la complaisance avec laquelle on accueille les erreurs, même grossières, soit parce qu'on ne peut contrôler tous les faits, soit par défaut d'instruction, soit simplement par irréflexion, il faut que je m'accuse moi-même.

J'ai publié ici, sur la foi d'un journal, qui le publiait lui-même sur la foi d'un autre (*Edinburgh med. Journ.*), le récit d'une opération césarienne pratiquée en Afrique, sous les yeux d'un Européen, le docteur Felkin. L'*Union* a donné deux fois la relation de ce fait extraordinaire, en *Variétés* d'abord, ensuite dans la *Revue d'obstétrique*. D'autres feuilles l'ont reproduit. Un sorcier africain avait pratiqué la césarienne avec des précautions antiseptiques à rendre Lister jaloux. Les sutures avaient été faites comme si le sorcier avait collaboré à nos meilleurs manuels, ou tout au moins les eût appris par cœur. Il y avait là de quoi être pénétré d'admiration. En ma qualité d'homme qui ne voyage qu'autour de sa bibliothèque, de Chinois parisien qui a rarement franchi la grande muraille, je me suis laissé prendre. Voici dans quels termes un médecin français, qui exerce en Afrique parmi les noirs, le docteur Casalis, m'écrit à ce sujet :

« Monsieur et cher confrère,

« Tous les quinze jours, depuis vingt et un ans, je reçois de France un paquet d'*Union médicale*. L'apparition de ce journal me cause toujours un grand plaisir... Il y a, dans le numéro du 10 mars, une certaine relation d'une opération césarienne, pratiquée en Afrique, que j'ai de la peine à accepter. Pour ma gouverne, j'aurais aimé connaître le nom de cette peuplade de noirs, qui pratique la section en question, qui connaît le pouvoir hémostatique du fer rouge et qui sait faire des sutures en huit de chiffre. Si je me permets de mettre en doute l'exactitude du fait, c'est qu'il est diamétralement opposé à mon expérience de vingt et un ans de pratique parmi les indigènes du Sud de l'Afrique. Chez les Bechuanas et chez les Cafres, l'art de Lucine est exclusivement du domaine des femmes. Les « *lingaka* », nos confrères (hormis la sorcellerie), ont aussi leurs spécialités. Certains d'entre eux traitent les maladies des femmes, qu'ils consi-

dèrent toutes comme le résultat d'un abcès interne. Tout écoulement vaginal provient fatalement d'un foyer pyogénique, dont il faut provoquer la rupture. Mais dès qu'il s'agit d'un accouchement, tout mâle est inexorablement banni de la *case*, et la malheureuse parturiente est livrée sans remords aux manœuvres diaboliques de quelques mégères considérées comme des autorités en obstétrique. A ma connaissance, jamais homme n'est appelé en consultation même dans des cas mortels de dystocie. Ce n'est pas une question de pruderie, ni de jalousie de métier; il y a là des idées superstitieuses très positives qui font défendre, à tout representant de notre sexe, l'approche d'une femme en travail. Même au milieu des Bassoutos convertis au christianisme, qui savent que j'accouche les femmes de leurs missionnaires, et cela sans conséquences fâcheuses, mon secours n'est jamais sollicité, quelles que soient les difficultés. Nombreuses sont les pauvres femmes qui sont mortes en couches, dans mon voisinage, et dont on m'a soigneusement caché l'état désespéré.

« Les indigènes, notez-le bien, ne connaissent en anatomie que celle des formes extérieures; jamais, au grand jamais, ils ne se hasarderaient à ouvrir un corps humain pour en examiner l'intérieur. Ils ont trop peur des morts pour cela. Je pose en fait, — jusqu'à preuve du contraire, — que parmi toutes les tribus d'origine Bantu, l'opération césarienne est non seulement inconnue, mais qu'elle serait considérée comme une monstruosité et un sacrilège. Vous proposeriez à des noirs de fendre le ventre d'une femme mourante ou morte pour sauver l'enfant, qu'ils se récrieraient violemment et demanderaient d'ailleurs à quoi bon conserver la vie à un être que sa mère ne pourrait pas nourrir.

« Mais peut-être, me répondrez-vous, M. Felkin a fait son observation parmi les indigènes du nord de l'Afrique. Ceux-ci ayant subi l'influence des Arabes, mes doutes seraient peut-être mal fondés, car nous savons que la médecine des Arabes mérite un certain degré de respect. Si cela est, votre remarque, que « l'idée de la césarienne a pu naître dans la cervelle des plus barbares » perd de sa valeur; ces qualificatifs ne s'appliquent guères à la peuplade en question. La section abdominale a beau être, selon le professeur Pajot, « l'enfance de l'art », elle est encore trop *majeure* pour être conçue par des êtres aussi ignorants et aussi superstitieux que le sont les pauvres habitants de l'Afrique centrale et méridionale. »

Les lecteurs de l'*Union* apprécieront, sans aucun doute, l'intéressante critique du docteur Casalis.

Dr H. Stapfer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 septembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. de Villiers dépose, au nom de M. le docteur Galtier (de Nîmes), la relation d'une série d'observations manuscrites sur une épidémie de choléra à Saint-Césaire, près Nîmes, en 1885.

M. Proust présente, au nom des auteurs MM. Rampal, Villard, Nicolas Duranty, Queirel, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, un rapport sur l'épidémie actuelle de choléra dans la ville de Marseille.

M. le Président se lève et dit qu'il a le triste devoir d'annoncer à l'Académie la nouvelle de la mort de M. Lunier, membre titulaire dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale. M. Lunier a succombé à une congestion pulmonaire dans la nuit de samedi à dimanche. Ses obsèques auront lieu demain mercredi, à midi, à l'église Saint-Thomas d'Aquin. M. le Président ajoute quelques mots d'éloges et de regrets à la mémoire de M. Lunier, accueillis par d'unanimes marques d'assentiment.

M. Guyon lit une observation de tumeur de la vessie opérée et guérie par la taille hypogastrique. Il entre d'abord, à propos de cette observation, dans de minutieux détails sur le diagnostic des néoplasmes de la vessie ; il ressort de ces détails que l'étude mé-

©BIU Santé

thodique des symptômes rationnels et en particulier de l'hématurie, que l'examen attentif de la vessie par le toucher rectal, combiné avec la palpation hypogastrique, et que l'usage de la sonde souple, fournissent une somme de renseignements parfaitement capables de permettre au chirurgien d'entreprendre, en toute connaissance de cause, l'opération et de choisir la méthode qui peut le mieux assurer l'extraction de la tumeur, ainsi que d'examiner celle-ci au cours de l'opération dont il entretient l'Académie, ajoutant un argument nouveau en faveur de cette intervention.

L'opération fut pratiquée le 27 février dernier. Une fois la paroi vésicale incisée, le doigt sentit la tumeur implantée par un pédicule unique sur le trigone ; elle fut morcelée et extraite par fragments à l'aide d'une longue curette peu tranchante ; puis la surface d'implantation fut grattée soigneusement avec une curette bien tranchante de moindre dimension ; puis, afin de voir complètement le siège du mal, M. Guyon se servit d'écarteurs imaginés par M. Bazy et d'un miroir ; il put ainsi parvenir à porter le thermo-cautère à plusieurs reprises et directement sur le point d'implantation. Les suites de l'opération furent des plus simples ; le malade rentra chez lui le 16 mars. La tumeur, du poids de 160 grammes, fut reconnue à l'examen histologique être un papillome.

M. Gosselin éprouve une véritable satisfaction à constater, après la lecture du travail de M. Guyon, une innovation heureuse en diagnostic médical et en thérapeutique chirurgicale. Le travail de M. Guyon doit devenir le point de départ d'une étude plus attentive et plus complète des tumeurs de la vessie. Dans l'observation de M. Guyon, il s'agit d'une tumeur sessile à base plus ou moins large et qui a été très heureusement enlevée par l'extirpation, combinée avec la cautérisation au thermo-cautère. Il faut savoir qu'en dehors de ces tumeurs, il en est de pédiculées qui peuvent également devenir le point de départ d'accidents graves, d'hémorrhagies ou de suppurations. M. Gosselin en a observé un exemple chez un vieillard de 68 ans, qui a succombé à des hémorrhagies incessantes produites par la tumeur.

M. Lancereaux lit un travail intitulé : *De la transmission de la variole au début de la période d'éruption.*

« Depuis un an, dit l'auteur, deux malades atteints de variole ont été admis par erreur, à la Pitié, en deux fois différentes et, chaque fois, plusieurs malades ont contracté cette fièvre éruptive. Nous avons pu ainsi étudier les circonstances qui ont présidé à la transmission, l'époque de la maladie où celle-ci s'est opérée, et la durée de l'incubation.

« Le 17 janvier 1884 entre un malade pour une affection fébrile. On ajourne le diagnostic; le lendemain, on reconnaît qu'il est atteint de variole discrète; il est aussitôt transféré dans un autre hôpital. Au n° 20 de la même salle se trouvait un malade atteint d'eczéma; le 28 janvier, onze jours après l'entrée du précédent malade, il éprouve des douleurs dans la région des lombes, a de la céphalalgie et est pris de vomissements; l'état va s'aggravant les deux jours suivants. Le 1er février apparaissaient quelques taches purpurines au niveau des aines et, ça et là, sur le tronc et les membres; la température s'élève, il survient du délire et le malade succombe le lendemain matin. A l'autopsie, on constate tous les signes de la variole hémorrhagique.

« Ainsi, voilà un malade atteint de variole qui, le deuxième jour de son éruption, quitte l'hôpital; onze jours plus tard, un des malades de la salle est pris d'une variole hémorrhagique qui l'emporte en cinq jours.

« Le 12 février 1885 entre à l'hôpital une malade âgée de 35 ans; le 17, elle prend une éruption varioleuse et est aussitôt transférée à Saint-Louis. Le 28, une malade atteinte d'hémiplégie faciale présente les prodromes d'une variole; l'éruption apparaît le 3 mars; elle est transférée dans un hôpital spécial, où elle succombe. Elle avait été vaccinée dans sa jeunesse et revaccinée la veille du jour où débutèrent les accidents. Une autre femme de la même salle est prise, le 28 février, des mêmes prodromes; éruption le 3 mars. Cette éruption est discrète et la malade guérit.

« L'enseignement à tirer de ces faits est complexe. La variole, en somme, peut se transmettre le premier ou, du moins, le second jour de l'éruption. La variole, comme la rougeole, la scarlatine sont des maladies transmissibles dès leur première période.

La durée d'incubation de la variole est variable de huit à dix jours pour la variole inoculée; de dix à douze jours, pour la variole spontanée.

« Ces faits montrent, en outre, qu'une variole bénigne peut transmettre tout à la fois une variole grave et une variole discrète, ce qui confirme l'opinion généralement acceptée. »

— M. Peter fait une communication sur le choléra.

En 1884, M. Peter a été chargé du service des cholériques à l'hôpital de la Charité, et cela en raison de l'isolement où se trouvent ses salles de malades.

Il a eu à traiter 43 cholériques, 26 ont guéri, 17 sont morts, ce qui fait une mortalité de 39 p. 100 seulement, laquelle est bien au-dessous des chiffres de 65 à 80 p. 100 donné par M. Jaccoud dans son *Traité de pathologie*, ou de 50 à 55 p. 100 donné par M. Trastour à propos de l'épidémie de Marseille en 1884, ou de 54 p. 100 donné par M. Dujardin-Beaumetz dans l'épidémie de Paris en 1884.

Avant d'exposer le traitement qu'il a fait suivre à ses malades, M. Peter croit devoir exposer les raisons cliniques et doctrinales de cette médication.

Le choléra indien, dit M. Peter, n'est pas une maladie isolée dans la pathologie; il a d'incontestables affinités; c'est le dernier terme d'une série morbide progressive qui va de la diarrhée à la diarrhée cholériforme, à la cholérine, au choléra nostras, au choléra indien. N'observe-t-on pas, d'ailleurs, la même série morbide progressive dans la dysentérie épidémique, qui est le dernier terme d'une série commençant par la diarrhée, se continuant par la diarrhée dysentérique, puis par la dysentérie inflammatoire, pour aboutir à la dysentérie épidémique? De même pour la diphthérie, dernier terme d'une série dont le premier est l angine catarrhale, et, le second, l'angine couenneuse dite simple.

La contagiosité relative est celle, par exemple, de la fièvre typhoïde, de la diphthérie, du choléra : ici, il y a acception de personnes, conditions nécessaires ou rapports répétés et séjour prolongé dans le milieu contaminé; ainsi la fièvre typhoïde et la diphthérie frapperont surtout les débiles on les débilités. Il en est ainsi pour le choléra; ceux qu'il atteint de préférence et frappe le plus fort présentent les conditions générales indiquées auxquelles s'ajoute le plus souvent un état catarrhal antérieur des voies digestives. C'est l'aptitude morbide ou *prédisposition*.

Pour la contagiosité absolue, prédisposition inutile; pour la contagiosité relative, prédisposition nécessaire.

La contagiosité cholérique est donc essentiellement *limitée* et limitée par des conditions extrinsèques aussi bien qu'intrinsèques.

Les conditions extrinsèques sont la fréquence ou l'intensité des rapports, d'une mère avec ses enfants, d'un médecin, d'une religieuse, d'un infirmier avec le malade qu'ils soignent. Ces conditions sont encore le séjour prolongé dans ce milieu infecté. Le fait est absolument démontré pour la même catégorie de personnes : parents, médecins, etc.

Les conditions intrinsèques sont le chagrin, la fatigue, un état maladif antérieur qui rendent l'organisme moins résistant. Ainsi la contagiosité cholérique est limitée à la fois par la prédisposition individuelle et les conditions de milieu, ce qui explique qu'on ne l'ait constatée que 93 fois sur 3,710 cas d'après le récent rapport de M. Marey.

Il n'y a donc nulle excuse à cette folle terreur causée par le choléra en 1884, terreur que la croyance au microbe a fait naître et qui sera une des hontes de la fin du XIXe siècle.

M. Peter s'attache à établir que la doctrine de la génération spontanée d'une maladie, et, dans l'espèce, d'une maladie infectieuse, n'est pas contradictoire avec la doctrine de l'importation. L'importation a lieu par le fait d'une matière infectieuse, et cette matière est le produit d'un organisme vivant dans certaines conditions de milieu intrinsèques et extrinsèques, comme le démontre l'historique de l'épidémie actuelle de Marseille et de Toulon. A l'appui de ses idées, M. Peter rappelle l'histoire de cette épidémie, telle qu'elle a été exposée par M. Brouardel pour celle de Marseille et par M. Rochard pour celle de Toulon. Il y voit la justification par les faits de la doctrine des diarrhées prémonitoires de M. J. Guérin, comme de sa doctrine des séries morbides progressives. Quant à l'importation, s'il a été difficile de la démontrer en 1884, de l'Extrême-Orient

©BIU Santé

pour Toulon, il ne l'a pas été, cette même année 1884, de Toulon pour Marseille, pas plus qu'il ne l'est, en 1885, de Marseille pour Toulon, comme en témoignent les faits consignés dans le rapport extrêmement remarquable de MM. Rampal, Villard, Nicolas-Duranty et Queirel.

D'autre part, si le choléra indien n'est pas isolé au point de vue de ses affinités, il ne l'est pas davantage au point de vue de ses analogies. Il a, en effet, pour analogies l'empoisonnement, tel que l'empoisonnement par le tartre stibié, l'arsenic, etc. L'analogie symptomatique est telle et tellement saisissante que la pathologie l'a consacrée en donnant les noms de *choléra stibié* et de *choléra arsénical* à l'ensemble des troubles fonctionnels déterminés par l'ingestion de l'émétique et de l'arsenic. En réalité, le choléra indien est un empoisonnement par substance toxique et est d'origine animale, c'est vraisemblablement un alcaloïde développé par les réactions multiples et complexes de la putréfaction, soit au sein même de l'organisme vivant encore, soit d'un organisme qui a cessé de vivre.

La ptomaïne cholérique (que l'analyse a conduit à admettre) exerce son action sur le plexus solaire par l'intermédiaire des nerfs de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Les premiers troubles fonctionnels du choléra en sont l'expression symptomatique.

Puis des réflexes se produisent du plexus solaire sur la moelle, d'une part, sur le grand sympathique, d'autre part, d'où les crampes musculaires dans les muscles des membres, d'où aussi les contractions vasculaires ou crampes des muscles des vaisseaux, avec l'algidité et la cyanose consécutives.

Ainsi, le choléra indien doit sa symptomatologie à l'irritation et à l'hyperémie. La première et suprême indication est donc de combattre cette hyperémie dont les réflexes sont si prochainement redoutables que les deux tiers de la mortalité par le choléra indien s'observent dans cette phase d'état de la maladie.

Pour combattre l'irritation génératrice de l'hyperémie de l'appareil digestif, et, de proche en proche, du plexus solaire avec toutes ses conséquences, la médication la plus rapidement active consiste dans l'emploi des révulsifs, et, plus spécialement, dans l'application d'un vésicatoire au creux épigastrique.

En outre, M. Peter a fait l'application des courants continus d'une durée de trois quarts d'heure à une heure par séance, et répétée trois fois par jour. L'effet immédiat a été la cessation du hoquet et des vomissements qui reparaissent toutefois peu de temps après la cessation de l'électrisation.

Mais, si rationnelle que soit l'électrisation, elle est d'une application difficile; M. Peter a donc, en suivant le même ordre d'idées, essayé de modifier l'innervation à l'aide du sac à glace du docteur Chappman qui lui a donné les meilleurs résultats.

M. Peter achèvera sa communication dans la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons, avec un vif regret, la mort de M. le docteur Lunier, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général honoraire du Service des aliénés, officier de la Légion d'honneur, décédé à Saint-Sulpice-de-Favières, le 5 septembre 1885, à l'âge de 63 ans.

Enseignement libre. — *Cours d'accouchement.* — M. le docteur Verrier, ancien préparateur des cours de M. le docteur Pajot à la Faculté, commencera son cours des vacances le lundi 14 septembre, à cinq heures, 129, rue Saint-Honoré. Il le continuera tous les jours à la même heure, le jeudi excepté.

MM. les élèves seront exercés au toucher et aux manœuvres avec les anciens et les nouveaux instruments.

Le cours sera terminé fin octobre. On s'inscrit chez M. Verrier, 129, rue Saint-Honoré, de onze heures à une heure.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Ch. Eloy : Les propriétés physiologiques et les usages thérapeutiques de la noix de kola. — II. Association française pour l'avancement des sciences. — III. Bibliothèque. — IV. L'Epidémie cholérique de 1885. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie.

Revue de clinique médicale et thérapeutique.

Les propriétés physiologiques et les usages thérapeutiques de la noix de kola.

Qu'il est loin le temps où Sydenham prétendait loger toute la pharmacie dans le pommeau de sa canne, et où, dans un accès de patriotisme thérapeutique, Thomas Brown se demandait très sérieusement : *An domi nata remedia cuilibet regioni sufficere possint !* La matière médicale contemporaine fait profession de cosmopolitisme, et, fatiguée de puiser dans la flore des contrées civilisées, s'adresse en grande hâte aux formulaires empiriques des pays à peine explorés.

C'est avec une telle recommandation que le fruit de la kola a été récemment proposé aux thérapeutes européens. Depuis longtemps, il est vrai, les botanistes avaient enregistré la sterculia acuminata dans leurs classifications, et donné le signalement de cet arbre dont la kola est le fruit. Les chimistes en avaient bien déterminé les principes immédiats : caféine, théobromine, tannin, glycose et matière grasse, et, les géographes, l'habitat sur les terres avoisinant la Sierra-Leone et le Congo. Les explorateurs des tribus nègres de l'Afrique tropicale annonçaient bien son emploi économique en guise de monnaie courante dans les échanges, et ses usages médicinaux, comme sialagogue, stomachique, astringent, antidéperditeur et antiputride pour corriger la saveur des eaux croupissantes.

D'engouement, et pour un temps, on proclamait son infusion en qualité de succédanée du café. Telle était la renommée qui précédait la kola lors de son introduction dans la matière médicale européenne.

FEUILLETON

CAUSERIE

Le gaspillage administratif dans un hôpital de Londres. — L'hérédité intellectuelle, d'après M. Renan. — Victor Hugo, poète allemand. — Comment les enfants naissent dans les choux de Bruxelles. — Les médecins à la chasse.

Je ne sais si vous vous rappelez combien on a reproché à notre administration parisienne de l'Assistance publique, il y a quelques années, d'avoir par trop augmenté le budget consacré à certaines boissons de luxe, bière, vin, etc. Tout cela fondé sur des chiffres officiels. Si le malheur de l'un pouvait consoler du malheur de l'autre, nous pourrions nous consoler du nôtre, — si toutefois il existe encore — en songeant qu'en Angleterre les choses vont encore plus mal.

Il paraît, en effet, qu'on se livre en ce moment à une enquête publique, sur l'administration de l'hôpital de Homerton dans l'est de Londres. Ici, la probité des gens n'est pas laissée hors de cause, bien au contraire. Le comité administratif électif, qui exploitait l'institution charitable en question, était recruté tout entier dans la classe et dans le personnel qui emboîte le pas derrière M. Frith, sir W. Harcourt, sir Ch. Dilke, la *Pall Mall Gazette* et l'*Echo*, c'est-à-dire toutes les personnalités appartenant à l'opinion dite radicale, pour confisquer les biens de corporations et en donner la gestion à des « délégués du peuple » du genre de ceux qui sont en cause.

©BIU Santé

Ces vertus méritaient vérification. De là quelques travaux : entre autres ceux du laboratoire de thérapeutique de l'hôpital Cochin et les essais cliniques de MM. Henri Huchard, Duriau et Cunéo, enfin la récente thèse inaugurable où M. Monnet a étudié très heureusement les effets physiologiques et les qualités médicamenteuses de la kola.

Heckel et Schlagdenhauffen avaient constaté dans leurs analyses chimiques la richesse en caféine de ce fruit, que les indigènes africains désignent sous les noms assez dissonants de kula, gola, kourou, kokorokou ou nangoué. On était donc autorisé à soupçonner que sa noix possédait quelques-unes des propriétés du café ou tout au moins de la caféine, et conséquemment à étudier comparativement les effets de l'un et de l'autre de ces produits végétaux.

Malheureusement, l'infusion de la kola torréfiée ne rappelle guère l'arôme du café. Pour savourer ce breuvage, il faut posséder le palais des Africains, et, pour la tolérer, leur foi dans ses qualités soi-disant aphrodisiaques.

Et cependant ce fruit du Congo possède quelques-unes des qualités de la graine d'Arabie : son infusion cause l'insomnie, stimule les centres nerveux et excite l'intelligence; M. Monnet l'affirme et motive son opinion sur ses recherches personnelles.

Ces qualités sont d'ailleurs communes aux diverses substances de l'ordre de la caféine; elles agissent comme médicament antidéperditeur et comme aliment d'épargne. Selon l'heureuse expression de MM. Kuss et Duval, elles favorisent la transformation de la chaleur en force et l'utilisation par l'organisme des autres substances alimentaires ingérées avec elles.

Comme le café et par sa caféine, la kola appartient donc au groupe des aliments nerveux de Montegazza, traverse l'organisme sans y séjourner, surexcite par sa présenee les fonctions nerveuses et se retrouve dans les excréta. Elle joue donc « dans la machine humaine, ajoute M. Monnet, le « rôle de l'huile ou de la graisse vis-à-vis des rouages et des engrenages des « curieuses machines à l'aide desquelles fonctionnent nos usines et s'exer- « cent nos industries. »

L'hôpital en question a une moyenne de 239 lits occupés, pour lesquels le comité trouve moyen de dépenser un million et demi de francs par an, obtenus par des souscriptions et dons volontaires. Cela fait plus de 6,300 fr. par lit. Il est vrai qu'il a casé 184 amis et parents comme personnel permanent, et que pour ne pas fatiguer ces amis et parents, il a dépensé par an *cent vingt-deux mille francs* en journées d'employés supplémentaires ! Les cent quatre-vingt-quatre fonctionnaires permanents ont bu, pendant le dernier trimestre de 1884, pour dix-neuf mille francs de vin. En revanche, ils ont été plutôt économes de la boisson ordinaire, la bière, dont ils n'ont consommé, pendant le même temps, que pour 8,100 fr., avec 2,900 d'eaux gazeuze et 11,100 fr. de lait et crème.

Pour les patients... et les luncheons du comité, il a été bu 1,485 bouteilles de champagne, 970 de Beaune et 2,571 de vin de Porto. Le directeur s'est fait meubler sa maison particulière par les fournisseurs de l'hôpital, etc.

Ces honnêtes exploiteurs de la charité sont de chauds démocrates, abonnés réguliers de l'*Almanach de la Réforme*, publié par le *Caucus* de Birmingham, où chaque famille de l'aristocratie est débitée des sommes qu'elle est censée avoir coûté au peuple depuis trois siècles. Les mêmes individus figurent dans vingt ou trente familles à la fois, sur ces véridiques tableaux, et les zéros au bout des nombres ne coûtent rien aux auteurs.

La presse radicale de Londres a, bien entendu, essayé de laisser dans l'ombre ces tableaux, mais, de même que la *Pall Mall Gazette* avait fait du tapage avec les scandales relatifs aux mœurs de Londres, de même les journaux adverses n'ont pas manqué de lui rendre la pareille dès qu'ils ont eu barre sur ses partisans.

Quel est le témoignage de l'expérimentation physiologique? La kola, nous apprend-elle, modifie l'activité cardiaque, agit sur la circulation, et, conséquemment, prend rang au nombre des médicaments vasculaires. M. Monnet l'a injectée dans les veines du chien, et a vu la tension sanguine augmenter. Il est vrai que cette augmentation n'est pas nettement corrélative d'une diminution simultanée du nombre des pulsations cardiaques; faits en désaccord avec la loi sur la tendance à l'uniformité du travail du cœur.

Par contre, le postulatum de Marcq est confirmé par l'action de la kola sur la circulation des animaux à sang froid. Plus docile à cette loi, après une injection intra-veineuse d'infusion de kola, le cœur des grenouilles de M. Monnet multipliait ses battements en raison directe de l'abaissement de la tension, c'est-à-dire de la rapidité que ses cavités éprouvaient à se vider.

Comment interpréter ces différences? Par l'intervention du système nerveux, dont l'impressionnabilité est plus grande, nul ne l'ignore, chez les mammifères que chez les batraciens. Cette explication de M. Monnet possède l'avantage de la vraisemblance, et ne laisse guère de doute sur l'identité des propriétés vasculaires du café et de la kola. S'y arrêter longuement serait de la naïveté, puisque la caféine est le plus actif des principes immédiats communs à la graine d'Afrique et à celle d'Arabie.

En sa qualité de substance riche en caféine, la kola modifie donc le rhythme des pulsations cardiaques; selon les uns, en diminuant d'emblée leur nombre et, selon les autres, en l'augmentant dès l'abord pour le diminuer plus tard. Ce point reste à débattre; mais, au point de vue pratique, le seul dont il soit ici question, l'action de la kola sur la tension sanguine et sur la régularisation des battements du cœur paraît être suffisamment établie. En d'autres termes, la proposition énoncée plus haut se trouve vérifiée, et la kola est bien un médicament vasculaire.

Exerce-t-elle sur la fibre musculaire une action directe, ou bien par l'intermédiaire des centres nerveux? En un mot, est-elle un médicament musculaire? De par l'augmentation de la tension sanguine sous son influence, on conclurait à une excitation directe de la fibre musculaire

---

Je relève un détail dans l'administration de l'hôpital anglais : c'est que le directeur s'est fait meubler sa maison particulière par les fournisseurs de l'hôpital. Cela fait supposer que son mobilier n'a pas dû lui coûter cher. — Notre collaborateur L.-H. Petit, qui nous a signalé cet abus monstrueux, ajoute qu'il serait bien à désirer que tous les directeurs d'établissements analogues suivissent la conduite du directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Robert, dont il nous a parlé dans son dernier feuilleton, et qu'ils défendissent à tous leurs subordonnés, en prêchant d'exemple, cela va de soi, de prendre pour fournisseurs ceux de l'établissement. Leur budget personnel en souffrirait certainement, mais au moins ils seraient à l'abri des attaques des envieux, et surtout des reproches de leur conscience.

*
* *

Je voudrais bien enregistrer toutes les belles choses qu'on a publiées dans les journaux, pendant mon absence de la capitale, mais il y en a tant que je cesserais plutôt d'écrire, comme disait Boileau. Il y en a une cependant que je veux consigner dans les annales de l'*Union*, tant à cause de son intérêt intrinsèque que de la haute situation de son auteur. Ce sont des considérations psychiques bien spirituelles sur l'hérédité, par M. Renan, présentées dans un discours prononcé dans une fête bretonne.

Dans une improvisation charmante et pleine de gaieté, M. Renan a dit toute la joie qu'il éprouvait à se retremper au milieu des Bretons dont l'accueil chaleureux le ren-

©BIU Santé

lisse. De plus, les procès-verbaux des expériences mentionnent unanimement les envies fréquentes d'uriner que la kola provoque chez les animaux, c'est-à-dire la mise en jeu de la contractilité des fibres vésicales.

Cependant, l'expérimentation directe donne des résultats différents. La kola agit alors à la manière des poisons de la fibre musculaire. Telle est l'expérience suivante, qui paraît très démonstrative : Elle consiste à suspendre la circulation dans l'un des membres postérieurs de la grenouille par une ligature isolatrice, tout en conservant au nerf sciatique son intégrité, et à enregistrer avec le myographe les contractions des muscles homologues dans les deux pattes postérieures, en sollicitant leur excitabilité par la galvanisation. Avec ce dispositif, imité de Claude Bernard, et après une injection de kola, M. Monnet notait l'amoindrissement des contractions musculaires d'ouverture et de fermeture du courant électrique dans la totalité du corps, et la conservation de leur énergie dans le département soustrait par la ligature à l'action de la kola.

La kola agirait donc directement sur les fibres musculaires, conclut M. Monnet. N'agirait-elle pas plutôt, ajouterais-je, sur les plaques terminales et les extrémités des filets nerveux?

Ce point doit être réservé. Pour l'heure, et contrairement à l'hypothèse de M. Levens, l'action sur le muscle paraît être directe et partout indépendante d'une intervention médiate des centres nerveux.

Il y aurait encore à dire sur ces observations qui sont de réel intérêt pour le physiologiste, le thérapeute et le clinicien. Ce n'est ni le lieu ni l'heure de le faire ; je m'en tiens seulement aux faits acquis et je note l'action de la kola en qualité de *paralysant de la motilité* à dose toxique et de son *excitant* à dose physiologique.

On sait que la kola provoque des besoins fréquents de miction. Est-ce à dire que cette action soit la seule qu'elle possède sur l'appareil urinaire? En d'autres termes, la kola est-elle un diurétique? Non, disaient les uns; oui, répond M. Monnet, en s'appuyant sur les faits cliniques et les travaux de M. Vulpian sur les causes de la diurèse. Les vrais diurétiques

---

dait fier. Après avoir très finement parlé de la liberté de conscience, le grand écrivain a terminé son discours en donnant le secret de sa perpétuelle sérénité d'esprit et de sa gaieté :

« Un critique de beaucoup de talent me soutenait dernièrement que ma philosophie m'obligeait à être toujours éploré. Il me reprochait, comme une hypocrisie, ma bonne humeur, dont il ne voyait pas les vraies causes.

« Eh bien, je vais vous les dire.

« Je suis très gai, d'abord, parce que, m'étant très peu amusé quand j'étais jeune, j'ai gardé, à cet égard, toute ma fraîcheur d'illusions; puis, voici qui est plus sérieux, je suis gai, parce que je suis sûr d'avoir fait en ma vie une bonne action ; j'en suis sûr. Je ne demanderai pour récompense que de recommencer. Je me plains d'une seule chose, c'est d'être vieux dix ans trop tôt.

« Je ne suis pas un homme de lettres, je suis un homme du peuple, je suis l'aboutissant de longues files obscures de paysans et de marins; je jouis de leurs économies de pensée ; je suis reconnaissant à ces pauvres gens qui m'ont procuré, par leur sobriété intellectuelle, de si vives jouissances.

« Là est le secret de notre jeunesse.

« Nous sommes prêts à vivre quand tout le monde ne parle plus que de mourir. Le groupe humain auquel nous ressemblons le plus, et qui nous comprend le mieux, ce sont les Slaves ; car ils sont dans une position analogue à la nôtre, neufs dans la vie et antiques à la fois.

étant les substances susceptibles d'augmenter la tension sanguine en stimulant l'activité du cœur, ou d'exagérer la pression vasculaire en excitant la contractilité des petites artères, la kola aurait droit d'être comptée parmi les agents de la médication diurétique. Ce titre, elle le partagerait dès lors avec la caféine et prendrait place à ses côtés.

Faut-il attribuer un rôle thérapeutique au tannin qu'elle renferme? On en a obtenu des effets favorables contre les diarrhées, et M. Henri Huchard en a retiré des bénéfices dans le traitement des cholérines. La nature même de ces flux justifiait le choix d'un médicament à la fois astringent, tonique et vasculaire. Les tentatives du médecin de l'hôpital Bichat attestent sa sagacité thérapeutique. Reste à savoir si l'efficacité partielle de son emploi doit être portée à l'avoir des vertus toniques de la caféine, dont la kola contient 23 pour 1,000, plutôt qu'aux qualités astringentes du tannin, qui entre dans sa composition dans la proportion plus modeste de 16 pour 1,000. A cette caféine, qu'on ajoute encore des quantités appréciables de théobromine et on semble autorisé à dire que la kola agit plutôt alors comme un tonique modificateur de la circulation générale et, partant, de la circulation intestinale.

Les matières sucrées, grasses ou aromatiques de ses autres principes immédiats, sont de moindre importance. Leur rôle thérapeutique paraît bien secondaire.

Je laisse donc le soin d'en faire l'éloge aux enthousiastes de la kola. Ce produit a pour l'heure l'avantage passager de la dernière nouveauté. C'est une qualité commerciale que la caféine ne possède plus, et peut-être aussi le prétexte de cet excès de vertus.

Les conclusions de l'expérimentation physiologique donnent raison des applications médicales dont la kola est l'objet.

Ces applications, nous a-t-on appris, abondent dans la médecine primitive des pays africains. En Europe, elles sont moins étendues, et consistent jusqu'ici en essais thérapeutiques, relativement heureux, contre certains troubles cardo-vasculaires, nerveux et gastro-intestinaux.

« C est ce que je me disais ces jours-ci à Perros, en retrouvant toutes sortes de vieilles petites connaissances, des oiseaux, des fleurs, dont j'avais oublié le nom. On ne comprend rien à l'humanité si l'on s'en tient aux vues d'un individualisme étroit. J'ai demandé à un de nos confrères du Muséum la vérité sur ce rocher du groupe des sept îles qui est, au printemps, rempli d'innombrables oiseaux! Ce sont les oiseaux des îles Shetland qui viennent déposer leurs œufs en terre tiède; là, ils éclosent; puis les oisillons, tout d'une volée, regagnent leurs rochers des mers du Nord. Ah! voyez, je vous prie, comme ces petits êtres sortent de l'œuf maternel avec une profonde sagesse! Ainsi, ce qu'il y a de meilleur en nous vient d'avant nous.

« Une race donne sa fleur quand elle émerge de l'oubli. Les brillantes éclosions intellectuelles sortent d'un vaste fonds d'inconscience, j'ai presque envie de dire de vastes réservoirs d'ignorance.

« Ne craignez pas que je vienne vous engager à cultiver l'ignorance; c'est là une plante qui pousse fort bien toute seule; malgré l'instruction intégrale et obligatoire, il y en aura toujours assez. Mais je redouterais pour l'humanité le jour où la conscience aurait pénétré toutes ses couches. D'où viendrait le génie, qui est presque toujours le résultat d'un long sommeil antérieur?

« D'où viendrait le sentiment instinctif, la bravoure qui est si essentiellement héréditaire, l'amour noble, qui n'a rien à faire avec la réflexion, toutes ces pensées qui ne se rendent pas compte d'elles-mêmes, qui sont en nous sans nous, et forment la meilleure partie de l'apanage d'une race et d'une nation? »

©BIU Santé

Nul n'ignore les heureuses indications de la caféine et ses succès parfois inespérés contre les cardiopathies. Chaque jour, elle entre dans la matière médicale usuelle, et les praticiens font de plus en plus souvent appel à son pouvoir régularisateur de la circulation, restaurateur de la contractilité cardiaque, et indirectement diurétique par l'intermédiaire de son action vasculaire. Des indications de la caféine, à celles de la kola, la distance est courte. Faut-il adopter cette dernière de préférence, en raison de la théobromine et autres principes qu'elle contient ? On l'a dit, et ce témoignage est celui des panégyristes de la kola. Est-ce là un avantage suffisant, si tant est qu'il soit aussi considérable, pour faire adopter la kola de préférence à la caféine dans les cardiopathies ? On peut en douter, à moins de cas exceptionnels.

La diurèse provoquée par la kola est parfois abondante. M. Monnet a publié l'observation d'un cardiopathe chez lequel une dose de 8 à 10 grammes d'alcoolature de kola éleva en deux ou trois jours l'urination de 200 à 3,000 et 3,500 grammes. Un tel résultat encouragera certainement à imiter cet exemple.

Les accidents nerveux, céphalalgies, névralgies, ayant pour origine un trouble circulatoire, et indépendants, cela va sans dire, de lésion organique, cèdent parfois à l'action de la caféine. Ils sont donc aussi justiciables de la kola, qui emprunte encore à la caféine cette qualité de médicament névrosthénique. Procure-t-elle des résultats plus durables, que ceux de la caféine et surtout de la coca, qui possède toujours la faveur des médecins du Nouveau-Monde ? On l'affirme: c'est à l'observation de le prouver.

On recommande la kola à titre de tonique pendant la convalescence et contre les accidents nerveux des fièvres graves. Cette efficacité dépend de son rôle comme antidéperditeur et comme modérateur des phénomènes de la nutrition.

Elle agit tout autrement dans le traitement des affections stomacales, où elle a procuré quelques résultats favorables. Par son administration, MM. Cunéo et Duriau provoquèrent la guérison de dyspepsies et de vomis

***

J'aime infiniment mieux cette manière de faire des rapprochements ethniques que celle dont s'est servi un journaliste allemand pour annexer Victor Hugo à l'Allemagne.

Un Herr Karl Blind écrit dans la *Westliche Post* que l'un des plus français de nos poètes était allemand d'origine. « Pourquoi Hugo ? s'écrie Blind (qui, par parenthèse, signifie aveugle). La forme française est Hugues. Comment *Victor* ? — Cela s'explique : son père s'appelait Joseph-Léopold-Sigisbert ; Léopold est allemand ; Victor remplaça en franco-latin Sigisbert, *id est : Siegesstrahlen*, qui signifie *brillant de victoire*.

« Il existe des documents sur ses ancêtres allemands, c'étaient des artisans. En outre, Victor Hugo avait une tête d'Allemand ; le poète avait le crâne carré que les Français attribuent aux Alsaciens. » Enfin, Karl Blind rappelle que le *Daily News* de Londres, dans son article nécrologique, faisait observer que toutes les poésies et tous les romans de Victor Hugo ont une touche allemande. — Vraiment, ce M. Blind, de la *Westliche Post*, est très instructif..... et très clairvoyant !

***

Il est admis généralement que les enfants naissent dans des choux. Notre éminent maître M. Pajot a même été autrefois caricaturé par Gill, dans la position d'un monsieur

sements rebelles. Ces succès thérapeutiques étaient en partie sans doute l'œuvre des principes amers, astringents et aromatiques contenus dans cette substance.

L'explication est moins aisée, quand il s'agit d'interpréter ses propriétés antidiarrhéiques, que les indigènes du Congo mettent à profit. M. Dujardin-Beaumetz l'a vu tarir des flux intestinaux, et M. Henri Huchard diminuer des diarrhées choléri formes. M. Cunéo et M. Monnet ont, avec son aide, guéri des diarrhées de Cochinchine, et enfin M. Duriau a pu améliorer la diarrhée des tuberculeux.

Qu'à son double titre de tonique vasculaire par la caféine et d'astringent par le tannin, la kola modère les flux intestinaux, les physiologistes ne s'en étonnent certainement pas ; lui concéder une vertu antidiarrhéique spéciale, c'est aller trop loin. Il en serait ainsi de l'hypothèse timidement murmurée d'après laquelle la kola jouirait d'un pouvoir parasiticide, un peu trop occulte et fort gratuit, sur le bacille-virgule du choléra, l'anguillule stercorale et le bacille de la tuberculose ! Les hardiesses et les engouements thérapeutiques ont des limites au-delà desquelles, ce me semble — « le vrai lui-même cesserait d'être vraisemblable. »

En résumé, et sans devenir un médicament de tous les jours, la kola rendra quelques services dans la pratique. Peu toxique à doses médicinales et douée de propriétés toniques incontestables, elle se prête aux préparations les plus diverses. Ce n'est pas tout : ses recettes pharmaceutiques sont faciles à obtenir, comme on peut s'en convaincre en consultant le savant mémoire de notre distingué confrère M. Monnet. Elles sont donc appelées à devenir officinales.

Selon les indications et la tolérance des malades, on lui donnera la forme d'alcoolature, de potion, de pilules, de pastilles, de sirop, de vin, d'élixir ou de chocolat. On la prescrira quotidiennement aux doses moyennes de 10 à 15 centigrammes d'extrait alcoolique, de 7 à 10 grammes de teinture et de 10 à 15 grammes d'alcoolature. Je ne m'arrête pas à ses contre-indications ; ce sont celles de la caféine.

---

observant à la loupe les modifications qui s'accomplissent au sein de ce légume. Seulement, on ne dit pas de quelle espèce de chou il s'agit. Il est bon quelquefois de préciser.

Un de nos confrères et amis fut appelé dernièrement auprès d'une jeune dame, veuve depuis plus d'un an, pour des coliques violentes. A la palpation abdominale, il constate la présence d'un utérus volumineux. Connaissant la situation de la jeune dame, il n'ose parler de grossesse ; cependant, pendant qu'il réfléchit, la main sur la tumeur, il sent celle-ci durcir, comme se contracter, pendant que la patiente pousse un cri et qu'un flot de liquide s'échappe de la vulve.

Mais, madame, s'écrie-t-il, vous allez accoucher !

La mère de la dame s'en récrie : « Qu'osez-vous dire, monsieur, ma fille a des coliques ; du reste cela lui arrive chaque fois qu'elle mange des choux de Bruxelles, et elle en a mangé ce matin ! »

— Madame, répond notre ami, j'avais bien entendu dire que les enfants venaient au monde dans des choux, mais je ne savais pas qu'ils pouvaient pousser le rafinement jusqu'à venir dans des choux de Bruxelles. Mais de toute façon, madame, votre fille va en mettre un au jour.

— Sortez, monsieur, vous êtes un polisson ! »

Notre ami n'était pas au bas de l'escalier que la maman, éclairée par une confidence tardive de sa fille, le priait de remonter.

Tout est bien qui finit bien. C'était un beau garçon, à qui je ne crois pas qu'on ait donné cependant le prénom de Désiré, ni celui de Bienvenu.

©BIU Santé

Quant aux inconvénients d'un usage prolongé de la kola, on ne les connaît pas encore : cependant, à en juger par analogie, il y aura quelque jour sans doute à discuter du kolaïsme à côté du cocaïsme et du caféisme ? Posséder en partage les qualités du café et son principe actif, sans en avoir les inconvénients, ce serait vraiment un excès de vertu ; la kola ne l'a pas encore acquis.

Ch. ELOY.

Association française pour l'avancement des sciences.

QUATORZIÈME SESSION. — CONGRÈS DE GRENOBLE.

Séance du 20 août 1885.

Cette dernière séance fut en quelque sorte une séance de liquidation. Beaucoup de travaux inscrits à l'ordre du jour des séances précédentes, et qui n'avaient pu être communiqués, par suite de l'absence de leurs auteurs, furent encore appelés en vain.

Voici ceux qui répondirent à l'appel :

M. ARDUIN fit un résumé des propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'*antipyrine*, d'après les travaux déjà connus, sans rien signaler de nouveau.

M. EYSSAUTIER fit la même chose pour les théories relatives à l'*érosion dentaire*. Il pense que celle-ci est le résultat de la dénutrition générale et que toutes les cachexies peuvent l'engendrer. M. REDARD (de Genève) est d'avis que toutes les affections aiguës de l'enfance, en particulier les fièvres éruptives, sont capables de produire l'érosion.

M. E. DE FROMENTEL rapporte une belle observation de *chromidrose*, recueillie sur une jeune fille très nerveuse, d'où il conclut que ce phénomène est une affection mésologique du système encéphalique dont le point de départ est un état psychique plus ou moins prononcé — que l'emploi des agents modificateurs locaux n'a qu'une action momentanée ou nulle ; — qu'enfin la médication générale (iodure de potassium) est peut-être la seule qui ait une action complète contre cette étrange maladie.

M. le docteur BESSETTE (d'Angoulême) est resté partisan convaincu du *thermo-cautère dans le traitement de la gangrène des membres*. L'an dernier, il envoya au Congrès le récit d'un cas de ce genre, observé chez un alcoolo-diabétique, et qui guérit bien, après la

* * *

Vous connaissez la plaisanterie qu'on ne manque jamais d'adresser à ceux de nos confrères que leurs clients rencontrent à la chasse.

— Comment, docteur, vous allez voir vos malades avec un fusil ; vous avez donc peur de les manquer ?

Le *Gil Blas* en a trouvé une autre, non moins spirituelle, qui pourra faire le pendant de l'ancienne.

Le docteur M..., qui a la réputation d'avoir la main malheureuse, est un grand chasseur devant l'Eternel.

Hier, notre confrère G... le rencontre sur le boulevard :

— Eh bien ! docteur, avez-vous fait, dimanche, une bonne ouverture ?

— Je suis navré, mon cher... Trois pièces seulement !...

— Trois cadavres dans une journée !... Vous êtes, en effet, habitué à mieux que cela !...

SIMPLISSIME.

ACADÉMIE LIBRE DE MÉDECINE DE LIMA. — L'Académie libre de médecine de Lima vient d'inaugurer ses publications sur un nouveau journal : *El Monitor medico* qui a pour objet la défense des intérêts scientifiques et professionnels du corps médical péruvien. Son rédacteur en chef est un distingué confrère, M. Jose Cosmiro Ulloa.

perte de l'avant-pied seulement, grâce aux cautérisations profondes et aux applications antiseptiques. La guérison persista de ce côté ; mais, au bout de quelques mois, l'autre pied fut envahi à son tour. Cette fois le malade refusa absolument le secours du thermo-cautère, mais le cautère ordinaire ne put enrayer le mal et il fallut procéder à l'amputation de la jambe. On put se convaincre alors que la gangrène était liée à un état athéromateux très prononcé des artères. Néanmoins M. Bessette reste persuadé que l'emploi du thermo-cautère aurait pu arrêter le mal avant la destruction complète du pied.

M. Montaz (de Grenoble) a exposé un *nouveau procédé de résection du genou* basé sur les considérations suivantes : Ce qu'il faut rechercher dans cette opération, c'est une ankylose rectiligne et solide ; pour cela, économiser les parties molles. L'accident à craindre dans les suites éloignées est la flexion lente de la jambe, flexion qui peut avoir lieu si l'ankylose réussit pas, et même si l'ankylose réussit, alors qu'on a conservé les cartilages de conjugaison. Cette flexion est probablement due à la section du tendon rotulien, faite dans tous les procédés de résection. On fait bien la réunion tendineuse à la fin de l'opération ; mais cette réunion, faite sur un tendon altéré, et entouré de tissus malades, doit manquer souvent. Le triceps perd dès lors son action, et les fléchisseurs n'ont plus d'antagoniste.

Pour éviter la section du tendon rotulien, tout en conservant les ligaments de l'articulation, M. Montaz fait sur la face interne du genou une large incision en H ; l'incision transversale s'étend depuis le bord interne du tendon rotulien jusqu'au ligament latéral interne exclusivement. Un coup de rugine sur les ligaments croisés et l'articulation baille en dedans. Résection, nettoyage, suture osseuse, pansement antiseptique, attelle plâtrée comme d'habitude. Ce procédé a été appliqué une fois sur le vivant avec un plein succès.

La section d'hygiène a entendu des communications de MM. Delthil, sur l'*inspection médicale des écoles;* — Henrot, sur l'*enseignement national dans ses rapports avec l'hygiène;* — Sorder, sur les *causes les plus fréquentes de la mortalité chez les enfants du premier âge ;* — Quelques considérations sur l'*hygiène infantile;* — Corbin, Bremont et Hudelo, sur la *révision de la législation sur les logements insalubres;* — Girard, sur quelques points de l'*hygiène de la ville de Grenoble;* — Rochard, sur l'*organisation du service de la vaccine en France;* — Trolard, sur les *bureaux municipaux d'hygiène*, les *quarantaines en Algérie*, les *mouvements de troupes pendant les épidémies et à l'approche des épidémies;* — Drouineau, sur les *épiceries et l'hygiène ;* — Raimbert, sur les *caractères microscopiques différentiels du poivre pur et du poivre falsifié avec le grignon ou noyau d'olive ;* — Deshayes (de Rouen), sur l'*aérothérapie*, les *thermes de France*, etc. — Herscher, sur les *étuves à désinfection;* — Redard, sur les *moyens prophylactiques employés à la gare de Genève*, pendant les mois de juillet et août 1884, *contre le choléra;* — Bevière, sur la *tuberculose des animaux au point de vue de l'alimentation publique ;* — Durand-Claye, sur les *projets d'assainissement de quelques villes de France et de l'étranger;* — J. Teissier, sur le *mode de transmission de la diphthérie et les mesures prophylactiques.*

Signalons enfin la conférence de M. J. Rochard sur *les ressources alimentaires de la France*, ressources qui sont loin d'être utilisées par les habitants de certaines régions, qu'on peut encore accroître, et qui, lorsqu'on saura en faire un meilleur usage et une meilleure répartition, contribueront certainement à la régénération physique, puis intellectuelle de ces habitants.

La session prochaine aura lieu, en 1886, à Nancy, sous la présidence de M. Friedel, membre de l'Institut, professeur de chimie à la Faculté des sciences. M. Rochard a été élu vice-président pour cette session, et sera, par conséquent, président de la session de 1887, où le Congrès se réunira à Toulouse.

L.-H. Petit.

BIBLIOTHÈQUE

La morphinomanie, les frontières de la folie, etc., par le professeur B. Ball. Paris, Asselin et Houzeau. 1885.

Dans une récente revue critique, notre collaborateur M. Eloy disait que « la morphino-

©BIU Santé

manie reste à l'ordre des débats scientifiques ». C'est aussi l'avis de M. le professeur Ball, qui a pensé faire même œuvre utile en ne s'adressant pas seulement aux médecins, mais en vulgarisant « sous une forme accessible au grand public les leçons qu'il a professées à la Clinique des maladies mentales sur la morphinomanie, vice aujourd'hui si généralement répandu dans l'Europe occidentale, et spécialement en France ».

Cette étude est écrite dans la forme charmante qui range l'auteur parmi les plus délicats lettrés de notre temps. « Vous connaissez tous le fameux monologue de Hamlet, et le passage où le prince s'écrie que, sans la crainte de l'inconnu, personne n'hésiterait à se soustraire aux chagrins de la vie, quand il suffit, pour entrer dans le repos, d'une pointe acérée. Eh bien, cette pointe acérée dont parle Shakespeare, cette aiguille libératrice, nous la possédons : c'est la seringue de Pravaz. D'un coup d'aiguille, vous pouvez effacer les souffrances du corps et celles de l'esprit, les injustices des hommes et celles de la fortune, et l'on comprend dès lors l'empire irrésistible de ce merveilleux poison. »

Après avoir tracé, dans une première leçon, la description générale de l'état somatique et psychique des morphinomanes, M. Ball étudie, dans une seconde, les effets de l'abstinence du poison; dans une troisième, il traite du diagnostic, du pronostic et du traitement, ou plutôt des traitements, puisque le médecin doit choisir entre deux grands systèmes, celui de la suppression brusque, celui de la diminution graduelle, le premier étant d'ailleurs à peu près impossible à pratiquer en dehors d'un asile ou d'une maison de santé.

M. Ball insiste sur la prophylaxie qui doit, pour les médecins, consister à ne pas faire de morphiomanes, en ne permettant pas aux malades d'abuser de la morphine. « Mieux instruits que nos devanciers des inconvénients que peuvent offrir les injections de morphine, nous devons nous montrer plus réservés dans leur usage que la génération médicale qui nous a précédés, et dont les erreurs doivent servir à nous instruire. »

Le volume comprend, en outre, plusieurs leçons où sont analysés des cas singuliers de psychologie morbide. Les *frontières de la folie*, le *dualisme cérébral*, les *rêves prolongés*, la *folie gémellaire*, ou aliénation mentale chez les jumeaux, sont des sujets qu'on ne saurait certes accuser de banalité, et la lecture des pages que M. Ball leur a consacrées est des plus attrayantes. — P. Le Gendre.

L'Epidémie cholérique de 1885.

L'origine de l'explosion cholérique marseillaise d'après M. Albenas, chef de la statistique municipale marseillaise. — L'épidémie en Provence et à l'étranger. — Le rôle des eaux potables dans le choléra espagnol.

En Provence, les statistiques officielles accusent une diminution rapide de la morbidité et de la mortalité cholérique. Pendant ces derniers jours, 8 personnes seulement ont succombé quotidiennement au mal indien, à *Marseille*; et au Pharo, le 9 septembre, le nombre des malades en traitement ne dépassait plus 38.

A *Toulon*, l'épidémie n'est pas encore devenue aussi bénigne. Cependant, les décès quotidiens qui s'élevaient à 16, le 4 septembre, ne dépassent guère 7 ou 8 depuis le 8 septembre.

Par contre, on signale toujours des cas dans les environs de ces deux villes. Le 9 septembre, il y a eu 2 décès cholériques à *Nimes*, dont celui d'une personne de Marseille. La veille, on signalait aussi un cas suspect au Pignon, dans les environs de Montpellier, localité éprouvée d'ailleurs par l'épidémie de 1884.

Le dernier numéro du *Marseille médical* contient des détails sur le début de l'épidémie actuelle. Ils sont d'intérêt d'autant plus grand qu'ils émanent de la plume autorisée de notre confrère, M. Albenas, directeur du Bureau communal de démographie et de statistique médicale à Marseille.

Le 26 juin, il enregitre le premier décès, celui d'un individu habitant une rue voisine du Vieux-Port. Du 26 juin au 14 juillet, aucun autre cas ne parvient à sa connaissance; mais à cette dernière date, et pendant les jours suivants, le choléra frappe les équi-

pages de cinq navires qui étaient ancrés dans le Vieux-Port, à distance les uns des autres.

Autour de ce port, « véritable bassin à microbes », l'épidémie rayonne à dater de ce jour et frappe de préférence les maisons insalubres, où l'antique pessaros est en usage. M. Albenas confirme en ces termes les sévères appréciations du rapport de M. Brouardel à l'Académie et s'élève avec énergie contre ce « jet pur et simple de tous les excreta « par les fenêtres, procédé perfectionné dans quelques cas par une conduite surmontée « d'un entonnoir placé au-dessous de cette même fenêtre et qui, s'il supprime les « éclaboussures pour les passants, n'en laisse pas moins subsister la pollution de la voie « publique. »

Ce n'est pas tout : les égouts de Marseille ont fait beaucoup parler d'eux dans cette épidémie. Leur insalubrité ne vient pas seulement des vices de construction ou de l'insuffisance, M. Albenas l'attribue encore à la négligence. Il cite l'exemple de l'égout, dit des Catalans, qu'on fermait naguère sans avertir les riverains, et dont les eaux refluèrent alors tout à coup dans les caves, créant dans chaque maison un foyer infectieux.

Ce n'est pas tout encore : l'insalubrité du pays électoral de M. Clovis Hugues n'est pas un mythe. Dans certains quartiers, la mortalité s'élève à 50 pour 1,000, alors que, dans les autres villes françaises, le coefficient obituaire varie de 15 à 22 pour 1,000.

Voilà des chiffres que les ministres, dans leurs voyages à Marseille, ont souvent pris en note. De là aussi, ajoute M. Albenas, cette longue suite d'inspecteurs « dont les rapports vont invariablement dormir dans les cartons des ministères, ces gouffres qui ne rendent jamais ce qu'ils ont engloutis. »

Réflexions attestant une franchise bien rare sous la plume d'un fonctionnaire administratif, dans un pays où l'accroissement progressif des impôts devrait cependant donner aux citoyens le droit d'exiger des mesures efficaces pour la protection de la vie humaine !

En Espagne : la diminution de la maladie continue ; les invasions qu'on évaluait en moyenne à 2,200 par jour, le 3 septembre, s'élevaient à 1,800 seulement le 8. La mortalité obéit à la même loi de diminution progressive. Au lieu de se chiffrer comme la semaine dernière par 800 décès quotidiens, elle ne se traduisait plus, le 9, que par 610 victimes.

Dans la province de Saragosse, la morbidité quotidienne s'est abaissée de 100 à 20 ou 30 cas. Dans celle de Grenade, le choléra ne frappe plus que 80 victimes par jour, dont 37 succombent. Par contre, il est vrai, il augmente dans la province d'Alméria.

Au 31 août, on évalue approximativement ses ravages dans toute l'Espagne à 65,000 décès, correspondant à 160,000 invasions. Dans cette statistique incomplète, la province de Valence entre pour 35,000 cas et 14,000 décès ; celle de Saragosse pour 28,000 cas et 10,000 décès ; celle de Grenade pour 16,000 invasions et 7,400 morts et celle de Murcie pour 15,000 cas et 5,600 décès. Dans la province de Castellon, la morbidité se serait élevée à 12,000 invasions et à Madrid à 5,000, dont 2,500 se terminèrent fatalement.

L'influence de la qualité des eaux alimentaires est démontrée par les remarques suivantes, qui sont l'œuvre de divers correspondants. En effet, trois grandes villes, dont les environs sont décimés par le choléra, présentent cependant une mortalité cholérique relativement faible. Ce sont Madrid, Séville et Barcelone.

Madrid s'alimente des eaux de source captées au pied du Guadarama, et auxquelles le canal Zatella fait franchir soixante milles. Dès le début de l'épidémie, on recommanda d'éviter l'emploi des eaux d'autre provenance. Aussi, comme on le voit par les chiffres précédents, le coefficient de morbidité reste peu élevé, malgré son agglomération d'un demi-million d'hommes.

Séville, peuplée de 140,000 personnes, reçoit largement l'eau pure de ses réservoirs d'Alcola. De grands travaux hydrauliques y ont été entrepris à l'instar de ceux que les Arabes y exécutèrent aux siècles passés. Le choléra semble, jusqu'ici, ménager sa population.

A cheval sur la route des fugitifs venant de Castellon, de Murcie et de Valence, la ville de Barcelone semblait menacée, entre toutes, par sa situation topographique, l'agglomération de 200,000 habitants et les intenses foyers cholériques de ses environs. Il n'en

©BIU Santé

a pas été ainsi. Ses ressources hydrauliques sont au nombre de quatre : le Rio-Subrigot, au Sud; le Rio-Basos et le Mataro au Nord; enfin, les puits de la ville. Cette distribution d'eau est inférieure à celles des villes précédentes, et les décès ont été relativement plus nombreux qu'à Madrid et à Séville.

Par contre, voici des cités où l'eau est de mauvaise qualité et où l'épidémie sévit avec violence, telle Valence, qu'alimentent les puits des maisons ; ces puits, comme la rivière Juria, sont contaminés par les infiltrations et les eaux ménagères. Telle encore Aranjuez, sur les bords du Tage ; ce fleuve ne reçoit indirectement les eaux du Manzanares qui sert de décharge au drainage de l'agglomération madrilène. Les habitants d'Aranjuez consomment l'eau du Tage ou des puits alimentés par ses infiltrations. Comment voir seulement une coïncidence fortuite entre le développement de la morbidité cholérique dans ces villes, la bonne qualité ou la contamination des eaux alimentaires?

L'Italie ne paraît pas échapper à l'épidémie. Malgré la sévérité de la surveillance sanitaire, des cas suspects ont été signalés le 8 septembre à Palerme et aux environs de Naples. D'ailleurs, malgré le silence officiel, on en signalait déjà dès le 30 août auprès de Gaëte et on attribuait l'importation de la maladie aux émigrés de Marseille.

Enfin, le 9 septembre, il y aurait eu des cas suspects à Mons, en Belgique, et les jours précédents en Algérie, à Oran et à Dellys. Ces faits méritent confirmation; s'ils se vérifient, ils prouveront, avec les décès cholériques enregistrés en Angleterre durant ces derniers temps, les tendances expansives de l'épidémie en 1885, à un plus haut degré qu'en 1884. — C. L. D.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Fondreton, à Chevannes (Yonne).

Faculte de médecine de paris. — Sont nommés pour deux ans :

Chef de clinique médicale. — MM. les docteurs Siredey, chargé desdites fonctions pendant l'année scolaire 1884-1885 ; — Capitan, en remplacement de M. Mathieu, dont le temps d'exercice est expiré.

Chefs adjoints de clinique médicale. — MM. les docteurs Dupleix et Martinet.

Chef de clinique chirurgicale. — M. le docteur Ménard, en remplacement de M. Routier, dont le temps d'exercice est expiré.

Chef adjoint de clinique chirurgicale. — M. le docteur Ozenne.

Chef de clinique des maladies du système nerveux. — M. le docteur Babinski, en remplacement de M. Marie, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Lutz, agrégé, est maintenu en exercice pendant l'année scolaire 1885-1886.

Nomination. — Par arrêté préfectoral, en date du 21 août 1885, M. le docteur Duroziez est nommé médecin-inspecteur des écoles pour la 3e circonscription du 1er arrondissement, en remplacement de M. le docteur Le Noir, décédé.

Le mandat de M. le docteur Duroziez expirera le 16 mars 1887,

Congrès de médecine. — Le congrès de médecine tenu ces jours derniers à Anvers a adopté à l'unanimité l'ordre du jour suivant avant de se séparer :

« L'assainissement des villes et des communes rurales par la propreté s'impose avant tout aux nations, comme moyen de s'opposer à l'invasion des maladies infectieuses. Pour obtenir ces résultats, le congrès émet le vœu que les autorités centrales aient la direction des mesures sanitaires. »

Dyspepsies. — Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez. — Exp. de MM. Archambault, Gubler, etc. (*Envoi franco échantillons*).

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

Duroziez : Du souffle veineux simulant l'insuffisance aortique. — Lithiase biliaire et maladies du cœur. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Sociétés médicales des départements — V. Variétés. — VI. Thèses de doctorat. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

Du souffle veineux simulant l'insuffisance aortique. — Lithiase biliaire et maladies du cœur.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 13 juin 1885,

Par le docteur P. Duroziez.

Le souffle du deuxième temps au niveau du sternum n'indique pas toujours l'insuffisance aortique, il peut venir des veines caves. Il n'est pas plus étonnant de trouver un souffle au deuxième temps dans les veines caves que d'en trouver dans les jugulaires. Ce souffle n'est pas constant et se distingue de celui de l'insuffisance aortique par l'absence du double souffle crural et de tous les signes de l'insuffisance aortique. Il peut dépendre d'une lésion du foie, mais aussi d'un état purement chlorotique. Il y a là des difficultés de diagnostic auxquelles nous ne pouvons nous soustraire. Il nous suffit d'avoir appelé l'attention.

Nous avons observé un cas de ce genre dans le service de M. le professeur Hardy. M. Siredey, son chef de clinique, a bien voulu nous donner les résultats de l'autopsie que nous n'avons pas vue.

Cette observation est remarquable par la coïncidence d'une lithiase biliaire avec oblitération du canal cystique et d'un rétrécissement mitral.

Rétrécissement mitral très étroit sans insuffisance; valvule souple. Insuffisance de la tricuspide. Pouls hépatique, sans pouls veineux du cou. Souffle au deuxième temps dans le creux épigastrique, sans insuffisance aortique, dépendant de la veine cave inférieure. Calculs biliaires. Oblitération du canal cystique.

Colas, 40 ans. Nous la voyons pour la première fois le 26 décembre 1881, dans le service du professeur Hardy. Elle y meurt en mai 1885. Nous l'avons suivie pendant quatre ans.

Jamais elle n'a eu de rhumatisme articulaire aigu. Elle a fait sa première maladie en 1877.

En Algérie, elle a eu une bronchite pour laquelle elle n'a pas pris le lit, mais qui a été suivie à bref délai d'anasarque. Elle est entrée à l'hôpital de Constantine. Elle avait eu beaucoup de chagrins; elle avait soigné pendant cinq ans son mari hydropique. Avant cette maladie, elle courait et se portait bien. Elle a eu dix enfants.

Le 26 décembre 1881. — Au niveau du bord gauche du cœur, premier claquement très fort, roulement au deuxième temps, sans râpement présystolique. A droite, au niveau du sternum, premier claquement, deuxième claquement dédoublé. En bas du sternum, souffle systolique non bruyant, très net, disparaissant vers la pointe et en haut du sternum. Les jugulaires ne sont pas développées ; pas le moindre pouls veineux. Pouls un peu inégal et irrégulier.

Le 26 janvier 1882. — Même absence de pouls veineux; le souffle tricuspidien est moins éclatant; les signes du rétrécissement mitral sont les mêmes. Dans l'intervalle, nous voyons plusieurs fois la malade; le souffle persiste au bas du sternum, dans le creux épigastrique.

Le 15 juin. — Coliques hépatiques depuis une quinzaine. Pouls, 72, peu développé, assez régulier. Même rhythme de rétrécissement mitral. Pas de souffle à la pointe. Pas de souffle en bas du sternum. Claquement épais.

BIU Santé

Le 7 mars 1883. — Elle est à peu près dans le même état; elle est levée. Rhythme du rétrécissement mitral très net. Bruit râpeux présystolique, dédoublement du deuxième claquement, roulement. Pas de souffle dans l'aisselle. Pas de souffle en arrière. Souffle en jet de vapeur en bas du sternum, diminuant à mesure qu'on se rapproche de la pointe. Pas de dilatation des jugulaires.

Le 9. — Pas de souffle tricuspidien. Pas de bruit de râpe présystolique. Surtout des claquements.

Le 3 mai. — Ictère. Coliques hépatiques. Signes de rétrécissement mitral. Pouls inégal, irrégulier.

Le 14 juin. — Étendue, tranquille. Les jambes n'enflent plus depuis deux mois. Les règles, qui avaient disparu depuis sept mois, ont reparu depuis deux mois. Elle a souvent des nausées et mange à peine du potage le soir. XV gouttes de teinture de digitale depuis trois jours. Pouls, 76, inégal, irrégulier. En bas du sternum, *bruit strident au deuxième temps*, après le deuxième claquement. Pas de battement des carotides; pas de pouls veineux. Parfois, on entend le premier bruit dédoublé en bas du sternum. Dédoublement du deuxième claquement; bruit anormal au début et à la fin, non roulant, un peu soufflant. Le bruit sifflant est limité au creux épigastrique; il varie en intensité; on ne le trouve pas au cou. Le piaulement s'entend encore en haut du sternum, mais diminué et réduit à l'acuité sans souffle. Battement épigastrique fort et précédant le sifflement. Le foie bat au premier temps. En arrière, à gauche, trois claquements. En arrière, à droite, souffle doux au premier temps.

Le 14 août. — *Piaulement en bas du sternum* au deuxième temps; il vient après le battement de la carotide et de la radiale.

Le 23. — *Souffle au deuxième temps* le long du sternum, un peu dur.

Le 7 septembre. — Souffle en arrière, plus à droite qu'à gauche. Battement au niveau du cœur droit et du foie.

Le 4 octobre. — Pas de pouls veineux malgré le souffle sternal.

Le 19. — *Souffle sibilant au deuxième temps* avec son maximum dans le creux épigastrique.

Le 20. — *Bruit piaulant au deuxième temps*. Pouls veineux systolique; jugulaires peu dilatées. Au niveau du sternum, pulsations précipitées et irrégulières.

Le 26. — Le souffle du deuxième temps n'a plus la même acuité. J'ai de la peine à le trouver.

Le 27. — En bas du sternum, *souffle doux au deuxième temps*. Au même niveau, crépitations. Au cou, claquement au deuxième temps. A la crurale, rien de net au deuxième temps. Pas de pouls veineux. On sent battre le foie au premier temps. A gauche, bruits rudes sans souffle doux.

Le 6 novembre. — Pas d'albumine. *Souffle au deuxième temps* en bas du sternum. Pas de souffle en arrière. En arrière, on entend très bien les claquements; dédoublement du deuxième claquement.

Le 27. — Je ne trouve plus le souffle du deuxième temps.

Le 24 avril 1884. — La malade est assise et travaille. Elle est allée à Vichy où les bains lui ont fait du mal. On entend le rhythme du rétrécissement mitral sans souffle ni à gauche ni à droite. Pas de souffle au deuxième temps. Pas de souffle tricuspidien. Les conjonctives sont jaunes.

Le 11 juillet. — Très souffrante de son foie. Bruits considérables au cœur, de toutes sortes, très enchevêtrés. Le rhythme est impossible à suivre. On entend un *bruit aigu au deuxième temps* en bas du sternum. Souffle au premier temps sur toute la partie antérieure du cœur.

Le 15. — Très souffrante depuis plusieurs jours, elle se met sur le ventre. On entend, en arrière, un souffle au premier temps, sur tout le dos; on le trouve en avant. Pas de pouls veineux. Le rhythme du rétrécisement mitral n'est pas net. Pas de bruit sibilant en bas du sternum. Absence du pouls veineux.

Le 26 octobre. — Bruits du rétrécissement mitral. Dédoublement du deuxième claquement; roulement modéré, bruit présystolique; pas de souffle en jet de vapeur. Pas

de pouls veineux. Le foie n'est pas très gros. Douleur vive au niveau de la vésicule par la percussion. Elle va assez bien.

Le 11 novembre. — Pouls inégal, irrégulier. Dans le creux épigastrique *souffle fort au deuxième temps*. Au cou, on entend le deuxième claquement. La crurale n'est pas très développée; le pouls est assez vif. Pas de double souffle crural; un peu de mouvement au deuxième temps. Au cœur, bruit roulant. Pas de premier claquement fort. C'est le bruit diastolique qui est plus net. Dédoublement du deuxième claquement. Foie gros.

En janvier 1885, elle est encore dans les salles à peu près dans le même état, plus ou moins jaune, plus ou moins souffrante.

Autopsie de la malade, par M. Siredey, chef de clinique. — Rien de particulier à signaler sur l'aspect extérieur du cadavre, d'ailleurs assez bien conservé, trente heures environ après la mort.

L'œdème des membres et la teinte ictérique de la peau, qui persistaient depuis plusieurs mois, sont encore appréciables.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule environ deux litres d'un liquide citrin clair. Pas d'adhérences des anses intestinales. Péritoine intact.

Le foie déborde les fausses côtes et fait saillie jusqu'à la ligne horizontale de l'ombilic. Il présente une teinte olivâtre.

Les viscères abdominaux sont enlevés. L'estomac et l'intestin n'offrant rien d'anormal à leur surface ne sont pas examinés plus complètement.

Les reins sont congestionnés, un peu augmentés de volume; ils ont une couleur violacée et on distingue, sous la capsule, des vaisseaux volumineux. La capsule adhère sur quelques points, on peut cependant la séparer sans déchirer la substance rénale. On distingue, à la surface du parenchyme rénal, les étoiles de Verheyen que forment les veines dilatées.

A la coupe, on voit sourdre du sang sur toute la surface de section. La substance tubuleuse est violacée, livide, sa striation longitudinale est plus accusée qu'à l'état normal. La substance corticale est rouge, molle au toucher, comme œdémateuse; cependant, elle résiste fortement sous le doigt. Pas d'infarctus.

La rate, un peu augmentée de volume, est congestionnée, de consistance normale; elle ne présente ni infarctus ni périsplénite.

Le foie est gros, une fois et demie environ son volume normal, mais sa forme est conservée, sa surface est lisse, dure et résistante au toucher. Il est remarquable par la teinte olivâtre signalée plus haut,

La vésicule biliaire ne fait pas saillie au-dessous du bord antérieur; elle est réduite au volume d'un œuf de pigeon et se trouve enclavée dans sa fossette, qu'elle dépasse à peine inférieurement. En l'incisant, on fait couler quatre à cinq gouttes d'un liquide jaune verdâtre rempli de petits grains de sable. Il existe, en outre, deux calculs de forme irrégulièrement cubique, de 5 millimètres de côté environ, et qui sont presque incrustés dans le fond de la vésicule. Pas de péritonite autour de la vésicule biliaire.

Le canal cystique est oblitéré au sommet même de la vésicule; il est impossible d'y faire passer une aiguille, et on sent nettement qu'il est constitué jusqu'à son embouchure dans le canal hépatique par un cordon fibreux plein.

Le canal cholédoque est perméable, et l'on introduit facilement une sonde cannelée depuis l'ampoule de Vater jusqu'au hile du foie.

A la coupe, le foie offre une exagération de l'apparence muscade, les parties congestionnées, d'un rouge sombre, étant entourées des éléments du parenchyme hépatique imprégnés de pigment biliaire et fortement colorés en jaune verdâtre. Pas de dilatation des voies biliaires; pas d'abcès péri-angiocholiques; aucune trace d'infarctus; mais la consistance du foie indique un degré notable de sclérose.

Rien de particulier à noter du côté des centres nerveux, si ce n'est une congestion très accentuée.

Sinus remplis de sang, mais pas de thromboses, veines saillantes à la surface des méninges. Aucune lésion de la substance cérébrale. Artères perméables, pas de thromboses ni d'embolies.

©BIU Santé

Appareil respiratoire. Pas d'adhérences pleurales. Il existe un peu de liquide à la base des deux plèvres, mais pas d'épanchement abondant.

Les poumons sont rouges, congestionnés, la base surtout a une couleur lie de vin, mais on ne distingue pas d'infarctus, et à la vue comme au toucher, on ne reconnaît aucun foyer d'apoplexie.

La coupe montre la congestion diffuse des deux bases qui ont l'apparence du tissu splénique, mais le tissu pulmonaire crépite encore sous le doigt et on ne distingue aucune lésion en foyer.

Pas de tubercules à la surface des poumons. Les vaisseaux pulmonaires paraissent libres et perméables dans toute leur étendue, des incisions faites sur l'artère et sur les veines pulmonaires ne font découvrir aucun caillot.

Cœur. — Un peu de liquide dans le péricarde. Le cœur est un peu plus globuleux qu'à l'état normal, il est légèrement augmenté de volume dans le sens transversal. Sa surface est lisse, régulière, n'adhère en aucun point au péricarde.

On voit que l'augmentation de volume du cœur porte principalement sur sa partie droite et sur sa base. Les deux oreillettes distendues forment une masse aussi volumineuse que les ventricules. Le ventricule droit est amoindri, et notablement plus gros que le ventricule gauche.

A la coupe, le ventricule droit est rempli de caillots sanguins mous, noirâtres ; l'orifice tricuspidien est dilaté, sans lésion appréciable de la valvule. L'oreillette droite est également remplie de caillots, les orifices veineux ne présentent aucune particularité.

En incisant le ventricule gauche, on trouve sa cavité à peu près vide de sang, la cavité ventriculaire est d'ailleurs peu développée, et ses parois ne sont pas plus épaisses que celles du ventricule droit. La fibre musculaire est rouge, et de consistance assez ferme.

En écartant les parois du ventricule, on voit la valvule mitrale qui se présente dans la cavité ventriculaire comme un cône tronqué ; jusqu'à un certain point comparable au museau de tanche. Ce cône présente à son extrémité une fente transversale en forme de boutonnière, dans laquelle on ne peut même pas faire pénétrer l'extrémité du petit doigt, de bas en haut. L'orifice n'admettrait guère qu'un crayon ordinaire.

Les valves qui ferment l'orifice n'ont pas d'ailleurs la forme de mitre d'évêque, elles ne sont pas échancrées sur les côtés, elles se réunissent directement par leurs extrémités et limitent une sorte de canal, que termine en bas la boutonnière déjà signalée. Celle-ci est limitée par un petit bourrelet plus résistant que les faces libres des valvules, mais n'offrant aucune aspérité, aucune végétation. L'orifice se ferme d'ailleurs facilement, et ne paraît nullement insuffisant.

En incisant l'oreillette gauche, on voit qu'elle est remplie de sang. Elle est d'ailleurs très notablement augmentée de volume et déborde le ventricule en dehors. Ses parois sont épaissies et dures ; cette hypertrophie est manifeste jusque sur les fibres musculaires de l'auricule. Le sang qu'elle contient est surtout formé de caillots mous, noirâtres, mais on trouve dans l'auricule de petits caillots plus pâles et plus durs, qui sont incrustés dans les anfractuosités des muscles.

L'orifice auriculo-ventriculaire se présente sous la forme d'un entonnoir allongé. Admettant l'extrémité du doigt à sa partie inférieure, cet entonnoir se retrécit à mesure qu'on se rapproche du ventricule, et l'extrémité du petit doigt ne peut dépasser l'orifice nférieur qu'en faisant effort. Le canal ainsi constitué présente à peu près la longueur de la phalangine du petit doigt. On ne sent à la surface supérieure des valvules aucune rrégularité.

En résumé, la lésion la plus remarquable consiste dans un rétrécissement canaliforme de l'orifice mitral sans trace d'insuffisance. Cette lésion cardiaque a été compliquée de lithiase biliaire.

REMARQUES. — La lithiase biliaire et l'oblitération du canal cystique sont-elles la conséquence du rétrécissement mitral ? Ou bien, la lésion du cœur et celle du foie sont-elles liées à une disposition générale ? M. le professeur Bouchard a eu ses raisons pour ne pas faire figurer les lésions du cœur

parmi les diverses formes de la nutrition ralentie, tandis qu'il y place le rhumatisme articulaire aigu ; rhumatisme articulaire aigu et lésion du cœur ne sont pas synonymes. De même le foie et le cœur peuvent être atteints par une même cause générale, bien qu'ils puissent retentir l'un sur l'autre. On rencontre beaucoup de cas de rétrécissement mitral sans ictère et sans coliques hépatiques ; une disposition générale spéciale est nécessaire. On a trop réduit à une simple mécanique de congestion les lésions qui coïncident avec une lésion du cœur. La tendance aux rétrécissements et aux oblitérations est remarquable dans ce cas. N'y aurait-il pas lieu de rechercher dans d'autres organes ces associations de rétrécissement, dans l'estomac par exemple ? Nous devons être frappé de cette association d'un rétrécissement mitral et d'un rétrécissement, d'une oblitération du canal cystique, bien que celle-ci ne soit pas rare. Le pouls veineux n'existait que dans la veine cave inférieure ; un souffle au deuxième temps existait au niveau de la veine cave inférieure, et M. Siredey nous dit que les sigmoïdes aortiques étaient intactes, qu'il n'y avait pas de rétrécissement de la tricuspide, que le péricarde était sain. Nous n'avons plus que la veine cave inférieure pour nous expliquer le souffle sibilant du deuxième temps. Y avait-il à l'autopsie une compression de la veine cave ? Y avait-il un rétrécissement ? Si nous avions assisté à l'autopsie, nous aurions recherché avec soin ce détail qui nous intéressait fort. M. Siredey ne l'a pas noté.

Dans un autre cas de rétrécissement mitral pur, nous notons des coliques hépatiques et un ictère.

Baraffe, 22 ans, salle Sainte-Marthe, Charité. 8 novembre 1883.

Réglée à 14 ans, très peu depuis l'âge de 16 ans. Gêne pour marcher depuis cette époque. Pas d'épistaxis ; quelques hémoptysies. Ni enfant, ni fausse couche. Sa mère et son oncle ont eu des maladies de cœur ; sa mère est morte à 39 ans. Une sœur a eu un rhumatisme articulaire aigü. Elle a eu ces jours derniers des coliques hépatiques et un ictère. Le foie est encore gros. Premier claquement fort ; dédoublement du deuxième claquement.

Le 26 juin 1885. — Même état de pâleur ; aucun signe extérieur de maladie du cœur. Depuis deux ans, elle n'a plus de crise hépatique d'ictère. Elle rentre pour des accidents de péritonite qui ont disparu assez vite. Elle est levée, marche et est peu souffrante. Mêmes signes du côté du cœur ; rétrécissement mitral pur ; premier claquement fort, dédoublement du deuxième claquement, bruit diastolique.

La lésion du foie est indépendante de la lésion du cœur.

Conclusions. — Le souffle du deuxième temps peut venir des veines caves.

Des coliques hépatiques peuvent exister en même temps qu'un rétrécissement mitral.

BIBLIOTHÈQUE

Traitement du choléra, par G. Hayem, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Paris, G. Masson, 1885.

M. le professeur Hayem a condensé, dans un élégant petit volume, les questions les plus importantes que soulève la thérapeutique du choléra ; mais il s'est surtout proposé comme but d'attirer l'attention sur la méthode des injections intra-veineuses, qu'il a employées sur une large échelle pendant la dernière épidémie, et au sujet de laquelle

©BIU Santé

une statistique, rigoureusement contrôlée, portant sur un nombre imposant de cas, a pu être établie pour la première fois.

On ne saurait accorder, quant à présent, la moindre confiance aux prétendus spécifiques, et, jusqu'à nouvel ordre, il faut appliquer la thérapeutique rationnelle; celle-ci nous est fournie par la méthode des médications qui nous enseigne à tirer les indications des éléments morbides constituants, du processus même de la maladie. Bien qu'on ne puisse mettre en doute la nature infectieuse du choléra, l'élément dominant, primordial, consiste en une inflammation du tube gastro-intestinal, phlegmasie à coup sûr essentiellement spécifique, résultant de l'action directe du poison cholérique sur la muqueuse de l'estomac et particulièrement de l'intestin. La période à laquelle on a donné le nom de diarrhée prémonitoire appartient déjà au choléra, et, ce qui montre bien que la maladie est avant tout une inflammation spécifique du tube digestif, c'est qu'il suffit d'enrayer cette diarrhée prémonitoire pour prévenir l'attaque proprement dite.

Traitement de la diarrhée prémonitoire : Repos au lit, diète sévère, quelques bains chauds, infusions aromatiques; laudanum, extrait de ratanhia, sous-nitrate de bismuth; sulfure noir de mercure (1 gramme d'heure en heure jusqu'à 12 grammes); salicylate de bismuth.

Période d'état : Injections de morphine tant qu'il n'existe pas un affaiblissement notable de la circulation; salicylate de bismuth, 6 à 8 grammes; contre les vomissements glace, eau de Vichy frappée. Bains tièdes.

Collapsus algide et asphyxique : La suspension de la circulation et de l'hématose, soit qu'elle résulte de l'épaississément du sang consécutif à la transsudation intestinale, soit qu'elle découle d'une dépression de l'action du cœur amenée par voie réflexe, indique la nécessité de provoquer la *réaction*. Les très nombreux moyens proposés pour atteindre ce but se rattachent à trois méthodes : méthode externe, révulsive; méthode interne ou médicamenteuse; méthode chirurgicale par action directe sur le sang.

1° *La méthode révulsive* a utilisé les frictions, le massage, surtout les agents thermiques. La plupart des médecins ont préféré la chaleur *intus et extra*; le froid compte un certain nombre de partisans (depuis Günthner, de Vienne, 1832) : lotions, frictions à la glace, enveloppement dans le drap mouillé. — Sinapisation, urtication (Mesnet).

2° *Méthode interne* ou *médicamenteuse* : Stimulants diffusibles, alcool, éther. L'usage des injections hypodermiques d'éther a semblé à M. Hayem plus nuisible qu'utile, au moins dans la période algide, parce qu'elles causent une certaine excitation du cœur, et exposent à épuiser cet organe dont les forces doivent être ménagées, car son rôle est considérable au moment de la réaction.

L'administration coup sur coup d'une grande quantité d'eau a été préconisée surtout par M. Netter. On a donné, comme adjuvant, de grands lavements d'eau dont on empêchait le rejet par la compression de l'anus (Lizar, d'Edimbourg).

3° *La méthode chirurgicale, par action directe sur le sang*, a pour point de départ le choléra de Russie (1830); Hermann conseille les injections d'eau dans les veines; Jahnichen la pratique une fois avec de l'eau légèrement acidulée par l'acide acétique.

Dieffenbach, à Berlin, tente inutilement la tranfusion du sang (1831).

C'est Th. Latta (de Leith) qui, en 1832, a posé nettement l'indication de l'injection intra-veineuse faite avec plusieurs pintes d'eau salée; il réussit à sauver un certain nombre de cholériques considérés comme perdus. La même année, Magendie fit trois tentatives infructueuses. Griesinger déconseille les injections intraveineuses. Duchaussoy, en 1835, dans un travail historique, se préoccupe surtout de faire pénétrer dans le sang des substances médicamenteuses.

M. Dujardin-Beaumetz, en 1873, appelle de nouveau l'attention sur la pratique de Latta. Enfin, M. Hayem, après s'être assuré par des expériences sur les chiens qu'on peut sans inconvénient introduire dans le torrent circulatoire des quantités considérables d'eau salée ou distillée, a pratiqué sur un grand nombre de cholériques pendant la dernière épidémie des injections avec la solution suivante : Eau, 1,000 grammes; chlorure de sodium pur, 5 grammes; sulfate de soude pur, 10 grammes. Température, 38°. Dose d'emblée, 2 litres à 2 litres 1/2. Liquide bien propre, non mélangé d'air, injection poussée lentement.

Il est indispensable de lire dans le texte même les détails précis que donne l'auteur sur les indications de la transfusion, ses effets immédiats sur les fonctions cérébrales et le système nerveux, la circulation, la respiration, la température, les sécrétions; ses effets éloignés sur les troubles gastro-intestinaux, la fonction urinaire, etc. Sur un total de 118 opérations, une seule fois la terminaison funeste a paru hatée par le fait même de l'opération chez une malade tuberculeuse et absolument agonisante quand on l'a transfusée. Elle ne fait donc courir aucun danger aux malades.

La statistique de M. Hayem indique, sur 90 tranfusés, 27 guérisons, soit 30 p. 100 de guérisons. On ne saurait dire pourtant que cette proportion soit défavorable à la transfusion, car tous les malades, sauf un, étaient dans un état si déplorable que la transfusion, pas plus que tout autre mode de traitement, ne paraissait avoir la moindre chance de réussite. Elle a pourtant sauvé, entre autres, deux tuberculeux atteints de cavernes, un alcoolique et deux vieillards cacochymes.

M. Hayem conclut que « l'injection intra-veineuse dans le choléra constitue le moyen le plus sûr et le plus prompt de provoquer une réaction franche... La transfusion doit être considérée maintenant comme une méthode régulière et non exceptionnelle de traitement, méthode rationnelle et scientifique, s'il en fut, qui, tout en n'ayant pas encore fait complètement ses preuves, promet de tenir bientôt le premier rang parmi les procédés de traitement du collapsus algide. »

Il est bon d'ajouter que M. Rochard a signalé à l'Académie, tout dernièrement, que M. le docteur Rouvier, à Toulon, vient d'obtenir 5 succès sur 14 cas d'injection intra-veineuse. — P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

Thérapeutique de la leucémie et des pseudo-leucémies, par Kirnberger. — Partant de ce principe que ces affections tiennent à une diminution des échanges, conséquence de l'insuffisance de l'oxygène dans l'économie, Kirnberger pensa à fournir l'oxygène en défaut au moyen d'inhalation. Ce procédé lui a donné, dans un cas, de bons résultats. L'un, chez un enfant de 10 ans arrivé à la période de collapsus, n'ayant éprouvé aucune amélioration du traitement arsenical. Des inhalations d'oxygène à l'aide de l'appareil Limousin relevèrent rapidement les forces; la rate diminua de volume, les globules blancs devenant moins nombreux et les rouges reprenant leurs proportions. Mais une rechute survenait après quelques mois; nouvelle hypertrophie de la rate, diminution du nombre des globules rouges, sans cependant augmentalion corrélative des globules blancs, de sorte qu'on avait maintenant affaire à un pseudo-leucémie. L'arsenic n'ayant encore rien produit, les inhalations conduisaient peu à peu le petit malade à une guérison définitive. (*Deut. med. Woch.*, 1883, n° 41.) — R. L.

Du coma cancéreux, par Jachsch. — Jacksch a vu la mort survenir dans un coma présentant toutes les apparences du coma diabétique chez un cancéreux (estomac), l'urine présentant en grandes quantités de l'acétone et de l'acide diacétique sans sucre. Ces accidents ultimes durèrent trois jours environ. Les forces du malade étaient d'ailleurs presque intactes; il n'existait aucun signe de cachexie. A l'autopsie, reins sains; lésions pulmonaires de peu d'importance, mais qui ont cependant rappelé que Penzoldt attribue au défaut d'élimination pulmonaire l'action toxique de l'acétone sur l'économie. Ce fait confirme les vues de l'auteur qui a antérieurement admis plusieurs catégories d'acétonurie pathologique : acétonurie fébrile, — acétonurie diabétique, — acétonurie carcinomateuse, — acétonurie décrite par Kaulich et Cantani, sous le nom d'acetonémie, et qui a quelques rapports avec l'espèce précédente. Enfin, il ne faut pas perdre de vue qu'il y a une acétonurie physiologique. (*Wiener med. Woch.*, 1883, nos 16 et 17.) — R. L.

Angine de poitrine; péricardite consécutive, par Donald Hood. — Un homme de 65 ans reposait sur un canapé, quand il fut subitement réveillé au bruit de la flamme dévorant ses rideaux; il se précipite pour éteindre l'incendie; une demi-heure

©BIU Santé

après, il souffrait de douleurs précordiales, d'une sorte de crampes extrêmement vives. Donald Hood le voit quelques instants après : la face est pâle; le malade ne peut dire un mot; le cœur bat faiblement et irrégulièrement. Des stimulants locaux et généraux conjurent la crise; mais, vingt-quatre heures après, on assistait au développement d'un bruit de souffle, devenant en quelques heures un frottement très net. Une péricardite séreuse s'installe; l'épanchement, modéré, disparaît en une dizaine de jours. Mais on trouvait alors les signes d'une insuffisance mitrale. Le malade mourait quelques mois après dans une syncope. Pas d'autopsie. L'auteur admet que le malade avait dès longtemps un cœur scléreux, L'excitation vasculaire, conséquence d'une vive émotion, avait dû donner naissance à quelque lésion du feuillet péricardique viscéral sur un cœur distendu. La statistique de Fagge montre que plus de la moitié des cas de dégénérescence fibreuse du cœur s'accompagnent de péricardite. (*Med. Times and Gaz.*, 1884, 2 février, p. 164.) — R. L.

Du cœur fibreux et de la mort subite consécutive, par Hale Witt. — Dans le travail lu à la Société pathologique de Londres à l'occasion de la précédente communication, Hale Wite analyse 9 observations recueillies à Guy's hospital dans les dix dernières années et dans lesquelles on voit la mort subite reconnaître pour cause, suivant l'opinion de Fagge, la sclérose cardiaque. Quatre fois sur neuf, la syphilis était en cause. Dans les autres cas, aucune cause pathogénique valable. Les malades ne présentaient aucun symptôme cardiaque, et leur état de santé paraissait irréprochable au moment de la mort. (*Med. Times and Gaz.*, 1884, 9 février, p. 194.) — R. L.

Rupture de la vessie, par R. Hamilton. — L'intérêt de cette observation gît dans l'absence absolue de péritonite, confirmée par l'autopsie, en dépit d'un épanchement urineux intra-abdominal qui s'élevait encore à 60 onces de liquide, cinq jours après l'accident. Il n'y avait eu, d'ailleurs, pendant la vie, aucun symptôme de rupture. Le blessé était un ivrogne qui s'était jeté par la fenêtre, avait uriné abondamment sous lui peu après, puis rendu par le cathéter les jours suivants quelques 8 à 10 onces d'urines sanglantes; et même, la veille de sa mort, il avait pu uriner spontanément. La rupture siégeait sur la face antéro-supérieure de la vessie, très rétractée. Hamilton pense que cette rupture s'est produite par *contre coup*, la vessie pleine, à la suite de la chute sur les reins. (*The Brit. med. J.*, 1883, p. 1166.) — R. L.

La menstruation après l'ovariotomie (*Société gynécologique américaine*). — Campbell prétend que la menstruation survit assez fréquemment à l'ovariotomie double et reconnaît alors pour cause l'influence de la partie inférieure de la moelle. Goodell croit, au contraire, le fait assez rare et attribue les fausses menstrues des quelques jours suivant l'opération, à l'irritation locale des nerfs compris dans les ligatures. Deux fois seulement, il a eu affaire à des flux ménorrhagiques de quelque abondance, et, dans un de ces cas, il s'agissait en réalité d'un sarcome utérin. Pour le second fait, il ne trouva d'explication possible que dans l'oubli, au fond de l'abdomen, de quelques débris de parenchyme ovarien susceptible de fonctionner encore, ou bien dans les suites d'une habitude physiologique dont l'économie n'avait pas eu le temps de s'affranchir. Emmett voyait une malade qui avait éprouvé des métrorrhagies véritables avant l'opération et qui, depuis lors, avait eu 13 fois déjà des menstrues normales. Gaillard Thomas a pratiqué de 50 à 60 ovariotomies doubles; il a observé la persistance des menstrues, mais celles-ci, comme l'a dit Goodell, résultent des derniers efforts de l'habitude physiologique et, peu à peu, disparaissent. On a de nombreux exemples même de fécondation suivant ces opérations radicales : c'est qu'il existait un troisième ovaire. Byford dit que la prétendue fréquence du fait est due à ce qu'on confond, avec les flux ménorrhagiques proprement dits, de simples métrorrhagies. (*Philadelph. med. News*, 29 septembre 1883, et *Med. Times and Gaz.*, 1884.) — R. L.

Le sang de bœuf desséché, par Stewart. — Produit récemment introduit dans la pharmacopée américaine, obtenu en faisant dessécher le sang d'un jeune taureau à une basse température, dans des récipients peu profonds, pour empêcher la coagulation de l'albumine et après avoir séparé, par le battage, une partie de la fibrine. La prise en

masse est encore plus sûrement évitée par l'adjonction d'une petite quantité d'acide. On obtient ainsi de minces écailles brunâtres constituant un des modes d'administration du fer les plus avantageux, et rendant en même temps les plus grands services, comme analeptique général, dans les diverses cachexies, la scrofule, la syphilis, les consomptions; dans la convalescence des fièvres, ou même dans l'alimentation des fébricitants; chez les grands blessés, après les hémorrhagies, etc. Bien préparée, cette substance est sans odeur et d'une saveur à peu près indifférente. On l'emploie associée à la glycérine ou à l'alcool, ou simplement en solution dans l'eau. Administrée chez les fébricitants, on en facilite l'absorption, si nécessaire (ce que révèle l'examen des selles), au moyen de la pepsine. Le véhicule est à la température ambiante; il y aurait coagulation si le liquide atteignait 160° F. L'administration par le rectum est infidèle; dans quelques cas, l'absorption n'a pas lieu; il y aurait lieu d'employer conjointement la pepsine. (*Medic. Reporter*, 26 janvier 1884, et *Med. Times and G.*, 1884.) — R. L.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1885.

Un mémoire de chirurgie : *Du traitement des tumeurs blanches par l'appareil de Scott*, inaugurait les séances de la Société par la plume et par la voix de M. le docteur Dhourdin. Ce traitement n'est pas de découverte récente, puisque Scott en formulait les règles dès 1828. Mais, dans l'espèce, cette communication empruntait de son importance à la qualité de notre jeune confrère, ancien interne de l'hôpital de Berck et lauréat de la savante Société amiénoise.

L'appareil employé à Berck a été modernisé depuis Scott; il consiste dans l'application sur l'articulation malade d'une compresse de toile enduite d'un emplâtre ainsi formulé : onguent napolitain, 250 grammes; camphre, 50 grammes; cire jaune, 60 à 80 grammes. On enveloppe ce topique d'une mince couche d'ouate entourant la jambe et maintenue par une bonne toile bien serrée.

Au-dessus de cette bande, on place des bandelettes de diachylum, imbriquées comme dans le cas d'ulcères de la jambe, et dont la compression doit être méthodique et forte. Une nouvelle couche d'ouate recouvre cette carapace emplastique, et elle-même est recouverte d'une bande roulée et silicatée.

Cet appareil agit, comme moyen de compression et d'immobilisation, par les bandelettes de diachylum et le bandage silicaté. Quant à la pommade mercurielle, son rôle antiphlogistique ou antiseptique paraît plus contestable, puisque M. Cazin a pu, dans son service de l'hôpital de Berck, la remplacer par la vaseline.

La durée d'un tel appareil oscille entre 20 et 30 jours; le nombre de ses réapplications est très variable. Il paraît efficace dans les formes où les fongosités sont abondantes, les épiphyses tuméfiées ou les fistules récentes et de petite suppuration.

Contrairement à l'opinion de M. Dhourdin, plusieurs de ses collègues, MM. Herbet et Pasdieu, attribuent une grande utilité au mercure. M. Bax, qui a eu l'occasion d'appliquer l'appareil de Scott, partage leur avis et la grande pratique de notre estimé confrère le légitime à coup sûr.

Des deux opérés que M. Legoux présentait dans la séance du 4 mars, l'un avait subi une *résection de l'extrémité inférieure du tibia*; l'autre une *résection de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras*. Celle-ci était motivée par une luxation du poignet en avant, l'issue du radius et du cubitus par une large déchirure des tissus et l'impossibilité de la réduction. Après un mois de traitement sous le pansement ouaté, la guérison était complète, et le blessé conservait les principaux mouvements normaux de l'articulation du poignet. Ces deux succès témoignent, une fois de plus, de l'habileté opératoire du chirurgien distingué de l'hôpital d'Albert, et de l'efficacité du pansement par occlusion.

Parmi les travaux de pathologie interne, l'un des plus intéressants est celui de

©BIU Santé

M. Huber ; il est intitulé : *Observation d'un cas de congestions momentanées, non périodiques de la rate, guéries par le sulfate de quinine.* Il s'agissait d'une femme exempte jusque-là de toute manifestation paludéenne apparente, mais dont l'affection datait de deux années au moment où notre confrère fut appelé. Dans l'intervalle des crises, la rate conservait son volume normal de sorte que les phénomènes dont cet organe était le siège n'en avaient pas altéré la structure.

Les crises se manifestaient à heure fixe ; mais, si cette concordance pouvait faire soupçonner la périodicité de l'affection, elle ne suffisait pas pour en affirmer le caractère paludique, puisque les intervalles entre les crises étaient de plusieurs semaines où de plusieurs mois. La quinine fit justice de cette phénoménalité.

Cette observation présente un intérêt d'autant plus grand que les accidents spléniques dus à l'impaludisme sont rares dans le milieu amiénois où notre confrère observait. Le succès de sa thérapeutique a donc vérifié la sage perspicacité de son diagnostic.

Un interne distingué des hôpitaux d'Amiens, M. Andrieu, a fait connaître une observation remarquable de paralysie toxique par le gaz oxyde de carbone, sous le titre *d'intoxication par la vapeur de charbon.* La malade avait une hémiplégie incomplète des membres supérieurs et inférieurs droits, la face sensiblement déviée à droite et de l'aphasie manifeste. A la différence d'un cas, communiqué par M. Rendu à la Société médicale des hôpitaux, le 13 janvier 1882, les accidents avaient toutes les apparences des hémiplégies d'origine centrale. En effet, il existait de la paralysie motrice du segment supérieur des membres, de l'hémianesthésie, comme dans les lésions de la capsule interne, et de l'aphasie comme dans les altérations des circonvolutions fronto-pariétales.

D'ailleurs, la rapidité de la production de ces phénomènes, et l'instauration de cette paralysie aiguë, ne sauraient guère s'expliquer par une névrite ascendante. Il faut donc admettre que l'interprétation pathogénique de ces paralysies toxiques n'est pas toujours justifiable par la double hypothèse de lésions centrales ou de lésions périphériques primitives. Ne faudrait-il pas aussi y voir la mise en jeu de l'inhibition sous l'influence d'une irritation périphérique ? Dans l'espèce, cette explication pourrait donner raison de la rapidité de la guérison. Je regrette que M. Andrieu, dans son remarquable mémoire, n'ait pas examiné cette hypothèse, en rapport avec les phénomènes d'inhibitions décrits, dans ces dernières années, par M. le professeur Brown-Séquard.

Je mentionne encore deux observations : l'une de M. Léger, relative à des *convulsions partielles précédées d'aura et prémonitoires de la méningite tuberculeuse;* l'autre de M. Trépant où ce médecin signale un cas *laryngo-bronchite avec congestion pulmonaire et embolie probable.* La malade succomba en quelques heures, malgré la bénignité du pronostic prononcé la veille par le médecin. C'était là vraisemblablement un cas de grippe d'autant plus maligne que les allures en étaient plus insidieuses. Dans une de ses leçons de clinique et de thérapeutique de l'hôpital Bichat, M. le docteur Huchard en a signalé des exemples et mis les praticiens en éveil contre ces redoutables surprises.

Enfin, voici encore le discours présidentiel de M. Cailleux. Notre sympathique confrère aime la pratique médicale, et sait la faire aimer. Il avait pris pour sujet de cette allocution, le *traitement du diabète.* Avec une simplicité qui charme et une clarté conséquente à sa longue expérience des malades, l'estimé président de la Société amiénoise a pu apporter quelque lumière dans ce chaos thérapeutique. Après les arguments des théoriciens de la pathologie, et après leurs hypothèses, il était grand temps d'entendre une argumentation de sagesse. M. Cailleux a été applaudi par ses distingués collègues ; et ces applaudissements seront entendus ailleurs qu'à Amiens, de sorte que son discours mérite toutes les méditations des futurs monographes du diabète. Le nouveau président de la Société médicale d'Amiens méritait bien les sympathiques suffrages de son corps électoral restreint à coup sûr, mais plein de sagacité. — C. E.

VARIÉTÉS

LA SURVEILLANCE DES ANIMAUX ATTEINTS DE MALADIES CONTAGIEUSES DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

L'importance de ce service d'hygiène publique n'a pas besoin de démonstration, et

cependant on ne saurait trop en signaler l'activité. M. Alexandre vient de le faire, dans son rapport au préfet de police, en rappelant que les cinq vétérinaires-inspecteurs, ses collègues, ont parcouru, en moyenne, durant l'année 1884, 40 kilomètres par jour, soit, pour l'ensemble, 14,600 kilomètres, déplacement motivé par 5,000 vacations et seulement par 5 épizooties : le charbon, la péripneumonie, la fièvre aphtheuse, la morve et la rage.

La moins fréquente, le charbon, n'a été observée que trois fois, et dans une seule étable dont les vaches ont été abattues. La fièvre aphtheuse n'est guère plus fréquente puisqu'elle n'a atteint que 55 moutons et 42 vaches.

Au contraire, la péripneumonie a envahi 80 étables et contaminé 1,408 animaux, représentant la valeur de 1,000,000 fr ; 222 succombèrent, 128 avant l'inoculation et 94 après. La morve a été constatée sur 322 chevaux, mais cette statistique ne donne pas une idée exacte de la fréquence de la maladie, parce qu'on livre clandestinement aux équarisseurs un assez grand nombre de chevaux morveux.

Enfin, la rage a motivé le sacrifice de 554 animaux de l'espèce canine, de 8 chats, de 2 chevaux et de 2 chèvres. Parmi eux, 301 étaient atteints et 275 suspectés seulement.

M. Alexandre attribue la fréquence de la rage à l'application partielle de la taxe sur les chiens, dont la moitié échappe à l'impôt grâce à la tolérance municipale. Voilà, ce me semble, un avis dont les édiles parisiens pourront faire profit, tout au moins dans l'intérêt budgétaire du département. D'autre part, le distingué signataire de ce rapport regrette l'abandon de la muselière et demande à la préfecture de police d'y revenir, en laissant de côté toute tolérance sentimentale. De plus, au risque de mériter la colère des protecteurs de l'espèce canine, il propose l'exemple de Berlin, où tout chien démuselé est abattu pour mettre un frein « à la liberté des bêtes..., qui est un vrai danger « pour l'espèce humaine. » — C. L. D.

THÈSES POUR LE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON, PENDANT LE 3e TRIMESTRE DE L'ANNÉE SCOLAIRE DE 1885 (JUILLET-AOUT).

Zohrab (G.): Rapport des lésions organiques du cœur avec certaines affections du système nerveux et particulièrement avec l'ataxie locomotrice progressive. — Poix (L.) : Étude médico-légale sur les plaies d'entrée par coups de revolver. — Clavier (Pierre.) : Des incisions exploratrices considérées comme premier temps des amputations. — Chauvin (Jules-Ch.-G.): De l'emploi des pulvérisations de chlorure de méthyle. — Taty (Théodore.): Étude clinique sur les aliénés héréditaires. — Caral (Antonin-C.) : Contribution à l'étude de la cirrhose alcoolique, sa marche, sa durée. — Gury (A.) : Contribution à l'étude des mouvements propres des vaisseaux. — Ducrot (G.) : De la résection costale dans la pleurésie. — Dalphin (H.) : Étude de l'action physiologique de la cocaïne, et en particulier de son action sur l'appareil circulatoire. — Irrman (J.-L.-H.) : Contribution à l'étude expérimentale des effets de la cocaïne sur le globe oculaire. — Guillabert (C.) : Étude critique des classifications des tumeurs. — Descemond-Sicard (Marc-Marie.): Des abcès thoraciques recevant des impulsions du cœur et des poumons. — Martin (Constant.) : Considérations sur la pathogénie du mal perforant. — Forestier (Henri.): Étude clinique sur l'arthrotomie ignée et le chauffage articulaire appliqués aux grandes articulations du genou et du coude dans le traitement des arthrites fongueuses de l'enfance.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE L'ECZÉMA. — Kaposi.

Naphtol	5 grammes.
Savon vert	20 —
Kaolin pulv.	2 gr. 50 cent.
Axonge	50 grammes.

CBIU Santé

F. s. a. — Une pommade conseillée contre l'eczéma, lorsque la peau est épaissie par suite de la persistance de la maladie. — On commence par savonner les régions eczémateuses tous les jours ou tous les 2 ou 3 jours, et même si la peau est très épaissie, on y laisse sécher l'écume du savon, de manière à provoquer la chute plus rapide de la couche cornée. — Dans le cas d'eczéma croûteux du cuir chevelu, on emploie avec avantage une huile contenant 1 gramme de naphtol pour 100 grammes d'huile d'olives, d'huile d'amandes douces ou d'huile de foie de morue. — N. G.

COURRIER

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. le docteur Th. David est arrivé à Constantinople, où pour mission de traiter plusieurs questions de police sanitaire internationale.

HOMICIDE PAR IMPRUDENCE. — La 8e chambre correctionnelle a jugé M. Remchard, le jeune interne en pharmacie de l'hôpital Saint-Louis, dont l'imprudence, on s'en souvient, coûta, le 18 juillet dernier, la vie à deux malades.

Au lieu d'eau-de-vie allemande, purgatif prescrit par le médecin en chef, M. Remchard délivra des gouttes noires de Baumé, poison des plus violents.

Il résulta des explications fournies par le pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis que chaque interne a son armoire à médicaments et en conserve la clef.

Quand il lui manque tel ou tel médicament, il va le prendre dans une réserve voisine du cabinet du pharmacien en chef. Or, c'est sur un rayon de cette réserve que le prévenu, après avoir vu sur le livre des ordonnances la prescription d'eau-de-vie allemande, faite, la veille, par le médecin en chef, prit un flacon contenant un liquide qu'il crut être le purgatif en question.

On lui reproche d'autant plus son imprudence que le flacon portait les mots : Gouttes noires.

M. Remchard reconnaît qu'il a bien vu l'étiquette, mais il a cru à une erreur. Il était ajoute-t-il, d'autant plus convaincu que le flacon contenait de l'eau-de-vie allemande, que le premier surveillant, consulté par lui à ce sujet, l'avait confirmé dans son opinion.

M. le Président : C'était le pharmacien en chef qu'il fallait consulter, et non un garçon.

Ce pharmacien en chef, M. Lucs, fournit sur le compte du prévenu les meilleurs renseignements ; il le présente comme un interne laborieux, attentif, très capable et attaché depuis longtemps à l'hôpital Saint-Louis ; avant le 18 juillet, il n'avait jamais commis la moindre erreur dans son service.

Le tribunal a condamné M. Remchard à trois mois de prison et 50 fr. d'amende.

LES HONORAIRES. — Le *Journal officiel* du 25 juillet publie le rapport de la Commission sénatoriale chargée d'examiner la pétition que M. le docteur Douvre (de Rouen) a adressée le 26 mars dernier, au nom de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure.

Cette pétition, qui demande la modification législative de l'article 2101 du Code civil, concernant les honoraires pour soins de la dernière maladie dans les cas de faillite ou de déconfiture, est revêtue de deux mille cent quarante-huit signatures et cinquante-deux associations médicales ont répondu à l'appel de notre confrère.

Le rapporteur, M. Libert, dit en terminant :

« La réforme qui vous est demandée semble donc absolument légitime ; mais n'appelle-t-elle pas un complément? D'après la jurisprudence, les termes : *la dernière maladie* ne s'appliquent pas aux maladies des enfants ou proches parents du débiteur.

« En conséquence, votre Commission a l'honneur de proposer au Sénat de renvoyer cette pétition, et les modifications qu'elle demande à l'article 2101 du Code civil, à M. le garde des sceaux, en la recommandant à tout son intérêt, et convaincue qu'il voudra bien faire droit à une demande qui est commandée à la fois par la logique, par le bon sens et par l'humanité. »

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. R. Longuet : Des néoplasmes. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Sociétés médicales des départements. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Des néoplasmes.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE.

Les différents problèmes se rattachant à l'origine et à la nature des néoformations ont été, dans ces derniers temps, le point de départ d'un certain nombre de travaux qui ont introduit des points de vue assez originaux et renouvelé suffisamment ce thème à discussions, pour qu'il y ait intérêt à en noter dès à présent l'esprit et les tendances.

Sans doute le dernier mot n'est pas dit, la solution n'est pas donnée ; la biologie ne nous convie pas à de telles fêtes. Mais il se présente des faits nouveaux ; il se fait des tentatives de synthèse qu'il y a toujours profit à enregistrer, ne fut-ce, en dehors de l'intérêt historique, que pour classer et conserver le souvenir des faits dont elles sont l'expression résumée. — « Il serait si important de connaître l'étiologie du cancer, disait Velpeau, qu'on pardonne volontiers à ceux qui s'en occupent toutes les suppositions possibles. »

I

A tout seigneur tout honneur.

La notion de la pluralité, et surtout de la diversité des néoplasmes sur le même individu, paraît avec raison au professeur Verneuil de nature à apporter un argument sérieux aux partisans de la nature diathésique de la disposition néoplasique (1).

Les exemples cliniques sont d'ailleurs fréquents, et beaucoup plus qu'on ne le pense ; le professeur n'a pas de peine à recueillir dans sa pratique un certain nombre de faits très démonstratifs. C'est un épithélioma de la joue opéré, qui fait place à un fibrome, un lipome au siège duquel succède un épithélioma. Un autre sujet présente simultanément un épithélioma et un fibrome en deux organes différents. Ou cette association est celle du lipome et du carcinome fibreux, du fibrome ou de l'adénome et du carcinome, etc...

On voit même ces différentes espèces histologiques représentées dans la même tumeur formant « une néoplasie unique au point de vue arithmétique et multiple sous le rapport anatomique. » C'est ainsi que l'adénome, le chondrome, le fibrome, le myxome, se rencontrent associés en proportions diverses dans certaines tumeurs de la parotide. Bien plus, on peut saisir sur place la transformation d'une espèce anatomique en une autre, un squirrhe se substituant à un adénome, un lipome ou un kyste sébacé passant à l'épithélioma, le papillome devenant un cancroïde, le fibrome devenant sarcome.

La dégénérescence des tumeurs admise par les anciens chirurgiens est un fait dans lequel on doit voir non pas la transformation évolutive d'un

(1) Leclerc : Th. de Paris, 1883. — De la diathèse néoplasique. Etude étiologique. *Revue scientifique*, 1884, II, p. 237. — Néoplasmes multiples monotopes, etc. *Semaine médicale*, 1884, p. 289 et 329. — De la pluralité des néoplasmes, etc., Ricard, 1885. — Etude critique sur quelques points, etc. — Kirmisson et Verneuil. *Revue de chirurgie*, n° 9, 1884, etc.

©BIU Santé

tissu, la métamorphose d'une espèce (pourquoi non ?), mais la substitution d'un tissu nouveau à un autre par suite de l'invasion de la région déjà malade par un second produit pathologique.

Ce sont ces associations et ces substitutions qui sont la source de tant de difficultés et d'erreurs de classement ontologique. Une même tumeur renferme des éléments anatomiques appartenant à deux, trois, quatre types distincts ; c'est ainsi que les micrographes consultés fournissent des réponses différentes, suivant le fragment de tumeur examiné.

Il faut encore envisager les substitutions néoplasiques, quant aux espèces anatomiques et aux organes atteints, par voie de transmission héréditaire : cancer de l'utérus chez une femme dont le père est mort de cancer de l'estomac ; cancer utérin chez la mère, épithélioma buccal ou tumeur fibroplastique de la fesse chez l'enfant.

On est forcé d'admettre que les néoplasmes de toute nature coexistant, se succédant, se substituant, constituent une grande famille pathologique une, indivisible, procédant d'une disposition générale commune de l'organisme, d'une diathèse, *la diathèse néoplasique*.

Voilà donc l'antique notion de la diathèse, si longtemps combattue, repoussée et raillée, restaurée par un observateur non suspect, sur les bases mêmes de l'organicisme. Le siège, la forme anatomique, la marche et les terminaisons des néoplasmes sont sous la dépendance de causes et de conditions secondaires ; la diathèse néoplasique maligne et la diathèse néoplasique bénigne sont les deux branches d'un tronc unique.

On n'a aucune donnée sur la nature intime de la dyscrasie néoplasique ; mais on sait quel est le terrain nécessaire à son développement : l'arthritisme, dit le professeur Verneuil, avec Bazin, Gintrac, Pujol ; l'herpétisme, opposent Gigot Suard, sir James Pajet, Hardy, Lancereaux, etc.

Il est vrai que M. Verneuil étend notablement le ressort de l'arthritisme, y rangeant : « la migraine, les névralgies sciatique, intercostale ou autres; angine *herpétique*, dyspepsie, constipation, hémorrhoïdes, varices des membres inférieurs, lithiase biliaire, gravelle uratique ou phosphatique, glycosurie éphémère ou durable, arthralgies ou arthropathies goutteuses ou rhumatismales de tous degrés et de toutes formes ; déviations des orteils et des doigts, *dermatoses spéciales*, eczéma, herpès, intertrigo, calvitie ; emphysème, affections cardiaques, dysménorrhée, autres néoplasmes, etc... »

Un troisième facteur est indispensable à la génération de néoplasme, c'est un *locus minoris resistentiæ*. Sur ce dernier point, l'accord est complet.

II

Une thèse inaugurale toute récente (1), inspirée par M. le professeur agrégé Bard, combat l'existence de la diathèse, et apporte à l'appui de l'hypothèse des causes locales des idées nouvelles, se rattachant d'ailleurs à une conception d'anatomie pathologique des tumeurs qui est toute une doctrine d'histologie générale.

M. Bard, en effet, substitue à la notion d'un tissu embryonnaire indifférent d'où vont sortir, par suite de simples modifications d'évolution nutritive, les différents tissus de l'organisme, si distincts qu'ils soient dans leur forme parfaite, la notion de la spécificité absolue des éléments cellu-

(1) Puig : Thèse de Lyon, août 1885 : *Contribution à l'étude de l'hérédité des tumeurs.*

laires ne procédant que d'éléments identiques, et dont l'individualité anatomique et physiologique est déjà absolument différenciée sous les apparences communes de leur phase de développement embryonnaire (1). Le tissu embryonnaire ne donne pas naissance à tel ou tel tissu indifféremment, mais à un tissu déterminé.

Nous n'avons pas à juger en lui-même le point de vue d'anatomie générale, mais seulement dans son application au mode de formation des tumeurs.

MM. Bard et Puig assimilent, quant aux origines, les tumeurs aux malformations congénitales, aux anomalies ou monstruosités héréditaires, et disent qu'on ne peut pas plus invoquer une diathèse pour celles-là que pour celles-ci. Personne, en effet, n'aura l'idée de mettre en avant une influence diathésique pour expliquer la polydactylie, le nœvus ou la mèche de cheveux blanche avant l'âge que se transmettent les membres d'une même famille. Est-ce que les maladies locales ne sont pas aussi bien héréditaires que les maladies générales?

L'œuf fécondé est déjà un organisme complet présentant les éléments primordiaux de tous les tissus et de tous les systèmes; toute anomalie d'organe, tout vice de conformation s'y trouve en principe et entache dès ce moment le développement ultérieur de l'individu dans telle ou telle de ses parties et suivant la direction imprimée par l'hérédité. La tumeur, anomalie de nutrition, est, comme la malformation, la conséquence d'un vice de développement survenu dans l'embryogénie normale des tissus.

Tout le pivot de cette construction repose donc sur l'assimilation, des plus contestables, du néoplasme et des malformations. L'accroissement et la reproduction qui caractérisent la plupart des néoplasmes, et font complétement défaut dans les malformations, indiquent assez qu'il y a dans la nature des uns quelque chose de plus que dans la nature des autres, qu'il ne s'agit pas d'une forme imposée, d'une direction imprimée une fois pour toutes dans l'embryon à tel élément anatomique, mais bien d'une cause sans cesse agissante, progressivement envahissante, jusqu'à prendre possession de l'organisme entier.

Qu'un sujet présente simultanément plusieurs tumeurs de nature différente, la théorie pourra bien en rendre compte en disant que l'aberration primitive de développement s'est manifestée en différentes parties de l'embryon et sous différentes formes. Mais, en présence des transformations d'un néoplasme d'une espèce en une autre, de ses substitutions héréditaires, d'un cancer développé à la surface d'un tissu accidentel, comme une cicatrice, que devient le dogme de la spécificité cellulaire et de la perversion nutritive préétablie?

Il est dans la nature de certaines questions de rester des questions. Mais, hypothèse pour hypothèse, nous préférons la solution traditionnelle, clinique, pratique, de la diathèse, aux conceptions hasardeuses des théories embryogéniques.

III

Le grand courant qui entraîne actuellement, dans des voies d'ailleurs fructueuses, la pathologie étiologique devait attirer à lui cette question de la carcinose; c'est un renouveau pour les partisans des causes locales.

(1) *Archives de physiologie*, 1885, I, p. 246, 385.

©BIU Santé

Dans la théorie parasitaire, le cancer est, en effet, une maladie primitivement locale, due à un agent animé venu de l'extérieur. MM. Harrison Cripps, Nedopil, à l'étranger, Ledoux-Lebard, en France, ont franchement adopté le point de vue nouveau (1).

Les similitudes cliniques du cancer et de la tuberculose solidarisent leur étiologie : le parasite de la tuberculose a été longtemps pressenti avant d'être démontré, l'histoire du cancer subit les mêmes phases; l'étiologie, la physiologie pathologique, la clinique ont besoin, dès aujourd'hui, du parasite du cancer; il sera démontré demain.

L'infection cancéreuse a été rapportée, soit à l'aggravation progressive de la dyscrasie diathésique, soit à l'imprégnation générale de l'économie par les sucs et les éléments cellulaires partis de la tumeur primitive et colportés par la circulation. Dans la théorie parasitaire, qui adopte ce dernier mécanisme, la migration des germes animés se prête également bien à l'explication de la généralisation et de l'accroissement *in situ*.

De même qu'il y a une tuberculose chronique et une tuberculose aiguë, il existe une forme lente du cancer et une carcinose miliaire aiguë; celle-ci, d'ailleurs, pour compléter la ressemblance, primitive ou secondaire. On retrouve dans le cancer les mêmes influences secondaires de constitution, d'âge, de milieu, qui président au développement de la tuberculose et des autres maladies infectieuses.

Anatomiquement, le cancer ressortit tout d'abord, comme le tubercule, au processus inflammatoire; un cancer, à sa période initiale de formation, ne se distingue pas d'un nodule inflammatoire commun; puis la réaction spécifique provoquée par l'intrusion du parasite se traduit par la formation de produits particuliers, d'un tissu nouveau, persistant, tendant à l'accroissement. On s'explique le rôle déterminant du traumatisme et des phlegmasies locales dans la production du cancer par l'avance fournie à la phase d'inflammation précancéreuse obligée.

La transmissibilité du cancer de l'homme aux animaux est difficile ; il y a cependant des cas de réussite qui suffisent pour en maintenir le principe. Il en est de même de la contagion dont il existe quelques exemples authentiques. On a enfin l'exemple d'un néoplasme dont l'origine parasitaire est nettement établie et le parasite déterminé, dans l'actinomycose.

Le premier échec que reçoit la théorie parasitaire de la carcinose résulte de l'inutilité des nombreux efforts faits jusqu'à ce jour pour découvrir le parasite soupçonné; lorsqu'on l'aura montré, il restera encore à le cultiver, l'inoculer, à satisfaire, en un mot, à toutes les exigences que la technique spéciale réclame d'un organite inférieur avant qu'on ait le droit de le sacrer pathogène.

Mais cette démonstration n'est pas près d'être donnée; il est douteux qu'elle le soit jamais; il y a à l'existence du parasite cancéreux trop d'impossibilités physiologiques et cliniques.

Les tumeurs se classent en un assez grand nombre de types distincts. Existe-t-il un ou plusieurs parasites? Un parasite unique ne peut donner naissance, dans la réaction qu'il suscite au sein d'un même tissu, qu'à une forme anatomique unique et spécifiquement différenciée comme lui, de même qu'à une larve correspond une galle déterminée. D'autre part, des

(1) *Medic. Times and Gaz.*, 1881, I, p. 551. — *Mediz. Jahrb.*, 1883, I, p. 123. — *Archiv. générales de médecine*, 1885, I, p. 413.

tissus différents doivent réagir différemment; les tumeurs secondaires de généralisation dans les différents organes ne devraient donc pas ressembler à la tumeur primitive. S'il y a plusieurs parasites, il faut admettre leur intervention simultanée lors de la coexistence de néoplasmes différents, et un chassé-croisé lors de la substitution d'un type à un autre.

Nedopil n'en admet qu'un, qu'il classe, dès à présent, entre celui de la syphilis et celui de la pyémie; ce ne peut guère être en vertu du rapprochement des processus; mais l'actinomycose n'est pas mieux invoquée. Car l'actinomycète de Bollinger et Harz ne se comporte pas différemment d'un corps étranger introduit dans les tissus. Quant au bacille de Koch et à son œuvre, quelle distance n'y a-t-il pas de ces éléments mort-nés, aboutissant fatalement à un processus de momification ou de destruction, au développement désordonné et continu, à l'exubérante vitalité de la cellule carcinomateuse!

M. Bard s'est efforcé de démontrer la nature parasitaire de la mélanose, seule entre toute les tumeurs proprement dites, auxquelles il refuse ce caractère (1). Cliniquement, il fait valoir le siège fréquent du foyer aux extrémités et sur le tégument externe, au pied, par exemple, chez l'homme; autour de l'anus et sur le pourtour du fourreau de la verge chez le cheval. Sur le cheval, les ganglions abdominaux se prennent, sans relation de volume entre le foyer primitif et les foyers secondaires. L'écrasement d'une tumeur stationnaire précipite la généralisation, mais sans cachexie proprement dite. Les animaux ne meurent pas d'infection mélanique; ils ne sont exposés qu'aux inconvénients résultant des obstacles mécaniques produits par l'accroissement des tumeurs.

Il y a donc, dans l'histoire des mélanomes purs, des particularités qui leur font une place à part au milieu des tumeurs. On est tenté de voir, dans les granulations mélaniques encombrant les cellules et le stroma, que leur forme régulière, leur coloration homogène et leur transparence distinguent des pigments de désintégration hématique ou cellulaire, un organisme parasitaire à sporules ne déterminant dans les tissus, en qualité de corps étranger, qu'un processus inflammatoire commun. Le carcinome et l'épithélioma mélaniques seraient d'une existence douteuse.

Les caractères de la mélanose du cheval, qu'on pourrait rapporter plutôt à un éléphantiasis mélanique, à une lymphangiectasie noire, divergent en trop de points de la mélanose de l'homme pour que ce rapprochement n'introduise pas dans la question des éléments de confusion et de litige. Il est certain que le cancer mélanique ne diffère pas chez l'homme, par son mode d'accroissement, de généralisation, de terminaison cachectique, de l'évolution de la carcinose vulgaire. D'autre part, la démonstration de la nature sporulaire des masses pigmentaires reste tout entière à faire.

(A suivre.) R. LONGUET.

BIBLIOTHÈQUE

PARIS : *Sa topographie, son hygiène, ses maladies*, par M. le docteur Léon COLIN, vice-président du Conseil d'hygiène du département de la Seine, etc., etc. — 1885 ; Masson, Paris.

La gloire d'être la capitale d'un grand pays n'est pas une gloire sans mélange. Elle a des amertumes et des revers.

(1) *Lyon médical*, 1885, I, p. 407, II, p. 126.

©BIU Santé

Paris subit cette commune loi de la critique en prose ou en vers. Moderne Babylone pour ses détracteurs, la Jérusalem nouvelle pour ses courtisans, tous, artistes ou littérateurs, hommes du crayon et hommes de la plume, l'ont jugé ; les plus ardents avec leurs passions, les plus impartiaux avec leur tempérament. M. Colin le prend de plus haut, l'étudie en savant ou mieux encore en médecin.

Avec de modestes allures et un petit format, le livre qu'il publie possède donc le mérite de l'originalité et la puissance d'une légitime autorité. Président du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, M. Colin avait qualité, entre tous les hygiénistes, pour tracer le magistral tableau de l'hygiène publique à Paris, en 1885. Directeur du service de santé du gouvernement de Paris, il possède l'expérience des conditions de la vie humaine dans ce milieu où l'élément militaire et l'élément civil sont en contact si intime. Membre de l'Académie de médecine, chef de service dans un vaste hôpital militaire et vétéran de la pratique des épidémies, il possède encore cette habileté du thérapeute éprouvé ; habileté nécessaire au succès, en hygiène comme en clinique, l'hygiène publique n'étant guère que la thérapeutique préventive de la société.

La méthode suivie par l'auteur est scientifique. M. Colin écrit, d'après les faits, les statistiques ou les chiffres, mais non pas en impressionniste. Aussi les conclusions terminales des chapitres ne sont pas uniquement d'intérêt local. Comme le livre lui-même, elles ont une vaste portée : — « Non seulement la France, mais le monde entier, de « plus en plus attiré par le nombre croissant et la rapidité des communications, sont « intéressés de plus en plus aussi à la vie, à la santé et à la salubrité de Paris. »

Ainsi écrit M. Colin, au seuil de cet ouvrage si opportun dans son apparition et si instructif dans sa lecture, au moment où de bons esprits prennent à cœur et en mains l'assainissement de la capitale, l'amélioration de ses égouts, la distribution de ses eaux potables, la règlementation des industries insalubres, et, enfin, la réforme des services d'hygiène publique.

La géographie, la topographie, la météorologie et l'hydrologie parisiennes font l'objet des premiers chapitres, dans lesquels l'auteur s'est inspiré des nombreux travaux des ingénieurs municipaux. Il en est de même de la viabilité parisienne, à propos de laquelle l'auteur rend justice aux améliorations obtenues depuis cinquante ans, et dont il mentionne tous les dangers par le défaut d'une réglementation et d'une surveillance suffisantes.

De la rue, il pénètre dans les habitations, montre les inconvénients de ces édifices dont l'architecture extérieure toute monumentale cache des vices de construction. Il renseigne le lecteur sur la répartition de la population par hectare et par quartier, sur sa densité relative et ses déplacements après des démolitions ou l'édification de grands groupes d'habitations

Un des plus intéressants paragraphes expose les inconvénients du peuplement prématuré des maisons neuves : — « Pourquoi, demande le président du Conseil d'hy- « giène, pourquoi ne pas régler à Paris cette question..... comme elle l'est dans « plusieurs grandes villes d'Europe ? A Bâle, par exemple, où le délai entre l'achève- « ment ou la construction brute et l'occupation des locaux varie de quatre à huit mois », — et n'est autorisée que par une sévère inspection sanitaire chargée spécialement de ce service.

Et puis ces influences nocives ne sont pas les seules ; M. Colin, s'appuie sur des chiffres, et montre les dangers de l'encombrement des habitations, de leur défaut de propreté, en dépit d'ordonnances de police trop oubliées, l'absence d'eau, enfin, par la multiplication des garnis, dont les inspecteurs honoraires, titulaires ou adjoints, augmentent souvent en nombre, mais dont l'insalubrité ne diminue guère. Il rappelle qu'à l'heure actuelle, l'administration n'a pu encore obtenir un relevé exact des logements insalubres !

Le régime des égouts, le transport des immondices et l'évacuation des vidanges sont exposés et discutés dans des chapitres d'un intérêt d'autant plus actuel que M. Colin y tient compte des débats les plus récents. En accord avec tous les hygiénistes, il condamne sévèrement les fosses fixes ; mais se sépare de beaucoup d'entre eux, pour substituer la formule éclectique du *tout par l'égout* à celle plus systématique du *tout à l'égout*.

Il adopte donc la projection directe des matières fécales dans les canaux où la facilité de l'écoulement rend leur évacuation rapide et inoffensive, et demande une canalisation étanche dans les galeries de petite section, sans pente ou mal irriguées. C'est une solution dictée par la prudence.

Je cite, sans m'y arrêter, les pages relatives à l'alimentation de la ville, à l'assainissement et à l'épuration des objets de literie et du linge ; aux lavoirs, aux établissements dangereux, insalubres ou incommodes, et à la démographie qui a été traitée avec des documents et les statistiques empruntées aux beaux travaux de M. Jacques Bertillon.

Le chapitre de la pathologie parisienne est plein d'originalité, non pas tant par le sujet traité que par la manière dont M. Colin l'envisage. Les influences de l'agglomération, de la répartition topographique, de la population suivant les quartiers, le rôle de la banlieue, de la prostitution, de la syphilis, enfin des intoxications diverses forment les principaux chapitres de cette partie de l'ouvrage, dans laquelle on retrouve les qualités du clinicien et de l'épidémiologiste qu'on admirait naguère dans l'historien de la *Variole durant le siège de Paris*, et dans l'auteur du *Traité des maladies épidémiques*.

Quel est le programme à remplir pour assurer la prophylaxie des maladies épidémiques dans le milieu parisien ? Il est simple, et, avec une autorité doublement motivée par son expérience personnelle et par les avis du Conseil d'hygiène, M. Colin démontre que cette œuvre devrait être confiée à un personnel médical spécial, chargé de suivre l'origine et l'évolution de ces maladies dans chaque arrondissement. — « Jusqu'ici, « c'est aux médecins, membres du Conseil d'hygiène publique et de salubrité, qu'a été « dévolu le soin des enquêtes.... Aussi considérons-nous comme un grand progrès — « ajoute M. Colin — l'institution récente, motivée par la dernière apparition du choléra, « des médecins délégués..., appelés à examiner immédiatement tout malade atteint « d'affections épidémiques dans leur circonscription. » — Ajouté à d'autres témoignages, ce vœu suffira-t-il pour déterminer l'administration à instituer définitivement ces services dont l'origine remonte à l'initiative du Conseil d'hygiène ? — Est-il besoin de le dire ? Son importance se trouve de jour en jour légitimée par l'urgente nécessité de mettre la population parisienne en état de défense contre des maladies toujours plus menaçantes par le fait même de l'augmentation du nombre des habitants et de leur concentration.

L'indépendance scientifique et le dévouement au bien public inspirent donc ce livre dans toutes ses parties. Ce sont là des qualités qui lui assureront non seulement l'estime, mais aussi la confiance du lecteur. — Ch. Eloy.

Mimicisme ou névrose d'imitation (*Mimicismo o neurosis imitante*), par M. le docteur José Armangué y Tuset. — Barcelone; 1884.

Le nom de l'auteur est bien connu des médecins français, car M. Armangué y Tuset a publié de nombreux et estimables travaux. Celui-ci n'est pas de moindre intérêt et a pour but de discuter et d'étudier, sous le nom de *nevrosis imitante*, ces singuliers phénomènes névrosiques désignés sous le nom de myriachit et jumping, en Amérique, et latah en Asie et en Malaisie. L'*Union médicale* de l'année 1884 a publié une note sur le myriachit et tout récemment encore (juillet 1885) l'analyse d'un mémoire français, celui de M. Gilles de la Tourette, relatif à des faits analogues. Voici, en résumé, les conclusions du mémoire de notre estimé confrère de Barcelone.

Le mimicisme doit former un chapitre à part dans la neuropathologie. Il consiste dans l'imitation de gestes indépendants de tout acte de la volonté. Ses actes diffèrent de ceux de la suggestion en ce que la volonté n'est pas en inhibition Il paraît être un état pathologique propre aux races inférieures. Par sa nature, elle diffère de l'imitation simple, phénomène qu'éprouvent des personnes exemptes de tout symptôme névrosique; sa transmission a lieu par hérédité ou par contagion, et, conséquemment, le mimicisme possède sa physionomie clinique et une réelle importance médico-légale. Son étude est donc d'un intérêt pratique.

Il est inutile de faire l'éloge de ce mémoire; l'auteur est de ceux qui ont notre sympathie par les qualités d'indépendance, d'érudition et d'impartialité d'une plume tout à l'honneur de la science espagnole. — Ch. Éloy.

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

De la kraurosis vulvæ, par Breisky (Extrait du rapport bisannuel sur les maladies des femmes par William Smyly, gynécologiste de l'hôpital de la cité de Dublin, examinateur en gynécologie du Collège royal des médecins). — Breisky décrit sous le nom de kraurosis de la vulve une atrophie spéciale des tissus du vestibule vulvaire dont il a eu l'occasion d'observer une douzaine de cas et dont il donne la description suivante :

Du mont de Vénus au méat uréthral, la peau était tendue, comme attirée en bas et couvrait le clitoris. Au-dessous du milieu du repli du capuchon passait une ligne d'un tissu mou d'aspect cicatriciel. Le gland clitoridien, tantôt restait complètement caché derrière le repli devenu coriace du capuchon, ou bien derrière une étroite ouverture circulaire circonscrite par les téguments. En écartant les lèvres, la peau au-dessous de l'orifice uréthral se tendait et formait un pli transversal proéminent. De ce processus quasi-sclérotique résultait un rétrécissement marqué du vestibule, lequel combiné avec la rigidité des tissus entraînait la déchirure facile de ceux-ci sous la moindre provocation; il en résultait la production de nombreuses fissures, non seulement lors de l'accouchement même chez les pluripares, mais encore lors du coït. Dans les parties constituantes du vestibule vulvaire, les zônes les plus atteintes par la sclérose assumaient un aspect dur et sec; le revêtement épidermique était rugueux et épaissi, tandis que les téguments voisins, attirés en dedans par cette portion rétractée, paraissaient brillants, secs et de coule gris rougeâtre pâle. Les sécrétions des follicules sébacés des sinus interlabiaux étaient généralement des plus rares.

A l'examen microscopique pratiqué dans un de ces cas, on constata le caractère cicatriciel de la structure des papilles tégumentaires. Le tissu conjonctif en était partiellement sclérosé, presque homogène, traversé seulement par quelques rares faisceaux de fibres parallèles, alors qu'à l'état normal, comme on sait, ce tissu conjonctif des nymphes et des divers replis présente un aspect quadrillé et ondulant. Les papilles étaient de dimensions très inégales, généralement petites, et, à certaines places, le rete de Malpighi sur lequel reposent les couches épidermiques était d'une extrême minceur. Sur aucune des coupes, on ne put retrouver traces de follicules sébacés, et, sur une seule seulement, on observa les restes déformés d'une glande sudoripare. Pour ce qui est de l'étiologie de cette affection, tout ce qu'on peut dire, c'est que chez quatre malades elle fut précédée de prurit vulvaire et que trois autres souffrirent seulement de leucorrhée. On ne peut reconnaître la syphilis chez aucune, non plus que l'existence antécédente d'un eczéma ou d'un exanthème quelconque des parties affectées. On ne put en trouver la cause ni dans une parturition difficile ni dans une inflammation puerpérale. Les urines ne contenaient pas de sucre.

Cette affection n'a jamais été décrite jusqu'ici. Elle ne correspond pas aux modifications signalées par Kaposi, Shrœder et Hildebrandt, comme résultant du prurit vulvaire, ce n'est pas non plus l'atrophie sénile des téguments vulvaires directs par Kaposi, E. Williams et T. Fox, ni la léioderma de Auspitz. L'auteur propose donc la dénomination de kraurosis (*retraction-shrinking*) de la vulve.

On ne sait rien touchant la marche ou l'aboutissant de la maladie. Le traitement est, jusqu'ici, resté inefficace.

De la menstruation. — Il y a quelques années, Goodman émit sur la menstruation la théorie suivante (1) : La vie génitale de la femme se compose de plusieurs stades dont la durée est représentée par une série de périodes menstruelles.

Chacune de ces périodes menstruelles se compose de deux stades : L'un est marqué par une augmentation dans l'intensité du processus vital pendant lequel on observe l'élévation de la température, celle de la pression sanguine, l'accroissement dans la quantité d'urine sécrétée; l'autre par une diminution correspondante dans cette énergie du mouvement vital. Entre ces deux stades, à leur jonction, comme entre la marée

(1) *Wellenbewegung des Lebensprocesse des Weibes.* (*C. Reinl. Sam. Klin. Vortræge*, n° 243.)

montante et la marée descendante, a lieu la pleine mer, de même se place la période dite menstruelle d'écoulement sanguin.

C'est l'aboutissant d'un trouble périodique ayant pour siège le système de la circulation artérielle, système dont le développement atteint sa perfection et son maximum à la puberté. Ce trouble fonctionnel consiste en l'augmentation périodique et graduelle dans la contraction des vaisseaux artériels déterminée et favorisée par le développement même du système vasculaire à sang rouge. A l'appui de cette hypothèse, Goodman a montré par des observations nombreuses que, chez beaucoup de femmes, la température descend pendant la menstruation. Le travail de Mlle Mary Putnam Jacobi sur « le repos de la femme pendant la menstruation », est en faveur de cette théorie. Sur 8 sujets ayant servi à ses observations, Mrs Jacobi a constaté que, quelques jours avant l'écoulement des règles, la température du corps s'élevait de 0°,05 à 0°,44 centigr. par jour sur ce qu'elle atteignait ordinairement dans des conditions identiques, puis qu'elle redescendait graduellement pendant l'écoulement menstruel de 0°,039 à 0°,25 centigrades.

Dans la plupart des cas, l'urée augmentait pendant la période prémenstruelle et la pression sanguine diminuait considérablement pendant la durée des règles.

De son côté, Reinl, à l'instigation d'Hégar, a fait une série d'observations sur la température, soit dans les cas normaux, soit dans les cas pathologiques, et est arrivé à des résultats des plus intéressants. Dans une première série d'explorations, pratiquées sur des femmes bien portantes et normalement menstruées, il a vu, dans la très grande majorité des cas, la température du corps augmenter graduellement pendant la période prémenstruelle, puis commencer à diminuer pendant la durée de l'écoulement ménorrhéique, cet abaissement graduel se continuer après la cessation de l'écoulement jusque vers le milieu de la période intermenstruelle, pour cesser et donner lieu à une élévation graduelle et correspondante pendant la dernière moitié de cette période jusqu'aux prochaines règles.

Ainsi se trouve de nouveau confirmée la théorie de Goodman.

Dans un second groupe d'observations sur des sujets placés dans des conditions pathologiques, l'auteur a constaté que :

1° Sur des femmes indemnes d'affection organique appréciable, mais dont les règles revenaient toutes les trois semaines, avec une abondance anormale, accompagnées de symptômes généraux graves, l'époque de la ménorrhagie correspondait avec le sommet de la courbe thermométrique;

2° Dans des cas d'inflammation des ovaires, des trompes, des appendices ligamenteux, du tissu cellulaire péri-utérin où la menstruation se faisait néanmoins normalement, la forme de la courbe thermométrique restait normale, tandis que, chez deux malades dont la menstruation était irrégulière, la courbe était irrégulière dans sa forme.

Dans une troisième série d'explorations faite sur des ovariotomisées :

1° Quand l'opération était pratiquée dans la période prémenstruelle, l'écoulement menstruel, ou la décharge sanglante en tenant lieu, s'accompagnait d'une élévation considérable de la température;

2° L'ablation d'un seul ovaire dégénéré n'avait, après la cicatrisation, et si la menstruation continuait à se reproduire régulièrement, presque aucune influence sur la régularité de la courbe thermométrique;

3° Après la castration double, entraînant l'aménorrhée complète, la forme de la courbe, en ce qu'elle eût dû être normale pendant les périodes prémenstruelle, menstruelle et postmenstruelle, ne présentait aucune modification remarquable, ce qu'on peut considérer comme une preuve que ce n'est pas la perte de sang par elle-même qui détermine la chute presque constante de la température après les règles. (*The Dublin Journal of Medical science*, juillet 1885.) — L. Dn.

Une formule contre l'eczéma parasitaire (*The Therapeutic Gazette*, octobre 1884). — Dans la *Therapeutic Gazette*, le docteur Gabey fait connaître contre l'eczéma parasitaire une formule dont il a pu vérifier de longue date l'efficacité et qui, d'après lui, ne

©BIU Santé

lui aurait jamais donné d'insuccès depuis vingt-cinq ans qu'il en fait usage. Nous la donnerons sous toutes réserves :

Pommade sulfureuse (1).	30 grammes.
Oxyde rouge d'hydargyre	8 —
Térébenthine de Venise	4 —
Acide sulfurique pur..	XXX gouttes.

Après avoir lavé ou baigné les parties atteintes, frictionner deux fois par jour avec une petite quantité de cet onguent. Cette onction, ajoute l'auteur, guérira aussi le porrigo scutulata. — L. Dn.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE 1885.

Pendant ces trois premiers mois, l'abondance des travaux a été plus grande que jamais dans cette Société, qui est depuis longtemps le rendez-vous de prédilection des savants lyonnais. De ces communications, il en est qui mériteraient une analyse et que cependant le défaut d'espace nous permet seulement de citer; telles sont : l'observation de *rhumatisme subaigu* et de *nodosités rhumatismales* de M. Honnorat; la note de M. Bard sur *la mélanose*; le cas d'*épilepsie congestive* à propos duquel M. Truc confirme les conclusions publiées naguère par M. Lépine et, enfin, la lecture de M. Pollosson sur l'*incision commissurale coudée comme moyen d'agrandir l'orifice buccal dans la cheiloplastie*, et qu'il a heureusement employé dans l'opération du cancroïde labial.

Un cas de *myélite suraiguë des cornes antérieures* a été, pour M. Dufourt, l'occasion de formuler des conclusions relativement à une forme de myélite des cornes antérieures, intermédiaire, par sa marche, entre la paralysie spinale de l'adulte et la paralysie générale spinale diffuse du type Landouzy-Déjérine. Au cours de cette myélite surviennent des arthropathies aiguës avec douleur et gonflement plus ou moins généralisé. Enfin, dans certains cas, la motilité reprend son état normal, alors même que la contractilité faradique reste encore amoindrie.

Sans sortir de la pathologie nerveuse, je trouve encore une note de M. Soulier sur les *pulvérisations de chlorure de méthyle dans la sciatique*. Notre confrère a voulu vérifier cliniquement les faits si remarquables signalés par M. Debove, mais il a été moins heureux que ce savant observateur.

Ces échecs ne suffisent pas pour condamner cette médication; aussi M. Tripier a-t-il déclaré que, nonobstant de tels insuccès, elle est utile contre les névralgies vraies par troubles vasculaires, mais insuffisante contre les névralgies symptomatiques. Cette appréciation est équitable. Quant à M. Mollière, il préfère l'élongation non sanglante et déclare en avoir obtenu de bons effets, au moyen du procédé opératoire suivant : pendant le sommeil anesthésique, il fléchit la cuisse du malade sur le bassin, relève vigoureurement le pied à la hauteur du front, et répète cette manœuvre à trois ou quatre reprises. Voilà un procédé, à coup sûr, simple, mais dont l'efficacité n'a pas toujours été aussi absolue dans d'autres mains que celles du chirurgien lyonnais.

Avec l'observation de M. Goulioud, on entre dans la question de l'antisepsie. Son malade avait une *méningite suppurée par infection, à la suite d'une fracture du crâne compliquée de plaie*. Dans de tels traumatismes, les méninges s'infectent par la fracture ouverte, comme les articulations suppurent après les fractures compliquées de plaie. D'après M. Goullioud, on débridera, et, dans l'espèce, on trépanera immédiatement dans le but de pratiquer largement la désinfection de la dure-mère par la gaze iodoformée. De plus, par des lavages antiseptiques avec une solution boriquée,

(1) Onguentum sulphuris de la pharmacopée anglaise : Soufre sublimé, 1 ; axonge, 4 parties.

on préviendra l'infection des voies naturelles dans les cas où la fracture s'accompagnerait d'écoulement sanguin par le nez ou par les oreilles. Ici, encore, le tamponnement iodoformé lui paraît être indiqué. La trépanation ainsi pratiquée n'offrirait pas les dangers habituels ; par contre, elle possèderait l'avantage de prévenir l'infection.

Sous le titre de : *La pleurésie précédant le début de la tuberculose pulmonaire*, M. Chauvet soutenait une thèse dont les partisans sont nombreux parmi les médecins de Lyon. Il conclut à la fréquence de ce rapport et conséquemment assombrit le pronostic de la pleurésie. Cependant, le danger ne vient pas tant de cette affection que de l'état général du pleurétique, de ses antécédents douteux ou de sa faible constitution. C'est alors que la pleurésie peut passer pour le signe avant-coureur de la tuberculose pulmonaire; c'est aussi alors, qu'avertissement utile, elle conduit à surveiller attentivement ce « mauvais terrain » sur lequel le plus souvent la maladie marche lentement donnant au thérapeute le temps d'intervenir activement.

En toxicologie, M. Icard a lu une observation d'*empoisonnement par un mélange de laudanum et de teinture de belladone*. Quel que soit l'antagonisme de l'opium et de l'atropine, le malade n'en était pas moins dans la période comateuse, au moment où notre confrère intervint pour combattre cette intoxication. Il prescrivit des injections hypodermiques d'éther sulfurique après chacune desquelles la respiration s'accélérait de huit à douze par minutes. L'amélioration survint et bientôt après le malade était hors de danger. C'est un nouveau succès à l'actif de l'éther sulfurique en injections sous-cutanées.

A côté de ces travaux de medecine pratique, M. Boinet a exposé les résultats de ses recherches expérimentales sur l'*inoculabilité de l'ecthyma des cavaliers*. A la suite de l'injection intra-veineuse d'un liquide de culture ensemencé avec une goutte de sang recueilli à la base d'une pustule d'ecthyma aigu des cavaliers, un lapin présenta une éruption généralisée. La sécrétion purulente de cet animal fut inoculée à un autre lapin de même espèce. Ces inoculations confirment une fois de plus la contagiosité de cet ecthyma. M. Augagneur cite, à ce propos, ces soldats qui provoquent l'éruption en se frottant avec la poussière d'étrille. De plus, d'après M. Deperret, cette maladie atteint environ un quart des conscrits arrivant au corps.

En terminant, signalons les observations dans lesquelles M. Mathis mentionne des recherches sur l'*albuminurie graisseuse des chats*. Produite par l'accumulation de graisse dans l'épithélium des reins et marquée par la présence de l'albumine dans les urines, cette affection possède les caractères de la maladie de Bright. Par conséquent, cette étude de médecine comparée donne des résultats en accord avec les notions classiques déjà acquises sur la maladie qui porte le nom du célèbre médecin anglais. — C. L. D.

FORMULAIRE

Collutoires antiseptiques. — Redier.

Résorcine	3	grammes
Teinture de gaiac	30	—
Eau distillée	200	—

Faites dissoudre. — Ou bien :

Borate de soude	10	grammes.
Alcoolat de cochlearia	30	—
Hydrolat de menthe	200	—

Ces collutoires s'emploient dans les affections parasitaires de la bouche, telles que le muguet, le psoriasis buccal. — Dans ce dernier cas, on se trouve bien d'une solution composée de 50 grammes de bi-carbonate de soude pour 200 grammes d'eau. — N. G.

©BIU Santé

COURRIER

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 7 septembre 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Deschiens, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. de Béchon, Canoville et Guezennec, médecins de première classe de la marine.

CONCOURS. — Le jury du concours des prix de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui doit s'ouvrir le mardi 3 novembre 1885, se composera définitivement de MM. les docteurs Théophile Anger, Audhoui, Bouilly, Doléris, Monod, Robert Moutard-Martin et Talamon.

NOMINATION. — M. le docteur Picqué, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de de Paris, est nommé chirurgien-adjoint des asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Boyer, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

CERCLE MÉDICAL ARGENTIN. — *Renouvellement du bureau pour l'année 1885.* — Président : Jose Penna. Vice-président : Alezandro Amoretti. Secrétaires : Manuel Beguerestain, Francisco Barraza, Sallustiano Arevalo. Bibliothécaire : Victor Sanguinetti. Trésorier : Ramon Eczaga.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — La Faculté de médecine de Montpellier vient de décerner ses récompenses annuelles aux élèves dont les noms suivent :

Première année : prix, M. Bichon (de Montpellier). Deuxième année : prix, M. Georges de Rouville (de Montpellier); mention honorable, M. Casiglia (de Nice). Troisième année : pas de prix. Quatrième année : prix, M. Boulhès (d'Agen).

Prix de thèses passées en 1884 : 1° M. Chapon; 2° M. Planchon; 3° *ex æquo* MM. Peschaud et Estor; 4° M. Fournac.

UN ASILE POUR LES ENFANTS. — En mourant, l'année dernière, M. Hartman a laissé à la ville de Paris une somme de 500,000 fr.

D'après le désir formellement exprimé par le testateur, cette somme devra être consacrée à la création d'un asile pour les jeunes garçons ou les jeunes filles que leur situation ne permet pas de recueillir comme enfants assistés.

Cette distinction du testateur s'explique par ce fait que la loi protège suffisamment les enfants assistés, alors qu'elle néglige beaucoup plus les enfants des autres catégories.

La ville de Paris va être autorisée à accepter ce legs, mais c'est le directeur de l'Assistance publique qui sera chargé d'organiser et d'administrer le nouvel établissement.

(*Lyon médical*).

L'EXPANSION DE LA RACE EUROPÉENNE HORS D'EUROPE. — M. Levasseur arrive à un nombre de neuf millions et demi d'individus, de sang pur ou de sang mélangé, qui représentaient au commencement du dix-huitième siècle la race et la civilisation européenne hors d'Europe et qui, réunis aux 175 millions d'habitants de l'Europe, forment un total de 185 millions et demi.

Que sont devenus ces essaims européens durant les quatre-vingt-cinq premières années de notre siècle, et combien l'Europe compte-t-elle aujourd'hui de représentants hors d'Europe? Elle en compte, d'après M. Levasseur, environ 82 millions, et, pendant cette période, la population européenne, loin de s'appauvrir par les essaims qu'elle a envoyés hors de son territoire, compte 335 millions d'individus ; elle a presque doublé en Europe; elle est neuf fois plus considérable hors d'Europe. (*Lyon médical.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. R. Longuet : Des néoplasmes. — II. Le Congrès de médecine publique d'Anvers. — III. Bibliothèque. — IV. Revue des Journaux. — V. Sociétés médicales des départements. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Des néoplasmes (1).

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE.

IV

La contagion et l'inoculabilité ne sont pas forcément des corollaires du parasitisme. Les cellules vivantes gardent pour un temps, non moins que les parasites, leur vitalité indépendante. On eût beaucoup étonné Broca, croyant à la contagion du cancer dès l'époque de la publication de son *Traité des tumeurs*, si on lui eût dit que c'était faire acte d'adhésion anticipée à la doctrine parasitaire.

Les faits de contagion du cancer sont extrêmement rares ; nous ne connaissons pas les conditions nécessaires à son action, mais nous ne sommes pas pour cela autorisés à la nier.

Les anciens chirurgiens avaient réuni un certain nombre de faits dont l'authenticité n'a pas paru suffisamment établie. Tulpius citait un homme qui, après avoir sucé la mamelle de sa femme, périt d'un cancer aux gencives de la mâchoire inférieure ; Smith, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, mourant d'un cancer de la langue après avoir goûté la sanie d'une mamelle cancéreuse qu'il venait de couper, etc. (2).

Mais une observation qui n'est rien moins qu'apocryphe est celle de Kuhn : une femme *enceinte*, de 24 ans, pansant un bœuf opéré d'une tumeur encéphaloïde, vit croître au siège d'une légère écorchure de l'annulaire droit un petit tubercule qui devint un cancer encéphaloïde (3).

Des faits beaucoup plus nombreux démontrent cliniquement l'auto-inoculabilité d'un sujet cancéreux par la substance de son propre cancer. Il y a les observations de Hyvert, de Lucke : épithélioma de la langue inoculé à la joue correspondante ; de Klebs : cancer de l'estomac succédant au cancer de la langue ; puis les faits de tumeur secondaire développée au siège d'une piqûre après ponction pratiquée à la paroi abdominale pour un cancer de l'abdomen (Valdeyer, Quincke, Nicaise) (4). Il semblerait donc qu'on dût avoir beaucoup plus de chances de réussite dans les expériences d'inoculation du cancer, si souvent renouvelées avec des vicissitudes diverses, en inoculant l'animal cancéreux lui-même avec ses propres produits.

Cependant, en dehors de cette condition, il y a des observations d'inoculation ou d'insertion positive dues à Langenbeck, Goujon, Cohn, Quinquaud, Klenke. M. Jeannel, à qui ces expériences n'ont pas paru suffisamment probantes, bien que les résultats en aient été généralement acceptés, les a reprises d'après un programme aussi conforme que possible aux données physiologiques, et qui n'est autre que la réalisation artificielle des condi-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 15 septembre 1885.
(2) *Etiologie de la carcinose.* Salle : Thèse de Paris, 1877.
(3) *Gaz. des hôpitaux*, 1861, p. 326.
(4) Ledoux-Lebard : *Loc. cit.*

©BIU Santé

tions qui président, dans les idées de Verneuil, au développement spontané des néoplasmes (1).

Il a pris de vieux chiens, mieux encore de vieilles chiennes, qui sont facilement atteintes de cancer; il les a nourris d'une façon succulente, viande de cheval à discrétion, pain, sucre, de façon à les disposer à l'arthritisme, qui n'est pas rare chez eux; il créait un *locus minoris resistentiæ* par contusion ou dilacération du testicule ou de la mamelle; enfin il greffait ou insérait le carcinome, à l'aide d'un trocart-seringue spécial, sous la peau ou dans la cavité abdominale.

Ces expériences si bien conduites n'ont pas produit de résultat. M. Jeannel pense que les chiens étaient trop jeunes, l'irritation locale insuffisante; qu'il faut que l'organe auquel on s'adresse, pour y provoquer l'appel cancéreux, soit le même que celui auquel on emprunte la greffe cancéreuse : le testicule pour inoculer le cancer du testicule, la mamelle pour inoculer le cancer de la mamelle; ce qui serait conforme aux vues de M. Bard, sur la reproduction dans les dépôts secondaires du type cellulaire de l'organe primitivement atteint.

Il y a lieu aussi de ne pas sortir, dans les expériences de cette nature, de la même espèce d'animaux. Dans ses recherches sur la vitalité propre des tissus animaux, Paul Bert voyait toujours ses greffes échouer, quand il franchissait les limites du genre, et surtout de la famille (2).

Une expérience récente, due à MM. Mathis, Violet et Faivre, semble ajouter un fait de plus aux inoculations expérimentales couronnées de succès. Le procédé tient, à la vérité, autant du greffage que de l'inoculation. Un fragment de goître cancéreux, recueilli deux heures après la mort, a été broyé dans l'eau distillée, filtrée, bouillie plusieurs fois. Deux ou trois gouttes de ce liquide louche ont été injectées, à la seringue de Pravaz, dans la glande thyroïde droite d'un chien. Le chien, sacrifié 68 jours après, portait dans la thyroïde droite une tumeur de la grosseur d'un œuf. L'examen microscopique des deux tumeurs, primitive et secondaire, nécessaire pour donner au fait toute sa valeur, n'a pas encore été publié (3).

V

On sait que Cohnheim a prétendu rattacher l'origine des tumeurs à des débris embryonnaires, des reliquats cellulaires de l'âge fœtal, restés inclus dans les tissus et dont l'activité nutritive se réveillerait, à un moment donné, avec l'intensité qu'elle comporte à l'époque de la vie intra-utérine.

Paul Grawitz fait, une fois de plus, le procès de cette théorie, où tout n'est cependant pas à rejeter, en objectant que la structure anatomique des nœvi, des papillomes cornés, qui peuvent donner lieu à des épithéliomas, à des sarcomes, ne diffère pas de celle de la peau normale du voisinage, et qu'aucun reliquat embryonnaire n'a jamais pu y être montré. Il n'y a guère que le développement des sarcomes dans le thymus, dans les capsules surrénales, qui peut fournir un argument à Cohnheim; mais les kystes dermoïdes, d'une origine fœtale incontestable, n'ont précisément aucune tendance à l'accroissement.

(1) *Gaz. hebdomad.*, 1885, p. 342.

(2) *Sur la vitalité propre des tissus animaux*. Th. de doctorat ès sciences, 1865, — et *Gaz. hebd.*, 1884, p. 373.

(3) *Lyon médical*, 1885, II, p. 127.

Il y a une irritation, un trauma au début de tout néoplasme; cela est bien démontré pour le cancer buccal des fumeurs, le cancer du scrotum des ramoneurs, le cancer du foie consécutif à la présence des cholélithes, la pyélite cancéreuse développée autour de calculs des reins; mais le point de départ de la prolifération est un élément anatomique en état d'ectopie, un tissu greffé sur un terrain étranger, dont la nutrition, dépourvue désormais de toute finalité physiologique, aboutit à un processus de superfétation (1).

Grawitz ne donne pas la démonstration de cette vue. Mais M. Masse a fait voir, en France, il y a quelques années, qu'on pourrait semer et faire naître à volonté des kystes et des tumeurs perlées de l'iris à l'aide de greffes de peau, de conjonctive et de cornée, et de nombreuses observations cliniques, d'accord avec l'expérimentation, lui permettent de rattacher avec certitude l'origine des petites tumeurs de ce genre à des greffes dans la chambre antérieure consécutives à des plaies pénétrantes de la cornée (2).

Les tissus anormalement déplacés ont tout d'abord une simple nutrition d'entretien; ces germes silencieux ne commencent à se développer qu'un an, deux ans, dix ans, vingt ans même après le traumatisme. Les tumeurs dermoïdes n'apparaissent de même que vingt, trente ans après la naissance, attendant le stimulant d'une cause occasionnelle.

D'intéressantes expériences montrent que le mécanisme de la formation de certaines tumeurs par transplantation organique peut être généralisé.

Des portions de tissus, lambeaux de peau, segments de membres enlevés à des rats blancs venant de naître, ont été enfermés dans la cavité péritonéale d'autres rats blancs un peu jeunes. Lorsqu'on ouvre l'abdomen, au bout de deux mois et demi, on constate que ces débris organiques s'étant greffés sur divers points du péritoine, sur le mésentère, les épiploons, ont donné lieu à de véritables kystes à parois résistantes, à contenu caséeux et jaunâtre, renfermant du pus, de la graisse, des cristaux de cholestérine, des cellules épidermiques et des poils, c'est-à-dire tous les éléments des kystes dermoïdes, sans qu'il persiste aucune trace de tissu osseux, cartilagineux, musculaire ou nerveux.

Dans d'autres expériences, en insérant sous la peau de rats blancs des lambeaux de peau de jeunes rats, on obtient de véritables tumeurs perlées sous-cutanées; ce qui confirme l'opinion du professeur Gross (de Nancy), sur l'origine des tumeurs perlées des doigts; pour lui, ces productions sont toujours la conséquence d'un traumatisme; les éléments épithéliaux refoulés par le trauma vers les parties profondes s'y implantent et deviennent le point de départ de véritables tumeurs.

Il y a donc lieu de tenir grand compte des hétéropies de tissus dans la pathogénie des néoplasmes; ces inclusions retiennent une force latente de développement, une puissance de germination virtuelle qui n'attend que l'impulsion occasionnelle, l'opportunité dyscrasique du milieu, pour évoluer en néoplasme.

VI

L'idée qui rattache l'origine des tumeurs à une anomalie du développement normal des organes ou des tissus se produisant pendant la vie intra-

(1) *Deut. med. Woch.*, 1884, suppl., p. 1.
(2) *Gaz. hebdomad.*, 1884, p. 372.

©BIU Santé

utérine ou même après la naissance, tant que les parties élémentaires de l'organisme ne sont pas arrivées au degré d'évolution considéré comme l'état adulte, trouve une nouvelle confirmation dans la coïncidence sur le même sujet de tumeurs et de malformations proprement dites.

M. M. Polosson vient d'insister sur les faits de cette nature qui ne semblent rares, peut-être, que parce qu'ils ne sont pas suffisamment recherchés (1).

Ainsi un malade présente à la fois une grenouillette dermoïde avec microglossie et hypertrophie excentrique du maxillaire inférieur, lésions congénitales et non consécutives au développement, d'ailleurs récent, de la tumeur. Chez un autre, il existe des enchondromes du petit doigt et de l'annulaire, en même temps qu'un arrêt de développement congénital du cubitus du même côté. Un troisième présente toute une série d'arrêts de développements congénitaux portant sur les divers os longs des membres qu'on observe en même temps que des enchondromes des doigts. Un homme atteint d'hémi-éléphantiasis congénital succombe à des lymphadénomes généralisés. Enfin, un dernier exemple, dans lequel on saisit moins les rapports de dépendance réciproque, est fourni par un jeune homme atteint de sarcome du pied, qui présente une asymétrie de la face tenant à une malformation congénitale de la fosse temporale.

Ajoutons que Pinter, dans la myosite ossifiante généralisée, rencontre, 87 fois sur 100, des malformations comme la microdactylie (2).

On peut encore rapprocher de ces faits des observations, que M. Duzéa vient de communiquer au Congrès de Grenoble, d'angiomes superficiels des membres coïncidant avec un allongement notable des os correspondants. Il existe un fait semblable dû à Krause (3).

R. Longuet.

Le Congrès de médecine publique d'Anvers.

Le Congrès de cette année a réuni une grande affluence d'hygiénistes de Belgique et de délégués étrangers : Angleterre, Allemagne, Danemark, Espagne, Italie et Suède. L'hygiène française y était dignement représentée par MM. Brouardel, Proust et Perrin.

La Société avait fait appel à tous les concours pour décider « quelles sont, dans l'état actuel de la science épidémiologique, les mesures de prophylaxie internationale, les pratiques à prendre, en Belgique spécialement, contre les maladies pestilentielles ». L'actualité de cette question était de nature à solliciter l'empressement général. Une commission préparatoire avait rédigé un rapport en trois parties, par la plume de MM. du Moulin et Van de Velde. La doctrine de l'importation, la prophylaxie internationale par la désinfection et l'isolement, tels sont les principes admis par les commissaires, et qu'ils veulent appliquer à la défense sanitaire de la Belgique.

Ici se place un incident. Essayer d'arrêter le choléra sur le littoral belge est une mesure tardive. Mieux vaut lui fermer les portes de l'Europe, c'est-à-dire la route de terre, devoir qui incombe au gouvernement Russe ; et la route des Indes, mission qui dépend des conseils sanitaires d'Egypte et d'Alexandrie. Avant toute mesure préventive en Europe, il est en effet de bonne logique d'exercer un effort prophylactique dans le canal de Suez. M. Proust l'a rappelé en émettant le vœu qu'une surveillance médicale sérieuse soit exercée à Suez, et que le Conseil international d'Alexandrie soit réorganisé.

(1) *Lyon médical*, 1884, II, p. 585 et III. p. 13.
(2) *Zeitschrift f. Klin. med.*, 1884, VIII.
(3) *Semaine médicale*, 1885, p. 284.

On se rappelle les événements à la suite desquels cette institution a perdu son autorité. L'*Union médicale* des années 1883 et 1884 en a rapporté les épisodes et a protesté contre l'œuvre de désorganisation dont les agents britanniques sont les fauteurs.

Le vœu de M. Proust était très opportun et a obtenu les suffrages de l'assemblée. La première mesure proposée par les commissaires a été de condamner définitivement les cordons sanitaires et les quarantaines terrestres. Le délégué italien, M. le sénateur Pachiotti, ne s'en est pas contenté ; il a pris la parole contre les fumigations, les innocentes et impuissantes fumigations des lettres et des sacs postaux ! Les déclarer inutiles était bien ; nuisibles, c'était peut-être excessif.

Ce rigorisme a eu pour conséquence d'amener M. Brouardel à la tribune. De l'avis du savant professeur, les cordons sanitaires ne sont pas inutiles et dangereux en tant que cordons sanitaires. Ils peuvent être utiles dans les pays peu peuplés et sur les routes peu fréquentées. Ils sont dangereux quand ils deviennent l'occasion d'un encombrement de personnes dans une même localité.

Cette intervention a fait modifier très heureusement l'amendement de M. Pachiotti et adopter la déclaration suivante : — « Dans l'état des relations internationales en Europe, « les cordons sanitaires et les fumigations des lettres sont inutiles. Celles des personnes sont inutiles et même dangereuses. »

C'était là des escarmouches précédant un plus sérieux combat. On allait livrer bataille sur les quarantaines maritimes. La commission proposait leur conservation ; les économistes et les négociants demandaient leur suppression. C'est la lutte des intérêts mercantiles et financiers contre les intérêts sanitaires ; lutte d'autant plus vive qu'ici elle avait pour théâtre le milieu anversois, c'est-à-dire le centre le plus commerçant de toute la Belgique. Il a fallu l'intervention éloquente des délégués de France, d'Italie et d'Espagne pour repousser le vigoureux assaut dirigé contre le rapport des commissaires, et faire décider que « les embouchures des fleuves et les ports sont des appendices de mer « et, par conséquent, soumis aux quarantaines ; que celles-ci sont applicables en Bel« gique et que l'histoire des épidémies antérieures témoigne de leur utilité. »

La mise en observation du personnel des navires contaminés ou des voyageurs des grandes lignes ferrées internationales, la désinfection des navires et des hardes, enfin la réglementation de la prophylaxie dans les ports belges ont motivé des discussions d'intérêt national pour nos voisins septentrionaux.

Le programme était épuisé. Mais, avant leur séparation, les congressistes ont émis d'autres vœux, dont le principal, formulé par notre éminent compatriote, M. Perrin, sollicite des divers gouvernements : — « l'assainissement des villes et des communes, « la propreté s'imposant avant tout aux nations comme moyen de s'opposer à la pro« pagation des maladies pestilentielles. »

L'écho de cette résolution arrivera-t-il aux oreilles des administrateurs français et de nos législateurs ? Ce serait là, pour notre pays, un résultat très inespéré. S'il est beau de verser des flots d'éloquence pour défendre les quarantaines ou pour les combattre, il serait mieux encore de mettre la commune et le pays en bon état de défense sanitaire.

C L. D.

BIBLIOTHÈQUE

DYSPEPSIE ET DYSPEPTIQUES. — Etude pratique sur les maladies de l'estomac et des organes digestifs dans leurs rapports avec la dyspepsie, par le docteur J. SEURE. — A. Coccoz, Paris, 1885.

En été, la salade russe est un met fort agréable, surtout quand à la qualité des légumes qui la composent se joint un vigoureux assaisonnement, destiné à combattre leur fadeur naturelle. Qualité et quantité des légumes employés, aromates et épices de toutes espèces, rien ne manque à la salade « médico-littéro-culinaire » que nous offre M. le docteur J. Seure, sous la forme d'un gros volume de cinq cents pages. Il est facile, même à un estomac dyspeptique, de digérer toutes les bonnes choses qui s'y trouvent,

BIU Santé

grâce aux merveilleuses et excellentes recettes qu'y donne l'auteur et grâce aussi au choix de certains légumes, qui font de ce plat de saison un véritable plat du jour.

Quoique le sujet traité par M. Seure soit un des plus étudiés de la pathologie, c'est aussi l'un des plus difficiles, comme le prouvent les définitions aussi nombreuses qu'incomplètes qu'on a données de la dyspepsie. L'auteur les passe en revue dans un premier chapitre intitulé : *De la dyspepsie*, et s'attache à montrer où s'arrête l'altération de la muqueuse stomacale qui constitue « l'irritation gastrique », où finit la dyspepsie et où commence « la gastrite, le catarrhe de l'estomac ». Le chapitre deuxième est consacré à l'étude de l'*influence de la dyspepsie stomacale sur les autres parties du tube digestif*. Dans le troisième chapitre, nous trouvons l'*exposé des symptômes des dyspepsies gastrique et intestinale*, et une étude clinique complète du dyspeptique. Outre d'intéressantes pages sur les modifications de son appétit, de son sommeil, sur ses digestions, sur les accidents nerveux, vertige stomacal, etc., qui en résultent, M. Seure distingue parmi ces derniers le « vertige intestinal », qui peut être différencié du vertige stomacal, et offre un caractère spécial dans la plupart des cas de dyspepsie intestinale confirmée. Voici quels en sont les signes, tels que les décrit M. Seure :

« Il se passe *surtout dans la tête*; nous dirions volontiers que les objets extérieurs n'y sont pour rien ; en un mot, il est plutôt *épileptiforme*. Il consiste principalement en un trouble subit, donnant la sensation d'un brusque mouvement ou plutôt d'une secousse, qui parait se produire dans l'un des deux hémisphères cérébraux. Il s'agit donc là d'une *sensation latérale*, si nous pouvons nous exprimer ainsi; et il arrive quelquefois que le malade est entraîné malgré lui à faire quelques pas du côté où elle se manifeste (ordinairement à gauche). Habituellement, le vertige intestinal passe comme un éclair, mais il peut durer quelques intants et contraindre le malade à s'arrêter, s'il marche, ou à interrompre la conversation, s'il parle. La dyspeptique paraît alors étranger, pendant un laps de temps fort court, à ce qui se passe autour de lui, mais il ne perd pas connaissance. » Luton (art. DYSPEPSIE du Dictionnaire Jaccoud) avait rattaché certains vertiges à une inégalité de tension des gaz entre deux points voisins de l'intestin.

L'espace nous forçant à abréger, nous ne ferons qu'indiquer l'intéressant chapitre qui a trait à *Voltaire dyspeptique*. Le chapitre cinquième, intitulé : *Comment et pourquoi l'on devient dyspeptique*, et le suivant consacré à l'*influence pathogénique de la dyspepsie*, présentent peut-être çà et là quelques point discutables, mais le plus souvent de fines et judicieuses observations. Quant aux 4 derniers chapitres, qui traitent du *traitement alimentaire dans les maladies de l'estomac, de la préparation des principaux aliments dont les dyspeptiques peuvent faire usage, du règlement des repas et du traitement médical proprement dit*, ils auraient peut-être gagné, malgré leur grand intérêt pratique, à avoir un peu moins de développement. Il est vrai que d'amusantes anecdotes, habilement intercalées, augmentent singulièrement la digestibilité de tous les mets que l'auteur nous prépare avec tant d'art. Telle est la manière de faire de bon chocolat selon le procédé qu'avait indiqué à Brillat-Savarin Mme d'Arestrel, supérieure du couvent de la Visitation, à Belley.

A citer encore, cette excellente définition du charlatan : « Le charlatan, c'est celui qui, choisissant tantôt un terrain, tantôt un autre, exploite successivement des médications dont il ne divulgue pas tous les secrets, et qu'il prétend être seul à bien appliquer. » Nous espérons qu'elle tombera sous les yeux de M. Ferran ; elle est digne de ses méditations !

Si nous ne partageons pas toutes les opinions personnelles émises par l'auteur dans le cours de son livre, si nous croyons hardi d'*affirmer* « qu'une irritation locale, souvent répétée et prolongée, peut déterminer sur un organe le développement d'une affection cancéreuse, *qui, sans cette irritation, ne se serait point manifestée* », nous reconnaissons cependant que M. Seure a eu un réel mérite à traiter avec autant de compétence des sujets aussi disparates, et à les faire rentrer aussi habilement dans le cadre si vaste de la dyspepsie. Quelles que soient les connaissances du lecteur, qu'il soit littérateur, médecin, pharmacien, hygiéniste ou simplement cuisinier, il est sûr de trouver au moins un chapitre qui l'intéressera spécialement. Nous croyons donc que cet ouvrage sera surtout apprécié des praticiens, qui doivent posséder réunies toutes ces connaissances, et nous ne doutons pas qu'après l'avoir lu, eux et leurs clients soient à jamais guéris de cette

affection si complexe, d'où M. Frantz Glénard vient encore d'extraire une entité morbide, l'*entéroptose!* Ce sera un chapitre à ajouter, pour la prochaine édition, à celui des dyspepsies nerveuses.

En attendant, chers lecteurs, méditez ces paroles si justes de M. Seure : « La dyspepsie n'est, en tous points, qu'une question d'hygiène; c'est par l'hygiène qu'on la prévient; c'est par des infractions aux lois de l'hygiène qu'on la contracte; c'est par l'hygiène qu'on la guérit. » Rappelez-vous l'exemple de Voltaire, et, si vous êtes dyspeptiques, ne mangez, en fait de salade russe, que celle de M. Seure, sous les frais ombrages de Saint-Germain. — M. N.

REVUE DES JOURNAUX

Pleurésie hémorrhagique, par C. Crawdall. — Pleurésie développée lentement, sans fièvre, avec quelques troubles digestifs légers, un peu de diminution des forces, de la rareté des urines, une dyspnée croissante. A un premier examen, on trouve les signes d'un épanchement abondant du côté droit. La malade est une femme vigoureuse de 58 ans. La thoracentèse est pratiquée le même jour, et on extrait 150 onces d'un liquide d'une couleur de vin de Porto très foncé. La malade se trouve soulagée ; l'air pénétrant immédiatement dans le poumon décomprimé, cause un peu de toux et de douleurs. Le murmure respiratoire s'entend partout, mais la matité persiste. Le liquide, très albumineux, se prend en bloc compact par la chaleur. Au microscope on constate l'existence d'un grand nombre de globules rouges, les uns, intacts entassés en rouleaux comme une pile de monnaies, les autres, isolés et déformés. Nombreux leucocytes; quelques cellules endothéliales ; pas de globules de pus. Poids spécifique 1,022. L'épanchement s'est reproduit, mais en assez petite quantité pour ne pas nécessiter de nouvelle intervention. Les forces sont revenues peu à peu, la santé générale recouvrée ; les occupations reprises. (*The Boston med. and. Surg. J.*, 1884, I, p. 580.) — R. L.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN PENDANT LE PREMIER SEMESTRE DE 1885.

Pendant ce semestre, la pathologie interne a été surtout l'objet des communications de nos confrères de Rouen. M. Petel, dans une observation de *rétrécissement syphilitique du larynx*, a montré les avantages du dilatateur de Schrœtter, instrument peu usité en France et susceptible cependant de rendre des services.

La trachéotomie ayant été pratiquée, M. Petel essaya le cathétérisme laryngien avec les bougies de Béniqué. Cette tentative échoua; il les remplaça par le dilatateur de Schrœtter, et, immédiatement après l'enlèvement de l'olive, constata une amélioration. Les dilatations furent continuées, et, au moment où le malade sortit de l'hôpital, l'amélioration persistait. M. Petel en conclut que le cathétérisme laryngien est une opération peu douloureuse, qu'il ne provoque pas l'inflammation des cordes vocales et ne cause pas d'altérations de la voix.

Le même observateur communiquait, dans une des séances suivantes, le récit d'une *opération de taille latéralisée chez un enfant de 2 ans*, cas où le succès fut complet et honore l'habile bistouri de ce chirurgien distingué.

Au reste, parmi ses collègues, il a des émules, à preuve cette *arthrotomie du genou* pratiquée par M. Cerné, l'*amputation ostéo-plastique du pied gauche* opérée par M. Cauchois par le procédé Pasquier-Le Fort, et la note que M. Jude-Hue intitule : *Quelques considérations sur les polypes utérins*, et dans laquelle il établit la légitimité de la division classique des polypes utérins, en polypes fibreux, polypes muqueux, polypes du corps et polypes du col.

©BIU Santé

Un cas d'*hystérie chez l'homme* s'est présenté dans la pratique de M. E. Boucher. Il y en a donné connaissance à ses collègues. Ce malade tombait en léthargie, avait de la catalepsie et présentait des accès de somnambulisme. Fils d'une mère hystérique, petit-fils d'une grand'mère somnambule, frère d'un garçon mort de convulsions, son affection possédait deux racines héréditaires. Les premières manifestations débutèrent à 20 ans seulement, à la suite de fatigues intellectuelles prolongées. Ce fait clinique rentre dans la catégorie des observations d'hystérie chez l'homme dont M. Klein a réuni 80 cas dans sa thèse inaugurale. Il est donc d'intérêt actuel.

Il en est de même du mémoire que M. de Lavarenne adressait à la Société de médecine de Rouen sous le titre de : *Note sur quelques cas d'aménorrhée traités à Luchon*. Les malades soumises à ce traitement étaient chlorotiques et névropathes. A ce dernier titre, on pouvait redouter l'excitation d'une cure sulfureuse, mais ici, comme le remarque M. Gendron, « la chlorose primait tous les autres phénomènes parce qu'elle les tenait « sous sa dépendance étiologique. Dans ces conditions, les contre-indications sympto- « matiques s'effacent derrière l'indication morbide; l'action reconstituante de la médi- « cation sulfureuse apparaît avec tous ses avantages, dans une station surtout où l'exis- « tence des eaux blanches permet d'associer les actions sédatives aux actions exci- « tantes. » C'est donc contre l'aménorrhée des chlorotiques que les eaux de Luchon ont leur utilité quand elles sont employées suivant les règles que M. de Lavarenne a énoncées, et non pas contre toute aménorrhée en général.

En terminant ce compte rendu, je signale une formule que M. Hélot a fait connaître à ses collègues. Elle consiste à incorporer mécaniquement 15 grammes d'acide borique à 90 grammes de crême de savon des parfumeurs. M. Hélot désigne cette préparation sous le nom de *pâte de savon antiseptique*, et l'emploie avant toute opération chirurgicale au lavage des mains des opérateurs et au graissage des instruments qu'elle n'altère pas. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 septembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. Larrey présente : 1° au nom de M. le docteur Aulagnier fils, un ouvrage de M. Aulagnier père, intitulé : *Dictionnaire des aliments et des boissons dans les divers climats et chez les différents peuples;* — 2° une note, lue par M. Tholozan à l'Académie des sciences, sur le choléra et la peste en Perse sans les quarantaines; — 3° au nom de M. le docteur Danvé, un *tableau statistique* relatif à la fièvre typhoïde dans le 6e corps d'armée.

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Baudrimont, membre de la section de pharmacie. Quelques paroles émues, que M. le Président ajoute sur le caractère, la vie et les œuvres de M. Baudrimont provoquent de nombreux témoignages de sympathie.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Vallin donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Lunier. Ce discours est accueilli par d'unanimes marques d'approbation.

M. Bouley donne lecture d'une notice très intéressante sur la vie et les œuvres de M. Magne, de la section de médecine vétérinaire. Cette lecture est suivie de chaleureux applaudissements.

— M. Peter a la parole pour la continuation de son discours sur le choléra.

Aux moyens de traitement du choléra qu'il a indiqués dans la dernière séance, tels que les révulsifs (vésicatoire, etc.), les courants continus, les applications de sacs de glace (Chapman) sur la colonne vertébrale, M. Peter ajoute, dans la période algide, l'ingestion de rhum pur à dose fractionnée, une cuillerée à café tout les quarts d'heure, toutes les demi-heures, toutes les heures, suivant les indications, alternant avec l'in-

troduction de petits morceaux de glace. Une fois la réaction obtenue, il respecte la polyurie que l'on observe assez souvent d'une manière très accentuée chez un certain nombre de malades jusqu'à trois, quatre, cinq, six et sept litres d'urine dans les vingt-quatre heures; cette urine sert, en effet, à l'élimination d'une partie du poison. Il en est de même de la diarrhée, qui se montre parfois à cette même période de réaction et qui doit également être respectée à titre de moyen éliminateur du poison cholérique.

Si des accidents se manifestent du côté du cerveau, M. Peter cherche à les combattre et à les atténuer, le délire nerveux par le bromure de potassium, les accidents typhoïdiques à l'aide du sulfate de quinine.

Enfin, lorsque le malade est entré en convalescence, il ne faut pas pour cela l'abandonner à lui-même; on examine les urines, et, s'il y a de l'albumine, indice de congestion rénale, on pratique, sur la région lombaire, des badigeonnages avec la teinture d'iode, ou bien on applique sur cette même région des ventouses sèches.

Les phénomènes persistants de l'intolérance gastro-intestinale sont combattus encore par l'application d'un vésicatoire sur le creux épigastrique. En un mot, on fait la médecine des symptômes, que l'on a désignée à tort sous le nom de médecine empirique, car elle est rationnelle et scientifique au premier chef.

M. Peter est appelé, par son sujet, à dire quelques mots de la communication faite au Congrès de Grenoble par l'un de ses collègues les plus éminents de la Faculté, M. le professeur Bouchard.

Ayant voulu contrôler expérimentalement les idées doctrinales du docteur Koch (de Berlin), relatives à la genèse du choléra, genèse que l'auteur allemand rapporte aujourd'hui, non plus au bacille-virgule lui-même, mais à une sorte de ptomaïne, produit de sécrétion de ce microbe, laquelle étant soluble est absorbée par l'intestin et pénètre dans le sang, dont elle détermine l'intoxication, M. Bouchard administre à des cholériques un mélange de 1 gramme d'iodoforme et de 5 grammes de naphtaline, substance qu'il a reconnue capable de tuer le microbe du choléra. Il pratique ainsi ce qu'il appelle *l'antisepsie médicale*. Les résultats de ses expériences lui ont donné 29 décès sur 44 malades, soit une mortalité de 66 pour 100, supérieure, comme on le voit, à celle de 54 pour 100, indiquée par M. Dujardin-Beaumetz, comme étant la moyenne de mortalité cholérique. Quant aux injections intra-veineuses de M. Hayem, elles ont donné des résultats inégaux aux différents observateurs qui les ont employées, désastreux pour les uns, assez heureux pour les autres. De nouvelles expériences sont nécessaires.

M. Peter serait tenté de leur préférer les injections intra-veineuses d'eau pure, à la température de 40°, qui ont pour effet de ramener, chez les malades en état d'algidité, la chaleur et la vie, de ranimer le pouls, de faire cesser, en un mot, sinon d'une manière définitive, du moins pendant un certain temps, les phénomènes de la période algide.

Mais le moyen de traitement par excellence, aux yeux de M. Peter, est la prophylaxie par l'hygiène. L'idéal serait, comme le demandait M. Bonnafond, de fermer les bouches du Gange, mais cette solution pourrait être taxée de chimérique, bien que la chimère de la veille devienne souvent la pratique du lendemain. Quoi qu'il en soit, on peut toujours, en tout pays, demander de fermer les petits Ganges intérieurs constitués par des foyers particuliers d'infection. En France, nous avons de ces Ganges qui s'appellent la *darse* de Toulon, *le vieux port* de Marseille, etc. L'Italie et l'Espagne, l'une en 1884, l'autre en 1885, ont eu également ces foyers intérieurs d'où le choléra s'est répandu plus ou moins loin dans le reste de ces pays. Quand on compare, à Paris, la différence d'intensité entre le choléra de 1832 et celui de 1884, on ne peut s'empêcher d'attribuer la bénignité extrême de l'épidémie de 1884 aux meilleures conditions hygiéniques réalisées dans la capitale, sous l'administration de M. Haussmann, qui a inondé Paris d'air, de soleil et d'eau.

M. Peter ne croit pas pouvoir mieux terminer son discours que par une invocation à l'hygiène et un énergique appel à une nouvelle croisade pour laquelle devront s'unir le corps médical, la presse, les ingénieurs et les gouvernements.

M. Le Roy de Méricourt déclare s'associer de grand cœur à l'invocation faite par M. Peter; mais il reste un peu sceptique au sujet des heureux effets que pourrait avoir,

©BIU Santé

au point de vue de l'extinction des épidémies cholériques, la fermeture des bouches du Gange. Le Delta de ce fleuve n'est pas, en effet, le seul lieu d'origine du fléau indien et c'est en beaucoup d'autres points qu'il faudrait appliquer le moyen quelque peu utopique dont a parlé M. Peter.

L'orateur s'occupe ensuite de montrer que le choléra est né et s'est développé par importation en Europe et en Amérique. Il donne lecture, à ce sujet, d'une traduction qu'il a faite de documents considérables publiés en Amérique, et relatifs à l'origine du choléra dans ce pays. Ces documents lui semblent démontrer de la manière la plus décisive que les épidémies de choléra se sont toujours développées aux Etats-Unis par importation à l'aide de navires arrivant de pays contaminés.

M. Jules Guérin pense que l'on ne doit pas accepter sans réserve les documents de la nature de ceux que vient de communiquer M. Le Roy de Méricourt, et dont il est difficile, pour ne pas dire impossible, de contrôler l'exactitude. Du moins convient-il de les examiner à la lumière des faits dont nous sommes témoins, et qui viennent de se passer sous nos yeux dans les récentes épidémies que nous avons eu l'occasion d'observer.

Les faits d'importation allégués pour expliquer l'origine des épidémies de choléra, quand on les examine de près, ont presque toujours, sinon toujours, été précédés d'autres faits auxquels on a donné les noms de choléra nostras, choléra sporadique ou indigène, etc., jusqu'au jour où, les cas se multipliant et constituant, par leur multiplication, une épidémie véritable, on s'avise alors de leur donner le nom de choléra indien ou de choléra asiatique.

Aujourd'hui, on tend à en venir à une plus juste appréciation de ces faits ; les épidémies de Toulon et de Marseille, en montrant qu'il était impossible de trouver le mode d'importation, ou, comme on a dit, la *fissure* par laquelle le choléra avait pu être introduit dans ces localités, les épidémies de Toulon et de Marseille ont contribué à convertir plusieurs bons esprits aux doctrines que M. Jules Guérin soutient depuis plus de cinquante ans. Pour lui, comme on le sait, le choléra est le produit d'une cause générale, dont l'action se manifeste par une évolution particulière de cas légers ou graves, à des degrés très variés, mais appartenant à la même origine, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer ni importation ni exportation d'aucune sorte pour expliquer les épidémies.

— M. Chantemesse rend compte d'une série d'expériences qu'il a faites dans le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, de concert avec M. Rummo, professeur agrégé à l'Université de Naples, délégué par le gouvernement italien pour vérifier le résultat des vaccinations de M. Ferran. Ces expériences sont relatives à l'action sur les animaux des injections faites avec des liquides de culture du bacille-virgule ou microbe supposé pathogène du choléra :

« Nous avons examiné deux échantillons de liquide vaccinal : le premier rapporté d'Espagne, par M. Rummo, le second envoyé directement par M. Ferran.

« A. — Le premier liquide est renfermé dans des tubes de verre scellés à la lampe. Chaque tube contient environ 5 cent. cubes de liquide. Celui-ci est clair, un peu opalescent, et renferme quelques flocons. Au contact de l'air, il repand une odeur très désagréable. Réaction alcaline. L'acide nitrique ne permet pas d'y reconnaître la présence de pigment biliaire.

« 1° Injecté sous la peau de la cuisse des cobayes à la dose de 1 cent. cube, à l'aide d'une seringue parfaitement stérilisée, la peau ayant été elle-même préalablement lavée au sublimé, il ne fait apparaître, au bout de vingt-quatre heures, rien d'appréciable. Pas de lésion locale et pas de trouble de l'état général.

« 2° Injecté à la dose de 4 et de 8 cent. cubes sous la peau dans les mêmes régions, il a produit une eschare consécutive à la boule formée par la distension du tissu cellulaire. L'eschare guérit au bout de huit jours. L'animal s'est parfaitement rétabli. Pendant la durée de l'expérience, il n'a présenté ni diarrhée, ni abaissement thermique, ni aucun phénomène analogue à ceux du choléra.

« Au bout de cinq à six jours, ces différents animaux ont été soumis à l'injection dans l'estomac de cultures pures de bacilles-virgules. Ils avaient préalablement subi la

préparation par la soude et la teinture d'opium suivant la méthode précise de Koch. En même temps, des cobayes témoins recevaient le même traitement.

« Tous les animaux, sans exception, vaccinés et non vaccinés, succombèrent dans l'espace de cinq à vingt-quatre heures avec de la diarrhée, de la desquamation épithéliale de l'intestin, qui donnait au contenu liquide très abondant de l'intestin une coloration jaunâtre.

« Dans le liquide diarrhéique et dans celui qui gonflait l'intestin, on trouvait de grandes quantités de bacilles-virgules.

« Donc l'inoculation préalable dans le tissu cellulaire du liquide vaccinal fourni par M. Ferran, liquide qui servait aux inoculations à Valence (26 juillet 1885) et à Cambrils (27, 28, 29 août 1885), ne mettait nullement les cobayes à l'abri des effets d'une injection stomacale de bacilles-virgules.

« 3° Examen du liquide de M. Ferran sur les lamelles, les tubes et les plaques de gélatine.

« *a*) Sur les lamelles avec la coloration par le violet 6 B, on constate la présence douteuse de quelques bacilles-virgules en très petit nombre, et l'existence de nombreux microcoques et fins bâtonnets rectilignes.

« *b*) Dans les tubes de gélatine peptone faiblement alcaline, il se développe, après l'ensemencement, une série de colonies, d'aspect différent, en même temps qu'apparaît une teinte verte de plus en plus appréciable. Aucune de ces colonies ne liquéfie la gélatine. L'odeur fétide prend naissance à mesure que s'accroît la culture.

« *c*) Sur des plaques, après quatre jours d'étuve, on voit très nettement les différentes colonies développées. Ce sont les mêmes qu'on distingue dans les tubes. Aucune ne liquéfie la gélatine et ne rappelle, même de loin, la forme caractéristique des colonies de bacilles-virgules. On distingue très facilement, à l'œil nu, trois espèces de colonies.

« Les premières, sous forme de taches irrégulièrement arrondies, grisâtres, sont composées par des microcoques arrondis de 2 à 3 μ, disposés sans ordre.

« Les secondes ont l'apparence d'arborisations et sont constituées par de très courts bâtonnets, presque aussi larges que longs, de 1 à 3 μ. Sur les préparations, on les voit qui se disposent en petits amas de différents volumes.

« Les troisièmes, développées sous formes de petits points, sont composées de petits bâtonnets courts et gros, réunis le plus souvent deux à deux, ou sous l'aspect de petites chaînettes de 4 à 5 μ. Leur développement donne lieu à l'apparition de la couleur verte qui leur appartient en propre.

« Ces trois éléments différents isolés par la culture, et injectés séparément sous la peau de la cuisse des cobayes avec les précautions nécessaires, ont donné les résultats suivants :

« Un cobaye, qui avait reçu 1 centimètre cube de culture pure du microcoque, a succombé au bout de vingt heures. Le muscles, au point d'inoculation, étaient augmentés de volume, infiltrés de sérosité et d'ecchymoses. Le liquide qui s'écoulait à la section renfermait de nombreux microcoques. Ceux-ci se rencontraient aussi dans le sang des ventricules du cœur.

« Un centimètre cube de culture pure du bâtonnet, qui donne la coloration verte, injecté sous la peau de la cuisse d'un cobaye, a fait apparaître une tuméfaction douloureuse qui a persisté cinq jours, puis l'animal est mort.

« Le troisième micro-organisme, injecté de la même manière, n'a produit aucune lésion après vingt-quatre heures.

« B. — Le second liquide nous a été envoyé directement par M. Ferran, comme type de son vaccin.

« Ce liquide est compris dans des matras de contenance d'un demi litre, il présente une coloration jaune clair. Réaction alcaline. L'acide nitrique n'y montre pas la présence de bile. Aucune odeur. Injecté avec toutes les précautions nécessaires dans le tissu cellulaire des cobayes, à la dose de 4 à 8 et 9 cent. cubes en différents points, il n'a donné lieu, après vingt-quatre heures, à aucun phénomène ni local ni général.

« Tous ces animaux soi-disant vaccinés succombèrent à l'injection de bacilles-virgules

@BIU Santé

pratiquée avec la méthode dont nous avons parlé plus haut. Ils se comportèrent, en somme, comme les cobayes qui n'avaient été soumis préalablement à aucune vaccination.

« Un cobaye normal, préparé avec le carbonate de soude et l'opium, a reçu dans l'estomac 10 cent. cubes du liquide vaccinal de M. Ferran.

« Cet animal a été malade, a souffert de la diarrhée pendant vingt-quatre heures, puis s'est rétabli. Le liquide diarrhéique contenait quelques bacilles-virgules.

« Donc, si le dernier liquide de M. Ferran ne produit aucun symptôme quand on l'injecte sous la peau, il procure, lorsqu'il est ingéré à la dose de 10 cent. cubes, des phénomènes analogues à ceux du choléra expérimental léger.

« Nous avons examiné ce liquide vaccin sur des lamelles, dans des tubes et sur des plaques de gélatine-peptone et d'agar-agar.

« Sur des lamelles colorées avec une solution aqueuse faible de violet 6 B, on reconnaît une culture de bacilles-virgules impure. Les bacilles sont d'abord peu développés et ne présentent pas des formes d'accroissement rapide comme les spirilles. On y voit, de plus, quelques micrococci et quelques petits et grands bâtonnets droits très facilement distincts du bacille-virgule.

« Dans les tubes, la culture se développe différemment, suivant qu'il s'agit de gélatine-peptone ou d'agar-agar.

a) *Agar-agar.* — Développement rapide. On trouve beaucoup de bacilles-virgules toujours grêles et une petite quantité de bâtonnets droits et de micrococci.

b) *Gélatine-peptone.* — Nous nous sommes préalablement assurés par des cultures que cette gélatine est très favorable au développement du bacille-virgule ordinaire. Dans ce milieu nourricier, le liquide vaccinal de M. Ferran ne fait apparaître que lentement des colonies. La gélatine-peptone se liquéfie très peu à la surface.

« A l'examen, les bacilles-virgules sont grêles et en petit nombre ; en revanche, les micrococci, à peine développés dans l'agar-agar, ont pris ici une croissance excessive. On note encore la présence de quelques bâtonnets droits.

« En terminant, nous plaçons les conclusions suivantes :

« 1° Le vaccin de M. Ferran n'est pas un liquide de culture invariablement composé. — Tantôt c'est une culture de bacilles-virgules impure et tantôt un liquide contenant des masses de micro-organisme, tandis que le bacille-virgule y est presque absent.

« 2° Dans l'un et l'autre cas, l'absorption sous-cutanée de ce soi-disant vaccin ne protège pas contre l'injection stomacale d'une culture pure de bacilles-virgules faite avec les méthodes connues. Son pouvoir vaccinal s'est montré nul dans nos expériences.

« 3° Injecté sous la peau des cobayes, même à la dose de plusieurs cent. cubes, ce vaccin ne fait apparaître aucun phénomène cholériforme. Suivant sa composition et la dose injectée, il produit tantôt des phlegmons suivis d'eschare et tantôt reste inoffensif.

« Cultivés isolément, les divers micro-organismes qu'on y découvre possèdent des propriétés pathogènes différentes. A dose assez considérable, quelques-uns occasionnent la mort. »

— La séance est levée à cinq heures.

COURRIER

Concours. — Le concours ouvert pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux du Havre vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Leprévost, ancien interne des hôpitaux de Paris.

UN DOCTEUR expérimenté, chevalier de la Légion d'honneur, demande à succéder gratuitement à un confrère ou à faire des remplacements dans Paris ou la banlieue.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. PANAS : Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil. — II. BIBLIOTHÈQUE. — III. L'ÉPIDÉMIE cholérique de 1885. — IV. SOCIÉTÉS médicales des départements. — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie des sciences. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Causerie. — VIII. FORMULAIRE.

Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil,

Par M. le professeur PANAS,

Recueillies par E. BLANC, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Avant d'aborder l'étude des paralysies oculaires, je dois vous rappeler brièvement, pour que vous puissiez suivre ces leçons avec profit, certains faits anatomiques relatifs au globe oculaire et aux muscles qui le meuvent. Nous étudierons ensuite l'action de ces muscles, qui est beaucoup plus complexe qu'on ne le croyait autrefois et dont une connaissance exacte est aujourd'hui indispensable non seulement à l'oculiste, mais encore au médecin.

Les muscles intrinsèques de l'œil sont au nombre de six : quatre droits et deux obliques.

Les quatre muscles droits, désignés respectivement sous les noms de droit supérieur, droit inférieur, droit interne et droit externe, partent du sommet de l'orbite, où ils se fixent au tendon de Zinn et à la gaîne du nerf optique. De ce point, ils se dirigent en divergeant d'arrière en avant et de dedans en dehors, traversent la capsule de Tenon, abordent le globe oculaire et viennent s'insérer sur la sclérotique, à une distance du bord de la cornée, qui varie un peu suivant le muscle que l'on considère. L'insertion du droit interne en est distante de 5 millimètres, celle du droit inférieur de 6, celle du droit externe de 7, et enfin le droit supérieur se fixe à 8 millimètres du bord cornéen.

L'insertion antérieure des muscles droits se fait donc suivant une spirale

FEUILLETON

CAUSERIE

Les vraies causes d'un conflit.

Approchez, mes enfants. Enfin, l'heure est venue
Qu'il faut que mon secret éclate à votre vue.

Ainsi s'exprime Mithridate, roi de Pont, quand il va dévoiler à ses fils son plan de campagne contre Rome. Ainsi serais-je tenté de m'exprimer moi-même, au début des révélations importantes que je vais vous faire.

Il s'agit, ni plus ni moins, du conflit hispano-allemand, dont je suis parvenu à découvrir les causes intimes et le mécanisme, grâce à un système de reportage et d'*interviews* dont vous ne tarderez pas à apprécier la sûreté. En mettant au jour les véritables origines de cette querelle (d'Allemands et d'Espagnols), je crois être utile à l'histoire de mon emps, et aussi rendre service aux lecteurs de journaux, qui en ont par dessus la tête de toutes les inventions qu'on leur débite sur les Carolines et la Puerta del Sol.

Voici donc comment il est arrivé que les Allemands ont planté leur drapeau sur l'île de Yap.

Un jour, il y a de cela cinq ou six semaines environ, le roi d'Espagne se promenait dans les jardins de la Granja avec son fidèle chambellan le comte Ocarina. Ils causaient

©BIU Santé

dont le point le plus rapproché de la cornée est représenté par l'insertion du droit interne et le point le plus éloigné par celle du droit supérieur. Rappelez-vous seulement que le droit interne s'insère à 5 millimètres de la cornée; vous n'aurez ensuite qu'à suivre la spirale qui représente la ligne d'insertion des autres muscles à la sclérotique et à ajouter 1 millimètre par muscle, pour avoir la distance qui sépare leur insertion du bord cornéen. La connaissance exacte de ces insertions antérieures est d'une importance capitale pour l'opération du strabisme. Elles se font chacune par l'intermédiaire d'un tendon nacré, à fibres parallèles, large de 8 à 10 millimètres, qui contracte avec la capsule de Tenon des rapports dans le détail desquels nous ne pouvons revenir aujourd'hui.

Plus l'insertion est voisine de la cornée, plus grande est la force du muscle. Le droit interne est beaucoup plus puissant que son antagoniste le droit externe, et cela devait être, car l'adduction est le mouvement actif, nécessité à chaque instant pour les besoins de la convergence. L'abduction, au contraire, n'est presque jamais utilisée. C'est la position de repos de l'œil, celle qu'il prend, par exemple, dans le sommeil chloroformique.

Muscles obliques. — Au nombre de deux : le grand oblique et le petit oblique.

Le grand oblique naît au sommet de l'orbite, se dirige en avant et un peu en haut, et, parvenu à l'angle supéro-interne de la base de cette cavité, se réfléchit dans une poulie pour se porter ensuite en dehors et en arrière vers l'hémisphère postérieur de l'œil, à la partie supérieure et externe duquel il s'insère. Au point de vue de l'action du muscle, on ne doit tenir compte que de la portion réfléchie et raisonner comme si le grand oblique naissait réellement de l'angle supéro-interne de la base de l'orbite. D'ailleurs, chez certaines espèces animales, les oiseaux, par exemple, la portion directe manque et le muscle n'est représenté que par sa portion réfléchie.

Le muscle petit oblique naît du plancher de l'orbite, au voisinage du sac

---

naturellement des malheurs de l'Espagne, du contraste fâcheux qu'on remarque entre les rivières de ce pays, qui débordent souvent, et le trésor public, qui est toujours à sec; le choléra, comme on pense bien, tenait la première place dans cette conversation, dont le ton était d'autant plus triste, que le roi venait précisément de recevoir le *Bulletin de l'Académie de médecine* contenant le rapport Brouardel et le numéro de l'*Union médicale* où notre rédacteur en chef s'est exprimé vivement sur le compte de M. Ferran. Ces documents, portant un coup terrible aux espérances que les Espagnols fondaient sur les vaccinations anti-cholériques, avaient plongé le roi et son chambellan dans un morne silence. La journée était chaude, le temps lourd et orageux, la digestion se faisait mal, si bien que le roi fut pris tout à coup d'un violent hoquet.

Aux premiers bruits provoqués par cet accident spasmodique, le chambellan fut loin de s'alarmer; il se découvrit, au contraire, avec respect, pensant que le roi se soulageait seulement, comme on prétend que les Espagnols en ont l'habitude après les repas. Mais le bruit persistait, se répétant par saccades, avec un soubresaut de tout le corps, qui témoignait des convulsions auxquelles était en proie l'auguste diaphragme du souverain : le roi avait le hoquet!

On était loin du château, et le médecin de la cour, par une fâcheuse coïncidence, était parti pour Grenoble, où il assistait au Congrès de l'*Association française pour l'avancement des sciences*. Le comte Ocarina était donc seul témoin de l'indisposition du roi, et seul aussi en mesure d'y porter remède. Une inspiration sublime lui vint alors; il s'éloigna sans avoir l'air de rien, fit un détour dans le parc, s'embusqua derrière un massif

lacrymal, se dirige en arrière et en dehors et va se fixer à la sclérotique, à la partie inférieure et externe de l'hémisphère postérieur de l'œil.

Indépendamment de la motilité que chacun d'eux imprime isolément au globe oculaire, les quatre muscles droits, envisagés dans leur ensemble, ont une fonction commune : celle de maintenir l'organe et de l'attirer en arrière. Ainsi, l'œil retenu en avant par le système des muscles obliques, qui ont leur insertion fixe vers la base de l'orbite, entraîné en arrière par les quatre muscles droits, est en quelque sorte suspendu dans l'orbite. Chez les animaux, dont le regard est ordinairement dirigé en bas, un muscle est spécialement destiné à retenir l'œil dans sa cavité osseuse. C'est le muscle *choanoïde* ou suspenseur de l'œil. Moins le regard en bas est habituel à un animal, moins le muscle est développé. Chez l'homme, il n'existe plus ou n'est plus représenté que par les fibres musculaires lisses annexées à la capsule de Tenon. Cette suspension de l'œil dans sa cavité par les muscles qui les font mouvoir explique la protusion du globe oculaire, qui survient après la section d'un des muscles droits, et la diminution de la fente palpébrale dans le strabisme, par suite de la rétraction d'un des muscles.

Quand on fait la strabotomie d'un seul côté, cette protusion unilatérale du globe oculaire peut entraîner parfois une différence de largeur considérable entre les fentes palpébrales et de l'asymétrie dans la physionomie. Aussi de Graefe avait-il proposé de faire, après la section du tendon, une petite suture conjonctivale pour remédier à cette difformité.

Par contre, l'avancement du tendon, opération dont l'idée première revient à M. J. Guérin, rend les muscles non seulement plus rotateurs, mais encore plus rétracteurs.

L'œil, ainsi suspendu dans l'orbite, tourne sous l'action des muscles qui le font mouvoir autour d'un centre de rotation à peu près invariable M, situé à 2 millimètres environ en arrière du centre géométrique de la sphère, sur l'axe antéro-postérieur de l'œil, plus près, par conséquent, du pôle postérieur que de la cornée. L'œil tournant en M, l'axe du mouvement présente

---

auprès duquel le roi devait passer, puis sortit brusquement de sa cachette et saisit le roi par les épaules, en le secouant comme un prunier et en poussant des cris féroces. Le roi, croyant à l'explosion d'un complot, devint d'abord fort pâle, mais éclata de rire aussitôt, quand il eut reconnu son brave Ocarina, qui lui expliqua comment on arrête le hoquet en faisant peur aux gens.

« — Sais-tu bien, Ocarina, dit le roi, que ce n'est pas mal trouvé, cette fumisterie que tu viens d'inventer pour me guérir du hoquet?

« — Sire, il n'est rien que je n'imaginerais pour le bien de Votre Majesté!

« — C'est singulier, cette influence du moral sur le physique, des émotions sur les maladies! Les savants ne disent-ils pas qu'une grande peur peut guérir instantanément des maladies réputées incurables?

« — En effet, répondit Ocarina, qui lisait tous les matins le plus qu'il pouvait du *Dictionnaire de Larousse*, pour être en mesure de satisfaire la curiosité du roi. On a vu des vieilles femmes paralytiques se lever et courir en entendant crier : « Au feu! » On a vu des gens ayant la colique, en être débarrassés par une frayeur; il est vrai qu'on voit davantage des gens constipés être pris de coliques dans les mêmes circonstances.

« Mais alors, reprit le roi, après un moment de réflexion, si nous trouvions le moyen « de procurer une émotion intense au peuple espagnol, ne pourrions-nous pas ainsi « faire cesser le choléra? J'ai lu dans l'*Union médicale* que la préoccupation du choléra « favorisait son développement, et qu'en n'y pensant point, on avait moins de chances « d'en être atteint. Si les idées des Espagnols étaient attirées sur un autre sujet, ils

©BIU Santé

deux bras inégaux à partir du point M, de façon que le pôle postérieur de l'œil, se déplace moins que la cornée. On a agité la question de savoir si, dans les positions extrêmes, ce centre de rotation M ne se déplace pas. La question n'est pas résolue; mais on peut dire dès maintenant que, si ce déplacement existe, il est trop peu considérable pour qu'il y ait à s'en préoccuper.

Le point M forme le sommet d'un angle ouvert en avant, qui est compris entre la ligne du regard, c'est-à-dire la ligne qui réunit le centre M à l'objet fixé, et l'axe géométrique de l'œil. C'est ce qu'on nomme l'angle *gamma*.

Il ne faut pas le confondre avec l'angle *alpha*, compris entre la ligne visuelle et l'axe de la cornée. Quand la ligne visuelle, qui va de la macula à l'objet fixé, passe exactement par le centre de la cornée, elle se confond avec l'axe de l'ellipsoïde formé par cette membrane, et, par suite, l'angle α n'existe plus. Quand la ligne visuelle passe en dehors du centre de la cornée, on dit que l'angle α est négatif; il est positif, au contraire, quand la ligne visuelle passe en dedans. C'est surtout lorsque l'angle α est positif, qu'il peut atteindre de grandes dimensions, allant jusqu'à 10 et 12 degrés. Les lignes visuelles, passant alors notablement en dedans du centre des cornées, celles-ci sont tournées en dehors, et l'individu semble atteint de strasbisme divergent, bien qu'il ait en réalité des lignes visuelles parallèles.

C'est là un phénomène assez fréquent chez les hypermétropes; on lui donne le nom de *strabisme divergent apparent*.

La ligne visuelle, qui forme l'un des côtés de l'angle α, et la ligne de regard, qui limite l'angle γ, sont deux lignes différentes, et il ne faut pas les prendre l'une pour l'autre. Toutes deux se rejoignent, il est vrai, vers l'objet fixé; mais, dans l'intérieur de l'œil, elles sont assez distantes l'une de l'autre et la ligne visuelle, qui doit passer par les points nodaux de l'œil, tout près de la face postérieure du cristallin, se trouve croiser l'axe antéro-postérieur de l'œil à 5 millim. 1/2 environ en avant de la ligne de regard, qui n'atteint l'axe antéro-postérieur qu'au niveau du centre de

---

« oublieraient le choléra, et cette diversion serait peut-être le meilleur préservatif de « l'épidémie qui ravage la péninsule. »

Le comte Ocarina approuva très fort cette proposition; il s'extasia sur l'esprit ingénieux de son souverain, et proclama que, dans aucun règne, on n'avait encore eu d'exemple d'une pareille sollicitude d'un roi pour ses sujets, ni surtout d'une situation aussi critique si habilement dénouée.

Restait à trouver les voies et moyens. On ne pouvait guère songer à faire défiler tous les Espagnols un à un, au coin d'un bois, pour leur procurer le saisissement voulu en imitant à leurs oreilles la détonation d'une escopette. D'ailleurs, si ce petit truc réussit contre le hoquet, il n'est pas prouvé qu'il réussirait aussi bien contre le choléra.

De fil en aiguille, et à force de se creuser la tête, le roi et le chambellan pensèrent qu'il fallait provoquer diplomatiquement quelque agression d'un peuple voisin, qui ferait mine de s'emparer de deux ou trois provinces espagnoles; sur le choix du gouvernement auquel on demanderait ses bons offices pour cette démonstration, il n'y eut pas à hésiter un instant : l'Allemagne était toute désignée, autant par les sentiments d'amitié bien connus qu'elle professe pour l'Espagne que par la parfaite vraisemblance de toute chicane et de toute annexion organisées de l'autre côté du Rhin.

Un courrier de cabinet, préalablement désinfecté, fut donc expédié à Berlin, avec un manuscrit où la susdite combinaison était développée sous forme de scenario. M. de Bismark accepta volontiers le rôle qu'on lui offrait dans cette comédie internationale; et c'est ainsi qu'une canonnière allemande a pris possession des Caro-

rotation M, à 2 millimètres en arrière du centre optique. La ligne visuelle passe donc en avant de ce centre, la ligne de regard en arrière, toutes deux forment donc, entre elles, un angle très aigu ayant pour sommet le point fixe, et, pour base, la distance qui sépare le point M du prolongement de la ligne visuelle des points nodaux vers la macula. Cette distance étant très minime, on admet, en pratique, que ces deux lignes n'en font qu'une.

Nous aurons à parler souvent du *méridien vertical* de l'œil et de ses inclinaisons variables. On désigne, sous le nom de méridien vertical, un plan vertical passant par l'axe antéro-postérieur de l'œil et croisant, à angle droit, le méridien transversal de l'organe. Le méridien vertical a donc deux extrémités : l'une supérieure, l'autre inférieure. C'est toujours à l'extrémité supérieure qu'on fait allusion quand on parle d'inclinaison en dedans ou en dehors du méridien vertical. Ces inclinaisons correspondent à des mouvements de rotation ou de roulis du globe oculaire sur son axe antéro-postérieur.

Action des muscles de l'œil. — Celles du droit interne et du droit externe sont fort simples. Ces muscles attirent purement et simplement de leur côté le méridien horizontal de l'œil. Le muscle droit externe est purement abducteur, le muscle droit interne purement adducteur et aucun d'eux n'a d'influence sur le méridien vertical. Quand il y a paralysie d'un de ces muscles, on aura de la diplopie homonyme ou croisée, mais, en aucun cas, l'image fautive ne sera inclinée, à moins que quelque autre muscle ne soit frappé en même temps.

L'action du droit inférieur et du droit supérieur est plus complexe, et n'est élucidée parfaitement que depuis peu d'années. Le muscle droit supérieur est élévateur de la pupille, le droit inférieur abaisseur de la pupille ; mais, à côté de cette action principale, connue depuis longtemps, ces muscles ont des actions accessoires qui dérivent de leur direction par rapport à l'axe antéro-postérieur de l'œil, et qui sont d'ailleurs confirmées en clinique par l'étude de la diplopie qui survient dans leur paralysie. Je vous ai dit

---

lines, sans insister davantage sur cette conquête, quand on vit le peuple espagnol suffisamment absorbé par ses colonies et tout à fait délivré de l'obsession du choléra.

La suite de tout cela se comprend aisément : d'abord, le résultat espéré ne s'est pas fait attendre, et les décès cholériques, qui allaient auparavant jusqu'à 12 ou 1,400 par jour, ont diminué de moitié dès qu'eut surgi l'affaire des Carolines. Quant au docteur Ferran, il a disparu comme dans une trappe au milieu des bouillonnements de la fierté castillane ; s'il continue ses inoculations, il a du moins fini ses réclames, car on n'en parle plus du tout ; on peut supposer que les amateurs de bacilles sont devenus plus rares parmi les Espagnols, tout occupés que sont ceux-ci à faire des manifestations dans les rues, et à brûler des écussons. Enfin, les lenteurs du conflit hispano-allemand, les incertitudes, les contradictions que l'on multiplie autour de cette affaire et que la presse nous rabâche impitoyablement, se conçoivent le mieux du monde par la nécessité d'entretenir le peuple espagnol dans une tension d'esprit assez prolongée pour en finir tout de bon avec le choléra.

On suit très attentivement à Berlin la décroissance de l'épidémie ; on médite tous les jours les chiffres des malades et des morts relevés par les statistiques ; seulement, on s'aperçoit que le moyen employé, s'il a déterminé au début une atténuation notable du choléra, n'a pas complètement triomphé de l'épidémie ; on se demande enfin s'il ne serait pas utile de s'emparer sérieusement des Carolines et de les garder, afin d'accentuer un peu l'émotion des Espagnols et de les débarrasser radicalement du choléra.

©BIU Santé

que le plan des muscles droit supérieur et droit inférieur est obliquement dirigé d'arrière en avant et de dedans en dehors ; il se croise donc avec l'axe optique, lequel est directement antéro-postérieur, de façon à former avec celui-ci un angle de 20 degrés environ, ouvert en arrière. Or, comme ce croisement se fait au-devant du centre M, des mouvements de l'œil, les muscles droit supérieur et inférieur ont accessoirement pour action d'attirer en dedans l'extrémité antérieure de l'œil, c'est-à-dire d'être légèrement adducteurs de la pupille.

Ce n'est pas tout : le droit supérieur, en même temps qu'il élève la pupille et qu'il l'attire en dedans, incline de ce côté le méridien vertical, il est donc encore accessoirement rotateur en dedans du méridien vertical.

Le droit inférieur, par les mêmes raisons, est adducteur en même temps qu'abaisseur de la pupille. De plus, il attire en dedans l'extrémité inférieure du méridien vertical, et porte, par conséquent, en dehors l'extrémité supérieure de ce méridien. Il est donc accessoirement rotateur en dehors du méridien vertical.

Le tableau suivant résume les actions principales et accessoires des muscles droit supérieur et inférieur.

	ACTIONS PRINCIPALES	ACTIONS ACCESSOIRES
Droit supérieur.....	Élévateur de la pupille..	Adducteur. Rotateur en dedans.
Droit inférieur.....	Abaisseur de la pupille..	Adducteur. Rotateur en dehors.

Mais, Messieurs, il ne faudrait pas conclure, des actions adductrices accessoires des muscles droit supérieur et droit inférieur, que l'action adductrice combinée de ces deux muscles peut suppléer l'action du droit interne quand ce muscle vient à être paralysé. La clinique nous apprend, en effet, que tout mouvement, même partiel, d'adduction est impossible quand le muscle droit interne ne fonctionne plus, ce qui implique l'absence absolue de suppléance dans ce mouvement de la part des muscles droit inférieur et

---

Cette résolution, d'après mes derniers renseignements, est sur le point d'être adoptée et mise à exécution.

Telle est la vérité sur le différend qui a ému le monde entier, et dont les ressorts cachés touchent d'assez près à l'hygiène des peuples et à la prophylaxie internationale pour intéresser mes lecteurs et leur revenir de droit. Le mystère ainsi éclairci, les amis de la paix peuvent se rassurer, et les diplomates en chambre ne plus se perdre en conjectures sur les conséquences de la brouille entre les gouvernements de Madrid et de Berlin, jadis si tendrement unis. Quant aux décorations bruyamment renvoyées par leurs propriétaires, soyez sans inquiétude, elles leur seront rendues.

***

Mon collaborateur Simplissime s'est occupé dernièrement des romans médicaux qui ont paru en assez grand nombre depuis quelques années, et dont la pathologie nerveuse, hystérie, catalepsie, hypnotisme, suggestion, font les frais. Il arrive quelquefois aux auteurs qui bâtissent des romans avec ces matériaux de commettre des bévues amusantes, comme celle que j'ai relevée dans un livre de cette espèce. A un moment pathétique, une jeune fille hystérique s'évanouit après une attaque de nerfs : Un médecin est appelé, examine la malade, et s'écrie, pour marquer la gravité du cas : « Il y a amnésie du cou ! » Il est certain que ce cou, qui a perdu la mémoire, dénote une terrible maladie ; mais c'est un nouveau siège de la mémoire, auquel les phrénologistes

supérieur. Et cela devait être, car ces deux muscles, qui sont des antagonistes, ne peuvent en aucune circonstance travailler ensemble.

Le même raisonnement s'applique aux muscles obliques : tous deux sont abducteurs et pourtant, quand le droit externe est paralysé, leur action combinée ne peut entraîner la moindre abduction. Cela tient également à ce que l'oblique supérieur et l'oblique inférieur sont essentiellement antagonistes et ne peuvent, en aucun cas, s'associer dans un mouvement commun. L'influence accessoire des muscles droit supérieur et inférieur sur le méridien vertical rend compte de l'inclinaison des images qui accompagne la diplopie verticale dans la paralysie de ces muscles. Cette circonstance faisait croire naguère à une participation des muscles obliques à la paralysie, erreur grosse de conséquence quand elle survenait dans l'abaissement de la pupille, puisqu'elle impliquait l'impuissance fonctionnelle du grand oblique, c'est-à-dire d'un muscle innervé par une autre paire nerveuse.

Les muscles obliques ont également une triple action que les travaux de de Graefe ont bien fait connaître et qu'ils faut étudier en suivant du regard les évolutions d'un vaisseau ciliaire, voisin de la cornée, pendant les mouvements de rotation de l'œil, qui sont essentiellement commandés par eux. Le grand oblique est rotateur en dedans et le petit oblique rotateur en dehors du méridien vertical. C'est là leur action principale. Accessoirement, tous deux sont légèrement abducteurs de la pupille, puisque leur insertion fixe est en dedans et leur insertion mobile, en dehors et en arrière du centre de mouvement. Accessoirement encore, le petit oblique est élévateur et le grand oblique abaisseur de la pupille. *(A suivre.)*

BIBLIOTHÈQUE

De la castration de la femme en chirurgie, par le docteur L. Tissier, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société clinique, etc. — G. Steinheil. Paris, 1885.

La thèse inaugurale du docteur L. Tissier est la première monographie complète que

n'avaient pas songé jusqu'ici. *Amnésie* pour *anesthésie*, perte de la mémoire pour perte de la sensibilité, voilà un lapsus ou une coquille de belles dimensions.

Il n'est pas donné à tous les romanciers de faire de la médecine ou de l'obstétrique avec autant de talent que M. Zola, dont les deux accouchements, celui de *Pot-Bouille* et celui de *La Joie de vivre*, sont les plus saisissantes descriptions que puisse tracer une personne n'ayant jamais accouché elle-même. P. Dubray.

Traitement des syphilodermies. — Mauriac.

Dans les syphilodermies exanthématiques, l'auteur administre le proto-iodure de mercure à la dose de 9 à 12 centigrames par jour, et réussit à les faire disparaître assez rapidement. Dans les syphilodermies papuleuses, qui sont beaucoup plus tenaces, il est souvent nécessaire d'augmenter la dose de proto-iodure. Il est préférable, dans ce cas, de recourir au sublimé, dont on fait prendre 3 ou 4 centigrammes par jour, et, si ces éruptions résistent et tardent trop à se décolorer et à s'affaisser, on prescrit des frictions avec l'onguent napolitain. — Aussitôt qu'on a obtenu un effet curatif manifeste, on continue la médication hydrargyrique, en diminuant peu à peu les doses, jusqu'à ce que toutes les papules aient disparu, et à ce moment, on la suspend entièrement. On reprend le traitement, dès qu'on constate les premiers indices d'une nouvelle poussée. Si elle tarde trop à apparaître, on attend 4 ou 5 semaines, un peu plus ou un peu moins, suivant les circonstances, avant de recommencer l'emploi des remèdes. — N. G.

©BIU Santé

nous possédions en France sur ce sujet, et mérite à ce titre, comme à beaucoup d'autres, d'attirer l'attention des chirurgiens. Cette analyse sera nécessairement courte; nous ne ferons qu'indiquer le plan général de cet excellent mémoire que nos lecteurs connaissent déjà, et nous en laisserons de côté la partie capitale qui a fait l'objet d'un article spécial (v. *Union* du 1er sept.). En s'inspirant des conseils de nos deux éminents maîtres, MM. Duplay et Siredey, l'auteur ne pouvait que mener à bien la tâche difficile qu'il s'était proposée : réhabiliter une opération discréditée par des tentatives déraisonnables, la faire accepter sans arrière-pensée par la majorité des chirurgiens français restés jusque-là « contemplateurs méfiants », en un mot, la *franciser*. Nous savons déjà qu'il y a pleinement réussi, au moins pour certains cas déterminés (dans les cas de fibromes et de fibro-myomes moyens avec hémorrhagies graves), et l'on aurait presque envie d'ajouter : *Mieux vaut tard que jamais!* tant paraissent nettes les indications qui se dégagent de ses arguments.

Dans le *premier chapitre*, qui est consacré au développement historique du sujet, la question de priorité discutée entre *Hégar*, qui fit sa première opération le 27 juillet 1872, à Fribourg, et *Battey*, qui la fit à Rome vingt jours plus tard, le 17 août, est tranchée en faveur de ce dernier, qui fut le véritable vulgarisateur de la méthode (1). Le premier oophorectomiste français fut M. le professeur Duplay (1880), qui a eu comme imitateurs MM. Péan, Terrier et Terrillon. Si l'on ajoute aux noms d'Hégar et de Battey ceux de Lawson-Tait, Savage, Thornton, Bantock, en Angleterre; — de Gilmore, Pallen, Peaslee, Trenholme, Goodell, Sims, Thomas, en Amérique; — de Wiedow, de Freund, de Martin, de Fehling, de Tauffer, en Allemagne; — de Chidra, de Cosentino, de Franzolini, en Italie, on a la liste à peu près complète des principaux chirurgiens étrangers qui ont pratiqué avec plus ou moins de succès l'opération de Battey. Le *second chapitre* a trait au rôle des ovaires dans l'organisme et à la castration des femelles domestiques. Les différentes théories de la menstruation y sont passées en revue, et ce n'est pas sans un vif intérêt qu'on lit ces pages de physiologie normale et d'anatomie comparée, toutes pleines de faits habilement groupés et si agréablement décrits. Dans le *troisième chapitre*, l'auteur étudie les données théoriques qui ont présidé à la conception de l'opération et établit successivement sa valeur respective : 1° dans les *dysménorrhées congestives* (fibro-myomes, ménorrhagies incoercibles); 2° dans les *dysménorrhées obstructives* (atrésie vaginale, anomalies congénitales, brûlures du vagin, etc.); 3° dans les *dysménorrhées nerveuses* (hystéro-épilepsies menstruelles, névropathies, aliénation mentale); 4° dans la *nymphomanie*. Si l'opération est discutable dans certaines dysménorrhées nerveuses rebelles à tout traitement, elle est, dit avec raison M. Tissier, « inexplicable dans les troubles névropathiques ou mentaux, dangereuse et sans excuse dans les cas de pelvi-péritonite, criminelle dans la nymphomanie ». Et, dans ce dernier cas, il est bon de savoir que si, chez les animaux — et chez l'homme — la castration est un anaphrodisiaque constant, il en est tout autrement chez les femmes qui, loin de voir leurs impulsions sexuelles atténuées, les avaient, au contraire, notablement excitées (Spencer Wells, Hégar). Le *quatrième chapitre* est pour ainsi dire le corollaire du précédent, et est consacré aux différents procédés employés, aux difficultés opératoires, souvent plus grandes et plus nombreuses qu'on ne serait tenté de le croire, et aux suites de l'opération : le tout étudié avec un esprit vraiment chirurgical et sagement mesuré. Dans le *cinquième chapitre*, l'auteur se livre à de judicieuses critiques, et, se plaçant au point de vue déontologique et social, fait des rapprochements heureux. Il montre que les législations (art. 316 du Code pénal), comme la religion — au moins chez les anciens — se sont préoccupées de la mutilation des organes génitaux et ont professé pour eux le plus grand respect. Ne sont-ils pas, en effet, la condition *sine qua non* de la perpétuation de l'espèce?

Il nous resterait encore à parler de la bibliographie très complète qui termine cet important travail, des observations nombreuses qui s'y trouvent, et des tableaux sta-

(1) M. Lawson-Tait, dont la première oophorectomie fut faite le 11 février 1872, et suivie de guérison, a revendiqué récemment la priorité, dans sa communication à l'*Association médicale britannique*, sur le traitement des fibro-myomes de l'utérus.

tistiques très soignés qui permettent de se reporter aux sources indiquées par l'auteur, et qui démontrent que, sur un total de 171 cas, la mortalité est d'environ 15 pour 100, c'est-à-dire moindre que celles d'opérations parfaitement admises, telles que la thyroïdectomie (Boursier : 21 pour 100), l'extirpation du rectum cancéreux (Piéchaud : 25 pour 100), etc.

Cette thèse est une des meilleures et des plus intéressantes qui aient été soutenues cette année devant la Faculté, et a été vivement appréciée dans le corps chirurgical français. L'élégance du style, le tour original des phrases, la richesse et la variété d'expressions reflètent les nombreuses qualités que l'auteur met depuis de longues années au service de ses maîtres aussi bien dans les hôpitaux que dans les revues scientifiques. L'éloge du clinicien n'est plus à faire : il suffit de lire la remarquable observation personnelle qui est la base de son travail. En joignant nos félicitations à celles de ses juges, nous ne faisons que remplir un devoir strict et doublement cher, au nom de la vérité et de l'amitié. — Maurice Notta.

L'Epidémie cholérique de 1885.

Provence. — Du 9 au 15 septembre, la mortalité cholérique n'a pas dépassé 43 décès à *Marseille* et 21 à *Toulon*. La situation continue donc de s'améliorer rapidement. Aux environs de ces villes, cependant, l'épidémie s'étend, mais lentement et faiblement.

Dans le département de l'*Hérault*, deux localités sont surtout atteintes : Lunel, où il y a eu 15 victimes du 8 au 10 septembre, et 17 du 14 août au 7 septembre ; et le Pignan, où, le 11 septembre, on comptait 5 décès.

Le département du *Gard* a été envahi à Alais, Saint-Gilles et Courbessac, localités dans chacune desquelles l'état civil enregistrait 1 décès le 11 septembre. A la même date, on signalait 2 autres décès à Aubais.

Dans le département de l'*Ardèche*, le principal foyer cholérique est toujours Saint-Alban, près de Joyeuse, dans l'arrondissement de l'Argentière. Depuis le 2 septembre, le choléra y a tué 23 personnes. Le 15 septembre, on a encore signalé 2 cas à Vallon. Enfin, le département de l'*Aude* est contaminé, et 2 décès ont été enregistrés à Limoux.

En Espagne, l'atténuation du choléra s'accentue suivant une courbe décroissante, comme nous l'avons noté précédemment. Du 9 au 16 septembre, les invasions sont descendues de 2,569 à 968, la morbidité se chiffrant, le 10, par 2,265 cas ; le 11, par 1,384 cas ; le 12, par 1,445 ; le 13, par 1,409 cas ; le 14, par 1,081 cas et le 15, par 1,119. Pendant la même période, la mortalité tombait de 572 décès quotidiens, le 9 septembre, à 867, le 16 ; en passant par les chiffres intermédiaires de 675 décès le 10 septembre ; 480, le 11 ; 430, le 12 ; 391, le 13 ; 369, le 14 et 351, le 15.

Il est vrai que, depuis le début de la maladie, la mortalité et la morbidité cholériques espagnoles s'élèvent, d'après les évaluations les plus récentes, et, dit-on, les plus complètes, au total de 244,455 invasions, et de 91,000 décès, dans les provinces ; jusqu'au 1er septembre, seulement à Madrid, cette statistique serait représentée par 1,570 cas et 998 décès, durant la même période.

Décidément, malgré les cordons sanitaires qui possèdent encore en Italie leurs partisans officiels, l'épidémie s'instaure dans deux foyers principaux : Parme, sur le continent, et Palerme, en Sicile. Du 6 août au 11 septembre, on comptait, sur divers points du royaume, 146 cas et 86 décès. Depuis, 8 décès ont été signalés à Palerme et plusieurs cas à Borghero, dans la province de Parme ; les autorités ont dû en convenir, et l'aveu officiel du choléra italien est maintenant un fait accompli. Puissent les communications administratives du gouvernement du roi Humbert exposer l'état quotidien de l'épidémie ! On est en droit de l'attendre de sa franchise, puisque cette puissance a pris naguère l'initiative de la Conférence sanitaire de Rome.

Dans l'*Extrême-Orient*, l'épidémie s'atténuerait au Tonkin, mais ravagerait avec intensité certains points du Japon. — C. L. D.

©BIU Santé

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE 1885.

Une opération obstétricale pratiquée par M. Castelain a été l'origine d'un débat sur l'*albuminurie de la grossesse* et ses dangers comme cause d'avortement. M. Goulard s'est appuyé sur une note de M. Flaischlen pour établir que l'albuminurie gravidique influe sur la marche de la grossesse, seulement quand elle est liée à un état spécial du rein.

En effet, M. Flaischlen avait examiné à plusieurs reprises l'urine de 1,000 femmes enceintes. 26 d'entre elles, soit 2,6 pour 100, étaient albuminuriques, mais, dans ce nombre, 5 étaient en puissance de catarrhe vésical et 2 de néphrites chroniques. Partant, l'albuminurie de 19 d'entre elles pouvait seule être attribuée à la gravidité. Quatre fois seulement, il nota des troubles divers persistant pendant l'accouchement et durant les suites de couches. Dans cette série, il y eut trois accouchements prématurés. Quant au quatrième, on le provoqua; de sorte qu'on peut se demander si, spontanément, la grossesse ne se serait pas terminée avant terme.

Dans la même séance, M. Baudry lisait une note sur l'*anesthésie en chirurgie oculaire*. Après avoir passé en revue les qualités des divers agents d'anesthésie, il formule des conclusions favorables à l'emploi de la cocaïne, dans la plupart des opérations se pratiquant sur les parties superficielles du segment antérieur de l'œil dans les opérations de cataracte sénile simple, dans l'iridectomie sur un organe non enflammé et dans le strabisme. Parmi les agents d'anesthésie générale, M. Baudry préfère le chloroforme très pur, et « constate que l'association de la cocaïne au chloroforme ne dispense pas d'une « narcose chloroformique complète. Chez une malade soumise préalablement aux ins- « tillations répétées et prolongées de cocaïne, le réflexe palpébral existait à la période « d'excitation chloroformique. »

Ce mémoire fait honneur à l'érudition et à l'observation clinique de M. Baudry. Il en est de même de l'important travail, de M. Lober, sur la *physiologie pathologique de la colique de plomb*. A son avis, la théorie intestinale de la colique de plomb n'est pas justifiée. Les accidents ont pour cause l'accumulation du plomb dans l'organisme, et surtout dans le système nerveux dont les altérations occasionnent les troubles cérébro-spinaux. Dès lors, M. Lober adopte l'opinion de Briquet, et considère la colique de plomb comme une myosalgie des muscles de la paroi abdominale analogue aux myosalgies plombiques de l'épaule, de la cuisse, de l'avant-bras et des autres régions.

De là des applications thérapeutiques en rapport avec l'indication de combattre cette myosalgie. M. Lober recommande la sinapisation pendant les crises douloureuses et l'électrisation par les courants induits de la paroi abdominale; contre l'hyperesthésie cutanée, il emploie les badigeonnages à la teinture d'iode; enfin, le second jour, il prescrit une légère purgation avec l'huile de ricin, ou bien un lavement laxatif. Les résultats heureux de cette médication confirmeraient donc la théorie de Briquet.

Dans le domaine de la médecine opératoire, il faut noter le récit d'une *opération de kélotomie avec résection du sac herniaire* pratiquée par M. Paquet, et dont le succès est le onzième qu'obtenait ainsi ce chirurgien lillois; les présentations d'*un ténaculum double pour trachéotomie*, par M. Castelain, et d'un *ténotome double*, par M. Castiaux; enfin, *deux observations de corps étranger de l'oreille*, dont M. Noquet eut l'occasion de pratiquer l'extraction. Dans un cas, il s'agissait d'une perle accidentellement tombée dans le conduit auditif; dans l'autre, d'un grain de chapelet dont l'introduction dans l'oreille datait de plusieurs années et dont l'extraction fut suivi du retour de l'acuité auditive. Ces faits ne sont pas nouveaux, à coup sûr ; il en existe un certain nombre dans la science; mais on ne saurait trop rappeler que ces corps étrangers produisent souvent des névralgies, des phénomènes réflexes divers et des troubles nerveux d'origine obscure, méconnue ou longtemps ignorée. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. V. Revillout adresse une note sur *les anesthésies apparentes et les sensations retardées dans les névroses.*

« C'est une question des plus délicates que celle des anesthésies dans les névroses. Rappelons d'abord comment se présentent les phénomènes.

« Chez une hystéro-épileptique, par exemple, il est presque de règle qu'on trouve une moitié du corps insensible, non seulement à l'attouchement, au contact des corps chauds ou froids, mais à la piqûre et à toutes les impressions courtes qui pourraient ailleurs éveiller une sensation vive. On dit alors qu'il y a *hémi-anesthésie*; et, jusqu'à présent, on supposait qu'il existait de ce côté une paralysie réelle et complète de la faculté sensitive sous toutes ses formes. Aussi semblait-il extraordinaire de voir souvent la sensibilité se ranimer en quelques instants dans les régions où on la croyait si bien éteinte (sauf à disparaître, en certain cas, simultanément dans les régions correspondantes de l'autre côté du corps, *phénomène du transfert*), et cela sous les influences les plus diverses : l'application d'un aimant, ou d'un métal (*métallothérapie*), ou d'un bois (*xylothérapie*), ou d'un corps vibrant, ou d'un papier coloré; un rayon de lumière; un souffle, moins encore... Comme l'avait fort bien indiqué M. Bernheim et comme je l'ai constaté moi-même des centaines de fois dans les hôpitaux, il suffit de la suggestion simple, c'est-à-dire une action morale s'exerçant, en dehors de toute hypnotisation proprement dite, sur des individus pleinement éveillés et conscients, par la conviction qu'on leur impose que la chose doit se passer ainsi. Ce n'est pas seulement, d'ailleurs, dans les névroses, mais aussi dans des affections où il s'est produit un grand trouble dans les fonctions du système nerveux, consécutivement, par exemple, à une apoplexie cérébrale, qu'on rencontre des zones d'insensibilité du même genre, justiciables des mêmes procédés. Notons que, dans ces derniers cas, généralement, l'anesthésie, une fois supprimée par l'application d'un aimant, par la suggestion ou toute autre cause analogue, ne se reproduira plus, comme elle le fait souvent chez les hystériques, où tout est d'une mobilité, d'une variabilité extrême. Chez les hémiplégiques par cause cérébrale, le réveil des sensations, une fois provoqué, est habituellement définitif, comme le rétablissement spontané des fonctions après certaines lésions nerveuses.

« Un malade de M. Tillaux, qui avait eu le nerf médian coupé, et dont j'ai longuement raconté l'histoire dans la *Gazette des hôpitaux*, est devenu l'occasion de mes recherches récentes sur les anesthésies réelles et apparentes, sur les divers degrés de celles-ci, recherches dont je viens communiquer à l'Académie quelques résultats de nature à diminuer l'étonnement causé par les faits rappelés ci-dessus.

« Chez un très grand nombre d'hystériques et d'hystéro-épileptiques, des deux sexes, étudiés par moi dans les divers hôpitaux de Paris, j'ai constaté qu'il n'y avait pas en réalité une paralysie proprement dite de la sensibilité, mais une sorte d'obtusion se traduisant par un retard plus ou moins notable, après lequel la sensation, quand elle se prolonge, pénètre jusqu'au *sensorium commune*. Dans mes expériences, j'ai eu recours au pincement énergique, soutenu et même progressivement accru, plutôt qu'aux piqûres. Avec l'aiguille, il est très difficile de toucher juste le même point, lorsque l'on cherche à prolonger la cause de sensation par la répétition rapide des piqûres sur un même filet nerveux, et à mesurer l'intervalle après lequel cette sensation se fera jour jusqu'au *moi* conscient. Il suffit d'un retard de cinq ou six secondes dans les sensations provoquées par une impression continue, pour qu'après avoir enfoncé une aiguille à travers les chairs (où, une fois qu'elle a pénétré, elle ne cause plus de douleur, même chez les personnes les plus sensibles), on soit conduit à supposer une anesthésie absolue. Mais souvent aussi, chez d'autres malades classés dans les mêmes catégories, il faut prolonger le pincement cinq, dix, quinze minutes, ou même davantage, pour qu'une sensation consciente entre en jeu.

« Dans le premier cas, c'est-à-dire toutes les fois que le retard n'est que de quelques secondes, on peut éveiller également une sensation retardée par une impression brus-

©BIU Santé

que, il est vrai, mais agissant sur une surface étendue. Si l'on trace obliquement une longue ligne sur la peau avec l'ongle, pressant fortement et la rayant, pour ainsi dire, on n'est pas senti pour le moment ; mais, après un retard proportionnel à celui qu'on avait trouvé par le pincement, la sensation est accusée, comme se montrant seulement alors. Bien que ces malades soient regardés généralement comme anesthésiques d'après les résultats fournis par les piqûres, il y a bien peu de différence entre eux et d'autres névropathiques qui perçoivent encore la douleur causée par l'épingle, mais après un court intervalle.

« On peut donc dire que l'échelle est complète au point de vue des retards de la sensibilité chez les malades affectés de névroses. Chez quelques-uns, ce sont ces retards très légers que Cruveilher avait observés et décrits dans l'ataxie locomotrice : toutes les sensations sont perçues, mais un peu de temps après avoir été causées ; chez d'autres, des retards plus longs, qui exigent une impression plus étendue, au moins en surface, pour la mise en jeu du centre conscient ; chez d'autres, des retards plus longs encore : la continuité de l'impression devient nécessaire ; autrement elle passe inaperçue, comme elle peut le faire chez un homme préoccupé par une passion violente ou une grande tension d'esprit. Souvent même, dans ces conditions, la sensation, une fois provoquée, n'apparaît pas telle qu'elle devrait être. Le malade qu'on pince commence par accuser l'impression que lui produirait un contact superficiel, le passage d'une mouche, ou une pression simple, ou même l'éveil d'une sensation de température, de chaud ou de froid. Dans les cas les plus accentués que j'aie rencontrés et où le retard se prolongeait jusqu'à une demi-heure et plus, il arrivait aussi que des sensations autres se manifestaient dans la même région, sans que le malade, qui auparavant n'y sentait absolument rien, rapportât d'abord ce qu'il éprouvait au point précis où l'excitation était appliquée.

« L'espace me manque pour les détails relatifs aux formes diverses de sensation, aux degrés divers de retard qu'elles éprouvent, etc. ; mais je tiendrais à dire quelques mots d'une observation qui écarte l'objection possible tirée de l'idée d'une simple action morale, d'une suggestion réveillant une sensibilité réellement éteinte. Une hystéro-épileptique, du service de M. Ferrand, qui avait paru hémi-anesthésique à gauche, dormait profondément quand je me mis à pincer son bras gauche pendant hors du lit. Après avoir, pendant plusieurs minutes, continué à dormir sans y rien sentir, elle se réveilla subitement en jetant un petit cri et portant vivement la main vers le point que je pinçais. »

Dans le journal *Le Temps*, du 11 septembre, M. Jules Claretie, qui consacre à feu Antonius Pingard, un long article, d'ailleurs fort intéressant, écrit : « Je le vois encore, *grand, froid,* un peu grave dans son noir costume officiel... »

Il faut que M. Claretie ait été victime de quelque mauvais plaisant, qui lui aura montré je ne sais quel huissier d'académie, en lui disant : Voilà M. Pingard !

En réalité, le chef des bureaux du secrétariat était d'une taille au-dessous de la moyenne, très gros, tout rond, trottinant sur ses jambes courtes d'un air toujours affairé et discret.... M. Claretie ne l'avait-il donc jamais vu, pas même en photographie ?

M. L.

COURRIER

Exposition d'Anvers. — Les récompenses suivantes ont été attribuées par le jury international aux exposants français dans la classe des produits chimiques et pharmaceutiques :

Diplôme d'honneur : MM. Genevoix et Cie (Pharmacie centrale de France).

Médailles d'or : MM. Chassaing, Desnoix, Limousin.

Médailles d'argent : MM. Beslier, Capgrand-Mothes, Catillon, Chassevant, Defresne, Duperron, Rigollot, Thevenot.

Médailles de bronze : MM. Dautreville, le Beuf, Phénol Bobœuf.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Paul Le Gendre : Travaux récents sur la nature et le traitement de la chorée. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Sociétés médicales des départements. — V. Variétés. — VI. Courrier.

Travaux récents sur la nature et le traitement de la chorée (1).

Il est, dans l'étude de la médecine, quelque chose qui, suivant le tempérament qu'on a, vous irrite et vous en éloigne ou vous y attache par le charme propre aux horizons sans cesse changeants, — c'est le perpétuel renouveau des théories, c'est la fréquence avec laquelle les opinions les mieux fondées en apparence et les plus généralement acceptées se trouvent périodiquement remises en question.

Ainsi, peu de solutions pathogéniques semblaient mieux établies, il y a quelques années, que la nature rhumatismale de la chorée... Et voici que la chorée n'est peut-être pas rhmatismale, et qu'on ne sait plus ce que c'est que le rhumatisme.

I

Dans la vaste classe des états morbides qui s'accompagnent de mouvements incoordonnés, dits choréiques, les travaux modernes ont établi plusieurs groupes assez nets.

Nous avons appris à distinguer les *chorées rythmiques* (saltatoire, malléatoire, etc.) que l'école de la Salpêtrière sous l'inspiration de M. Charcot a rattachées à l'hystérie ; — des spasmes musculaires rythmiques de cause encore mal connue, décrits sous le nom de *chorée électrique* ; — les mouvements choréiformes qui précèdent ou suivent certaines hémiplégies (*hémichorée præparalytique* ou *posthémiplégique*, étudiée par Weir Mitchell, Charcot, Raymond) ; — la *chorée* des *adultes* et des *vieillards*, à durée illimitée, à marche irrégulière, liée probablement à des lésions encore mal déterminées des centres nerveux (Charcot, Raymond).

La chorée qui survient chez les femmes enceintes a semblé pouvoir être, dans un certain nombre de cas, rapportée à l'hystérie. Dans les autres cas, se montrant chez des femmes âgées de 20 à 22 ans seulement, à un âge où l'évolution de l'organisme n'est pas encore achevée, elle peut être la prolongation ou la répétition d'une ancienne chorée de l'adolescence, réveillée par la grossesse. Ces cas de chorée, dite *gravidique*, n'ont donc aucun droit à être distingués de la *chorée vraie des enfants et des adolescents*.

Quant à celle-ci, « véritable maladie toujours semblable à elle-même dans son aspect général par ses conditions d'apparition, ses manifestations symptomatiques, sa marche, sa durée », son affinité avec le rhumatisme, après avoir été admise longtemps, est aujourd'hui l'objet de vives critiques, dont nous allons faire juges nos lecteurs.

Pour ce qui est du nom de rhumatisme, il n'est que trop vrai qu'il a servi d'étiquette commune à nombre d'accidents morbides dissemblables. Localisations articulaires subaiguës ou chroniques, vagues, irrégulières, constituant le *rhumatisme chronique ostéo-fibreux*, affection à début insi-

(1) Leçons cliniques faites à l'hôpital des Enfants-Malades par M. Joffroy, professeur agrégé (in *Progrès médical*, 30 mai 1885). — Thèse de M. Th. Saric (*Nature et traitement de la chorée*, Paris 1885).

©BIU Santé

dieux, qui procède par poussées plus ou moins fréquentes, n'atteint presque jamais le cœur ; — *rhumatisme articulaire chronique progressif*, maladie singulière qui suit une marche toujours identique, détermine peu de complications viscérales, commence symétriquement par les articulations métacarpo-phalangiennes, maladie qui a été rattachée par quelques auteurs à la goutte (Landré-Beauvais, Garrod), et présente cependant de si grandes analogies avec l'atrophie musculaire progressive qu'elle serait peut-être comme celle-ci sous la dépendance d'une lésion spinale primitive (Joffroy) ; *arthrite déformante* des sujets âgés, affection purement locale : — tout cela a été appelé rhumatisme. Sous ce nom ont été aussi longtemps désignés, avant les publications de M. Bouchard et de M. Bourcy, son élève, les *pseudo-rhumatismes infectieux*, ces arthropathies qui accompagnent tant de maladies infectieuses (scarlatine, puerpéralité, blennorrhagie, dysenterie, etc.).

Il reste, enfin, le type des affections rhumatismales, le *rhumatisme articulaire aigu* (polyarthrite aiguë fébrile), véritable maladie générale, susceptible de présenter, à côté de ses déterminations articulaires constantes, des localisations viscérales multiples, récidivant facilement, n'engendrant que très rarement des arthrites chroniques et dont on a pu soupçonner la nature infectieuse (Recklinghausen, Eberth).

C'est entre le rhumatisme articulaire aigu et la chorée qu'on a longtemps admis des liens de parenté.

II

La notion de parenté entre le rhumatisme et la chorée a surgi dans l'esprit des médecins, parce qu'ils constataient au cours de la danse de Saint-Guy des accidents articulaires ou des affections viscérales rappelant les caractères de la diathèse rhumatismale.

En 1850, M. G. Sée, notant chez 34 choréiques la coïncidence fréquente d'inflammation des séreuses articulaires, endocardique, péricardique, pleurale, méningée, péritonéale, et sachant que « le siège de prédilection du rhumatisme, en général, est dans les articulations, dans les tuniques du cœur, plus rarement dans les autres séreuses », a été conduit à admettre une filiation entre le rhumatisme, les désordres de la motilité et les accidents articulaires et viscéraux qui les accompagnent.

Pour M. Sée, comme pour M. H. Roger, la diathèse rhumatismale produit directement la chorée, en se localisant sur les centres nerveux, au même titre que sur les articulations et le cœur. « Les trois éléments : synovial, séreux et nerveux font tous partie d'une même maladie qui, sans rien perdre de sa nature première, peut affecter des formes diversement combinées. »

C'est par voie très indirecte que le rhumatisme engendrerait la chorée, suivant Spitzmüller, grâce à une action réflexe partie du cœur malade ou des articulations douloureuses, ou par suite d'un ramollissement embolique ayant son origine dans une affection cardiaque souvent rhumatismale (Senhouse-Kirkes, Broadbent, Ogle, Frerichs). Cette dernière conception pathogénique, qui a contre elle les examens nécropsiques négatifs de Spencer, Barnes, Meyneit, Rokitansky, n'est plus en discussion. C'est donc à la conception de la nature franchement et directement rhumatismale de la chorée, telle que M. G. Sée et M. H. Roger l'ont défendue, que s'attaquent les plus récents observateurs, lorsque, comme M. Joffroy dans des

cliniques très remarquées, comme son élève, M. Th. Saric, dans une thèse importante et consciencieuse que nous allons analyser pas à pas, ils recherchent si les choréiques sont vraiment des rhumatisants et si c'est leur rhumatisme qui fait la chorée.

Pour résoudre la question de savoir si les choréiques sont vraiment des rhumatisants, les adversaires de la théorie rhumatismale ont analysé les observations anciennement publiées et en ont recueilli de nouvelles.

En ce qui concerne *les déterminations articulaires*, ils pensent pouvoir écarter assez aisément l'influence héréditaire. M. G. Sée avait admis que « le rhumatisme a non seulement la faculté de produire la chorée, mais présente aussi la singulière propriété d'alterner avec elle en passant d'une génération à l'autre ». Les adversaires de son opinion lui reprochent de n'avoir pas, dans les 8 cas qu'il a cités de ces « héritages transformés », précisé en quoi consistait le rhumatisme des ascendants; eux-mêmes n'auraient rencontré que par exception des antécédents rhumatismaux précis chez les parents des choréiques.

Par contre, les déterminations articulaires personnelles leur paraissent mériter un examen attentif. La fréquence en est très variable, suivant les statistiques. « Sur deux enfants rhumatisants, il en est au moins un qui est en même temps choréique ; et l'on peut établir, en renversant la proposition, que, sur deux chorées, il en est une qui est dépendante du principe rhumatismale. » (G. Sée.) — « Les séreuses articulaires sont respectées dans près des deux tiers du nombre total des chorées. » (Cadet de Gassicourt.)

Hughes n'a vu que 14 rhumatismes aigus ou subaigus, sur 104 cas de chorée; Steiner, qui n'a rencontré que 4 faits de rhumatisme articulaire aigu, sur 252 chorées, se demande si l'on n'a pas souvent considéré comme rhumatisants des sujets n'ayant que des douleurs de croissance.

Saric, qui, sur 18 observations, n'a constaté que dans 4 cas des arthropathies, trouve singulier qu'on prenne pour base d'appréciation des faits qui sont la minorité et même l'exception.

D'ailleurs, la façon d'être des *arthropathies choréiques*, pour adopter la dénomination de M. Joffroy, est loin de rappeler nettement ni toujours les caractères du rhumatisme, et surtout du rhumatisme articulaire aigu.

Ainsi, le mode de début des arthropathies choréiques peut être d'une brusquerie singulière. Un choréique, marchant dans la rue, ressent subitement et pour la première fois une douleur articulaire. L'attaque rhumatismale, au contraire, suivant le témoignage si considérable de M. E. Besnier, est, dans les cas les plus ordinaires, précédée par des prodromes plus ou moins longs, malaise général, raideur, poids, gêne, douleurs des membres plutôt segmentaires.

L'évolution du rhumatisme articulaire aigu se caractérise par des déterminations articulaires multiples, simultanées ou successives. Localement, on constate, en général, au niveau des jointures affectées, la chaleur, la rougeur, le gonflement. Ces arthrites ou, si l'on veut, ces fluxions articulaires s'accompagnent d'une fièvre plus ou moins vive, de sueurs, d'anémie ; elles sont mobiles, mais récidivent facilement.

Le choréique qui a des arthropathies est d'ordinaire apyrétique ; ses douleurs articulaires sont fugaces et disparaissent rapidement sans traitement. Un très petit nombre d'articulations sont douloureuses, souvent une ou deux seulement, et la douleur s'y manifeste avec fixité. Les arthropa-

©BIU Santé

thies ont été vues strictement unilatérales. Elles s'accusent en général uniquement par de la douleur, quelquefois du gonflement, plus rarement l'apparence locale des arthrites aiguës. Pour ces diverses raisons, MM. Joffroy et Saric croient que les accidents articulaires des choréiques doivent être distinguées des arthropathies rhumatismales.

Les *manifestations viscérales* qui accidentent plus ou moins fréquemment le cours de la chorée portent principalement sur le cœur. Mais, dans le plus grand nombre des cas, il s'agit de perturbations fonctionnelles sans lésion matérielle durable. Tachycardie, irrégularités des bruits du cœur et des pulsations radiales, sans fièvre, attestent simplement un éréthisme passager, auquel convient bien l'appellation de chorée cardiaque. Il y a loin de ces troubles fonctionnels à l'endocardite ou à l'endopéricardite.

Il peut d'ailleurs se rencontrer que des choréiques aient eu auparavant de l'endopéricardite, ou en aient ultérieurement ; ils peuvent aussi avoir eu ou avoir ensuite une péritonite ou une pleurésie. On ne saurait prétendre que les choréiques soient à l'abri des inflammations des séreuses. Mais, si cette coïncidence ne se voit qu'exceptionnellement, est-il légitime de la prendre pour base d'une interprétation pathogénique ?

On ne peut manquer d'être frappé de la fréquence des lésions des méninges cérébro-spinales chez les choréiques, dont la mort a été suivie d'autopsie, puisque M. G. Sée les a rencontrées quatorze fois sur 34 cas. Est-ce une raison pour souscrire à l'opinion de M. Roger, qui voit dans la chorée un rhumatisme cérébral, modifié dans sa symptomatologie à cause de l'âge; de M. G. Sée, qui a considéré la chorée comme un rhumatisme cérébral chronique ; de M. C. de Gassicourt, qui a pensé que la forme commune de la chorée n'est séparée du rhumatisme cérébral que par une limite souvent indécise, et peut franchir cette limite par l'intervention d'un seul élément, la fièvre ? Ainsi parlent les adversaires de la théorie rhumatismale ; ils insistent sur l'abîme qui s'étend entre la chorée même la plus intense et une attaque bien nette de rhumatisme cérébral, le peu d'importance des troubles psychiques et l'inconstance des arthropathies dans la première, tandis que ces deux éléments symptomatiques sont indispensables pour caractériser le second. Enfin la prédilection du rhumatisme articulaire aigu pour l'âge adulte et le sexe masculin et de la chorée pour l'enfance, l'adolescence et le sexe féminin ont semblé encore des arguments contre la parenté de ces deux maladies.

L'éclectisme même des auteurs qui, ne trouvant d'arthropathies et de complications viscérales que dans la moitié des cas de chorée, ont admis deux formes de chorée, l'une rhumatismale, l'autre non rhumatismale, ne trouve pas grâce devant M. Joffroy : pour lui la chorée est une maladie vraiment une, qu'il est impossible de scinder ; elle est toujours rhumatismale ou ne l'est jamais.

Les relations chronologiques de la chorée avec le rhumatisme, incontestables dans quelques cas, s'expliqueraient peut-être par l'action dépressive que le rhumatisme, comme toute affection anémiante (fièvres, chlorose, etc.) peut exercer sur le système nerveux central ; ces relations ne seraient pas plus obscures que celles qui ont été démontrées par la clinique, entre la rougeole d'une part, et, d'autre part, la coqueluche, la diphthérie, la tuberculose.

III

Quand des critiques s'attachent à détrôner une théorie régnante, c'est tout naturellement pour en mettre une autre à sa place ; car, pour tenter un coup d'Etat avec quelque chance de succès, il faut avoir un prétendant à couronner. Les adversaires de la théorie rhumatismale en ont un.

M. Joffroy, restaurant et élargissant une conception de Pinel, proclame la chorée une *névrose cérébro-spinale*, liée à l'évolution du système nerveux, c'est-à-dire, suivant sa propre expression, une *névrose de croissance*.

Troubles fonctionnels essentiellement nerveux, affectant la motilité (agitation, paralysies), la sensibilité (anesthésies, hyperesthésies), l'intelligence (émotivité, diminution de la mémoire), influence étiologique occasionnelle des chocs moraux, prédominance des troubles d'un côté du corps forment un ensemble clinique très caractéristique d'une *névrose*, comme aussi l'absence de lésions anatomiques de siège et de nature univoques.

Dans la genèse de cette névrose, la participation de l'encéphale est attestée par les troubles intellectuels et l'incoordination des mouvements volontaires.

La part du système spinal n'est pas contestable. M. Joffroy en voit une confirmation dans l'abolition ou la diminution des réflexes, qu'il a constatés douze fois sur 16 cas, et dans les arthropathies qui lui paraissent pouvoir être considérées comme des lésions trophiques des jointures, consécutives à la perturbation de l'axe spinal.

Il n'est pas jusqu'aux lésions viscérales auxquelles on ne puisse, d'après M. Joffroy, trouver quelque analogie avec celles dont peuvent s'accompagner diverses affections spontanées, traumatiques ou expérimentales des centres nerveux (apoplexie pulmonaire, ecchymoses sous-pleurales ou sous-endocardiaques dans l'hémorrhagie cérébrale).

Enfin, frappé de la prédilection de la chorée pour l'époque voisine de la puberté (11 à 12 ans) et le sexe féminin, M. Joffroy est amené à penser que le développement de la puberté doit jouer un rôle dans sa genèse, comme dans celle de la chlorose, s'étayant à propos sur des opinions assez voisines émises déjà par Sydenham, Cullen, Stoll, Pinel, Bouteille, Trousseau. « Vers l'adolescence, dit M. Th. Saric, l'accroissement des divers systèmes organiques prend parfois, en peu de temps, un développement exubérant, et il peut en résulter une rupture de l'équilibre fonctionnel. Or, suivant les aptitudes individuelles à réagir sous des influences accessoires variant avec les sujets, il pourra s'engendrer soit une anémie constitutionnelle, la chlorose, si le sang est le système organique spécialement en souffrance, ou, au contraire, une névrose idiopathique, si l'appareil cérébro-spinal est la partie la moins résistante. »

IV

Nous devons maintenant indiquer deux médications que M. Joffroy a adoptées comme fonds du traitement de la chorée, sans préjudice, bien entendu, des indications particulières que peut faire naître tel ou tel cas ; il s'agit de l'emploi méthodique du *chloral*, et de l'enveloppement dans le *drap mouillé*.

M. Joffroy n'a pas la prétention, bien entendu, de révéler l'utilité du chloral comme sédatif de l'excitabilité excessive du système nerveux ; mais

©BIU Santé

il a innové, en systématisant le mode d'administration de ce précieux médicament. M. Joffroy prescrit, au-dessus de 10 ans, 4 grammes de chloral en 3 prises administrées après les repas : 1 gramme vers sept heures du matin, 1 gramme à midi et 2 grammes à six heures du soir. Pour les enfants de 6 ou sept ans, on se contente de doses plus faibles des 2/3 ou de 1/2, mais qui doivent être toujours suffisantes pour procurer sûrement le sommeil quinze minutes après l'ingestion de chaque dose.

Pour dissimuler la saveur âcre du chloral, M. Joffroy a imaginé de faire préparer une solution aqueuse concentrée d'hydrate de chloral pur qui, mélangée à de la gelée de groseille épaisse, forme une *confiture au chloral*, contenant 1 gramme de médicament actif par cuillerée à bouche, c'est-à-dire pour 20 grammes environ de gelée. — On poursuit l'administration du chloral pendant quinze jours, un mois ou plus, sans interruption, en assurant ainsi au choréique plusieurs heures de sommeil par jour, goutées en plusieurs fois, et dans l'intervalle desquelles il continue cependant à pouvoir se lever, sortir et jouer. Dans un nombre important de cas, M. Joffroy pense avoir diminué non seulement l'intensité, mais la durée de la chorée, qui a été, chez la majorité de ces malades, de quatre à six semaines ; il n'a jamais eu à noter d'autres inconvénients que quelques éruptions chloraliques rubéoliformes ou urticoïdes éphémères.

C'est quand la chorée est très grave, soit par la violence des mouvements, soit par l'intensité des phénomènes généraux, que M. Joffroy prescrit l'enveloppement, matin et soir, dans un drap trempé dans de l'eau froide, à 10° ou 12° centigrades, puis exprimé modérément. La durée de l'application est de deux à trois minutes, pendant laquelle le malade est frictionné énergiquement et fouetté avec le plat de la main sur le tronc et les membres.

Dès que la réaction commence à se faire, on enroule plusieurs fois, par dessus le drap mouillé, une couverture de laine, la tête restant seule à découvert, et le malade reste ainsi une demi-heure dans une sorte de bain de vapeur.

L'effet produit est d'ordinaire une accalmie notable et souvent un sommeil profond, d'où l'enfant sort moins agité.

M. Saric rapporte 18 cas dans lesquels M. Joffroy a retiré de sa méthode de traitement un bénéfice certain.

Après avoir analysé les idées nouvelles qui se sont fait jour relativement à la pathogénie de la chorée, il ne saurait bien entendu nous appartenir de prédire si elles ont droit ou chance de supplanter les opinions généralement acceptées jusqu'ici ; si nous avons seulement réussi à les exposer assez clairement sans les défigurer, nous nous tiendrons pour satisfait.

Paul LE GENDRE.

BIBLIOTHÈQUE

DE L'INFLUENCE DES BAINS DE MER SUR LA SCROFULE DES ENFANTS, par M. H. CAZIN. 1885. — Paris, Asselin et Houzeau.

Ce gros in-8° de 587 pages a été consacré par le jugement de l'Académie, qui vient de lui décerner le prix Capuron. En cela, elle lui a rendu bonne justice, car il est impossible au lecteur impartial de refuser sa sympathie et même son admiration à ce consciencieux ouvrage, à l'étendue des recherches de l'auteur, à ses travaux au lit du malade comme médecin de l'hôpital maritime de Berk.

Combattre la scrofule est œuvre quotidienne pour le praticien de la ville ou de la campagne. En mettant au concours cette question usuelle, et en demandant d'étudier les effets de la thalassothérapie contre cet état morbide, l'Académie avait donc été bien inspirée.

Chacun, en effet, reconnait l'utilité du séjour prolongé au bord de la mer et la puissance thérapeutique de l'hydrothérapie marine. Cette cause est maintenant gagnée devant la majorité des médecins; mais, il y a peu de temps, on ne l'a pas oublié, c'était encore un procès en litige; à preuve, le grand effort de science et de patience qu'il a fallu pour obtenir la création et l'extension du sanatorium de Berk. M. Cazin apporte la lumière dans l'esprit des retardataires, parce qu'il démontre définitivement « cette « action bienfaisante du milieu marin; preuves basées sur un ensemble de statistiques « résumant plus de 40,000 cas de scrofule soignés à la mer ».

Certes, les travaux sur les sanatoria et la médication maritime ne manquent pas dans la littérature médicale; aussi, en s'ajoutant à ces documents, le livre actuel les résume, les condense, et surtout les complète. C'est que, parmi les « thalassopathes », on me pardonnera ce barbarisme, qu'excuse la « thalassothérapie », aucun ne disposait d'une telle abondance de faits cliniques; nul enfin, mieux que l'auteur, ne pouvait les mettre en œuvre et, d'une plume plus laborieuse et plus érudite, exposer l'*historique de ce moyen thérapeutique*, démontrer les *propriétés physico-chimiques* du milieu marin, discuter sa *physiologie* et faire valoir ses *vertus curatives*.

Ce sont là des chapitres qu'on lit avec satisfaction dans la première partie de cet ouvrage. Mais M. Cazin ne limite pas ses études aux côtes de France et son horizon à la plage de Berk. Il parcourt les sanatoria étrangers et recueille ses observations en Angleterre, en Italie, en Allemagne, en Hollande, en Belgique, en Danemarck, en Autriche et en Russie. Il s'en va plus loin encore, traverse l'Océan et visite les établissements semblables des deux Amériques.

Par cette méthode de comparaison, il peut faire une importante critique des efforts tentés en France et à l'étranger, et des résultats obtenus dans les divers pays. La vanité nationale en souffre quelque peu, mais la vérité scientifique y gagne. Cette sincérité honore le livre et lui donne la meilleure place dans l'estime du lecteur, avide de s'instruire et toujours désireux d'être convaincu.

L'auteur manie les chiffres avec aisance. Il énumère les succès de la thalassothérapie contre les gommes et les abcès froids, où les guérisons ont été de 77 pour 100. Dans une série de 3,407 adénopathies, elles s'élèvent à 55 pour 100, et les améliorations à 44 pour 100; dans les affections cutanées, à 84 pour 100; dans les ostéites, les ostéopériostites et les arthropathies, à 75 pour 100, et dans les coxalgies, à 71 pour 100. Il serait fastidieux de multiplier ces chiffres, qui empruntent leur grande valeur au nombre considérable des scrofuleux mis en observation à l'hôpital de Berk.

Quel est le mode d'action du traitement marin dans la scrofule? M. Cazin s'attarde peu à ce débat, et se borne à constater : 1° Une action physiologique : la réaction du bain; — 2° une action médicamenteuse : l'absorption des sels par la peau et la respiration; — 3° une action hygiénique : la respiration de l'air pur par excellence.

M. Cazin en appelle aux procédés de la médecine de précision. Avec la balance, il note l'augmentation du poids des malades après le traitement. L'anthropométrie lui permet de mesurer la taille et le périmètre thoracique; la dynamométrie, d'évaluer l'augmentation de la puissance musculaire; enfin, la numération des globules établit que, sous l'influence du traitement, le sang des scrofuleux s'enrichit de 489,091 globules.

Devant la conviction de l'auteur, la critique désarme et oublie les quelques points obscurs du tableau. Puisse notre excellent confrère de Berk faire pénétrer cette conviction dans l'esprit des pouvoirs publics et des organisateurs de la charité officielle!

Ch. Éloy.

DE L'EMPLOI DU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE DANS LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE, par M. MONCORVO. — Rio-de-Janeiro, 1885; Lombaerts.

On sait avec quelle énergie le distingué professeur de Rio-de-Janeiro préconise le trai-

©BIU Santé

tement de la coqueluche par la résorcine, et, en temps opportun, nous avons eu l'occasion d'apprécier son intéressant mémoire : *De la coqueluche et de son traitement par la résorcine*. La brochure actuelle fait connaître l'application de la cocaïne à l'anesthésie préparatoire de l'isthme du gosier avant les badigeonnages résorciniques.

Cet attouchement préglottique est pratiqué avec la solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 p. 100. Quelques minutes après, M. Moncorvo promène, sur la région, le pinceau imbibé de la solution de résorcine. Par ce moyen, on prévient les vomissements et la provocation de crises de toux. C'est donc là un moyen d'éviter le principal inconvénient du traitement de la coqueluche par la résorcine. Il appartenait à l'ingéniosité de son inventeur de le compléter ainsi et de faire tomber toutes les objections qu'on lui opposait. — Ch. Eloy

Procédé de perfectionnement de la désarticulation du genou, par le docteur Vaslin. — 1885, Paris, G. Masson.

Notre estimé confrère d'Angers a l'enthousiasme de la médecine opératoire. Rien de plus légitime quand cet enthousiasme est celui d'un habile chirurgien, toujours ingénieux à perfectionner les méthodes opératoires ou à simplifier leur *modus faciendi*.

Le procédé de désarticulation du genou qu'il propose, et dont il eut la première idée durant son internat à l'hôpital des Cliniques, substitue un plan osseux uni aux irrégularités de la vaste surface articulaire du genou dans la désarticulation fémoro-tibiale. Il consiste à enlever les condyles en respectant le canal médullaire et le cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure du fémur.

M. Vaslin recommande ce procédé de préférence aux autres méthodes de désarticulation fémoro-tibiale, et à l'amputation fémoro-rotulienne de la cuisse chez les enfants et les adolescents où il aurait l'avantage de ne pas entraver la croissance de l'os. Il serait indiqué dans tous les cas où il existe des parties molles en quantité suffisante pour tailler un grand lambeau antérieur et un petit lambeau postérieur.

Ce mémoire prend bonne place à côté des travaux si justement estimés de l'auteur : sur la *trépanation de l'apophyse mastoïde dans les suppurations de l'oreille moyenne* et son étude si instructive sur les *pansements des plaies et l'hygiène des blessés*. Ces mémoires honorent le corps médical angevin et l'Ecole de médecine, dont M. Vaslin est l'un des plus distingués professeurs. — Ch. Eloy.

REVUE DES JOURNAUX

Du massage. — Son mode d'action physiologique, ses applications et ses usages en chirurgie, par Zabludonski (*Archiv. Chirurgie*, XXI, T., et *The medical Chronicle*, mars 1885). — Le massage, longtemps abandonné aux mains ignorantes de l'obscur rebouteur, veut lui aussi prendre rang dans les conquêtes scientifiques modernes et partager les honneurs dont on a comblé l'hydrothérapie et la gymnastique.

Si la Silésie a donné le jour à Priessnietz, le promoteur convaincu de l'hydrothérapie, la Hollande a vu naître dans ses polders le vulgarisateur du massage.

La dernière venue de ces deux pratiques paraît vouloir évincer l'autre des hauteurs où la faveur publique l'avait élevée. — Plus d'hydrothérapie, s'écrient les avocats du massage ; le massage *for ever* et pour tout ou à peu près.

Le docteur Zabludonski a fait paraître un travail dans les Archives de chirurgie de Langenbeck, intitulé : *De l'action physiologique du massage*, observations générales sur ses applications et ses usages, dans la chirurgie, travail dans lequel l'auteur, avec l'enthousiasme d'un spécialiste, rejette l'aide auxiliaire que l'hydrothérapie, la gymnastique et l'électricité peuvent prêter au massage pour la cure des affections qui d'ordinaire y ressortissent. Selon l'auteur, le massage peut se passer de tous ces impédiments qui ne sont que des inutilités dans le traitement, et des ennuis pour le malade. Le massage tout seul peut guérir aussi rapidement les affections locales qu'avec le concours des moyens précités. Tout au plus le déplacement dans les villes d'eaux peut-il être de quelque

utilité en rétablissant la santé générale. Mais, en fait, ce déplacement est inutile, et, quelle que soit la source choisie, n'importe quel endroit sain à la campagne peut remplacer la ville d'eau, en ce qui concerne l'évolution locale de l'affection considérée.

Sous l'influence du massage, le système musculaire du lapin recouvre ses forces plus complètement que par le seul repos et, dans bon nombre de cas, le muscle pourra fournir plus de travail après le massage qu'il n'en pouvait fournir avant.

A l'appui de cette proposition, l'auteur établit l'expérience suivante :

Il charge les muscles gastrocnémiens d'un lapin d'un poids donné et il fait passer un choc d'induction dans le nerf sciatique correspondant. Les contractions qui suivent le choc sont enregistrées sur le cylindre d'un kymographe, puis comparées.

Par rapport à l'influence du massage sur l'excitabilité réflexe du système nerveux, Zabludonski avance que la sensibilité locale est diminuée, tandis que l'irritabilité réflexe de la moelle épinière ne subit pas de modifications.

Le massage diminue la sensibilité thermique, bien qu'au début celle-ci soit un peu augmentée.

La pression sanguine s'élève certainement dans le membre qu'on masse, comme le montre l'observation à l'aide du manomètre de Basch appliqué sur l'artère radiale. Mais cette tension artérielle n'augmente pas seulement localement, le même effet se produit sur le bras opposé.

Chez le lapin, la perte de calorique est moins rapide après le massage que dans les conditions ordinaires et la chaleur locale augmente manifestement pendant le massage.

Le massage est indiqué dans les fractures des membres à deux périodes différentes :

1° Après les premières semaines qui suivent la production de la fracture, quand le membre fracturé doit conserver encore le repos. (Qu'il nous soit permis de douter de l'opportunité du massage dans ces conditions).

2° Quand la consolidation est effectuée et que le cal va se résorber.

Le pronostic dépend beaucoup des conditions constitutionnelles du malade ; ainsi les suites des traumatismes des membres affectés de varices ou d'arthrite déformante exigeront un traitement beaucoup plus long et l'intervention auxiliaire d'un traitement constitutionnel.

Le massage est indiqué dans la plupart des déformations et atrophies musculaires qui nécessitent le port d'appareils et de bandages orthopédiques lesquels ne remédient pas radicalement à la cause de ces atrophies, au contraire, puisque la nutrition et le fonctionnement des groupes musculaires intéressés est compromis par la plupart des appareils susdits.

Chez les hystériques, le massage a manifestement produit des effets hypnotiques, mais seulement après plusieurs séances, comme par suite d'un effet d'accumulation. L'auteur rapporte trois observations de malades atteintes d'insomnie nerveuse, ayant même résisté au chloral et au bromure dans un cas, et qui purent dormir même d'un sommeil excessif au bout d'un nombre variable de séances.

La parésie musculaire, qui résulte d'un repos fonctionnel prolongé, guérit parfaitement par le massage.

Dans bon nombre de cas, des adhérences, des infiltrations se dissipent sous l'influence d'une seule séance de massage suivie de l'application d'un bandage compressif.

L'auteur professe que le massage n'exige ni le temps, ni la fatigue que l'on présume de la part du médecin.

Une séance de cinq minutes tous les jours et un peu de gymnastique, les mouvements étant répétés de quinze à trente fois suffisent parfaitement.

Pendant le massage, les muscles doivent toujours être dans le relâchement et le membre fixé.

Autant que possible, il est bon d'être capable de manipuler avec l'une et l'autre main. Quand la percussion vigoureuse est indiquée, la percussion avec le poing fermé est ce qu'il y a de préférable. Tout le monde peut supporter les pratiques du massage, bien que la méthode qui consiste à percuter, même doucement, mais sur une surface limitée, puisse chez les sujets nerveux, devenir assez irritante pour qu'on soit obligé d'y renoncer ; alors le pétrissage doit lui être substitué.

©BIU Santé

Le massage est contre indiqué dans les inflammations locales aigües ou sub-aigües.

Quant aux bénéfices que peut procurer le massage longtemps continué, l'auteur rapporte deux faits qui les mettent en vive lumière :

Les sujets étaient atteints d'une atrophie musculaire ; atrophie des extenseurs de chaque avant-bras pour le premier, et atrophie du muscle thoraco-lombaire pour l'autre, entraînant pour ce malade une scoliose par compensation. Chez tous deux, le massage pendant huit à dix mois consécutifs, avec une séance ou deux par jour, guérit complètement ces accidents.

Le massage pourrait s'accompagner, à titre de complication, d'urticaire ou d'érythème qui durent peu.

Le massage est encore utile dans d'anciennes fractures de la rotule ou de l'olécrane, mais il doit être très modéré et prudent.

L'auteur termine son mémoire par des observations de cures obtenues grâce au massage dans des cas de tremblements, de paralysie-pseudo-hypertrophique, de paralysie diphthérique, de paralysie par compression ou par lésions de la moelle épinière.

L. Dn.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE 1885.

L'introduction de l'*iodoforme dans la thérapeutique chirurgicale* n'appartient pas aux praticiens étrangers. Il était patriotique de le rappeler et juste, comme l'a fait M. Renaut, de citer l'emploi que M. Lallier en faisait, dès 1870, dans son service de l'hôpital Saint-Louis. En effet, la poudre d'iodoforme y servait alors au pansement des ulcérations syphilitiques, des ulcères variqueux, des chancres et de l'onyxis. Ses bons effets avaient été notés par le savant médecin, et M. Renaut, pendant la campagne de 1870-71, eut maintes fois l'occasion d'en apprécier l'efficacité dans le pansement des plaies par armes à feu.

Cette revendication de priorité n'est pasinutile à l'heure où on omet trop souvent les noms français au profit de médecins étrangers. Elle devait donc obtenir l'approbation de la savante Société lyonnaise. Il en a été ainsi.

D'un autre ordre était une communication, de M. Teissier, sur un *érysipèle périodique des membres inférieurs au cours d'une myélite chronique*. En effet, cette observation présentait un haut intérêt de curiosité.

Le malade, paralytique depuis sept années, était atteinte depuis plusieurs mois d'eschares médullaires de Charcot. En 1881, pour la première fois, survenait un érythème fessier avec fièvre, anorexie et céphalalgie. Il dura plusieurs jours. Depuis, ces attaques se sont répétées et, aujourd'hui, elles sont au nombre de vingt-quatre.

Comment interpréter la pathogénie de cette complication? Les uns sont disposés à considérer cet érysipèle comme microbique, et voient les manifestations cutanées d'une maladie parasitaire dont l'agent infectieux aurait la plaie du sacrum pour porte d'entrée. D'autres considèrent cetté éruption comme la conséquence de troubles trophiques du système nerveux.

Ces deux opinions avaient leurs partisans parmi les collègues de M. Tessier. M'est avis cependant que celui-ci a formulé sagement la conclusion de ce débat, en remerciant ses contradicteurs « d'émettre une théorie très ingénieuse et très nouvelle du « recel du microbe qui, périodiquement, viendrait manifester sa présence par des phé« nomènes aigus! »

Un débat sur l'*ostéoclasie* a partagé MM. Robin, Ollier et Mollière, mais je ne m'y arrête pas et, de suite, j'en arrive à l'importante lecture de M. Glénard, sur la *dyspepsie par entéroptose*.

Sous ce nom, il décrit une dyspepsie de cause mécanique résultant d'un prolapsus de

l'intestin et d'une sténose consécutive. « C'est, dit M. Glénard, une dyspepsie par pro-« lapsus qui, après tout, n'existerait pas si le malade ne mangeait pas. »

Dans la dyspepsie, les symptômes choméliens relèvent de l'atonie gastrique, les symptômes neurasthéniques, dela diminution de la pression intra-abdominale, les symptômes vaporeux de la constriction du corset et les symptômes méso-gastriques de l'entéroptose. C'est dire que, de ces phénomènes accusateurs du trouble gastrique, les uns sont subjectifs, méso-gastriques ou neurasthéniques; les autres, objectifs, comme la corde colique, la corde iliaque, le bouchon cœcal et les battements épigastriques. De plus, cette dyspepsie mécanique est tantôt primitive, après des traumatismes ou des suites de couches, tantôt consécutive par atonie gastrique. Enfin, les symptômes méso-gastriques et neurasthéniques seraient justiciables d'un traitement mécanique dont l'agent essentiel, pour M. Glénard, consiste dans une ceinture hypogastrique bien appliquée.

La dyspepsie nerveuse ne trouve pas grâce devant l'absolutisme scientifique de notre confrère. Elle devrait donc disparaître de la nosologie, ou tout au plus y occuper dorénavant une toute petite place.

Malgré l'intérêt que présente son argumentation convaincue, M. Glénard n'a pu et ne pouvait triompher de toutes les résistances.

M. Teissier a revendiqué les droits des diverses dyspepsies nerveuses, parfois singulières et toujours variées; telles sont les dyspepsies de cause morale, dont la pathogénie est aussi étrange que diversifiée ; la dyspepsie des conscrits, guérissable seulement, écrivait Récamier, par le retour des soldats dans leurs foyers; la dyspepsie des pertes d'argent, ou dyspepsie du krach, qui, elle aussi, à l'instar des dyspepsies de M. Glénard, s'améliore avec une ceinture, qui est une ceinture dorée; enfin, les dyspepsies des névropathes, passagères, mobiles, et s'atténuant sans motif apparent, après un repas de saucisson cru, par exemple, ou l'ingestion de truffes noires. Certes, voilà des dyspepsies dont la cause est rien moins que mécanique, et la place cliniquement indiquée à côté des névropathies d'autres organes. L'entéroptose n'en donne pas raison, même quand elle est du type le plus franchement féminin. — C. L. D.

VARIÉTÉS

LES AGENTS DÉSINFECTANTS DEVANT « THE AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION ».

La désinfection et les désinfectants sont plus que jamais d'actualité. Le Comité *of the American public Health Association*, dont les travaux font autorité de l'autre côté de l'Atlantique, avait mis dernièrement cette question à l'ordre du jour de ses travaux.

Certes les recherches et les conclusions des hygiénistes américains ne sont pas de haute nouveauté. Elles n'en méritent pas moins l'attention.

Parmi les agents assez nombreux dont on invoque les propriétés désinfectantes, les uns sont germicides, et détruisent les microbes comme le sublimé corrosif et le permanganate de potasse. A ce point de vue, les acides phénique et salicylique, l'iodoforme ou l'acide thymique possèdent une faible valeur.

Les autres sont des antiseptiques et ont le pouvoir d'entraver le développement des microbes de la putréfaction, mais non pas de les détruire, tels : le borax, l'alcool et le sulfate de fer.

D'autres enfin ne tuent pas les microbes, n'entravent pas leur évolution, mais les délayent en quelque sorte dans leur masse ; soit comme l'air et l'eau par leur fréquent renouvellement; soit comme le plâtre pulvérisé ou le charbon en poudre, par leurs propriétés absorbantes.

Restent enfin ces désinfectants, qui empruntent leur puissance à leur action destructive des substances organiques : parmi les plus usuels, il suffit de citer les acides minéraux, les caustiques alcalins, le permanganate de potasse, le sulfate de fer, et enfin une température élevée, dont les recherches de Work et Wolffhugel en Allemagne, et les observations de plusieurs de nos compatriotes, démontrent l'efficacité.

©BIU Santé

Voici les formules que recommandent les commissaires de *the American public Health Association :*

1° *Standard solution*, n° 1 : Ce liquide renferme quatre onces de chlorure de chaux pour chaque gallon d'eau ;

2° *Standard solution*, n° 2 : Elle s'obtient par la solution de deux drachmes de sublimé corrosif et de permanangate de potasse dans un gallon d'eau ;

3° *Standard solution*, n° 3 : Elle est formée par le mélange d'un volume de liqueur de Labarraque avec cinq volumes d'eau ;

4° *Standard solution*, n° 4 : On l'obtient en dissolvant quatre onces de sublimé corrosif dans un gallon d'eau et en colorant le liquide par l'addition d'un drachme de permanganate de potasse.

Dans la désinfection des matières fécales, les hygiénistes américains préfèrent la solution *saturée de chlorure de chaux* aux poudres désinfectantes. Diluée dans le double de son poids d'eau, la solution n° 1 peut servir à la désinfection des crachats, de l'urine ou des produits morbides. La solution n° 2 a les mêmes usages que la solution n° 1. Mélangée avec de l'eau, la solution n° 3 peut servir à lotionner les parties du corps qu'on veut désinfecter ou aux soins de toilette.

La solution n° 3 est recommandée pour la désinfection du corps des individus décédés à la suite des maladies contagieuses. De plus, partageant les sages avis depuis longtemps formulés par le Conseil d'hygiène du département de la Seine, les commissaires américains recommandent l'enveloppement des cadavres dans un linge imbibé des solutions n° 1 et n° 3.

L'immersion des pièces de literie et des hardes pendant trois heures dans la solution n° 1 ou dans la solution n° 4, préparée sans addition de permanganate de potasse, suffit pour leur désinfection.

C'est encore la solution n° 4 diluée dans huit parties d'eau qu'ils considèrent comme plus efficace pour l'assainissement des locaux contaminés. Un lavage est pratiqué avec ce liquide, et vingt-quatre heures plus tard avec l'eau bouillante. Une ventilation énergique termine l'opération. Ce procédé d'assainissement serait préférable aux fumigations sulfureuses.

Enfin, on doit préférer le chlorure de chaux au sublimé corrosif pour la désinfection des fosses d'aisances et des latrines, parce que les composés ammoniacaux décomposent le sel mercuriel et lui enlèvent toute activité. Dans ce but, ils recommandent de mélanger le chlorure de chaux aux matières à désinfecter dans la proportion d'un trentième du poids de celles-ci. La conclusion finale de ces recherches serait donc que le chlorure de chaux est le meilleur des agents désinfectants et germicides. Nonobstant la valeur des savants expérimentateurs américains, elle mérite ratification et contrôle. — C. L. D.

COURRIER

Clinique d'accouchement. — M. le docteur Stapfer, chef de clinique d'accouchement, commencera son cours particulier le 1er octobre prochain et le continuera tous les jours à quatre heures.

Ce cours sera complet en deux mois.

MM. les élèves seront d'abord mis au courant des éléments d'obstétrique indispensables au praticien. Ils feront des examens cliniques et des manœuvres. On s'inscrit à la clinique.

DES DIVERSES DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE (Scolioses et mal de Pott), par E. Duval, médecin en chef de l'Institut orthopédique et hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe. 1885.

Cet ouvrage se trouve chez J.-B. Baillière et fils.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Fraigniaud : De l'emploi de la résorcine contre la diphthérie. — II. Colombe (de Lisieux) : Intoxication saturnine. — Obstruction intestinale. — Vomissements fécaloïdes. — Guérison. — III. Bibliothèque. — IV. Revue des Journaux. — V. Epidémiologie. — VI. Sociétés médicales des départements. — VII. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VIII. Formulaire. — IX. Courrier. — X. Analyse du Lait d'Arcy.

De l'emploi de la résorcine contre la diphthérie.

(Communication faite à la Société de médecine dans la séance du 24 janvier 1885)

Par M. le docteur Fraigniaud.

La résorcine n'est déjà plus un médicament nouveau pour nous, depuis que notre distingué collègue, M. Leblond, dans une communication faite à la Société de médecine au mois de juillet dernier, nous en a donné la primeur. Cependant l'histoire de ce nouvel agent thérapeutique est encore à faire. Nous savons que c'est un produit retiré comme l'acide phénique du goudron de houille et qu'il appartient à une série de corps encore peu étudiés. Sa formule chimique n'en diffère que par un équivalent d'hydrogène en moins et un équivalent d'oxygène en plus ; soit : Acide phénique, $C^{12}H^{6}O^{2}$; résorcine, $C^{12}H^{6}O^{3}$. Mais comment agit-il, dans la diphthérie, en particulier, où il vient d'être essayé. Est-il simplement un modificateur local? Ne s'adresse-t-il pas en même temps au principe morbide qui a envahi l'économie ? Je conservais le souvenir des deux observations qui nous avaient été lues ici, lorsque, ces jours derniers, plusieurs cas de diphthérie se sont présentés dans ma clientèle :

Je fus appelé, le mardi 6 janvier dernier, auprès d'un jeune enfant de 14 mois exclusivement nourri au sein d'une excellente nourrice, et qui, depuis la veille, avait perdu sa gaieté et se montrait abattu. Cet enfant tette encore bien, mais sa voix est cassée. Il tousse peu, l'auscultation ne dévoile rien d'anormal, il n'a pas de fièvre. A l'examen de la gorge, je découvre à la partie supérieure de l'amygdale gauche, qui est rouge et gonflée, une tache blanche, adhérente, de la grandeur d'une petite lentille. Léger gonflement du côté des ganglions du cou. Je touche, séance tenante, la gorge et la tache surtout, avec du jus de citron. Je recommande de faire de même toutes les deux heures, et d'administrer en même temps un granule de 0,001 de sulfure de calcium. Le lendemain, la plaque subsiste et je trouve cinq ou six points blancs sur la luette et le voile du palais. Je prescris une forte solution d'acide borique à employer toutes les heures, en même temps un granule de sulfure de calcium. Je fais mettre dans la chambre du goudron sur lequel on verse de l'essence de térébenthine. L'enfant est agité, un peu fiévreux et ne dort pas. Même état le soir. De nouvelles exsudations se montrent sur les gencives, une tache s'est développée au bord de la langue.

Le jeudi, 8 janvier, la situation s'est aggravée. La respiration nasale est devenue bruyante; il y a du coryza diphthérique. Le teint de l'enfant a pâli. C'est alors que je prescris un collutoire avec 4 grammes de résorcine dans 30 grammes de glycérine, à employer toutes les deux heures en badigeonnements et en injections nasales. Les trois jours qui suivent sont mauvais. L'enfant tette très peu, dort mal, se réveille agité à chaque instant, son cri est voilé et affaibli. Le samedi matin, cependant, j'observe que plusieurs exsudations ont disparu. Mais la plaque blanche de la langue persiste et l'amygdale gauche est envahie tout entière. Les granules de sulfure de calcium ne sont plus tolérés, ils provoquent chaque fois du vomissement qui me paraît d'ailleurs utile. Je les fais donc encore administrer de temps en temps dans ce but. Il y a un peu de diarrhée. Le soir, M. le docteur Jules Simon, appelé en consultation, confirme le diagnostic. On nous présente une très petite quantité d'urine que l'enfant vient de rendre. Elle est noire comme si on y avait délayé de la suie. Notre attention en est vivement

©BIU Santé

frappée. Nous l'attribuons à la résorcine, dont 6 grammes environ ont été employés depuis trois jours en applications locales et dont une certaine partie a du être absorbée. Nous convenons d'en suspendre l'emploi, de revenir à la solution boriquée et de continuer à donner de temps en temps un granule de sulfure de calcium qui nous offre l'avantage de provoquer le vomissement presque à volonté, on ajoutera quelques cuillerées à café de malaga étendu d'eau. L'état des poumons est satisfaisant. Toutes précautions sont prises au point de vue de la nourrice et de la température. Et notre impression, sans être encore bonne, est cependant favorable pour notre petit malade. Les deux jours suivants, 11 et 12 janvier, l'acide borique est seul employé. L'état de l'enfant s'améliore lentement, mais la voix est toujours éteinte. Il tette peu et dort mal. L'exsudat persiste à la langue et sur l'amygdale.

Le mardi 13, les urines n'ont plus la coloration noire. Je reviens au collutoire avec la résorcine. La nuit suivante a été très agitée. Dans un effort de vomissement l'enfant a rejeté une petite concrétion et a mieux dormi ensuite.

Le mercredi 14, je constate de l'amélioration. La tache blanche de la pointe de la langue s'est détachée. Celle de l'amygdale persiste encore, mais la respiration nasale est meilleure. Cette modification avantageuse continue les jours suivants. Mais le jeudi soir, 15 janvier, je suis obligé de faire interrompre de nouveau le collutoire à la résorcine, les urines redevenant foncées.

Le vendredi 16, l'amygdale est entièrement détergée. Le lendemain samedi, la convalescence est certaine. L'enfant tette bien, son sommeil est bon, sa respiration normale et douce. L'allaitement se fait d'une manière régulière. On lui donne de temps en temps, par cuillerées à café, du jus de viande ou du malaga coupé. Il reste avec une grande faiblesse musculaire qui à l'heure actuelle, 12 février, n'a pas encore complètement disparu.

Cette observation mérite d'être étudiée. Je me suis trouvé en présence d'un cas sérieux de diphthérie à forme infectieuse qui a débuté par la gorge, s'est étendue aux gencives, à la langue, aux fosses nasales et certainement au larynx. L'enfant n'avait que quatorze mois, circonstance exceptionnelle et aggravante. La maladie a duré douze jours. Bien que j'aie employé à l'intérieur le sulfure de calcium toléré seulement durant les deux premiers jours, et fait usage, au début, du jus de citron et d'une solution boriquée par applications locales, c'est à la résorcine que revient la part prépondérante dans la médication. Cette substance n'a pas seulement agi localement. Son action du reste sur les exsudats diphthériques n'a pas frappé mon attention d'une manière particulière. Elle agit probablement par astriction sur les surfaces disposées à se laisser envahir, comme fait le tannin, l'alun, le perchlorure de fer, mais elle agit surtout en se laissant absorber très rapidement par la muqueuse sur laquelle elle est déposée et par la voie stomacale où elle parvient par déglutition instinctive. Dans une note que M. Yvon a bien voulu me remettre, il suffit d'une heure pour que 0,50 centigrammes de résorcine aient passé déjà dans l'urine qui brunit. Cette urine traitée par le perchlorure de fer donne une coloration d'un noir violacé assez intense.

Cette imprégnation de l'économie, qui se fait si hâtivement, me paraît être surtout digne d'attention au point de vue de la diphthérie qui marche elle-même si vite. Que la résorcine modifie la fausse membrane et les surfaces sur lesquelles elle va se produire ou s'étendre, cette considération est très importante, car la lutte au début consiste certainement à maintenir possible la respiration, en empêchant les concrétions pelliculaires de s'étendre au larynx. Mais la fausse membrane n'est pas toute la maladie, elle n'en est que le produit et je suis disposé à attacher une considération encore plus

grande à ce fait que cette substance passe très promptement dans l'économie, gagnant peut-être en vitesse le poison qui la pénètre, qu'elle peut être administrée à dose élevée sans faire courir de danger immédiat, et qu'enfin son élimination par l'urine, en même temps qu'elle indique la saturation plus ou moins profonde, devient une indication précise pour continuer ou cesser son emploi. Nous aurions donc sous la main dans la résorcine, si ces vues sont justes, et il appartient à de nouvelles observations de nous fixer à cet égard, un produit d'une facile application et d'une grande utilité, agissant du même coup sur l'état général et sur les manifestations locales de la diphthérie. C'était l'opinion que je voulais vous soumettre en vous faisant cette communication.

Intoxication saturnine. — Obstruction intestinale. — Vomissements fécaloïdes. — Guérison.

Par le docteur Colombe (de Lisieux).

Le 6 juillet dernier, j'étais appelé, vers six heures du soir, pour visiter un malade atteint de coliques très violentes, et qui souffrait surtout depuis le matin. C'était un homme de 33 ans, H..., peintre en bâtiments, auquel j'avais déjà donné des soins, il y a deux ans environ, pour des coliques de plomb. Depuis quinze jours, il se plaignait de douleurs dans le bas-ventre, mais il avait pu cependant continuer son travail ; il allait régulièrement à la selle et, deux ou trois fois, il avait remarqué qu'un peu de sang se trouvait mélangé à ses garde-robes ; il n'avait pas d'hémorrhoïdes. Le malade se roulait dans son lit, cherchant en vain une position qui pût le soulager.

Son ventre n'était pas ballonné ; il y avait de la submatité dans le flanc et la région iliaque gauches ; de la constipation depuis deux jours.

A l'examen de la bouche, on voit un liseré saturnin très prononcé. La face a cette teinte jaune pâle que l'on rencontre ordinairement chez les saturnins. Pas de fièvre. Pouls, 58 pulsations. Une purgation lui avait été donnée sans résultat.

J'ordonnai, pour le lendemain matin, de l'eau-de-vie allemande et, pour le soir, des cataplasmes de farine de lin et des pilules d'extrait thébaïque.

Le 7. — La nuit a été mauvaise, et les douleurs continuent dans la journée. Le malade vomit de la bile en grande quantité ; un lavement purgatif ne provoque pas de garde-robes ; aucune émission de gaz par l'anus. Le soir, je fais une injection hypodermique de 0,01 de chlorhydrate de morphine qui soulage pendant deux heures. On donne de la glace pour arrêter les vomissements.

Le 8. — La langue est humide, non chargée ; l'haleine est mauvaise ; les douleurs, toujours très vives, sont momentanément calmées par la pression. Mais les vomissements ont changé de nature : ils ont un aspect absolument fécaloïde. Effrayé par ce nouveau symptôme, je recherchai encore avec soin s'il n'existait pas de hernie, et je n'en trouvai point de traces. D'autre part, le palper abdominal ne fournissait aucun renseignement : on ne trouvait pas de tumeur, et le siège des douleurs n'était point limité. La constipation persistait et le malade ne rendait pas de gaz. Je priai mon excellent maître, M. le docteur Notta, de vouloir bien me venir en aide, et voici ce qui fut décidé : On fit deux nouvelles injections hypodermiques de 0,01 de chlorhydrate de morphine ; on continua la glace à l'intérieur et une vessie remplie de glace fut placée en permanence sur le ventre. Un lavement avec trois gouttes d'huile de croton produisit peu d'effet.

Les résultats de ce traitement furent des plus encourageants ; à quatre heures du soir, les vomissements n'avaient pas reparu et les coliques étaient beaucoup moins fortes. Le malade se plaignait de souffrir au niveau des reins ; la miction était douloureuse ; l'urine était en petite quantité, trouble et acide ; sa densité était 1026 ; il y avait un très léger nuage d'albumine. Le soir, à onze heures, une quatrième injection de morphine fut faite.

BIU Santé

Le 9. — La nuit a été assez bonne. Temp., 37°6; pouls, 60 pulsations. Il y a du ténesme vésical; les douleurs abdominales sont aussi vives, mais moins fréquentes. Prescription : Iodure de potassium et un bain sulfureux. On fait une injection de morphine. Le soir, le malade a eu un vomissement bilieux et du hoquet. Pouls, 70 pulsations.

Le 10. — L'amélioration continue. Pas de vomissement. Les coliques sont moins fréquentes et moins douloureuses. Pour la première fois, il y a eu émission de gaz et une ou deux selles liquides.

Le 12. — A la suite d'un lavement purgatif, le malade a rendu des matières fécales très dures et en grande quantité, il s'est, dit-il, senti soulagé comme par enchantement.

Depuis lors, H... s'est rétabli très promptement, et, au bout de dix jours, il reprenait son travail.

Réflexions. — Les vomissements fécaloïdes ont-ils été quelquefois signalés dans l'intoxication saturnine? Je ne le crois cas : aussi, au moment où ces vomissement sont apparus, le diagnostic de coliques de plomb que j'avais cru pouvoir porter en toute sûreté, ne me paraissait plus aussi certain, et M. le docteur Notta, qui a bien voulu voir le malade, partageait mon hésitation. La débâcle que H... a eue le 12 prouve bien nettement qu'il y avait une obstruction de l'intestin, et la légère submatité que nous avions rencontrée dans le flanc et la région iliaque gauche, montre que cette obstruction siégeait dans l'S iliaque. Les vomissements fécaloïdes peuvent donc se rencontrer dans l'obstruction intestinale simple, et leur pronostic pour être sérieux n'est pas nécessairement fatal, ainsi que le montrent, d'ailleurs, plusieurs observations (1).

Au moment où nous observions notre malade, nous ne connaissions pas le cas publié par le docteur Mathieu, mais les injections de morphine que nous avons employées en même temps que la glace, nous ont également rendu de grands services. « Il faut donc, ainsi que le conseille M. le professeur G. Sée, non pas exciter l'intestin, mais le calmer, non pas l'amener à se contracter, mais, au contraire, l'immobiliser. »

Septembre 1885. — Le malade dont je viens de rapporter l'observation avait pu reprendre son travail à la fin du mois de juillet. Sa santé était bonne et aucun accident nouveau ne s'était produit. Dans le courant du mois d'août, il était occupé à gratter des barres de fer peintes autrefois à la céruse : au bout de quelques jours, il fut pris de coliques de plomb et dut se mettre au lit. Les symptômes qui s'étaient montrés précédemment apparurent alors de nouveau : *les vomissements fécaloïdes* durèrent vingt-quatre heures et cédèrent encore une fois aux injections de chlorhydrate de morphine et à la glace.

BIBLIOTHÈQUE

Du traitement de l'ulcère simple de l'estomac, par le docteur A.-L. Pradet. Paris, 1885.

Dans une thèse fort bien faite, M. Pradet a exposé, en s'appuyant sur plusieurs observations cliniques, l'utilité d'un traitement de l'ulcère simple de l'estomac qu'a préconisé récemment M. Debove.

On peut dire que, depuis Cruveilhier, de grands progrès n'ont pas été réalisés dans

(1) Jaccoud : *Path. int.*, 5e édit., t. II, p. 271. — Thibierge : Thèse 1884. — G. Sée et Mathieu, *Courrier médical*, 1885, p. 234. — Drochon : *Courr. méd.*, 1885, 18 juillet.

la thérapeutique de la gastrite ulcéreuse. La diète lactée, qui compte à son actif de si nombreux succès, quand elle est instituée strictement suivant les préceptes de Cruveilhier, échoue, il faut bien le dire, dans certains cas rebelles ou trop avancés. C'est dans de tels cas que le traitement complexe de M. Debove, par l'emploi des poudres de viande et des alcalins à haute dose, a réussi plusieurs fois et devra désormais être essayé.

M. Pradet, après avoir exposé l'histoire des traitements de l'ulcère simple (régime, thérapeutique des symptômes, médication dite cicatrisante), conclut que chacun d'eux présente des avantages et des inconvénients. Il compare également les divergences entre les auteurs relativement au pronostic de l'ulcère de l'estomac : les uns, comme Grisolle, prétendant qu'on en guérit toujours; d'autres, comme Cathcart-Lees, écrivant que le mode de terminaison le plus fréquent est la péritonite par perforation. M. Pradet, pour s'éclairer au milieu d'affirmations si opposées, poursuit l'étude des causes qui s'opposent à la cicatrisation de l'ulcère. Il ne prend d'ailleurs parti pour aucune théorie pathogénique; éclectique, il admet que l'ulcération peut dépendre tantôt d'une inflammation chronique (Cruveilhier), tantôt de troubles veineux (Rokitansky) ou de troubles artériels (Wirchow). Mais il analyse minutieusement les phénomènes mécaniques et les phénomènes chimiques de la digestion physiologique pour y chercher les causes capables d'entretenir l'ulcération de l'estomac.

Cette analyse conduit aux indications fondamentales du traitement. « L'idéal en cette circonstance, dit M. Pradet, serait de mettre l'estomac au repos complet, tout en fournissant à l'organisme une alimentation suffisante, non seulement pour l'entretien de la vie, mais aussi pour relever les forces du malade. Si nous ne pouvons pas supprimer tout à fait la fonction gastrique, nous pouvons la réduire à son minimum, et faire que l'estomac soit non plus un lieu de séjour et d'élaboration, mais un lieu de passage pour les aliments. Pour obtenir ce résultat, deux conditions suffisent : 1° la neutralisation du suc gastrique; 2° l'usage d'aliments dans un état physique tel qu'ils puissent passer facilement à travers l'orifice pylorique. »

Après avoir essayé successivement diverses substances alcalines pour neutraliser le suc gastrique, l'eau de chaux, le saccharure de chaux, le carbonate de chaux, le savon médicinal, la magnésie, M. Debove s'est arrêté au choix du bicarbonate de soude, qu'il prescrit à dose élevée (30 grammes par jour), de façon à maintenir dans l'estomac une réaction constamment neutre ou même alcaline.

Chez les malades soumis au lavage de l'estomac, on peut, après chaque séance de lavage, introduire directement par le tube un mélange de 25 à 30 grammes de poudre de viande et 10 grammes de bicarbonate de soude. A ceux à qui le lavage n'est pas nécessaire, il est indispensable de faire prendre séparément le bicarbonate de soude et la poudre de viande. Ces malades avaleront dans des pains azymes, immédiatement avant le repas, 4 grammes de bicarbonate de soude; une demi-heure après le repas, 2 grammes; une heure après, 2 grammes; et deux heures après, 2 grammes.

La poudre de viande sera délayée d'abord avec une petite quantité d'eau suffisante pour l'imprégner complètement et en faire une pâte homogène, puis on ajoutera peu à peu l'eau nécessaire pour que le tout soit facilement bu au bol en quelques gorgées; on peut masquer l'odeur et le goût avec quelques gouttes d'essence de menthe, un peu d'eau de fleurs d'oranger, ou même une petite cuillerée de sirop de sucre.

Le lavage de l'estomac est un puissant auxiliaire; mais, s'il arrive que l'eau ramenée par la sonde présente une coloration rosée, il faut suspendre immédiatement le lavage dans la crainte d'une hémorrhagie même légère.

Comme boisson, le malade prendra de l'eau de Vichy ou du lait coupé avec moitié eau de chaux, mais la quantité de liquide ne devra pas dépasser un litre par jour.

On peut commencer le traitement en donnant, les deux premiers jours, une dose moindre que la dose ordinaire, qui est, pour les hommes, 100 grammes de poudre de viande et 30 grammes de bicarbonate de soude; pour les femmes, 75 grammes de poudre de viande, 24 grammes de bicarbonate. — La médication doit être poursuivie jusqu'à la guérison complète, et ce n'est qu'avec beaucoup de précaution qu'on passera graduellement alors au régime ordinaire.

©BIU Santé

Telles sont les règles de la nouvelle méthode imaginée par M. Debove, à l'esprit ingénieux duquel la thérapeutique est déjà redevable de plusieurs médications si utiles; M. Pradet s'est fait, dans le travail que nous venons d'analyser, l'interprète fidèle et intelligent des vues de son maître. — P. Le Gendre.

Le Portugal et ses Eaux thermales, par le docteur Fr. Levère et Ern. Fuzier. Vol. petit in-16, 1884.

La France est si riche en eaux minérales, qu'on ne s'y est jamais bien occupé des stations hydriatiques étrangères. Qui soupçonne l'existence des Eaux thermales du Portugal? Et, cependant, il y a dans ce pays des Eaux et des stations interessantes! C'est ce que je viens d'apprendre en lisant le petit volume que je me suis chargé de présenter au public. Les auteurs ont eu l'amabilité de me l'adresser : je les remercie, car tout ce qui touche aux Eaux minérales m'intéresse. Ce sont deux hommes de beaucoup de talent : l'un, M. E. Fuzier, est un publiciste très-répandu dans le midi de la France, très au courant des questions historiques, littéraires et politiques; l'autre, M. le docteur Levère, pratique avec distinction la médecine à Béziers. De leur collaboration est sorti un ouvrage instructif et qui, sans doute, ne sera pas sans utilité pour les Portugais eux-mêmes.

Le Portugal et ses Eaux thermales est divisé en cinq chapitres, complétés par des notes et des observations. Les quatre premiers chapitre sont consacrés à la géographie du Portugal, à son histoire politique, à sa langue et à sa littérature, enfin aux coutumes et aux mœurs des Portugais.

Le cinquième chapitre forme à lui seul le tiers de l'ouvrage : il comprend l'étude des Eaux minérales du Portugal. Et, d'abord, on y distingue deux grandes divisions : la première, consacrée aux généralités ; la seconde, à des notices particulières. Cette seconde division est un vrai manuel pratique des Eaux minérales du Portugal. Les notices qu'il renferme sont au nombre de treize, concernant les stations suivantes: Caldos de Rainha, chlorurée sodique tiède; Chaves, Aaez, Alcafuche, Arégos, Caldas de Gerez, Monchique, San Pedro del Sul, sulfureuses chaudes ; Moutachique, Casal de Barras, Mina-Nova, Quinta-do-Tomazini, Bellos, ferrugineuses froides. A coté de ces stations, qui ont été visitées par l'un des auteurs, nous trouvons le signalement de sept autres stations moins importantes, quoique ayant, comme Estoril, par exemple, une assez grande renommée.

Les auteurs nous annoncent, dans leur préface, qu'ils compléteront ce premier travail : nous espérons qu'ils tiendront prochainement leur promesse; et nous ne doutons pas que des encouragements mérités ne viennent les soutenir dans cette tâche qui exige beaucoup de science et de dévouement. — V. Audhoui.

REVUE DES JOURNAUX

Diagnostik und therapie d. Rückenmarkskrankheit, etc. (*Diagnostic et thérapeutique des maladies de la moelle en douze leçons*), par Rosenthal, 2e édit., 1884. — C'est trop rarement que nous voyons des maîtres aborder l'ingrat labeur de la rédaction d'un *Compendium* où ils condensent, au plus grand profit des élèves et dela professionentière, et avec l'autorité que donne une longue pratique du sujet, le fruit d'une vaste expérience et les acquisitions d'une compétence hautement reconnue dans la spécialité. Le plus souvent, au lieu du couronnement d'une carrière, ce travail de synthèse est la pierre d'attente d'un débutant sans mandat, dont les efforts sont louables sans doute, mais chez qui le peu de maturité de l'esprit critique rachète incomplètement des idées sans netteté et l'expérience absente.

C'est pourquoi nous devons une mention particulière à la 2e édition de ce manuel, dans lequel Rosenthal traite, en douze leçons, du diagnostic et de la thérapeutique des maladies de la moelle, où sont envisagées, aussi bien que les entités fondamentales, les formes et les variétés les plus récemment reconnues dans les myélopathies. On connaît déjà, en France, le *Traité des maladies du système nerveux* du Charcot viennois par la

traduction de notre collaborateur, M. Lubanski. Il y a là, dans ce petit in-octavo de près de 200 pages, d'un caractère compacte et d'une rédaction extrêmement sobre, la matière d'une autre traduction dont le succès est assuré d'avance, en l'absence, dans notre littérature médicale, de tout travail de cette nature, mais dont nous ne devrons pas dissimuler les grandes difficultés d'adaptation. Un autre motif du bon accueil réservé à cet ouvrage réside dans l'honnêteté d'une érudition qui a donné la première place aux travaux français et cite, à chaque page, Charcot, Duchenne, Vulpian, Parrot, Pitres, Joffroy, et tant d'autres.

Dans l'impossibilité de passer en revue chacun de ces douze chapitres si nourris, nous nous bornerons à relever ces quelques lignes sur l'étiologie du tabes. La transmission héréditaire est, d'après Rosenthal, extrêmement rare; toute tare névropathique chez les ascendants constitue cependant une prédisposition. Causes immédiates : refroidissements, excès sexuels, surmenage psychique et corporel, épuisement à la suite de maladies aiguës, d'une lactation prolongée, de grossesses répétées. Tuczek a vu un certain nombre de fois le tabes succéder à l'ergotisme épidémique. Le tabes syphilitique ne paraît rien moins que démontré. Si Fournier rencontre 91 tabétiques sur 100 syphilitiques, Erb 88, Vulpian 75, Westphal n'en signale plus que 14, et l'auteur lui-même 20 (200 observations). Il fait remarquer que les fortes proportions se sont montrées dans des milieux où la syphilis est particulièrement fréquente et où on peut dès lors la rencontrer, associée au tabes d'une façon contingente et sans rapport de causalité, beaucoup plus souvent que dans les classes où elle est une rareté, comme à la campagne, chez les femmes, etc. Chez 10 hommes, traités de six à dix ans, avant leur mariage, pour des accidents de syphilis secondaire, *pères d'enfants robustes*, Rosenthal voit survenir ultérieurement le tabes; mais d'autres causes étaient intervenues. Le traitement spécifique a aggravé certains cas, a paru le point de départ de certains autres par la débilitation qui s'en était suivie et, ailleurs, n'a donné aucun résultat thérapeutique. Sur 16 autopsies de tabétiques dits syphilitiques, 14 fois Westphal ne rencontre aucune lésion spécifique des organes. Cliniquement, il est impossible de différencier le tabes syphilitique de l'ataxie commune. On connaît bien, à côté de cela, les myélites ou myéloméningites spécifiques, dont les productions diffuses ne donnent lieu que secondairement, et suivant la loi des processus vulgaires, à des dégénérations systématiques.

On ne saurait méconnaître la force de ces arguments. — R. Longuet.

De l'albuminurie régulièrement intermittente, par Falkenheim. — Le sujet de cette curieuse observation est un homme vigoureux, ayant gardé d'attaques d'impaludisme anciennes, une hypertrophie considérable de la rate. L'examen des urines au point de vue de l'albumine ayant donné des résultats contradictoires, il fut suivi de plus près et on acquit la certitude que l'albuminurie accompagnait ou suivait toujours le séjour au lit, que de plus le mode de décubitus influençait notablement le phénomène. Si le malade reposait sur le dos ou le côté droit, on ne trouvait que des traces d'albumine ; de même s'il se couchait sur le ventre. Au contraire le décubitus sur le côté gauche déterminait l'apparition des grandes quantités d'albumine dans les urines. Il devient évident par là que c'était la tumeur splénique, libérant ou chargeant tour à tour l'hypochondre, qui commandait par la compression des veines rénales probablement, les fluctuations de l'albuminurie (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1884, XXXV, p. 446). — R. L.

Paralysie diphtéritique avec ataxie, par Schultz. — Fillette de 12 ans ayant souffert au début de juillet 1883 d'une grave attaque de diphtérie ayant duré trois semaines. On la voit fin août. Pas de paralysie oculaire. Vision bonne. Pupilles égales, réagissant bien à la lumière. Voix très nasonnée, parole presque incompréhensible. Voile du palais presque immobile. Luette déviée à droite. Légères paresthésies des mains. La force musculaire des bras et des mains est conservée ; mais les mouvements sont manifestement ataxiques ; la démarche est encore plus caractéristique. Perte de l'équilibre, les yeux fermés. Sensibilité de la plante du pied et des orteils diminuée, conservée sur le dos du pied. Réflexe rotulien disparu. Les troncs nerveux des extrémités inférieurs ne sont pas douloureux. Le traitement consiste dans la galvanisation de la moelle, un bain chaud tous les deux jours, le fer à l'intérieur. Au bout de vingt-

©BIU Santé

trois séances, l'amélioration est considérable sur tous les points. Après quatorze autres séances la guérison est complète ; mais les réflexes rotuliens sont toujours absents. (*Id.*, p. 474). — R. L.

Névrite syphilitique du plexus brachial, par SCHULTZ. — Homme vigoureux de 31 ans. Début par une arthrite du poignet gauche qui s'améliore en laissant des douleurs lancinantes dans tout le bras et des fourmillements dans les extrémités des doigts. Puis survient de la faiblesse et de l'amaigrissement de tout le membre, qui est plus froid que le bras droit, mais n'est le siège d'aucun œdème. Le plexus brachial, les nerfs accessoire et cubital sont très sensibles à la pression. La galvanisation détermine un commencement d'amélioration. L'apparition d'une roséole fit songer à l'existence d'une syphilis niée du malade. Le traitement spécifique institué (injections de sublimé) amena en vingt-cinq jours une guérison complète (*Id.*, p. 475). — R. L.

Traitement de la méningite tuberculeuse par le phosphore, par Henry GREENWAY. — Rebuté par de nombreux échecs, l'auteur eut l'idée d'employer, dans un cas désespéré, le phosphore administré alternativement avec les médicaments communs dont l'inutilité lui était trop démontrée, mais qui lui étaient comme imposés par la tradition. Il employa la préparation française connue sous le nom de sirop de phosphore de Fauconnet. Vingt-quatre heures après le début de cette nouvelle médication, il avait la satisfaction de constater une amélioration considérable, alors que tout espoir semblait perdu, et toute intervention condamnée d'avance. Au bout de quatre jours, tout symptôme inquiétant avait disparu. En trois semaines, guérison complète. L'enfant est demeuré excitable pendant quelques temps, puis a recouvré une santé parfaite.

Dans un autre cas, le phosphore fut prescrit seul, avec semblable succès. Chez un enfant atteint d'hydrocéphale chronique, non seulement la méningite fut guérie, mais les dimensions de la tête subirent une réduction notable. Le plus jeune malade ainsi traité est une petite fille d'un an et demi, au dernier degré du marasme, son affection se compliquant de tuberculose mésentérique. Les signes de méningite étaient, d'autre part, des plus évidents : rotation de la tête, facies caractéristique, cri méningitique, etc. Et cependant, au bout de sept jours tout accident céphalique avait disparu. L'enfant est naturellement resté débile du fait de la diathèse. L'auteur prescrit une dose de un à deux minimes de phosphore pour chaque année d'âge, répétée toutes les quatre heures, si nécessaire.

La thérapeutique est trop désarmée en face de cette terrible maladie pour qu'on ne s'empresse de donner la plus grande publicité à de pareils faits, consciencieusement observés. (*The British med. J.*, 1884, I, p. 1,145.) — R. L.

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'épidémie d'ictère de Brême.

Les épidémies d'ictère sont loin d'être fréquentes. Néanmoins, dans ces derniers temps, elles ont motivées en Allemagne et à l'étranger les travaux cliniques de Schuppel, Ponfrick, Klingelhoffer, Ewœld, Kahnchorn et Lurman.

Il y aura bientôt deux ans, du mois d'octobre 1883 au mois d'avril 1884, une épidémie de cette nature frappa le personnel d'une usine de la banlieue de Brême. Construite sur la rive droite du Weser, à l'ouest de la ville et sur un terrain à l'abri des inondations, cet établissement réunissait toutes les conditions d'une bonne hygiène.

On y travaillait le fer ; aucun mouvement de terrain n'avait été opéré dans la contrée. Enfin, dans la pathogénie de cette affection, on ne put accuser ni l'emploi du phosphore, ni l'insalubrité des égouts ou du système de vidanges ; car le premier n'était pas employé dans l'usine et la désinfection des seconds s'opérait régulièrement.

Le personnel de l'usine varia durant l'épidémie entre 1,200 et 1,500 personnes, et le premier cas se manifesta dans le courant d'octobre ; en novembre, on comptait 33 malades ; en décembre, 137 ; en janvier, 14 ; en février et mars, 5, et en avril, 2. Cette statis-

tique comprend seulement les cas pour lesquels l'assistance du médecin fut réclamée ; il y en eut d'autres, en grand nombre, plus bénins parmi les ouvriers et dans la ville.

La jaunisse n'était pas le phénomène initial. Des symptômes de catarrhe gastrique la précédaient, duraient un septenaire et exceptionnellement plus longtemps, et s'accompagnaient de constipation ou parfois de diarrhée. Dès que l'ictère colorait la peau, ces phénomènes subjectifs s'amendaient dans la majorité des cas, rarement s'aggravaient et la diarrhée remplaçait la constipation. Avec cet ictère, les malades accusaient des démangeaisons cutanées et des troubles visuels. L'épigastre était sensible au toucher, mais d'après l'historien de cette épidémie, M. Lurman, il n'existait ni élargissement du foie, ni tumeur vésicale. La fièvre faisait défaut et, dans quelques cas, on observait seulement un ralentissement considérable du pouls.

Pendant l'accès, les selles se décoloraient, mais cette décoloration passagère ne persistait pas autant que la coloration jaune très rebelle de la peau, de la conjonctive et de l'urine. A l'analyse chimique, ce dernier liquide était exempt d'albumine et d'acides biliaires, mais riche en matières colorantes de la bile.

La durée de l'ictère variait de deux à six semaines, pendant lesquelles l'amaigrissement et la faiblesse du malade étaient considérables. Néanmoins, aucun cas ne se termina fatalement. L'étiologie de cette épidémie reste obscure. On a bien dit que le personnel de l'établissement avait été revacciné trois mois auparavant. Mais ces vaccinations, pratiquées avec toutes les précautions antiseptiques, ne donnent pas la cause de la maladie, puisque sur 1,426 individus revaccinés, 191 seulement furent atteints. On en trouverait plutôt l'explication dans la théorie récemment et brillamment exposée par M. Chauffard dans la *Revue de médecine*. Cet ictère serait donc une maladie générale, caractérisée à la fois par des troubles hépatiques et par des symptômes généraux : courbatures, douleurs généralisées, somnolence et fièvre ; tous phénomènes observés par les médecins de Brême. — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1885.

Bien que la *rétention d'urine* soit un accident rare dans le jeune âge, M. Arnozan a pu en communiquer un cas à ses collègues, dans la séance du 16 janvier. Le sujet de cette observation était un garçon de 6 mois, bien conformé et vigoureux, chez lequel la rétention d'urine survint inopinément et nécessita le cathétérisme répété, à la suite duquel M. Arnozan constata une cystite passagère.

Le même jour, M. Davezac rapportait l'histoire d'une *parotidite suppurée suivie de bronchite suppurée*, et terminée par la mort. Neuf jours après l'entrée à l'hôpital et les phénomènes caractéristiques de l'embarras gastrique, la région parotidienne se tuméfia et la température s'éleva à 38°8. On s'apprêtait à intervenir chirurgicalement, quand cette tuméfaction s'atténua. On observait en même temps de la congestion pulmonaire et de la bronchite capillaire.

A l'autopsie, il existait de petits abcès dans le parenchyme parotidien, les lésions d'une bronchite capillaire suraiguë et, dans le sinus longitudinal supérieur droit, un caillot se prolongeant jusque dans le golfe de la veine jugulaire. L'examen microbique du sang ne fut pas pratiqué ; on doit le regretter, car ces manifestations avaient les allures d'une maladie infectieuse progressant en deux temps. Au début, les signes étaient ceux de l'embarras gastrique léger et, après neuf jours d'apyrexie, les accidents devinrent graves et prirent une marche rapide.

Le 30 janvier, M. Pitres reprenait une question toujours en litige : celle des déformations thoraciques par les épanchements pleuraux, dans un mémoire intitulé : *De la voussure du thorax et du signe du cordeau chez les pleurétiques*.

Dans ces derniers temps, on n'a pas oublié la tentative de M. Peyrot pour établir que la voussure thoracique résulte de l'entraînement latéral du bord inférieur de la cage

©BIU Santé

thoracique vers le côté où siège l'épanchement; cet entraînement s'opérant par une rotation autour d'un axe rigide, représenté par la colonne vertébrale et ayant pour effet d'augmenter l'amplitude et la capacité du côté malade aux dépens du côté sain, M. Peyrot donnait à cette déformation le nom d'oblique ovalaire.

Pour en apprécier l'étendue, M. Pitres fait usage du procédé du cordeau, dont il démontre l'exactitude, en s'appuyant sur ce que, dans le décubitus dorsal, un fil tendu entre le milieu de la fourchette sternale, d'une part, et le milieu de la symphise pubienne, de l'autre, tombe exactement sur la ligne médiane du sternum et la ligne blanche abdominale. Il en est autrement dans la pleurésie avec voussure.

L'appendice xyphoïde s'est déplacé de 1 à 3 centimètres vers la droite ou vers la gauche. Ce déplacement a lieu de l'un ou de l'autre côté, suivant le siège de l'épanchement et donne raison des résultats négatifs obtenus par la mensuration comparée des deux côtés de la poitrine chez les pleurétiques. Chez ces malades, en effet, le point de repère postérieur du milieu des apophyses épineuses demeure fixe. Par contre, le point de repère antérieur sur le milieu du sternum est mobile, se déplace avec l'épanchement et la mensuration ne peut donner de résultats exacts.

Le demi-périmètre du côté dévié paraîtra plus petit, le demi-périmètre du côté sain plus grand, de sorte que l'erreur définitive totalisera les deux erreurs, l'une en moins, l'autre en trop.

Cette argumentation est appuyée par des observations personnelles de M. Pitres. Elles la justifient, mais n'augmentent pas leur intérêt qui est plus théorique que pratique, à cause de la résistance très différente des parois thoraciques suivant les individus; à cause aussi de ces déformations dans certains cas de congestion pulmonaire et dans la spléno-pneumonie. Elles n'ont donc guère qu'une valeur très relative comme signe d'épanchement intra-thoracique.

Sous la rubrique de *paralysie du moteur oculaire commun droit et d'hémiparésie gauche*, M. Davezac a rapporté une observation de paralysie alterne d'origine pédonculaire, caractérisée anatomiquement par un foyer de ramollissement intéressant le tronc nerveux et une partie du pédoncule cérébral correspondant. L'étage supérieur du pédoncule droit était intact et la lésion occupait seulement les faces interne et inférieure de cet organe; en d'autres termes, une partie des étages moyen et inférieur. Cette localisation explique l'absence de troubles vaso-moteurs et l'intégrité des sphincters, dont Budge, Schiff et autres placent le centre dans l'étage supérieur pédonculaire.

Au moment où la phthisie bacillaire prend droit de cité dans la clinique et modifie le diagnostic des maladies du poumon, M. Salles a fait une communication d'actualité sous le titre d'*immobilisation d'une phthisie bacillaire du poumon*.

Le diagnostic clinique, confirmé par le diagnostic histologique, motiva le traitement employé, qui consista d'abord en inhalations de poussière d'eau tenant en dissolution du bichlorure de mercure; mais cette solution provoquant des accès de toux, M. Salles lui substitua la pulvérisation d'une solution de bi-iodure d'hydrargyre ainsi formulée : Iodure de potassium, 2 gr.; bi-iodure de mercure, 1 gr.; eau, 1000 gr. Depuis, le malade se trouve mieux et n'éprouve plus de poussée fébrile tuberculeuse. Les indurations tuberculeuses seraient donc en voie de transformation fibreuse.

Enfin, voici une série de communications qui méritent d'être consultée : 1° les *applications diverses de la cocaïne en ophthalmologie*, par M. Georges Martin; 2° une observation de *kyste de l'ovaire très volumineux, avec grossesse*, terminé par un accouchement à huit mois et une heureuse ovariotomie, par M. Louis Hirigoyen; 3° un *cas de tumeur intra-thoracique avec compression du nerf récurrent gauche*, par M. Mandillon; 4° une note de M. Vincent, sur la *circulation périencéphalique* et son *but physiologique;* 5° un mémoire, de M. Troquart, sur les *corps étrangers des voies digestives*; 6° une discussion, provoquée par M. Segay, sur l'influence des traumatismes dans le développement des diathèses, à propos de la présentation d'un malade opéré d'une tumeur tuberculeuse suivie de la multiplication de ces localisations de la maladie générale. En terminant, je signale un travail, de M. Peyraud (de Libourne), sur la *composition de l'eau de Vichy*, où notre confrère mentionne une fois de plus les effets anesthésiques de l'acide carbonique. Au reste, à l'heure actuelle, ces propriétés ne sont pas nouvellement connues. Depuis les

récents travaux de M. Brown-Séquard, dont on ne saurait trop rappeler le nom à ce sujet, elles ont été mieux définies. Dans le débat, provoqué par le travail de M. Peyraud, on n'en a guère tenu compte, pas plus que des vertus antiseptiques et désinfectantes de cet acide, bien constatées depuis longtemps et signalées de nouveau par le savant professeur du Collège de France. A ce point de vue, une plus ample connaissance des travaux de laboratoire serait d'utilit pour un bon nombre d'observateurs et leur éviterait l'inconvénient de renouveler la découverte de faits déjà acquis et sagement interprétés.

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 septembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

La correspondance non officielle comprend diverses communications relatives au choléra. (Commission du choléra.)

M. Dujardin-Beaumetz présente : 1° de la part de M. Desnos, médecin de l'hôpital de la Charité, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux, un remarquable mémoire sur la *paraldéhyde;* — 2° au nom de MM. G. Bardet et Macquarie, un volume intitulé : *Les villes d'eaux de la France.* (Collection des Guides Dentu.)

M. de Villiers dépose sur le bureau une lettre de M. le docteur Galtier (de Nimes), renfermant le complément et les conclusions des observations qu'il avait précédemment adressées à l'Académie sur les épidémies de choléra de Nimes et Saint-Cézaire, avec un plan des parties contaminées de ces mêmes localités.

M. Larrey présente : 1° au nom de M. le docteur Longet, médecin-major de 1re classe, un travail manuscrit intitulé : « Etudes comparatives sur les revaccinations pratiquées en 1885 au moyen du vaccin animal obtenu par la culture du horse-pox spontané sur une génisse au moyen de vaccin de revaccinés; et de virus vaccinal recueilli sur une génisse inoculée avec du vaccin de revaccinés ou de rétro-vaccin »; — 2° au nom de M. le docteur Gustave Lebon, une note manuscrite sur la genèse du choléra dans l'Inde, et sur l'action des ptomaïnes volatiles.

M. Riche présente, au nom de M. Balland, pharmacien-major, une note manuscrite sur la présence d'alcaloïdes dans les anciennes farines.

M. Polaillon présente : 1° en son propre nom, un travail intitulé : *Contribution à la cheiroplastie*; — 2° au nom de M. le docteur Ménager, la thèse inaugurale sur la résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Méhu donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Baudrimont.

M. Gariel, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Le Roy de Méricourt, fait un rapport sur un travail de M. le docteur Maurel, médecin de 1re classe de la marine, contenant le résultat de ses recherches sur les causes des variations nychthémérales de la température normale des êtres vivants. Les recherches de l'auteur ont été faites sur les lapins.

Tout en faisant des réserves qui l'empêchent de regarder les expériences comme résolvant absolument la question des causes des variations de la température animale, et, en particulier, de faire à l'homme l'application de leurs résultats, M. le rapporteur estime que les recherches de M. Maurel méritent d'être encouragées.

M. Dubousquet-Laborderie lit un travail intitulé : *Exposé de la constitution médicale actuelle de la commune de Saint-Ouen.* Les faits relatés dans ce travail semblent indiquer que cette constitution médicale serait caractérisée par la combinaison d'une influence cholérique saisonnière avec l'influence typhoïdique (Comm. du choléra).

Le docteur A. Brondel, (d'Alger), fait une communication sur l'introduction dans l'éco-

©BIU Santé

nomie de certains médicaments au moyen de l'électricité. Si on fait passer un courant dans une dissolution d'un sel, le métal se rend au pôle négatif et le métalloïde, dans certains sels, ou l'acide, vont au pôle positif : le sel est décomposé. C'est cette opération que le docteur Brondel a réussi à accomplir au travers de l'organisme et à laquelle il a donné le nom de *diélectrolyse*. Pour l'iode, qui est un métalloïde très facilement diélectrolysable, il applique sur une partie du corps une lame d'amadou, trempée dans une solution d'iodure de potassium, et par dessus cette lame le pôle négatif d'une pile dont le pôle positif est placé sur une autre partie du corps ; l'iode se sépare du potassium qui reste au pôle négatif et chemine à travers les tissus organiques vers le pôle positif où il arrive très rapidement comme on peut s'en assurer au moyen d'un papier amidonné qui bleuit. C'est là une méthode *hypodermique*, ou plutôt *intra-organique, sans effraction de la peau*, ce qui supprime la douleur. Un grand nombre de corps simples pourront ainsi traverser l'économie, et les applications de la nouvelle méthode peuvent être très nombreuses et importantes. Le docteur Brondel a ainsi guéri des fibrômes utérins, une périmétrite, une névralgie ovarienne rhumatismale, des cas de rhumatisme articulaire chronique. Les recherches ultérieures de l'auteur (Comm. MM. Gariel, Dujardin-Beaumetz, Féréol) doivent porter sur diverses maladies ; les tumeurs parasitaires et malignes, les maladies de la peau, la syphilis, les névralgies, etc., et surtout la phthisie où le docteur Brondel compte essayer l'action de divers antiseptiques minéraux, arsenic, mercure, fluor, que la diélectrolyse permet de faire pénétrer jusque dans le tissu pulmonaire. Il y a là une voie nouvelle ouverte et il est certain qu'elle sera parcourue.

— La séance est levée à quatre heures.

FORMULAIRE

GOUTTES CALMANTES ANTIDYSEPTIQUES. — G. Sée.

Teinture de jusquiame.....	} ää	10 grammes.
Teinture de ciguë.....		
Teinture de gentiane.....		5 —
Essence d'anis.....		10 gouttes.

Mêlez. — 10 à 30 gouttes, à chaque repas, dans les dyspepsies douloureuses et dans le cancer de l'estomac. — N. G.

COURRIER

Sur la proposition de M. Lamarle, directeur de la Compagnie des Eaux minérales de La Bourboule, le Conseil municipal de cette station thermale, dans sa séance du 21 août dernier, a décidé que le nom de Gueneau de Mussy serait donné à l'une des principales places ou rues de la ville, comme témoignage de reconnaissance envers le très regretté docteur M. Noël Gueneau de Mussy.

Tout le monde sait que M. Noël Guenéau de Mussy a été réellement l'un des créateurs de la réputation de La Bourboule, et que l'ère de prospérité inouïe où cette ville d'eaux est entrée, date de la publication des résultats si remarquables que l'illustre praticien a obtenus de l'emploi de cette eau minérale dans les hôpitaux de Paris.

MISSION SCIENTIFIQUE — M. le docteur Néis, médecin de première classe de la marine, est chargé d'une mission au Tonkin en vue d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'État.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Chalançon est nommé, pour trois ans, préparateur de physiologie, en remplacement de M. Guérin, démissionnaire.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Lancereaux : De la bronchite fétide. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Sociétés médicales des départements. — V. L'Epidémie cholérique de 1885. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

De la bronchite fétide.

Faits cliniques. — Fréquence de cette affection. — Symptômes ; évolution ; diagnostic et pronostic. — Indications thérapeutiques.

Par le docteur Lancereaux.

Leçon recueillie par M. Œttinger, interne du service.

Messieurs,

Vous avez vu récemment, dans nos salles, plusieurs malades atteints de bronchite fétide ; et vous avez pu étudier et suivre l'évolution de cette maladie, difficile à reconnaître, dans bien des cas, et si souvent rebelle à tout traitement ; je désire aujourd'hui vous parler plus longuement de cette affection et vous retracer d'abord l'histoire intéressante de deux de nos malades.

Au n° 27 de la salle Piorry se trouve un malade, à l'aspect vigoureux, âgé de 38 ans, et entré à l'hôpital le 15 février dernier. Son père est mort, à 82 ans, d'une attaque de paralysie ; sa mère vit encore et se porte bien, malgré des accès d'asthme assez fréquents ; lui-même jouit habituellement d'une bonne santé. En 1862, il contracta les fièvres intermittentes en Afrique ; mais, depuis, il n'a jamais eu d'accès d'impaludisme ; depuis une quinzaine d'années environ, il tousse fréquemment, presque chaque matin, et sa toux se manifeste généralement par quintes prolongées, de trois à cinq minutes environ.

A la fin de novembre 1883, il contracta une bronchite intense avec laryngite, qui dura fort longtemps ; vers le mois de janvier, les quintes de toux matinales, toujours très fréquentes, s'accompagnèrent d'une fétidité tout à fait particulière de l'haleine, fédidité telle que le malade en était fort incommodé, et était pris souvent de nausées et de vomissements ; ces accidents persistent encore lors de son entrée à l'hôpital.

Nous constatons à ce moment que l'expectoration présente deux caractères bien marqués : d'abord une abondance très grande puisqu'elle est souvent de plus d'un demi-litre dans la journée et dans la nuit ; et, ensuite, une odeur spéciale, odeur fade, fétide, moins accusée pour nous que pour le malade. Lorsqu'on laisse déposer les crachats, on voit que la couche supérieure est aérée, visqueuse, composée de masses de mucosités verdâtres, pelotonnées, tandis que la couche inférieure est constituée par un sédiment de pus, séparée de la supérieure par une quantité notable d'un liquide clair, visqueux, qui donne aux crachats leur consistance spéciale.

L'auscultation de la poitrine nous révèle l'existence d'une respiration rude, avec diminution de l'amplitude du murmure vésiculaire et quelques râles fins, disséminés dans les deux poumons. Ajoutons que les autres organes nous paraissent entièrement sains. Toutefois, l'appétit est nul et le thermomètre accuse une élévation assez notable de la température, variant entre 38° et 39°3 (Potion avec hyposulfite de soude à la dose de 4 grammes).

Le 20 février, la fétidité des crachats a déjà diminué et, en même temps, l'expectoration est moins abondante.

BIU Santé

Le 25, la fièvre est entièrement tombée; les crachats ne présentent plus qu'une odeur peu accusée, et le malade ne s'en aperçoit guère que le matin au réveil, après les premières quintes de toux. Enfin, le 24 mars, le malade quitte l'hôpital, ne toussant plus, ne crachant plus et jouissant d'un excellent état général.

A côté de ce malade, dont les symptômes étaient, pour ainsi dire, sans ténacité, nous devons placer un autre malade, couché au n° 33, parce qu'il contraste avec le précédent. Tandis que celui-ci avait conservé tout son embonpoint, celui-là est pâle, maigre, et présente tous les attributs d'un phthisique à la troisième période. Cet homme, âgé de 53 ans, n'a jamais été malade et, depuis quatre ans seulement, il tousse fréquemment; en 1880, en effet, il a été soigné, à la Pitié, pour des accidents pareils à ceux qui nous l'amènent aujourd'hui.

Il expectorait alors une grande quantité de crachats répandant une odeur infecte et il avait été considéré comme atteint de tuberculose pulmonaire; sorti de l'hôpital, il s'était peu à peu remis et avait repris le cours de ses occupations. En février dernier, il se refroidit après avoir reçu une forte pluie, et toussa depuis ce moment beaucoup plus abondamment qu'il ne le faisait auparavant. Cette toux, fatigante, quinteuse, surtout nocturne, s'accompagne aujourd'hui d'une expectoration très abondante. Ses crachats, qui dans l'espace d'une journée remplissent une demi-cuvette environ, sont lourds, visqueux; ils constituent comme une espèce de pâte et, lorsqu'on les laisse déposer, ils forment dans le fond du vase un sédiment de pus assez abondant, tandis que la partie supérieure est formée par un liquide sirupeux, à la surface duquel nagent des masses floconneuses, emprisonnant de nombreux globules de pus lesquels, par le repos, gagnent les parties déclives du vase. Du reste, ils répandent une odeur fétide, repoussante.

L'auscultation dénote l'existence, dans les deux poumons, de nombreux rhonchus sonores; en outre, la matité de la base gauche, l'existence, à ce niveau, d'un souffle caverneux et de gros râles sous-crépitants, nous permettent de supposer qu'il existe là une induration avec excavation par dilatation bronchique.

Cet homme est pâle, émacié, amaigri; depuis le début de sa maladie, il aurait, dit-il, diminué de plusieurs kilogrammes.

Le 2 mai, il est soumis au traitement par l'hyposulfite de soude, à la dose de 4 grammes, et, au bout de peu de jours, survient une amélioration marquée; celle-ci, entravée par une imprudence du malade, qui descend dans la cour et remonte avec les pieds enflés, ne tarde cependant pas à s'accentuer. Le malade tousse et crache beaucoup moins; la fétidité de l'expectoration diminue chaque jour; il existe un mieux notable : l'état général est bon et, aujourd'hui, 19 mai, notre patient a déjà augmenté de 3 kilogrammes (1).

Tels sont les faits que nous avons actuellement sous les yeux, mais il nous serait facile d'en ajouter bien d'autres; il s'agit là d'une maladie assez commune, si l'on veut se donner la peine de la diagnostiquer.

(1) Cette amélioration rapide n'a pas été suivie d'une guérison complète, en ce sens que le malade, quoique beaucoup mieux, a continué de tousser et cela vraisemblablement à cause de l'induration du poumon gauche; néanmoins il est sorti de l'hôpital dans un état très satisfaisant.

Les personnes qui en sont atteintes commencent par tousser pendant un temps plus ou moins long ; d'ordinaire, elles ont une toux sèche, quinteuse, revenant avec insistance le matin au réveil ; puis un jour, sans cause appréciable, quelquefois après un refroidissement, les crachats prennent une odeur fétide, d'abord peu accusée et qui se manifeste surtout par une odeur repoussante de l'haleine ; ce phénomène qui, en général, attire peu l'attention disparaît jusqu'au jour où les symptômes de bronchite se reproduisent avec une intensité plus grande.

Un an ou deux après les premiers accidents, quelquefois sept ou huit ans seulement, la toux devient plus fréquente, l'expectoration plus abondante, la fétidité des crachats plus accusée. Ceux-ci, comme nous l'avons vu, présentent des caractères importants qu'il est fort utile d'étudier pour avoir en mains de quoi établir le diagnostic. Ils sont abondants, atteignent en quantité un demi-litre, trois quarts de litre et même plus en vingt-quatre heures ; ils laissent déposer par le repos un sédiment purulent plus ou moins abondant ; ce pus est en partie libre dans l'expectoration, en partie mêlé aux mucosités bronchiques qui nagent dans le liquide expectoré ; aussi voit-on le sédiment purulent augmenter de quantité par le repos prolongé des crachats ; la majeure partie de ces derniers est constitué par un liquide de sécrétion bronchique qui prend une consistance visqueuse, sirupeuse et qui donne à toute la masse un poids spécifique très notable. Il faut également remarquer que les crachats ont parfois une coloration rougeâtre, couleur chocolat, dûe au mélange d'une certaine quantité de sang aux mucosités bronchiques ; mais une hémoptysie proprement dite est ici un fait tout à fait exceptionnel.

Enfin, il faut noter l'absence de bacilles tuberculeux et la présence de nombreux micrococcus qui est présentent particulièrement sous forme de diplococcus ; c'est là, du moins, ce que nous avons pu constater chez les malades soignés en ce moment dans nos salles.

L'odeur tantôt peu accusée, ne se révélant pour ainsi dire au malade que par la fétidité de l'haleine, devient, dans d'autres circonstances, beaucoup plus repoussante ; c'est une odeur fade qui parfois, mais surtout au moment de l'expectoration, prend le caractère de la gangrène pulmonaire, de la macération anatomique.

L'auscultation et la percussion des poumons sont loin d'être en rapport avec les caractères importants que fournissent les crachats ; le plus souvent, il existe à peine des râles de bronchite, des modifications dans l'amplitude du murmure vésiculaire. Quelquefois, cependant, on trouve de petits foyers de râles fins disséminés, ou encore de véritables signes cavitaires, souffle et gargouillement, lorsque la lésion est déjà arrivée à une phase avancée. Le diagnostic est alors extrêmement difficile et, bien souvent, on pense à la tuberculose pulmonaire, d'autant plus qu'à cette période de la maladie, le patient est pâle, émacié, amaigri, et présente tous les attributs d'un phthisique arrivé à la dernière période. La fièvre survient enfin, puis la diarrhée et l'œdème des membres inférieurs. La mort peut être le terme de cette longue évolution morbide ; mais il faut dire, cependant, que c'est là un cas exceptionnel et que le professeur Lasègue a pu, à juste raison, appeler cette forme de bronchite, la gangrène curable du poumon.

Briquet, en 1841, appela l'attention sur une forme particulière de gangrène pulmonaire qu'il appela gangrène des extrémités bronchiques ; cette

©BIU Santé

affection fut étudiée plus tard par Dittrich, puis par Traube (1) sous le nom de bronchite putride, mais ce dernier étudie surtout dans son mémoire la gangrène parenchymateuse du poumon comme complication terminale de la bronchorrhée et de la bronchite.

L'évolution des lésions de la bronchite fétide est facile à étudier; elle nous rend compte des symptômes que présentent les malades; à la suite de poussées bronchiques répétées, les bronches restent épaissies, injectées, couvertes de mucus et de pus; quelquefois, elles subissent un léger degré de dilatation et d'épaississement, au niveau surtout de la muqueuse; ces lésions, qui se cantonnent dans les grosses bronches, n'épargnent pas les petites ramifications; elles peuvent s'étendre à un seul ou plusieurs lobes du poumon. Les lobes inférieurs sont principalement affectés, mais pas d'une façon exclusive.

Dans une seconde phase, les lobules voisins de la bronche malade s'hépatisent et subissent un ramollissement gangréneux ou purulent, vraisemblablement suivant la nature des produits bronchiques et leur virulence plus ou moins considérable; chaque extrémité bronchique se trouve alors entourée d'une caverne formée par le tissu pulmonaire détruit. Ce dernier, dans quelques cas cependant, devient le siège d'un travail de sclérose plus ou moins accentué; la plèvre s'épaissit, adhère au tissu pulmonaire, et c'est là sans doute une circonstance heureuse qui permet d'éviter les accidents très graves, susceptibles de survenir dans le cours de la bronchite fétide. Une caverne superficielle peut s'ouvrir en effet dans la cavité pleurale et donner lieu à un pneumothorax mortel où à une pleurésie de voisinage, laquelle devient le plus habituellement purulente. Je vous rappellerai, à ce sujet, un cas intéressant que nous avons observé dans nos salles il y a plusieurs semaines :

Un individu, âgé de 53 ans, remouleur, couché au lit n° 43 de la salle Piorry présentait à son entrée à l'hôpital, le 6 décembre 1883, tous les signes d'une bronchite fétide dont le début devait remonter à deux mois environ; depuis longtemps, il était pris, le matin principalement, de quintes de toux violentes, se terminant par une expectoration abondante et fétide. Traité par l'hyposulfite de soude, il s'améliora rapidement, la fièvre disparut, l'état général devint meilleur, mais les symptômes fournis par l'examen du poumon restèrent les mêmes; on avait, en effet, constaté au début une matité étendue à la base du poumon droit et l'existence à ce niveau d'un souffle expiratoire, signes qui nous avaient fait penser à l'existence d'une cavité circonscrite par une sclérose pulmonaire. Le malade succomba, malgré son amélioration passagère, le 30 janvier, à des accidents dyspnéiques datant de quelques jours.

A l'autopsie, nous constatâmes l'existence d'un épanchement séreux, citrin, de deux litres environ dans la cavité pleurale droite, tandis que, dans le poumon droit, les ramifications bronchiques du lobe inférieur étaient épaissies, dilatées et remplies d'un liquide sale, fétide; au pourtour des plus petites bronches, il existait plusieurs abcès du volume d'une olive formés par la suppuration des lobules pulmonaires voisins de la bronche malade. Dans le lobe supérieur où ces lésions étaient moins généralisées, on trouvait un abcès du volume d'un œuf, situé sous le feuillet pleural re-

(1) Traube : *Gesammte Beitræge*, Bd. II, p. 357; — comparez Laycock : *On fetid Bronchitis* (*Med. Times and Gaz.*, 1857.)

couvert de fausses membranes récentes. Il s'agissait donc là d'une pleurésie séreuse développée dans le cours d'une gangrène bronchique, et ce fait est assez rare pour qu'il mérite d'être signalé. Généralement, il se produit en pareil cas des pleurésies suppurées et je me rappelle l'histoire d'un jeune confrère qui, atteint de bronchite fétide, présenta tous les symptômes d'une excavation pulmonaire étendue, puis d'un épanchement pleural ; une ponction retira une notable quantité d'un liquide sanieux fétide, de couleur chocolat ; la pleurotomie, suivie de lavages, détermina une amélioration rapide, mais le malade mourut subitement un mois après l'opération, peut-être d'une embolie pulmonaire ; il était survenu vraisemblablement un pneumothorax avec épanchement fétide, gangréneux.

Si le malade échappe à ces redoutables accidents, pneumothorax, pleurésie gangréneuse, il est encore exposé à des phénomènes d'hecticité ; la fièvre s'allume, l'émaciation augmente, la langue se couvre de muguet et, après un temps plus ou moins long, la mort survient.

Il nous faut signaler ici l'existence possible d'embolies gangréneuses viscérales ; je me rappelle, en particulier, un cas d'abcès cérébral observé en pareilles conditions à l'hôpital Saint-Antoine, il y a plusieurs années.

Les caractères des crachats, que nous avons exposés plus haut tout au long, l'abondance de l'expectoration, l'absence des bacilles de la tuberculose, seront les éléments sur lesquels on s'appuiera pour établir le diagnostic ; dans la première phase de la maladie, ce qui frappera, sera le peu de symptômes fournis par l'auscultation du poumon comparativement aux symptômes généraux et aux caractères spéciaux de l'expectoration, et on peut dire avec raison que la contradiction entre ces différents signes est de la plus grande importance pour le diagnostic.

Quand il existe, à une période avancée, des signes cavitaires, l'embarras est plus grand encore ; alors, la fétidité des crachats, la localisation habituelle de la lésion à la partie moyenne ou à la base du poumon sont des circonstances qui plaident en faveur de la bronchite avec gangrène pulmonaire. Il faut enfin attacher une réelle importance aux renseignements fournis par le malade ; ils nous éclaireront sur la marche du processus, sur son évolution, sujette à de longues rémissions, et sur sa durée qui est souvent de plusieurs années.

L'indication thérapeutique est de chercher, avant tout, à modifier l'état anatomique des bronches dilatées et suppurantes. Deux moyens se présentent : les inhalations de substances antiseptiques, l'administration à l'intérieur de produits s'éliminant par les bronches.

Le premier de ces moyens est difficile à appliquer, mais on peut cependant recourir aux inhalations d'acide phénique ou d'acide sulfhydrique ; le second donne de meilleurs résultats. Claude Bernard, ayant administré à des animaux une solution d'acide sulfhydrique, retrouva ce gaz dans les produits de l'expectoration pulmonaire ; il y a donc des substances qui pourraient, par leur passage à travers les bronches, modifier l'état de celles-ci ; Briquet, Lasègue préconisaient l'essence de térébenthine, et, en effet, c'est là une médication qui est fort utile dans quelques cas.

Quant à moi, j'emploie l'hyposulfite de soude (1) ; c'est par hasard que j'y ai eu recours à l'hôpital de la Charité, en 1869. A cette époque, cet agent était préconisé par Polli, comme désinfectant. Administré à la dose de 4 à

(1) Voyez thèse de Leviez, 1883.

5 grammes, quelquefois associé au sirop d'eucalyptus, il fait perdre aux crachats leur fétidité au bout de quinze jours à trois semaines ; il les rend moins abondants, leur donne une consistance gommeuse et disparaît entièrement. A moins de cavernes pulmonaires péribronchiques, l'amélioration se produit dans un espace de temps assez court. Dans le cas contraire, la guérison est longue ; ainsi, le malade, dont je vous parlais au début de cette leçon, quoique amélioré d'une façon très notable, n'est pas encore entièrement guéri. Il faut employer un traitement général pour relever et soutenir les forces du malade, et, au besoin, faire usage du sulfate de quinine si la fièvre persiste pendant longtemps.

BIBLIOTHÈQUE

ATLAS UNIVERSEL DE GÉOGRAPHIE MODERNE, ANCIENNE ET DU MOYEN AGE, par M. VIVIEN DE SAINT-MARTIN. — Cinquième livraison.

La cinquième livraison de cette grande et belle publication, qui est un des nouveaux joyaux de la maison Hachette, nous donne les *Pays-Bas*, la partie méridionale de la *Suède* et de la *Norwège*, le *Danemark*, et les *principaux archipels d'Océanie*.

Quand on jette les yeux sur le joli dessin qui rappelle les limites actuelles, les divisions, les cours d'eau, les cités, etc., des *Pays-Bas* placés entre la mer et l'Allemagn ambitieuse et envahissante, quand on lit ce mot ALLEMAGNE en gros caractères si près des confins, on se représente invinciblement un faible oiseau en face d'un vautour vorace, qui le couve des yeux et prépare ses serres et son bec. Les Pays-Bas ont eu leur époque de splendeur; le voisinage de la mer leur a ouvert le chemin des richesses, et, maintenant que la force leur échappe, ce voisinage, objet de convoitise, est leur danger. En dehors du tracé géographique, trois plans de petite dimension offrent une image réduite, mais intéressante, de La Haye, d'Amsterdam, et de Rotterdam.

La *Suède*, la *Norwège* au sol tourmenté, et le *Danemark* amoindri sont réunis dans une seule feuille. Le tracé de ces pays présentait de grandes difficultés à cause des aspérités et des dépressions, des lagunes et des lacs, des bords dentelés par la mer et des îles nombreuses. Ces difficultés ont été admirablement surmontées, et les études qu'elles ont rendues nécessaires ont abouti à une représentation aussi correcte et aussi claire que possible. Nous ne pouvons pas voir sans émotion le Danemark, qui a toujours été l'ami de la France, pays bien petit, mais encore plus noble que petit, mutilé comme nous!

Les *principaux archipels d'Océanie* nous font connaître des îles nombreuses plus ou moins célèbres, les îles *Viti* ou *Fidji*, dont l'Angleterre s'est emparée, la *Nouvelle-Zélande*, la *Nouvelle-Guinée*, les îles *Hawaï* ou *Sandwich*, *Taïti*, où flotte le drapeau français, la *Nouvelle-Calédonie*, *Nouka-Hiva*, etc., etc.

Parmi ces contrées maritimes et ces rochers, il en est qui nous intéressent à plus d'un titre, et que le lecteur français recherchera. Mais tous les pays que renferme cette cinquième livraison ont été l'objet des mêmes soins. L'auteur nous indique loyalement les sources où il a puisé les renseignements, et la marche qu'il a suivie dans la mise à exécution de son œuvre, qui certainement est à la fois une œuvre d'art et une œuvre de science, et qui ne peut être accueillie par nos compatriotes qu'avec éloge et sympathie, car elle honore la France. — Dr G. RICHELOT père.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de l'orchi-épididymite blennorrhagique aiguë par l'emplâtre de Vigo et le suspensoir ouaté, par STOCQUART. — Le procédé que recommande

notre confrère belge, et dont il mentionne les bons effets dans plusieurs observations, consiste dans l'association des propriétés résolutives du mercure avec celles de la compression. Ce traitement consiste dans l'application exacte d'un emplâtre de Vigo sur le testicule malade; on recouvre cet emplâtre d'une couche d'ouate et on maintient ce pansement par un suspensoir de dimensions telles qu'il exerce une compression modérée. En même temps on a soin de maintenir le testicule dans l'élévation au moyen de la ceinture du suspensoir et d'empêcher ainsi le tiraillement sur le cordon. (*Journal de médecine de Bruxelles*, mars 1880, p. 146.) — Ce moyen n'est pas nouveau ; car il y a beau temps qu'on a combiné la compression avec des onctions mercurielles sur l'organe malade. En tout cas il donne des résultats parfois rapidement favorables, même san imposer aux malades un repos absolu. — C. L. D.

Du traitement des ulcères perforants du pied, par Frèves. — Ces ulcérations se manifestent, on le sait, dans l'ataxie locomotrice, la sclérose, le tabes, ou sous l'influence des causes qui provoquent des troubles trophiques du système nerveux. L'auteur recommande de les traiter de la manière suivante : la plante du pied est recouverte en permanence de cataplasmes, pour amollir l'épiderme induré et faciliter l'action du bistouri, avec lequel on doit quotidiennement enlever une partie de cet épiderme. — Quand la surface de l'ulcération est détergée, on la panse avec un mélange de glycérine et d'acide salicylique ayant une consistance crémeuse, auquel on ajoute une petite quantité d'acide phénique.

Ces applications occasionnent une douleur modérée, et le malade les renouvelle jusqu'à ce que les surfaces malades aient l'aspect d'une plaie récente. Les deux cas où M. Frèves a fait usage de ce traitement se terminèrent par une complète guérison. — *The Lancet*, novembre 1884, p. 949.) — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1885.

Chaque année, la séance publique du mois de mai est un jour de régal littéraire et scientifique pour la Société médicale toulousaine et pour les lettrés toulousains. Comment en serait-il autrement dans la patrie de Clémence Isaure, où nos confrères conservent, entre tous, la tradition du bien penser et du bien parler?

C'est donc là un épisode annuel de la vie publique de la cité, puisque les autorités départementales honorent cette solennité médicale de leur présence, ou plutôt se faisaient toujours jusqu'ici un devoir d'y assister. Cette année, je vois qu'ils l'ont honoré... de leurs excuses. C'est peu.

Heureusement que cette cérémonie n'emprunte pas tout son éclat à l'habit préfectoral et aux broderies officielles! En 1885, comme pour les années précédentes, elle l'a trouvé dans ces brillants discours qui lui donnent à la fois les allures d'une fête scientifique et d'un tournoi littéraire.

M. Armieux en a été le champion; champion éloquent parlant en philosophe, raisonnant en médecin, et donnant un regain de nouveauté au sujet souvent débattu : *De la certitude en médecine.*

La certitude en médecine? Que n'en a-t-on pas dit et médit! C'est que, répond M. Armieux, « la médecine a un malheur, celui de sembler accessible à toutes les intel- « ligences, même et surtout aux plus vulgaires; les esprits cultivés ayant un certain « respect pour ce qu'ils ne savent pas ».

Les mathématiciens sont plus favorisés que les fils d'Esculape : tout le monde admire leurs ouvrages et fort peu les comprennent. Pour la médecine, il en est autrement; chacun en parle, chacun en juge. « Pauvres médecins! Heureux algébristes! s'écrie « M. Armieux. Pour beaucoup de gens, même très sérieux, la médecine passe pour une « science incertaine, qui ne repose que sur des conjectures, des probabilités; malheu-

« reusement, cette fâcheuse interprétation est partagée par quelques médecins scep-
« tiques par tempérament, et dont les opinions font du tort à l'art qu'ils professent et
« aux malades qu'ils soignent. »

Réhabiliter la médecine de cette fausse réputation, tel était le but de l'honoré président de la Société de médecine de Toulouse; tel a été aussi le résultat de son argumentation, si séduisante par sa forme humoristique et si captivante par la logique des démonstrations.

J'ai cité tout à l'heure les prémisses de ce discours, en voici maintenant la conclusion : Vieille comme le monde, la médecine « fait partie des idées innées qui sont le « refuge et l'espérance des malheureux. C'est une croyance nécessaire; chez les peuples « primitifs, elle est liée intimement à la religion, et les préceptes religieux sont souvent « des mesures hygiéniques imposées à des populations ignorantes.

« Les animaux eux-mêmes font de la médecine par instinct, et plusieurs plantes « médicinales ont été indiquées d'abord par eux. Comment une idée aussi générale, « aussi ancienne aurait-elle pu se propager et prospérer, si elle ne reposait que sur des « erreurs et des incertitudes? »

A cette question, M. Armieux répond ainsi : « L'humanité a besoin de croire à la « médecine, comme elle a besoin de croire en Dieu », à quelqu'un, ajouterais-je, ou à quelque chose. Spiritualiste ou matérialiste, déiste ou athée, doctrinaire ou éclectique, on peut différer d'opinion philosophique, on n'en doit pas moins hommage et remerciement à l'éloquente sincérité de notre savant confrère.

C'est aussi à travers le domaine de la littérature médicale que M. Molinier conduisait ses auditeurs, en rétrogradant jusqu'au 19 août 1679, pour raconter un épisode de la pratique de Mauriceau. Sous le titre de : *Deux accoucheurs rivaux au dix-septième siècle*, notre érudit confrère fait connaître la rivalité obstétricale de Mauriceau et de Chamberlen se manifestant au lit d'une femme en travail. Il y avait alors déjà ces rivalités de spécialistes en invention d'instruments nouveaux dont l'autre jour M. le professeur Verneuil entretenait ses auditeurs du Congrès de l'Association française à Grenoble.

Mauriceau avait imaginé son *tire-tête*, avec lequel il entendait remplacer les crochets. Mais Chamberlen disposait d'une instrumentation dont sa famille avait le secret et qui, d'après M. Molinier, ne fut « parfaitement connue qu'en 1815, à la suite de la décou-
« verte de l'armoire contenant les instruments et les papiers de famille, et qu'ils « exploitèrent jusqu'à la fortune ». — Ce secret consistait dans l'extraction de la tête au moyen « d'une pince à branches séparées se réunissant sur un pivot, fenêtrées et « mousses, afin de préserver la tête du fœtus ».

L'idée première du forceps est donc l'œuvre de Chamberlen, et on comprend quelle devait être la renommée d'opérateurs ainsi outillés au temps de Mauriceau, dont tout l'arsenal obstétrical consistait dans le tire-tête, ressemblant au levier, et les crochets avec lesquels il ne pouvait guère opérer que sur le fœtus mort.

Cette communication atteste une sage érudition. Elle charme la curiosité, ne fatigue pas l'attention et témoigne à la fois de la patience de M. Molinier comme chercheur et de son habileté comme littérateur. Puisse-t-il, fidèle à sa promesse, offrir souvent une semblable satisfaction littéraire à nos confrères toulousains ! Ce vœu n'est pas exempt d'égoïsme, car, s'ils ont l'heureuse faveur de l'entendre, nous aurons au moins le plaisir de le lire.

C'était une question à la fois psychologique et psychiatrique que M. Parant abordait dans sa remarquable *Note sur la transformation de la folie simulée en folie véritable*. L'affirmative a été soutenue par nombre d'auteurs; M. Parant n'accepte pas cette opinion et sa communication fait connaître ses doutes. Or, en matière d'expertise judiciaire, le jugement du médecin doit s'appuyer sur des faits certains et non sur des probabilités. « Pour ce qui concerne particulièrement la simulation de la folie, ajoute « M. Parant, s'il n'a jamais été réellement prouvé, par des observations précises, qu'elle « puisse par elle-même, et indépendamment de toute autre cause, conduire à la folie « véritable, on n'est pas en droit, au point de vue médico-légal, d'établir aucun argu-
« ment sur la possibilité de cette transformation. » La conclusion du savant directeur de l'hospice des aliénés de Toulouse ne paraît pas seulement décisive, elle est sévère.

« Jusqu'à ce que la preuve dont il s'agit ait été donnée, dit-il, les traités de médecine « légale, les travaux qui traitent de la simulation de la folie, et notamment ceux qui « sont appelés à faire autorité dans la matière, doivent s'abstenir de dire que la simu- « lation de la folie peut se terminer par la folie véritable. »

L'avis du savant aliéniste toulousain ne peut manquer d'être souvent invoqué, témoignage nouveau de l'autorité de ses jugements et des travaux de la Société médicale toulousaine, dont les débats portent sur des questions d'une telle importance. — Ch. E.

L'Épidémie cholérique de 1885.

Le choléra en France, en Espagne et en Italie. — Le rôle de l'atmosphère dans la propagation du choléra de 1884.

Pendant que le choléra diminue d'intensité dans le midi de la France, on progage des rumeurs sur l'état sanitaire du milieu parisien. Un de nos confrères de la presse médicale mentionnait même, il y a huit jours, l'existence de cas suspects à Montreuil-sous-Bois.

Actuellement, on parle d'autres cas à Saint-Ouen et à Saint-Denis.

Ces bruits ne sont pas justifiées par les statistiques officielles. Cependant, le silence des autorités n'a guère de raison d'être, qu'il s'agisse de confirmer ou d'infirmer ces informations. En attendant, quelques journaux étrangers mettent en doute la salubrité parisienne donnant satisfaction à leurs appétits gallophobes bien plus qu'à la curiosité de leurs lecteurs.

En Provence, l'atténuation du choléra est telle qu'on peut légitimement espérer sa prochaine disparition à Marseille. Les décès suspects oscillent entre 1 et 4 par jour, et la morbidité devient si faible que l'hôpital du Pharo a dû est fermé. Enfin, depuis quatre jours, les autorités maritimes de ce port délivrent des patentes avec la mention suivante : Etat sanitaire assez satisfaisant.

Aux environs de cette ville et dans le département des *Bouches-du-Rhône*, on signale des cas à Cassis, Arles, Auriol, Aubagne, Peyrolles et surtout aux Martigues.

La même amélioration se manifeste à Toulon où la mortalité cholérique n'a été représentée que par 20 décès, du 17 ou 24 septembre, et où l'hôpital de Bon-Rencontre doit être évacué à l'heure actuelle. Dans la banlieue toulonnaise, on remarque la même diminution. Toutefois, il existe des cas suspects à Hyères et des décès à Montfort-sur-Argens et Sollies-Pont.

Dans les *Alpes-Maritimes*, Nice serait atteinte et on y aurait, dit-on, enregistré cette semaine plusieurs décès suspects. Jusqu'ici nos informations ne confirment pas ces renseignements. La gravité de cette atteinte serait regrettable pour les intérêts de la ville à l'entrée de la saison hivernale.

L'amélioration persiste aussi dans l'*Ardèche*, et, depuis quatre jours, on ne signale pas de décès ou d'invasion nouvelle à Vallon et à Saint-Alban.

Dans le *Gard*, on a enregistré quelques décès à Nîmes, vendredi et samedi dernier, et des cas isolés depuis huit jours à Alais, Beaucaire, Pont-Saint-Esprit et autres localités environnantes.

Le 19, une petite explosion cholérique toute locale, était observée à Avignon, mais elle paraît s'étendre et ne pas s'irradier.

Par contre, dans le département de l'*Hérault*, le village de Pignon reste toujours un foyer cholérique actif. Depuis trois semaines, on y compte une quarantaine de décès, et actuellement encore des cholériques en traitement. L'année dernière le choléra existait, on ne l'a pas oublié, avec la même intensité. Ce lugubre privilège lui est commun avec Mèze, où on signale des décès, Lunel et Cette qui sont encore contaminées.

En terminant cette excursion à la recherche du choléra provençal, notons encore les décès suspects du département de l'*Aude ;* en particulier à Limoux, Carcassonne et Lézignan.

Vers l'autre extrémité de la chaîne des Pyrénées, on vient d'enregistrer une douzaine de décès à Hendaye.

©BIU Santé

Il n'y aurait guère lieu de s'en préoccuper, car cette localité est aux portes de l'Espagne, et parmi les victimes on ne comptait pas cinq habitants du pays. Les autres décès sont ceux de fugitifs transpyrénéens.

En Espagne, l'épidémie diminue graduellement, et, sauf quelques oscillations, cette décroissance s'accentue de jour en jour. A Grenade, dans les provinces de Murcie, de Valence, de Saragosse et d'Alméria, les cas deviennent isolés ; mais à Santander, Cadix, Malaga et Cordoba, les invasions et les décès restent très nombreux.

Les statistiques madrilènes accusent une diminution considérable de la maladie, dans la capitale où elle n'a fait officiellement, depuis trois jours, que cinq ou six victimes. En résumé, du 17 au 24 septembre, le nombre des cas cholériques, dans toute la péninsule, a été de 5,528, et celui des décès de 2,096.

Néanmoins, on soumet toujours les voyageurs venant de France au même luxe d'illusoires précautions et aux mêmes tribulations sanitaires. Avant leur arrivée en gare de Madrid, ils doivent toujours défiler devant un peloton de carabiniers, l'arme au pied, et devant une escouade d'aguazils, chargés, paraît-il, de surveiller la conspiration du microbe.

Ces vexations font sourire dans un pays où le choléra a frappé près de trois cent mille habitants en trois mois, et où les inoculations ferranesques ont parfois pour effet, comme on vient de le voir, à Cambrils, de propager le choléra et de l'introduire dans des localités jusque-là tout à fait indemnes du mal indien.

En Italie, l'épidémie s'aggrave, nonobstant un semblable luxe de cordons sanitaires et l'exaspération des populations qui s'insurgent contre les pouvoirs publics fort peu disposés à rétablir l'isolement des provinces, fameux dans l'histoire du choléra de 1884. On parle de mettre des bersaglieri sur pied de guerre, pour repousser les tentatives des émeutiers siciliens, qui entendent couper les chemins de fer venant des villes contaminées.

Singulière épidémie motivant des mobilisations de troupes, en Espagne, pour prévenir la contrebande du microbe; en Italie, pour réprimer la crainte du choléra.

Celui-ci a traversé le détroit de Messine pour envahir l'extrémité méridionale de la Péninsule; en Calabre, dans la province de Reggio et dans la Napolitaine. Au nord, il rayonne autour de Parme, dans les provinces de Ferrare, de Pavie, d'Alexandrie et d'Emilie, éprouvant ces villes et les localités déjà atteintes dans l'épidémie de 1884, comme Asti, Cunéo, Chiavari et même Saluces dans le Piémont, s'approchant ainsi au pied des Alpes-Cottiennes et pénétrant dans la partie supérieure de la vallée du Pô.

Du 16 au 23 septembre, il aurait atteint plus de 200 habitants de Parme, dont 100 auraient succombé. Aux environs de cette ville, les décès ne seraient pas moins nombreux.

Palerme reste donc le principal foyer cholérique de la Sicile et du royaume d'Italie. De ce point, l'épidémie s'est propagée dans la province de Girgenti sur la côte méridionale de l'île. Ici les évolutions statistiques sont approximatives en présence de l'insuffisance des documents officiels, de l'exagération des rumeurs publiques et de l'inexactitude des renseignements publiés par quelques journaux. On peut estimer la mortalité des sept dernières journées à 400 décès et la morbidité à 800 invasions.

Parmi les documents auxquels l'épidémie actuelle donne un regain d'actualité, le mémoire de M. Miquel sur le choléra parisien de l'année dernière, et le rôle pathogénique des bactéries atmosphériques, mérite mieux qu'une simple citation à l'ordre du jour scientifique.

En comparant la quantité des bactéries atmosphériques avec la marche de l'épidémie parisienne en novembre 1884, M. Miquel a constaté que sur 906 décès, 567 sont ceux d'habitants de la zone N.-E. Invoquer l'influence des eaux potables pour expliquer cette localisation épidémique serait une erreur ; car, deux quartiers adjacents, recevant les mêmes eaux, par la même canalisation, présentaient des différences de mortalité cholérique, telles que 1 à 20 et 1 à 50. L'explication était donc ailleurs que dans la véhiculation des germes par les eaux.

L'influence des vents dominants paraît mieux établie à M. Miquel. Du 3 au 9 novem-

bre, dit-il, le vent soufflait du S.-N. au S., et les arrondissements du S.-O., restaient indemnes. Plus tard, vers le 10 décembre, le vent s'orientait du N.-E. au S.-N. et l'épidémie a gagné les quartiers épargnés auparavant.

La pluie serait une entrave à la propagation des épidémies en diminuant l'encombrement de l'air par les microbes. En effet, les huit dixièmes des décès correspondent aux jours de sécheresse ; les deux autres aux époques de pluie. La sécheresse des courants atmosphériques favorise la dissémination des germes ; l'humidité et la chaleur assurent leur genèse.

Ce n'est pas tout. M. Miquel recherche le nombre des bactéries quotidiennement contenues dans 1 mètre cube d'air et le compare avec le chiffre obituaire. Que trouve-t-il? Que le choléra sévit avec une violence d'autant plus grande que l'air véhicule un nombre plus grand de microbes.

De là cette conclusion : que l'air atmosphérique transporte les germes dans l'organisme, soit directement, par la voie pulmonaire, soit par l'intermédiaire des eaux potables et des voies digestives. Cette véhiculation pourrait expliquer la marche de la maladie dans une localité relativement peu étendue, ou dans une agglomération humaine comme le milieu parisien. Elle ne l'expliquerait pas à la surface d'une vaste contrée ou d'un continent. Si la théorie de M. Miquel est ingénieuse, elle semble aisément vulnérable aux objections et de difficile généralisation. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Aimé Girard adresse une note *sur la fermentation panaire.*

« La transformation de la farine en pain est, certainement, la résultante de réactions chimiques variées. Les recherches récentes de MM. Chicandard, Marcano, Moussette, Boutroux, etc., celles que poursuit M. Balland fournissent sur ce sujet des documents très intéressants.

« Mon intention n'est pas, pour le moment du moins, de reprendre en détail l'examen de toutes ces réactions : mon but est simplement de rechercher (parce que cette recherche m'est nécessaire pour d'autres travaux) si le phénomène principal dont la panification s'accompagne, celui qu'on désigne sous le nom de *levée du pain*, est bien, comme l'indiquait Malouin, dès 1760, le résultat d'une fermentation *spiritueuse*, c'est-à-dire alcoolique, ou bien si, au contraire, cette façon d'interpréter les choses doit être rejetée, comme le pensent, aujourd'hui, quelques savants.

« Lorsque, sous le microscope, on examine une des membranes minces qui forment les parois des cavités panaires, on n'y reconnaît d'abord aucune organisation; mais si, après avoir mouillé cette membrane, on la froisse légèrement, on la voit, aussitôt, se séparer d'un côté en fragments minces et plats, que l'iode colore en brun : ce sont des fragments de gluten; d'un autre, en grains non plus arrondis, mais irréguliers, gonflés, plissés, que le même réactif colore en bleu : ce sont des grains d'empois. Si, ensuite, reprenant une membrane semblable, on la fait digérer à 50° avec de l'eau de malt, on voit les grains d'empois disparaître, et, sous l'objectif, il ne reste plus qu'une feuille continue, d'une minceur extrême, portant les traces d'un étirage énergique, colorable en brun par l'iode : c'est une feuille de gluten.

« La constitution physique du pain se dessine alors avec netteté; en laissant de côté les faits accessoires dont on ne doit pas, cependant, négliger l'importance, il apparaît comme une masse spongieuse dont la cavités (les yeux) sont fermées par des membranes de gluten soudé par le pétrissage, et dans lesquelles sont enchâssés les grains d'amidon que la cuisson a transformés en empois.

« Pour caractériser la réaction d'où naît le premier terme de cette transformation de la farine, c'est-à-dire la levée de la pâte, j'ai cherché à caractériser les produits essentiels qui accompagnent le phénomène, l'acide carbonique et l'alcool, et surtout à en évaluer la quantité.

©BIU Santé

« Au cours de la levée du pain, on voit se développer, d'un côté, une quantité de ga qui peut s'élever jusqu'à 58 c. c. pour un pain de 40 gr., et dans laquelle l'acide carbonique, figurant pour 95 pour 100, s'élève au poids de 2 gr. 73 par kilogramme de pain; d'un autre côté, une quantité d'alcool qui, en moyenne, pour ce même kilogramme, atteint 3 c. c. 15, c'est-à-dire 2 gr. 50 environ.

« Il suffit alors de comparer ces deux chiffres pour reconnaître qu'ils se présentent, aussi exactement qu'on peut le souhaiter, dans la proportion qu'exige l'équation de la fermentation alcoolique, telle que nous l'a donnée M. Pasteur, et, par suite, il convient d'admettre que, considéré indépendamment des transformations accessoires que la pâte peut subir, le phénomène essentiel de la panification, celui par lequel la pâte compacte est transformée en une pâte poreuse, accessible aux sucs digestifs, est le résultat d'une fermentation alcoolique. »

FORMULAIRE

INJECTION SOUS-CUTANÉE CONTRE L'ANTRAX. — Olavide.

Acide phénique	5 grammes.
Alcool	10 —
Eau distillée	100 —

Faites dissoudre. — Au début de l'anthrax, on pratique des injections sous-cutanées à la base de la tumeur, avec cette solution. — La douleur est rapidement calmée, la tuméfaction diminue, la fièvre s'apaise et cesse complètement dès le troisième jour. En continuant les injections, et en recouvrant la surface malade de charpie imbibée de la même solution, on obtient, selon l'auteur, la résolution de l'anthrax vers le huitième jour. — N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 1er septembre 1885, MM. les docteurs Rey, médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de Ville-Évrard, et Camuset, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Vaucluse, sont promus à la classe exceptionnelle du cadre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le lundi 12 octobre 1885. Les étudiants pourvus de douze inscriptions sont priés de se faire inscrire à l'École pratique (laboratoire d'anatomie pathologique) pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, les mardis et vendredis, à partir du mardi 15 septembre 1885, jusqu'au mardi 17 novembre inclus, de une heure à deux heures. Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seraient refusées.

— M. Archambault (Paul-Marie) est nommé aide-préparateur du laboratoire de clinique chirurgicale (hôpital Necker), en remplacement de M. Barbezieux, démissionnaire.

CONCOURS. — Un concours pour la nomination à cinq places d'internes titulaires en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, s'ouvrira le vendredi 30 novembre 1885, à midi précis, à l'asile Sainte-Anne, à Paris, 1, rue Cabanis.

Les élèves en médecine qui voudraient prendre part à ce concours pourront se faire inscrire tous les jours, dimanche et fête exceptés, de midi à trois heures, du jeudi 29 octobre prochain au jeudi 12 novembre, dans les bureaux de la préfecture de la Seine, au pavillon de Flore (Tuileries).

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Sur l'état fonctionnel du membre inférieur à la suite des fractures transversales de la rotule. — II. Revue des Journaux. — III. Thérapeutique. — IV. Études d'hydrologie médicale. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Sur l'état fonctionnel du membre inférieur à la suite des fractures transversales de la rotule.

Par L.-G. Richelot (1).

Observations.
Lettre de M. Gosselin (*Archives gén. de méd.*). — Discussion.

J'ai observé à l'Hôtel-Dieu, au mois d'août 1882, un homme de 54 ans, couché au n° 27 de la salle Saint-Landry, pour une fracture transversale de la rotule gauche. Au moment où je pris le service, il était resté deux mois dans un appareil, et avait un cal fibreux épais et solide. A la levée de l'appareil, l'écartement mesurait 4 centimètres, et le mouvement d'extension était impossible. Or, tandis que j'invitais le malade à détacher le talon du lit, j'avais la main posée sur sa cuisse et j'observais que, pendant ses plus grands efforts, son triceps était flasque et immobile; aucune contraction n'avait lieu et ne se transmettait à la jambe. A la mensuration, je trouvais une différence de 5 centimètres à l'avantage du côté sain. C'est alors que je fus frappé du rôle prépondérant que devait jouer, dans les cas de ce genre, l'atrophie musculaire; d'autant mieux qu'un autre malade, couché au n° 29 de la même salle, m'offrait au même instant la contre-partie de cette expérience clinique.

C'était un homme de 43 ans, qui s'était, lui aussi, fracturé la rotule deux mois auparavant, et dont je venais d'ôter l'appareil. Les fragments étaient éloignés d'un bon travers de pouce, un peu moins que chez l'autre blessé; mais le cal interposé n'était pas très apparent, les deux moitiés de la rotule étaient mobiles et le doigt pénétrait profondément dans l'article. En dépit de la solution de continuité, l'extension était facile, le pied était soulevé sans effort, au premier commandement; à peine le membre blessé était-il moins vigoureux que le membre sain. Mais aussi, au moment où je commandais l'extension, ma main sentait une contraction énergique; il fallait beaucoup d'attention pour trouver entre les deux cuisses une différence de 1 centimètre; en un mot, l'atrophie musculaire existait à peine.

Ces deux exemples comparés entre eux me semblent, aujourd'hui comme alors, jeter la lumière sur le problème que j'ai abordé, en nous montrant deux hommes dont les rotules sont consolidées dans des conditions pareilles, sauf que celui qui fonctionne le mieux est justement celui dont les fragments rotuliens ont entre eux la moindre solidarité; mais chez celui-ci le triceps a conservé en grande partie sa vigueur, tandis que chez l'autre il n'existe plus.

De ces deux malades, celui qui avait le muscle sain quitta l'hôpital avec un peu de raideur articulaire, et je le perdis de vue. Chez l'autre, je prescrivis la faradisation et les courants continus; mais il voulut sortir au bout de quelques jours avec deux béquilles et une impotence fonctionnelle absolue. L'occasion m'échappait ainsi d'observer les suites de l'atrophie musculaire et de la pseudarthrose; un heureux hasard me la fit retrouver.

(1) Suite. — Voir l'*Union médicale* du 28 avril 1883.

©BIU Santé

Depuis le 16 décembre de l'année dernière, cet homme est dans le service de M. Verneuil, à la Pitié, salle Michon, n° 24. Il y est entré pour un anévrysme diffus de la cuisse gauche; M. Verneuil lui a lié la fémorale dans le triangle de Scarpa. Quand je l'ai vu, l'épanchement sanguin ne permettait pas d'étudier le volume et l'état fonctionnel du triceps; mais on trouvait des fragments rotuliens très mobiles, écartés de 9 centimètres, et les doigts plongeaient facilement jusqu'à la trochlée fémorale. J'ai, en outre, obtenu des renseignements utiles : après sa sortie de l'hôpital, il a conservé deux béquilles pendant la première semaine, une seule pendant huit autres jours, puis il a marché avec une canne. Cinq mois après l'accident, la marche était devenue facile et se faisait bien sur un terrain plat. Il s'aide encore d'un bâton sur un terrain inégal; il monte à l'échelle, mais toujours avec le pied droit; il descend au contraire le pied gauche en avant. Les deux cuisses ont, à ce qu'il prétend, le même volume; or, je ne sais pas si le triceps est aussi bien réparé qu'il le dit, mais à coup sûr ce n'est pas l'aggravation de la pseudarthrose et l'écartement de 9 centimètres qui ont rétabli, dans une aussi large mesure, des fonctions totalement supprimées; c'est la guérison relative de l'atrophie et le retour suffisant des forces musculaires.

Voici une troisième observation : Un journalier de 42 ans était à l'hôpital Necker, dans le service du professeur Guyon, salle Saint-André, n° 15. Fracture de la rotule droite depuis le 20 octobre 1883. Je le vis au mois de janvier; il était resté cinquante-cinq jours dans une gouttière, et son cal fibreux avait deux travers de doigt. Le talon ne pouvait quitter le plan du lit, le pied traînait quand il essayait de marcher avec des béquilles. Or, on électrisait son triceps depuis quelques jours, et M. Guyon me fit la remarque suivante : « Voici un fait où l'écartement paraît être la seule cause de l'impotence fonctionnelle, car le muscle répond très bien à l'électricité ». Je demandai que le malade fût électrisé devant moi; j'appris alors que l'externe de service l'avait chargé de se traiter lui-même, et, de fait, il produisait des contractions musculaires en s'appliquant, invariablement, les rhéophores sur le côté externe de la cuisse. Mais, quand je les appliquai à mon tour sur le droit antérieur, il n'y eut plus aucune réponse et le membre demeura inerte. J'ai dit plus haut que le vaste externe est ordinairement le moins paralysé; de là une cause d'erreur, si la faradisation n'est pas faite avec méthode. Il fut convenu qu'on attaquerait le droit antérieur, et à partir de ce moment l'amélioration fut rapide; au bout de huit jours, le talon se détachait du lit. L'écartement augmentait toujours; le 15 février, il était de 4 à 5 centimètres dans l'extension, et de 6 à 7 dans la flexion; néanmoins, dès le 20 février, notre homme marchait dans la perfection, étendait la jambe à angle droit, et n'éprouvait qu'un peu de fatigue après une marche prolongée. Le fait est relaté par M. Launois dans la thèse du docteur Labonne (Paris, 1884); mais il y manque les détails qui m'ont le plus intéressé, et que je viens de mettre en lumière.

Quatrième observation : Un homme de 46 ans est entré le 11 janvier 1885 à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, n° 9, dans le service de M. Terrier. Fracture de la rotule droite avec épanchement modéré et quelque distance entre les fragments. Le membre est placé dans une gouttière et délivré le 2 mars; 2 cent. 1/2 d'écartement, 4 cent. 1/2 d'atrophie musculaire, impossibilité de lever la jambe au-dessus du lit. Quand on lui commande ce mouvement, il place le membre dans la rotation en dedans et parvient à le détacher par

la contraction du vaste externe; dans la rotation en dehors, le vaste interne arrive péniblement au même résultat; mais l'élévation directe est impossible. L'électricité produit des contractions assez faibles dans les deux vastes, et presque nulles dans le droit antérieur; elle éveille très peu de sensibilité. La faradisation est alors prescrite et exécutée régulièrement à partir du 8 mars; le 10, le droit antérieur répond déjà un peu mieux, la sensibilité commence à revenir, le talon se détache faiblement; le 15, élévation facile du membre à 40 centimètres; le 20, le malade se lève et commence à marcher avec un genou raide. L'atrophie n'est plus que de 3 centimètres, et l'écartement n'a pas varié. Le 30 mars, il se lève toute la journée, marche sans béquilles, étend la jambe à angle droit, et s'exerce à vaincre la raideur articulaire. Sorti de l'hôpital le 2 avril, il est revu le 6 du même mois : la raideur est presque dissipée, l'atrophie mesure à peine 1 cent. 1/2, l'écartement s'est accru d'un demi-centimètre environ, et le fonctionnement est normal, sauf quelques légères flexions dont il est peu gêné. N'avais-je pas le droit de faire remarquer aux élèves combien l'état fonctionnel du membre avait suivi les modifications anatomiques et physiologiques du triceps depuis la levée de l'appareil, malgré la persistance et même l'augmentation légère de l'écartement; et d'ajouter que, selon toute vraisemblance, le cal fibreux serait soumis à la loi commune et s'allongerait encore, tandis que l'état fonctionnel n'en subirait nulle atteinte et irait toujours en s'améliorant?

Cette observation a un épilogue. Le cal s'allongea encore un peu, dit le blessé; mais il n'en avait pas de souci, se levant à cinq heures du matin, se couchant à onze heures du soir, et marchant toute la journés. Il montait sans peine les escaliers, les descendait moins facilement, avec un seul pied; mais les flexions, qu'il craignait encore pendant ce dernier mouvement, devenaient de plus en plus rares. Bref, tout allait bien, lorsqu'il fut renversé le 11 mai par une voiture, et revint à l'hôpital avec une rupture de son cal fibreux et un épanchement articulaire. Ici je m'incline, et je reconnais qu'une soudure osseuse l'aurait mis à l'abri de ce nouvel accident; mais je demande quel chirurgien ouvrirait le genou de propos délibéré, avant l'application ou après la levée de l'appareil, dans la seule prévision d'une rupture possible du cal fibreux.

J'ai encore vu l'année dernière, à l'hôpital Saint-Louis, deux fractures qui méritent d'être comparées entre elles. L'une est entrée dans la salle Cloquet (n° 46) le 29 avril et l'autre le 17 mai (n° 58); le premier malade avait 67 ans et le second 43; tous deux avaient une fracture transversale de la rotule gauche, mais dans des conditions différentes. Chez le vieillard, la rotule ayant été brisée directement par le passage d'une roue de voiture, il y avait une hémarthrose considérable; les deux fragments, à peu près égaux, étaient très écartés. Je fis, le 3 mai, une ponction aspiratrice qui retira 50 grammes de sang; le genou affaissé fut soumis à une douce compression et placé dans une gouttière. Le 5 mai, l'articulation contenait très peu de liquide, il y avait entre les fragments un intervalle de deux travers de doigt, qui diminuait un peu quand on les rapprochait avec les mains. Je prescrivis de les rapprocher ou plutôt de les maintenir avec deux bandelettes et de continuer la compression.

Le 15 mai, l'écartement est d'un travers de pouce; le genou étant un peu douloureux, je substitue à la gouttière métallique une gouttière plâtrée pour immobiliser davantage. Le 27, tout liquide a disparu de l'articulation;

©BIU Santé

un cal fibreux solide unit les fragments. Le 7 juin, le membre est délivré, après quinze jours de gouttière métallique et trois semaines d'appareil inamovible. Il n'y a plus aucune douleur, et, malgré l'arthrite aujourd'hui dissipée, la raideur est modérée, une certaine flexion est possible. Avec un écartement qui atteint deux travers de doigts et une atrophie qui n'excède pas 1 cent. 1/2, le malade détache le pied facilement à la levée de l'appareil, très facilement deux jours plus tard.

Electrisation régulière à partir du 9 juin; le triceps répond dans toutes ses parties, mais avec plus de lenteur que du côté sain; il n'y a pas de prédominance bien marquée de l'atrophie et de la paralysie du droit antérieur. Le malade se lève à partir du 14, et marche avec un genou qui plie assez bien, mais lentement, sans hardiesse, en se tenant aux objets qui l'entourent, de peur de fléchir brusquement. Le 2 juillet, la marche est meilleure, mais encore assez craintive; le triceps n'a pas changé de volume, et sa force, relativement bien conservée après l'appareil, ne retourne que lentement vers l'état normal. Désigné pour Vincennes, le 4 juillet, le malade est perdu de vue.

Chez l'homme de 43 ans, tous les phénomènes sont pour ainsi dire inverses des précédentes. Il y avait épanchement très minime, arthrite à peu près nulle, et tout au plus un demi-centimètre d'écartement; une pression modérée amenait les fragments au contact parfait. Je fis mettre le genou dans une gouttière en fil de fer, et deux compresses graduées au-desus et au-dessous de la rotule. On ne fit rien de plus du 18 mai au 9 juin; le genou étant alors délivré, le malade resta couché sans appareil. Raideur articulaire modérée, épanchement guéri, 2 ou 3 millimètres d'écartement. L'atrophie (2 centimètres) portait en grande partie sur le droit antérieur qui semblait disparu; le membre se soulevait à peine et avec une extrême difficulté.

Le 14, l'impuissance fonctionnelle paraissant encore plus prononcée, comme si l'atrophie marchait toujours, je me hâte de commencer la faradisation; partout le muscle répond avec lenteur, mais le droit antérieur est surtout d'une grande faiblesse. A partir du 18, les progrès sont rapides, et le 26, la jambe se détache facilement; le malade commence à se lever. Le 28, et surtont le 2 juillet, la marche se fait bien, la contraction musculaire étant normale et la raideur beaucoup moindre. Départ pour Vincennes le 10 juillet, avec un écartement toujours très minime et une atrophie qui n'est plus que de 1 centimètre.

Le parallèle de ces deux malades peut se faire en quelques mots: chez le premier, le triceps étant relativement bien conservé, l'élévation du membre est facile malgré l'écartement considérable; seulement, il s'agit d'un vieillard, et la fonction musculaire compromise a peine à se rétablir. Chez l'autre, comme la paralysie est grave, l'impuissance est complète avec des fragments qui se touchent; mais l'homme est encore jeune, le muscle obéissant à l'électricité retrouve sa vigueur avec une partie de son volume, et l'impuissance disparaît. Dans ces deux cas, la fonction n'est-elle pas une fois de plus en rapport avec l'état du triceps, en désaccord formel avec la situation des fragments?

M. le docteur Henriet a communiqué à la Société de chirurgie (*Union méd.*, 9 décembre 1883) un fait qui me paraît bien démonstratif. Il s'agit d'un homme de 45 ans, dont le membre inférieur droit est atrophié par suite d'une ancienne paralysie infantile. Un beau jour, son membre infé

rieur gauche commence à faiblir ; les muscles de la jambe restent vigoureux, mais ceux de la cuisse s'atrophient progressivement. Il tombe sur le genou, se fait à diverses reprises des contusions avec épanchement ; il a les faux pas, les flexions brusques dont nous avons maintes fois parlé, et cependant il n'a pas la moindre fracture. M. Charcot admet l'existence de troubles médullaires, suites lointaines et inusitées de l'ancienne paralysie infantile.

Le membre gauche, massé, douché, frictionné a déjà repris une certaine vigueur, quand une flexion violente et subite détermine une fracture de la rotule, sans épanchement ni réaction. Chose bizarre, le malade n'en tient nul compte, l'état fonctionnel continuant à s'améliorer. L'écartement mesure bientôt quatre travers de doigts, et cependant le membre a reconquis sans interruption une partie des forces perdues ; si bien qu'avec sa fracture et ses muscles réparés, le malade marche mieux qu'au temps où la rotule était saine, mais en rapport avec des muscles impuissants. Je ne connais pas d'exemple qui démontre mieux que l'atrophie musculaire suffit à produire la faiblesse du membre, les faux pas et les chutes, et que, si l'atrophie est réparée, la fracture et l'écartement n'y suffisent pas.

Dans un mémoire du docteur Picqué, chef de clinique (*Union méd.*, 4 décembre 1883), nous trouvons quatre observations tirées du service de M. Berger. Une fracture, datant de quinze ans, offre un écart de deux travers de doigt dans l'extension, et de quatre dans la flexion ; il n'y a ni atrophie du triceps, ni aucune impotence fonctionnelle. — Une fracture itérative, avec hémarthrose considérable, n'empêche pas la marche et la course immédiatement après la rupture du cal. — Une fracture de douze ans, avec 2 centimètres d'atrophie, deux travers de doigt dans l'extension et quatre dans la flexion, a permis au blessé d'être pompier pendant sept ans, sans la moindre fatigue. — Une autre enfin, survenue en 1872, présente une mobilité considérable des fragments, une distance de trois et quatre travers de doigt, une atrophie de 4 centimètres ; et le sujet, malgré son rude métier de maçon, marche bien, détache le talon et se fatigue à peine. En résumé : extrême facilité de la marche et exercices pénibles avec des écartements considérables ; chez les deux derniers malades, intégrité des fonctions malgré la persistance de l'atrophie, c'est-à-dire suppléance du droit antérieur par les deux vastes ou réintégration de la puissance musculaire sans retour au volume primitif, deux faits sur lesquels j'ai insisté plus haut.

M. le docteur L.-H. Petit a publié aussi dans l'*Union médicale* (29 novembre et 1er décembre 1883), une série de sept observations où la marche et l'influence de l'atrophie musculaire sont mises en relief. On y voit les fonctions enrayées par cette atrophie, avec toutes les variétés de cal fibreux, et améliorées par l'électricité en même temps que le muscle reprend une partie de son volume ; malheureusement, les malades ont quitté l'hôpital trop tôt pour qu'on ait pu observer des résultats décisifs. Si la faradisation est appliquée de bonne heure, au bout de quelques séances on constate un changement notable ; mais après quinze mois, deux ans et plus, il y aurait illusion à compter sur elle. Le travail de M. Petit mentionne la thèse de Christin (1), et les leçons cliniques faites en 1880 par le professeur Verneuil, et qui établissent nettement sa priorité.

(1) Christin : *De la paralysie et de l'atrophie des muscles de la cuisse dans quelques affections du genou*, thèses de Paris, 1880.

La thèse déjà citée du docteur Labonne, outre les observations des deux précédents mémoires, contient encore d'autres faits intéressants. Un malade de 50 ans, que j'ai vu à l'hôpital Necker, et dont l'histoire a été recueillie par M. Launois, avait les deux rotules fracturées depuis vingt-cinq ans, avec un écart de 4 centimètres dans la flexion ; il courait dans la salle, sautait à pieds joints et marchait à cloche-pied ; des deux côtés le triceps était volumineux et ses trois chefs bien dessinés sous la peau. — Un homme de 37 ans, à l'hôpital Cochin, présentait au bout de quarante jours un cal fibreux de 5 centimètres qui en eut bientôt 9 ; mais, comme « le triceps crural est excellent », il marche aisément et sans boiter ; seulement, la fatigue se fait moins attendre qu'avant la fracture. — Une femme de 40 ans, à la Pitié, avait après cinquante jours un cal fibreux de 1 centimètre et un muscle « notablement atrophié » ; elle ne pouvait ni marcher, ni étendre la jambe. Les courants continus donnèrent « un résultat superbe », et la malade sortit avec tous les mouvements de l'état normal.

Mais pourquoi prolonger cette énumération ? Qu'il me suffise de rappeler tous les faits qu'on trouve dans les auteurs classiques, tous ceux qu'on a invoqués récemment à la Société de chirurgie, ceux qui me sont propres et que j'ai cités au début de ce travail, en particulier l'observation du docteur Sabatié. Ils m'ont servi à prouver qu'on fonctionne souvent à merveille avec des écartements considérables ; je puis les ajouter maintenant à ceux que je viens d'analyser pour démontrer l'influence du triceps. Car, si les blessés de Hamilton, Larger, Le Fort, etc., marchaient avec vigueur, comment l'expliquer, sinon par la puissance des muscles ? A coup sûr, ils n'auraient pas si bien fonctionné, s'ils avaient eu à la fois désinsertion et paralysie.

Il y a quelque témérité, sans doute, à résister aux avis d'un maître éminent et d'un clinicien dont l'autorité n'est contestée par personne. Cependant, les faits dont je viens de rendre compte me paraissent fournir un point d'appui suffisant pour répondre à une lettre que M. Gosselin a publiée dans les *Archives générales de médecine* (1), et où se trouve une critique très serrée des opinions que j'ai défendues, avec M. Verneuil, à la Société de chirurgie.

Il y a, dans la lettre de M. Gosselin, deux idées qui, à mon sens, dominent le débat, et qui risquent d'amener un double malentendu. La première est celle-ci : l'*atrophie* des muscles de la cuisse est une lésion qui n'a pas grande importance, car, malgré la persistance de cette atrophie, les contractions et la force musculaire se rétablissent.

Voilà un fait incontestable, au moins chez beaucoup de malades, et dont l'observation du docteur Sabatié offre un bel exemple. Je l'ai reconnu en disant que « l'atrophie et la paralysie musculaires peuvent être séparées dans une certaine mesure... Après une durée plus ou moins longue d'atrophie et d'impotence, les fonctions peuvent s'améliorer ou même se rétablir sans que le muscle ait repris tout son volume... La réparation anatomique est restée en chemin, tandis que la réparation fonctionnelle se complète ». Et c'est justement parce que la réparation fonctionnelle se complète que la

(1) *Lettre sur l'état fonctionnel du triceps fémoral à la suite des fractures transversales de la rotule*, adressée à M. le docteur Berger, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, par le professeur L. Gosselin, *Arch. gén. de méd.*, 1884.

plupart des malades guérissent, en somme, de leur fracture. Il est bien évident que j'ai mis en cause l'atrophie en tant qu'elle s'accompagne de paralysie ou de parésie musculaire. Ce qui importe, c'est le degré d'énergie et non le volume; et, si j'avais pu prévoir l'objection de M. Gosselin, je l'aurais prévenue en accusant, non pas l'atrophie, mais l'*insuffisance du triceps*. Il est très juste que « la déperdition physiologique » n'est pas toujours en rapport avec « la déperdition anatomique »; mais cela n'empêche pas la première de jouer son rôle quand elle existe. Voyez quelles variétés on observe : il y a des triceps qui résistent bien à la fracture et s'amincissent à peine; il y en a qui reviennent assez vite à leur vigueur première, et ceux-ci, d'une façon générale, sont les moins atrophiés. Presque tous les blessés que j'ai cités dans les pages précédentes, et qui fonctionnaient bien avec de grands écartements, avaient des muscles volumineux. D'autres fois, le triceps encore mince retrouve peu à peu sa force contractile et redevient bon pour la marche et les principales fonctions du membre; mais, dans certains cas, il demeure insuffisant, paresseux à la faradisation, exposé aux défaillances, incapable de compenser par sa vigueur la désinsertion d'un de ses chefs. Comment n'aurais-je pas attribué d'importance à cette lésion, puisqu'il est avéré qu'elle suffit, sans aucun traumatisme, à produire une impuissance identique à celle de la fracture (obs. d'Henriet), tandis qu'un muscle réparé efface si souvent et si bien les suites de la fracture et de la pseudarthrose?

Voici le second point. L'impotence fonctionnelle qu'il refuse au triceps, M. Gosselin l'attribue en grande partie à un reste d'arthrite douloureuse et à la raideur consécutive. Or, cette arthrite prolongée est un élément clinique dont il faut tenir compte; mais je ne confonds pas une gêne temporaire ou une ankylose fibreuse avec la *faiblesse du membre* qui survit à l'arthrite, qui peut guérir ou persister indéfiniment, qui offre ici des caractères spéciaux dont tous les auteurs ont été frappés, qui enfin n'a que deux causes possibles : écart des fragments rotuliens ou insuffisance musculaire. Sans doute, il y a des malades qui, l'appareil enlevé, ont le genou douloureux pendant les mouvements, de telle sorte que la contraction est timide, irrégulière, et la fonction très imparfaite. Quand la sensibilité a disparu, ils ont encore une raideur plus ou moins durable qui les rend maladroits et les fait boiter quelque temps. Mais, si l'embarras causé par ces vestiges de l'arthrite peut être confondu avec la faiblesse musculaire, la masque ou la simule, il appartient à l'analyse clinique de l'en distinguer nettement. Nous voyons souvent des malades qui n'ont eu qu'un minimum d'arthrite, et qui, à la levée de l'appareil ou après plusieurs jours de liberté, ne sont entravés par aucune douleur; ils n'ont pas d'appréhension et font d'énergiques efforts pour obéir à nos commandements, néanmoins leur talon reste collé au plan du lit; puis la faradisation réveille le muscle paresseux, chaque séance détermine un nouveau progrès, et, au bout de quelques jours, le talon se détache : mes malades de Necker, de Bichat et de Saint-Louis en sont des exemples.

M. Gosselin admet bien « un certain degré d'inertie musculaire », mais voici la raison qu'il en donne : « Pour que les muscles de la vie animale fonctionnent bien, il faut que les leviers qu'ils doivent mouvoir soient dans leur état normal, et notamment qu'après les lésions traumatiques et inflammatoires, ils aient repris leur intégrité ou tout au moins aient cessé d'être douloureux. » Pour la douleur, nous sommes d'accord; mais pour l'inté-

©BIU Santé

grité absolue, c'est une autre affaire. Une raideur simple, indolente, peut nuire à l'élégance, mais non à la solidité de la marche; bien plus, la rigidité du levier osseux vient en aide au muscle appauvri. N'a-t-on pas proposé, au Congrès français de chirurgie, de produire l'ankylose au moyen d'injections articulaires, pour remédier aux impotences fonctionnelles graves?

Pour bien distinguer l'impuissance musculaire, je conseille avec M. Gosselin d'attendre « que toute souffrance provoquée par les mouvements ait disparu, que l'articulation du genou ait repris toute sa souplesse. » Malheureusement, M. Gosselin affirme qu'à cette époque on ne la voit jamais si l'écartement est nul, le cal fibreux court et solide, ou si la rotule est entière, comme à la suite de l'hydarthrose rhumatismale. Je répète à mon tour qu'on l'a vue avec des cals d'un millimètre, avec des cals osseux d'apparence, comme le rappelle M. Berger dans l'article *Rotule*, enfin dans les hydarthroses rebelles accompagnées d'atrophies considérables; et que, pour avoir la marche timide, la fatigue prompte, les flexions subites et les chutes, il suffit d'avoir une atrophie paralytique du triceps.

En fin de compte, M. Gosselin, avec tous les auteurs, voit dans l'écart des fragments la vraie cause de l'impotence fonctionnelle qui persiste au bout d'une année, par exemple, et l'explique par la non-transmission des contractions du droit antérieur au fragment inférieur de la rotule. Mais hâtons-nous d'ajouter que cette impotence, il l'a réduite à bien peu de chose; plus on s'éloigne du moment de la blessure, plus le membre reprend sa force et son agilité; tout se borne à la perte ou à l'imperfection de l'extension active, et par suite à l'abolition des « mouvements de luxe », l'élévation et la projection du pied, le saut, la danse. Quant aux impotences fonctionnelles graves, « ces cas-là ne se voient guère. » Voilà qui est bien commode pour la théorie de l'écartement. Dans les premiers mois, l'auteur met tout sur le compte de l'arthrite prolongée; plus tard, il n'attribue à l'écart des fragments que ce qui lui revient de droit et ce que tout le premier je lui accorde, à savoir la perte de l'extension active. Mais que fait donc M. Gosselin des impotences fonctionnelles graves, pour lesquelles le blessé, qui ne peut exercer aucun métier fatigant, faire des courses, conduire ses chevaux, vient avec désespoir nous demander notre intervention? L'écartement ne peut nous en rendre compte, puisque M. Gosselin nous dit lui-même que, malgré l'écartement (ajoutons : malgré ses progrès), la force et l'agilité reviennent en général. Resterait à invoquer, pour ces cas embarrassants, l'insuffisance musculaire; malheureusement, c'est la seule explication que M. Gosselin ne puisse admettre, car il soutient à diverses reprises que la fonction musculaire se rétablit toujours dans son intégrité, malgré la persistance de l'atrophie. Et voilà pourquoi, sans doute, l'auteur estime que « ces cas-là ne se voient guère. »

Mais j'ai hâte de terminer cette discussion déjà longue, et pour laquelle je demande l'indulgence de mon excellent maître. Je puis la résumer en une seule proposition :

Si nous mettons à part, comme je l'ai indiqué plus haut, les cas exceptionnels où existe une large déchirure des parties fibreuses latérales, et où sont rompues en grande partie les connexions des deux vastes avec le fragment inférieur de la rotule et avec le tibia, j'affirme que l'impotence fonctionnelle vraie, celle qui survit à l'arthrite douloureuse et à la raideur, a pour cause essentielle, non l'écartement, mais l'insuffisance musculaire, et en

particulier celle du triceps. A telle enseigne qu'on ne me montrera jamais un membre inférieur sérieusement compromis, quel que soit l'écart entre les fragments, si la masse musculaire est aussi volumineuse que du côté opposé; car on voit des fonctions rétablies avec un certain degré d'atrophie persistante, mais on ne voit pas de fonctions perdues avec un muscle sain.

Il me reste maintenant à tirer des pages précédentes les déductions thérapeutiques qui sont l'objet principal de ce travail. (*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

De la sclérose des artères coronaires et de ses conséquences, par LEYDEN. — La ligature de ces artères provoque des lésions anatomiques de trois variétés : 1° la sclérose des artères coronaires sans altération du myocarde ; 2° le ramollissement thrombique aigu ou la formation d'un infarctus dans le myocarde, ayant parfois pour résultat la dégénérescence du cœur ; 3° la dégénérescence fibreuse chronique disséminée ou en foyer, ou bien encore des lésions mixtes, dans lesquelles on observe les dégénérescences fibreuses avec les infarctus hémorrhagiques.

A ces formes anatomiques correspondent trois modalités cliniques : 1° la mort est subite dans un accès d'angine de poitrine ou une syncope ; 2° elle est lente et survient après plusieurs jours pendant lesquels il se produit des accès de toux, de dyspnée, d'angine de poitrine et de l'hydropisie. Pendant ces accès d'angine de poitrine on observe de l'arythmie cardiaque ; 3° les cas sont chroniques et la marche de la maladie est progressive. L'angine de poitrine possède alors une forme typique ; on observe des accès d'asthme cardiaque, ou bien de la cardiosthénie et des syncopes. M. Leyden recommande les injections de morphine contre la douleur et l'oppression, redoute le nitrite d'amyle et n'emploie la digitale que dans les formes chroniques. — (*Centrabl. f. cl. med. Wissensch.* 1884, p. 654.) — Ces conclusions thérapeutiques diffèrent de celles du mémoire si clinique de M. H. Huchard sur les angines de poitrine, mais par contre confirment la théorie qu'il donne de l'angor pectoris vraie. — C. L. D.

THÉRAPEUTIQUE

Du kava dans la blennorrhagie.

Le kava, piper methysticum, est une plante herbacée de la famille des piperacées qui croit dans les îles de la Polynésie, îles Marquises, Tonga, Sandwich, etc., etc.

En 1874, M. le docteur Dupouy, médecin de la marine, naufragé aux îles Wallis avec bon nombre de matelots atteints de blennorrhagie contractée à Taïti, usa de cette racine pour traiter ses malades : au bout de dix jours, malgré une hygiène déplorable, tous les blennorrhagiques étaient guéris. Émerveillé de ce résultat, M. le docteur Dupouy, aussitôt rentré en France, fit connaître le précieux remède : « Le kava, dit-il, est un diurétique puissant et un antiblennorrhagique par excellence.

Il a sur les divers agents blennostatiques les avantages de ne produire ni diarrhée, ni constipation, d'être pris avec plaisir (en infusion ou plutôt en macération), d'augmenter l'appétit, de calmer ou de faire disparaître la douleur pendant la miction, de changer complétement la nature de l'écoulement, et d'amener la guérison en un laps de temps très court, dix jours en moyenne. » (*Bulletin de thérapeutique,* 1876, *Le Kava;* A. Delahaye, 1878.)

M. le professeur Gubler put se procurer une petite quantité de kava, et l'expérimenta. Les résultats qu'il obtint furent tels « qu'il n'est plus permis, dit-il, de douter de la puissance curative du kava, non seulement dans les blennorrhées uréthrales et les leucorrhées vaginales, mais encore et peut-être principalement dans les cas d'uréthrites aiguës. (*Journal de thérapeutique,* 1878.)

©BIU Santé

Il était à désirer que le kava fût importé en France de manière à en faire l'essai sur une large échelle, et l'on peut se demander comment un remède aussi remarquable n'est pas entré plus tôt dans la thérapeutique. Cela tient uniquement à la difficulté qu'il y a à se procurer cette plante, surtout dans de bonnes conditions de conservation.

Nous sommes heureux de faire savoir que M. le docteur Fournier, pharmacien à Paris, a surmonté toutes les difficultés. Après s'être procuré de bonnes racines de kava, il en fit une analyse minutieuse et reconnut, ainsi que l'avait indiqué Gubler, que toute l'action thérapeutique du kava réside dans une oléorésine, très aromatique, et une substance cristallisable nommée kavahine.

« L'action anticatarrhale directe, topique, est due à une substance oléorésineuse, comparable aux térébenthines généralement usitées. — Les effets diurétiques et anticatarrheux indirects dépendent en partie de cette oléorésine, mais surtout de la substance cristallisable nommée kavahine. » (Gubler.)

En séparant ces deux principes des autres matières inactives, amidon, cellulose, sels, etc., etc., on obtient donc tous les éléments actifs du kava sous un très petit volume. C'est le produit de cette opération mis en pilules, dosées de façon à ce que chacune d'elles renferme tous les principes actifs de 1 gramme de kava, que M. Fournier met à notre disposition pour le traitement de la blennorrhagie.

Quels sont les effets qui suivent l'administration de ce médicament ?

« Lorsqu'on administre le kava à un malade, on obtient dès le premier jour un « accroissement considérable de la diurèse aqueuse, puis une sédation rapide de la « douleur et de l'éréthisme inflammatoire, et consécutivement une diminution progres- « sive de l'écoulement.

« Si nous réunissons ces trois phénomènes initiaux, à savoir : l'*hydrodiurèse accrue*, la « *phlogose diminuée* et la *douleur apaisée*, et si nous réfléchissons que ce syndrome « devance notablement la modification sécrétoire, nous serons conduits à doter cette « piperacée du pouvoir d'augmenter l'action du système nerveux vaso-moteur constric- « teur, dévolu à l'appareil uro-génital.

« Avec les balsamiques, la collection des symptômes est à peu près la même, seule- « ment l'ordre de succession est différent, la subordination réciproque est inverse, « les mécanismes parfois opposés. Aussi, sous l'influence des térébenthines, du « copahu, etc., etc., les effets *blennostatiques* se montrent d'abord, la douleur et le tra- « vail inflammatoire s'abaissent secondairement. Ici, l'accroissement de la diurèse s'ex- « plique par l'action irritante des essences et des résines, tandis que, pour le kava, elle « paraît due surtout à l'augmentation de la tension vasculaire. » (Gubler, *Journal de thérapeutique*, 1878.)

Ajoutons que les térébenthines, copahu, santal, etc., ont d'horribles désagréments, tandis que le kava, même pris en infusion, est agréable au goût (1), qu'il n'occasionne ni pesanteur d'estomac, ni renvois, ni diarrhées, ni éruptions cutanées, etc.; que, de plus, il faut, pour administrer le copahu, le santal, etc., etc., attendre que l'état aigu soit diminué, tandis que le kava peut et doit être donné dès le début, car il *jouit d'une efficacité remarquable dans la période la plus inflammatoire de l'uréthrite* (Gubler). Leighton Kesteven a fait une longue étude sur le kava. Il trouve que cette plante stimule le cerveau comme pourrait le faire le café et aiguise les facultés intellectuelles. Il lui reconnaît encore une action décongestionnante sur la moelle épinière.

Mais, dit-il, « la propriété la plus remarquable du kava est celle qu'il exerce sur les

(1) Aux îles Marquises, Fidji, etc., etc., les naturels préparent avec la racine fraîche du kava une boisson très appréciée, non seulement par eux, mais par tous les voyageurs qui ont pu en goûter.

Le docteur Dupouy nous raconte qu'à son retour en France il avait l'habitude, avec plusieurs personnes de l'état-major de l'*Orne*, de prendre l'infusion de Kava une demi-heure avant les repas en guise d'apéritif, et « nous le tenons, dit-il, pour bien supérieur à ces apéritifs tels que vermouth, bitter, absinthe et autres qui ont des effets déplorables sur l'organisme. »

« organes génitaux. Des gonorrhées chroniques ont rapidement cédé à son emploi et, « dans la cystite chronique, son efficacité est supérieure à celle de tous les autres « remèdes employés jusqu'à ce jour. » (*The Practitionner*, mars 1882.)

Comme conclusion, nous dirons que le kava est un remède encore peu connu, mais certainement efficace, et qui mérite d'être sérieusement expérimenté, surtout maintenant qu'il est facile de se le procurer tout préparé chez M. Fournier (*pilules de kava Fournier*).

Il ne dispensera pas de l'injection microbicide, quoique son élimination par les voies urinaires semble, d'après les dernières expériences, rendre les muqueuses uréthrales réfractaires à la répullulation du micrococcus ; mais il fera peut être oublier le copahu, le santal, etc., et les autres drogues analogues dont chacun connaît les inconvénients et, à coup sûr, rendra le traitement moins long.

Dr Robert.

ÉTUDES D'HYDROLOGIE MÉDICALE

VALS : « Les Meilleures » (Béatrix, Henriette).

Les « *Meilleures* » sont constituées par deux nouvelles sources, auxquelles on peut, sans être prophète, prédire l'avenir le plus doré. La source *Béatrix*, la plus profonde, résulte d'un forage de 21 mètres. Son débit est de six litres par minute. Elle est fortement minéralisée : 2 gr. 80 de bicarbonate de soude, joint à des bicarbonates de fer et de chaux, 1.92 d'acide carbonique et (fait important, unique à Vals) 0 gr. 0.33 de bicarbonate de lithine ! L'analyse est due à un habile chimiste, M. le professeur Crolas (de Lyon). *Béatrix* n'est donc pas une eau de Vals ordinaire : c'est un véritable médicament, très actif, appelé à rendre les plus réels services. En effet, comme l'a très bien exprimé Bardet, une eau minérale d'exportation n'a de valeur qu'autant qu'elle peut être considérée comme une solution médicamenteuse. C'est le cas ou jamais, pour *Béatrix*, qui constitue la meilleure préparation lithinée, médication naturelle, sortie animée et vivante des entrailles volcaniques du Vivarais !...

Prise à la dose d'un verre et demi, *Béatrix* stimule l'appétit et donne lieu à une action immédiatement réconfortante des plus curieuses, qui disparaît pour faire suite à une émission abondante d'urines claires. Elle est indiquée dans la diathèse urique, surtout chez les goutteux anémiés par une médication alcaline antérieure. Mais les affections catarrhales uro-génitales et la gravelle revendiqueront presque exclusivement la source *Béatrix* comme une eau doucement diurétique et qui calmera puissamment l'irritation catarrhale de la muqueuse prostato-vésicale. Nous avons obtenu ainsi récemment un succès complet, chez un jeune homme de 26 ans, rhumatisant héréditaire, atteint de blennorrhée très ancienne, ayant résisté à tout traitement (et même à des cathétérismes répétés six semaines et pratiqués par l'un des premiers spécialistes de la capitale). Seize jours de traitement, représenté uniquement par une bouteille, prise chaque jour, de la source *Béatrix*, ont délivré M. P.....n de sa désagréable affection...

Accessoirement, notre source sera très utile dans les dyspepsies, gastralgies, engorgements hépatiques, chloro-anémie, cachexie palustre, etc..., et, en général, dans toutes les affections où nous avons recommandé la Délicieuse n° 3. Elle sera plus puissante qu'elle : dans l'atonie gastro-intestinale, et surtout dans la lithiase hépatique, où de récentes observations nous permettent de la prescrire, préférablement à tout autre source minérale connue.

*
* *

La deuxième source des « *Meilleures* » de Vals se nomme *Henriette*. Elle se rapproche plus des eaux de table. Située à 50 mètres au-dessus de Béatrix, sur la rive droite de la Combe, *Henriette* est forée à 18 mètres. Elle contient 1 gramme de bicarbonate en moins; mais elle renferme 1 gr. 62 d'acide carbonique et de sérieuses traces de lithine. Diurétique, digestive et antianémique par son fer, elle possède surtout une action reconstituante, très appréciée déjà dans la région vivaraise, contre toutes les débilités

©BIU Santé

en général. Transportée, elle se montre un modèle d'eau de table digestive, utile chez les sujets prédisposés à l'obésité et à la goutte, à la glycosurie et au diabète. Elle est également très bien tolérée par les convalescents : je l'ai vue remonter très rapidement les forces dans deux cas de convalescences de fièvre typhoïde, où la nutrition semblait ne pouvoir se relever. Je suis aussi à même de recommander *Henriette* dans les vomissements de la grossesse, où elle a plusieurs fois (à ma connaissance) complètement réussi dans son action sédative et antiémétique.

Je crois enfin (faut-il le dire?) *Henriette* très favorable dans la diarrhée : elle m'a paru la plus constipante, sans contredit, de toutes les eaux du bassin de Vals. Elle sera donc contre-indiquée dans la constipation opiniâtre, l'aménorrhée, les hémorrhoïdes. En revanche, elle surexcite les fonctions génésiques (plus encore peut-être que l'appareil urinaire) et paraît utile dans certaines formes d'impuissance par atonie des vésicules séminales, ainsi que dans la spermatorrhée par relâchement de ces organes.

Dr Pol. Vernon.

FORMULAIRE

Pommades calmantes. — H. Roger.

Extrait d'opium	2	grammes.
Axonge	30	—
Ou bien : Chlorhydrate de morphine	1	—
Axonge	30	—
Ou bien : Chloroforme	5	—
Axonge	30	—

Mêlez. — Soir et matin, on frictionne doucement, avec l'une ou l'autre de ces pommades, le thorax des enfants atteints d'hypercoqueluche. — Plusieurs heures par jour, on maintient près du lit du malade, de l'eau bouillante chargée d'espèces émollientes. On administre en abondance des boissons béchiques chaudes. Aux jeunes enfants, on donne de 5 à 15 grammes de sirop de lactucarium opiacé, de sirop de pavot blanc ou de sirop de codéine. Aux coquelucheux plus âgés, on peut faire prendre le sirop d'opium ou le sirop de morphine, aux doses de 1 à 5 grammes, sans dépasser 10 grammes. — N. G.

COURRIER

Association des médecins de la Seine. — L'Association des médecins de la Seine informe le public médical, que la bourse fondée par le docteur Moulin, pour l'entretien au lycée Saint-Louis du fils d'un médecin français sans fortune, se trouve actuellement vacante.

Les conditions à remplir par les candidats sont les suivantes :

1° Être fils d'un médecin français.

2° Être en âge et en état de faire des études classiques.

3° Être dépourvu de moyens d'existence.

Adresser les demandes, avec pièces justicatives, à M. le docteur Louis Orfila, secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine, 2, rue Casimir-Delavigne, avant le 1er novembre 1885.

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 fr. 50.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Henri Huchard : Nature et traitement curatif de l'angine de poitrine vraie. — II. Revue des Journaux. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de biologie. — IV. Courrier.

Nature et traitement curatif de l'angine de poitrine vraie (1)

Par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat.

I

Messieurs,

Depuis un siècle, des explications diverses et nombreuses (puisque j'ai pu en compter jusqu'à 36!) ont été tour à tour émises sur la nature de l'angine de poitrine ; et si la thérapeutique rationnelle de ce syndrôme n'a pu être jusqu'alors sérieusement fixée, c'est non seulement en raison des incessantes fluctuations de ces théories, c'est encore parce que chaque auteur a réuni cliniquement des faits radicalement opposés, et qu'il a confondu dans une statistique trop souvent complaisante tous les cas, ceux qui se terminent spontanément par la guérison malgré la médecine et les médecins, et ceux beaucoup plus graves qui, jusque dans ces dernières années, ont toujours conservé un pronostic inexorable.

Il résulte, en effet, de ma dernière étude parue sur ce sujet en 1883 dans la *Revue de médecine* (2) que, dans la description du syndrome angineux, on a compris une foule d'affections diverses, différentes par leur cause et leur nature même, différentes aussi par le pronostic et le traitement. Aussi cette revision clinique, qui consiste à distinguer l'angine vraie des angines fausses ou de tous les phénomènes anginiformes, présente-t-elle autant d'importance pratique que celle qui a séparé autrefois l'asthme de toutes les affections pseudo-asthmatiques ou dyspnéiques, l'épilepsie de tous les symptômes épileptiformes ou convulsifs.

Les *pseudo-angines* des névropathes, des arthritiques, des gastriques, etc., s'observent à tous les âges et atteignent (surtout les premières) plus souvent la femme que l'homme ; elles sont souvent caractérisées par la répétition fréquente des accès (3), par leur apparition parfois périodique et nocturne (surtout les secondes) à l'heure des paroxysmes des affections arthritiques (asthme, goutte, faux croup), par leur durée parfois longue et variant parfois d'une demi-heure à deux heures, par la spontanéité avec laquelle ces accès éclatent, ou par l'intervention de causes multiples et diverses, souvent inappréciables, qui peuvent produire les accès ; elles se reconnaissent encore au siège de la douleur à la partie moyenne ou inférieure de la région cardiaque, à sa nature qui la fait ressembler à une sensation de plénitude, de tension ou de distension du cœur, enfin à la facilité de locomotion et à un état de bien-être éprouvé par les malades dans l'intervalle des attaques. Ces fausses angines, surtout celles qui surviennent chez les névro-

(1) Communication au Congrès scientifique de Grenoble, 19 août 1885.

(2) *Des angines de poitrine* (*Revue de médecine*, 1883) (travail couronné par l'Académie de médecine. Prix Godard, 1885).

(3) Déjà, dans le *Traité des névroses*, j'ai cité le fait d'une hystérique qui a eu plus de deux cents accès de fausse angine de poitrine en moins de deux ans. Quelle différence, au point de vue de la gravité, avec l'angine vraie qui peut tuer si rapidement les malades dès les premières atteintes du mal! (*Traité des névroses*, 1883, page 339.)

©BIU Santé

pathes, sont plus bruyantes que dangereuses, et c'est d'elles que l'on peut dire comme de toutes les manifestations névrosiques ou hystériques : *Beaucoup de bruit pour rien* (*Much ado about nothing*).

Quelles différences avec l'*angine vraie*, qui s'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme, qui survient à un âge plus avancé, à l'âge des affections artério-scléreuses, dont les accès, rares au début, prenant exceptionnellement la forme périodique ne sont jamais spontanés et sont au contraire presque toujours provoqués par le même mécanisme, c'est-à-dire par l'excitation anormale ou exagérée d'un cœur mal nourri et affaibli dans sa puissance contractile, par une marche précipitée sur un plan incliné et contre le vent, par un effort, une émotion, un simple mouvement ! Ces accès ont une durée parfois si courte qu'un malade cité par Parry disait « ressentir presque dans le même instant les deux extrêmes, par suite du passage rapide de la douleur à un état de bien-être. » Sans doute, plus tard, ils ont une tendance à survenir spontanément, pendant la nuit, et ces accès nocturnes sont même remarquables par leur longue durée et leur sévère intensité. Mais l'angine vraie se reconnaît, encore une fois, par ses faciles et fréquentes provocations sous l'influence de causes qui obligent le cœur à se mouvoir anormalement ; mais ils se distinguent aussi par le siège franchement sous-sternal, par la nature de la douleur franchement angoissante ou compressive comparée à une sensation violente d'étreinte, d'étau, de mains ou de griffes de fer, de déchirure, de rapprochement des parois thoraciques ; cette douleur présente souvent, d'après l'expression de Lartigue, « quelque chose de *mental* », par suite de l'effroi et de l'angoisse qu'elle provoque chez les patients ; et Sénèque, qui a été très probablement atteint de cette affection, l'avait bien définie lorsqu'il disait : « Pour toutes les autres douleurs, c'est seulement souffrir ; pour celle-là, c'est rendre l'âme. » (*Aliud enim quidquid est ægrotare est ; hoc est animam agere.*)

Enfin, dans les cas embarrassants, le diagnostic différentiel peut et doit s'édifier sur la constatation d'une aortite subaiguë qui se traduit souvent : par l'existence de douleurs toujours provoquées à la pression, lesquelles sont alors vraiment névralgiques, puisqu'elles sont dues à une névrite cardiaque ; par l'augmentation de la matité préaortique et le soulèvement anormal des artères sous-clavières, deux symptômes caractéristiques de la dilatation même légère de l'aorte toujours concomitante de l'inflammation de ce vaisseau ; et, en l'absence de bruits morbides, par l'existence de bruits aortiques, secs, parcheminés, retentissants ou clangoreux.

Ce n'est pas tout encore, et le pronostic nous montre des différences capitales : *Les pseudo-angines sont bénignes*, elles se terminent le plus souvent par la guérison spontanée, en l'absence de toute médication, ou encore au moyen de médications différentes visant les causes nombreuses et variables qui en provoquent les accès. — L'*angine vraie est grave ;* abandonnée à elle-même, elle se termine presque toujours par la mort ; mais soumise à un traitement rationnel et invariable que j'indiquerai plus loin, et qui s'adresse à la lésion réelle de la maladie, elle peut et doit guérir d'une façon définitive.

Tous ces caractères si accentués qui séparent l'angine vraie des pseudo-angines au point de vue de la symptomatologie, de la marche et des allures des accidents douloureux, de leur pronostic et de leur terminaison, n'autorisent-ils pas déjà formellement à soutenir qu'il s'agit de maladies absolu-

ment distinctes ? D'un autre côté, on dit bien : épilepsie vraie et épilepsies fausses, asthme et faux asthmes, croup et faux croup, tabes dorsal et faux tabes, coxalgie et pseudo-coxalgie, rhumatisme et pseudo-rhumatismes, etc., pourquoi ne peut-on pas dire aussi : angine vraie et angines fausses (1), lorsque la première est aussi éloignée des secondes que le croup l'est du faux croup ? Mais ce qui devient encore un argument sans réplique en faveur de cette division et de cette distinction nouvelles qu'il faut maintenir au nom même de la clinique, c'est la différence fondamentale du traitement, de la pathogénie ou des lésions de l'une et des autres.

Pour bien faire comprendre l'action et les bienfaits de la médication que je propose, je dois reproduire très sommairement les principales conclusions de mon premier travail sur la nature de l'angine de poitrine vraie, ce qui permettra de mieux en instituer la thérapeutique, en vertu de cet aphorisme nouveau que l'on me permettra de formuler ainsi : *Cognitâ morbi causâ, jam cognoscitur medicatio.*

Si les *angines fausses* reconnaissent des causes et des pathogénies différentes (distension des cavités cardiaques par spasmes artériels généralisés ou troubles vaso-moteurs, dilatations du cœur consécutives aux affections gastro-intestinales, névralgie des plexus cardiaques, etc.), l'*angine vraie* s'explique au contraire par une pathogénie invariable, elle est due à la lésion des artères cardiaques, à leur sclérose, à leur rétrécissement, elle est le plus souvent le résultat d'une aortite, à la condition que celle-ci intéresse et obture en partie l'ouverture des artères coronaires (aortite péri-coronaire), et les accès d'angor sont provoqués par une ischémie cardiaque temporaire, véritable *claudication intermittente du cœur,* comme le dit si judicieusement M. Potain qui compare la production des attaques angineuses à ce qui arrive dans le cas de claudication intermittente des extrémités par oblitération incomplète des artères iliaques.

Cette *théorie artérielle*, indiquée au siècle dernier par Jenner et Parry, qui attribuaient l'*angina pectoris* à l'ossification des artères coronaires, leur avait fait commettre l'erreur de croire que cette dernière altération pouvait à elle seule engendrer tous les accidents. Or, l'ossification ou une lésion quelconque des artères cardiaques ne produit l'angor qu'à la condition expresse d'intercepter le cours du sang dans le myocarde et de donner lieu de temps en temps à une ischémie cardiaque presque totale. Cette théorie artérielle (2) est formellement confirmée par les faits, par des autopsies nombreuses et absolument probantes, au nombre de quarante environ, que j'ai pu réunir dans la science.

La *théorie nerveuse,* ou de la *névrite cardiaque*, imaginée dès 1835 par Gintrac, découverte et démontrée scientifiquement par M. Lancereaux et son élève Loupias en 1864, reproduite et développée par M. Peter en 1872,

(1) On peut encore élever une objection sur la désignation d'angine *fausse;* mais cette objection serait plus spécieuse que sérieuse. Il est bien certain qu'il n'y a de fausses que les maladies simulées. Mais les expressions de faux croup, de faux asthmes, etc., sont des locutions consacrées par l'usage et par les besoins de la clinique; elles sont assez compréhensibles pour ne jamais prêter à l'erreur. On doit donc les conserver.

(2) Cette théorie que j'admets, à l'exclusion de toute autre, pour ce qui concerne l'explication de l'angine vraie, est acceptée en France par MM. Potain, Germain Sée, Liégeois (de Banville-aux-Saulles), et, sans doute, dans une certaine mesure, par M. Lancereaux, d'après la thèse inaugurale de son élève, M. Roussy.

©BIU Santé

ne s'appuie que sur cinq ou six autopsies dans lesquelles, avec les lésions de la névrite, sont constatées celles des artères coronaires; de plus, on peut citer de nombreux cas de névrites cardiaques sans angor, et d'oblitérations des artères coronaires sans névrite et avec angor. Dans ce nombre se placent l'observation que j'ai recueillie en 1883 à l'hôpital Tenon avec mon interne, M. Pennel, et le fait récent que M. Hérard a présenté à l'Académie de médecine : il s'agit d'un malade qui a succombé à l'angine de poitrine et chez lequel on a constaté, de la façon la plus évidente, une oblitération des coronaires, en l'absence de toute inflammation des plexus cardiaques.

Je ne nie certainement pas, ce qui serait une grave erreur par omission, l'existence et le rôle de la névrite cardiaque. Je crois même formellement que cette complication existe dans presque toutes les affections inflammatoires de l'aorte. Mais je suis convaincu et j'ai démontré que, si elle ajoute quelque chose à la symptomatologie habituelle de l'angine de poitrine, elle ne la constitue certainement pas.

II

Si l'angine de poitrine vraie est le résultat, non pas d'une affection nerveuse, mais d'une affection artérielle, il faut s'adresser à des médicaments dont l'action principale se porte sur le système artériel; en un mot, *à maladie artérielle, il faut opposer une médication artérielle.*

Or, les accès d'angor ne sont autres que des accès d'ischémie cardiaque, et les angineux qui sont toujours des aortiques et le plus souvent des artério-scléreux, présentent à ce double titre une élévation parfois considérable de la pression artérielle; donc, il faut sévèrement bannir de la thérapeutique toute substance capable d'augmenter la vaso-constriction, comme l'ergot de seigle (1), ou d'élever la pression artérielle, comme la digitale.

Il faut, au contraire, avoir recours aux médicaments qui produisent la vaso-dilatation, la diminution de la pression vasculaire, l'augmentation de fréquence et d'énergie des contractions cardiaques. Or, tous ces résultats sont obtenus, pour combattre l'accès, par l'emploi d'inhalations de *nitrite d'amyle* à la dose de 4 à 10 gouttes. Ces inhalations que je ne saurais trop recommander avec Lauder Brunton pour le traitement des accès angineux, ont une efficacité d'une promptitude et d'une sûreté vraiment surprenantes; et, comme il est formellement et absolument prouvé que le nitrite d'amyle ne possède aucune propriété antinévralgique, mais qu'il agit seulement à titre de médicament vasculaire, il en résulte que, si la théorie artérielle de l'angine vraie avait encore besoin d'être démontrée, elle le serait suffisamment par les bienfaits de la médication : *Naturam morborum ostendunt curationes.*

La *morphine*, en injections sous-cutanées, possède une efficacité moins rapide et moins sûre; et, dans tous les cas, elle agit moins comme un médicament anesthésique ou hypnotique que comme un médicament cardio-vasculaire, ainsi que je l'ai démontré il y a plusieurs années en m'appuyant

(1) C'est ainsi qu'il faut comprendre le cas observé par le docteur Nesley Mills, et relatif à des accidents angineux survenus après une application locale d'ergotine. (*Brit. med. Journ.*, p. 937, juin 1882.)

sur mes observations personnelles (1), sur l'opinion ancienne de Sydenham, Bordeu, Cullen et Brown, et aussi sur les expériences récentes de Gscheidlen, de Laborde et Picard (de Lyon), toutes observations ou expériences qui ont reconnu à la morphine trois effets importants : augmentation de force des battements cardiaques, diminution de la pression sanguine, dilatation passive des artères.

Quant à la *nitroglycérine* ou *trinitrine*, qu'après Murrell (de Londres), j'ai appliquée au traitement de l'angine de poitrine (2), elle contribue pour une grande part à produire lentement les effets du nitrite amylique, la vaso-dilatation et la diminution de la tension artérielle, ce qui en fait une médication d'un précieux secours pour toutes les maladies, comme pour l'angine de poitrine, l'artério-sclérose et la néphrite interstitielle, dans lesquelles l'un des principaux caractères ou dangers est constitué par l'augmentation de la pression vasculaire.

Mais si les inhalations amyliques guérissent les accès d'angor, elles ne guérissent pas la maladie artérielle qui leur donne naissance (aortite, artério-sclérose, sclérose coronaire). C'est ici que le traitement *réellement curatif* prend une importance capitale. En 1883, dans le travail auquel j'ai déjà fait allusion, je disais : « De tous les médicaments, celui auquel nous donnons la préférence, et auquel nous ne manquons jamais d'avoir recours, quoique tous les auteurs soient muets à ce sujet pour le traitement préventif des accès d'angor pectoris, c'est l'iodure de potassium. » Je faisais ensuite une simple mention de six cas d'angine de poitrine très heureusement modifiés par la médication iodurée. Depuis cette époque, j'ai recueilli vingt-cinq observations personnelles, et, *en ayant soin d'éliminer tout cas suspect d'angine fausse*, j'ai pu constater que cette médication continuée sans relâche, a amené quinze fois une guérison définitive, six fois une amélioration considérable, et quatre fois seulement des effets presque nuls.

Ici, la théorie est en accord complet avec les résultats de la pratique : Outre leurs vertus résolutives et leur action très probable sur les parois artérielles, les iodures doivent en grande partie leur efficacité, dans le traitement de l'aortite et de l'angine de poitrine vraie, à leur action sur la circulation : sous leur influence, le pouls gagne en force et en fréquence, les vaisseaux se dilatent et se développent, la circulation devient plus rapide et plus active, la chaleur périphérique se régularise et s'élève, la tension vasculaire s'abaisse et tend à devenir normale ; enfin, cette fièvre artificielle s'accompagne de congestion faciale et céphalique, rappelant ainsi d'assez près les effets du nitrite d'amyle. *L'iodure est un médicament artériel par excellence*, puisqu'il a pu guérir des anévrysmes aortiques *non*

(1) *De la médication opiacée dans l'anémie cérébrale due aux affections du cœur (rétrécissement et insuffisance aortiques*, par H. Huchard (*Journal de thérapeutique*, 1877). — *De l'action eupnéique de la morphine*, etc. (*Union médicale*, 1879).

(2) Voir le *Bulletin de thérapeutique*, avril 1883. — Voici la formule que j'emploie :

Eau distillée.	300 grammes.
Solution de trinitrine au centième.	XXX gouttes.

Prendre trois cuillerées à dessert par jour, dose que l'on pourra porter à trois ou quatre cuillerées à soupe.

On peut aussi employer la trinitrine (ou nitroglycérine) en injections sous-cutanées à la dose de trois à cinq gouttes de la solution au centième.

©BIU Santé

syphilitiques, puisqu'il modifie si heureusement l'asthme dont la lésion artérielle très probable aujourd'hui pour moi vous sera démontrée plus tard (1), puisqu'il est le meilleur moyen à opposer aux progrès de l'artério-sclérose et de toute une classe d'affections cardiaques que l'on peut désigner du nom de *cardiopathies artérielles*, puisqu'il peut encore, d'après mon expérience, contribuer à prévenir les hémorrhagies cérébrales en s'attaquant à l'altération vasculaire, puisqu'il peut aussi être considéré comme le remède de la diathèse arthritique caractérisée *cliniquement* par sa tendance aux poussées congestives et à l'artério-sclérose, et non *chimiquement* par une sorte de ralentissement de la nutrition.

En ce qui concerne l'angine de poitrine, une des conditions principales du succès, *c'est la persévérance*, *c'est la constance dans le traitement*. Il faut soumettre, pendant quinze à dix-huit mois *au minimum*, le malade à la médication iodurée, à la dose quotidienne de 1 à 3 grammes, *quand bien même tout accident angineux aurait disparu depuis plusieurs mois ;* et j'estime que la guérison durable et définitive ne peut être obtenue qu'après au moins trois ans de traitement. Mais, comme celui-ci doit être ainsi prolongé, et qu'il s'agit d'une affection de l'appareil cardio-vasculaire, je recommande plutôt l'emploi de l'*iodure de sodium* (2). Car, il ne faut pas oublier que les sels de potassium peuvent à la longue devenir toxiques pour le cœur dont ils affaiblissent d'abord et paralysent ensuite les contractions, et que l'iodure de potassium arrivant dans l'estomac, en présence d'un excès de chlorure de sodium, se dédouble en chlorure de potassium et en iodure de sodium. Ce dernier sel est mieux supporté, il est plus actif puisqu'il renferme un peu plus d'iode, il est plus inoffensif et plus assimilable. J'en dirai autant de l'*iodure de lithium* que j'expérimente depuis plusieurs mois chez les arthritiques-scléreux et qui, pour la même quantité de sel, renferme plus d'iode que les iodures de potassium ou de sodium.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX

Le menthol succédané de la cocaïne comme anesthésique local, par A. Rosemberg. — Ce médecin berlinois espère remplacer, par ce produit, les effets anesthésiques de la cocaïne sur les muqueuses nasales et pharyngiennes.

Soixante-dix fois il a badigeonné la muqueuse nasale avec une solution éthérée de menthol à 20 p. 100 et a constaté, après trente ou soixante secondes, le dégonflement des cornets et une diminution de la sensibilité. Le menthol paraît avoir des effets cumulatifs, et, après des attouchements successifs, ceux-ci se maintinrent pendant deux et trois heures, tandis qu'au début leur durée n'excédait pas une demi-heure. Les solutions alcooliques et huileuses seraient préférables pour éviter la douleur pendant l'application.

(1) Cette lésion ne serait autre que l'artério-sclérose des vaisseaux pulmonaires, et l'asthme serait au poumon ce que l'angine de poitrine est au cœur.

(2) Voici la solution que j'emploie de préférence :

Eau distillée.	100 grammes.
Iodure de sodium.	10 grammes.

Deux à six cuillerées à café par jour, à prendre dans un peu de bière, ou plutôt dans du lait. Lorsque les iodures sont mal supportés par l'estomac, il faut ajouter à cette solution une faible quantité d'extrait thébaïque (0,05 à 0,10 centigrammes).

L'anesthésie du pharynx a été obtenue avec la solution éthérée à 20 p. 100 dans des cas de dysphagie par amygdalite. Chez deux individus atteints de pharyngite granuleuse, il a pu cautériser, avec l'acide chromique, la paroi postérieure du pharynx, sans provoquer ni réflexes ni réactions douloureuses.

L'attouchement du larynx avec la solution à 10 p. 100 donnait des résultats aussi favorables. Mais il fallait éviter l'emploi de solutions plus concentrées qui provoquaient la toux.

Le menthol trouverait donc son emploi dans les cas d'opérations sur la muqueuse des fosses nasales et du pharynx pour diminuer la douleur et l'activité réflexe. Quant à son utilité dans la thérapeutique des affections laryngées, elle n'est pas encore définitivement démontrée, et l'auteur continue ses recherches à la policlinique de M. Francklé. (*Berliner klinische Wochinschrift*, 13 juillet 1885.) — C. L. D.

Les propriétés de l'écorce de quillaja, par KOBERT. — Les deux glucosides qui existent dans la racine de polygala et lui confèrent ses propriétés médicinales, sont, paraît-il, cinq fois plus abondants dans l'écorce de quillaja. Ce motif a déterminé M. Kobert à essayer la substitution de cette écorce au polygala dans le traitement des maladies des voies respiratoires.

Son action expectorante ne semble pas douteuse et, de plus, son administration ne provoque ni diarrhée ni vomissement. Cet avantage devrait, d'après l'expérimentation allemande, la faire préférer à la racine de polygala.

M. Kobert l'administre en décoction de 5 grammes pour 200 grammes d'eau, par cuillerée à soupe d'heure en heure aux adultes, et par cuillerée à café aux enfants. (*Centralblatt für Klin. méd.*, 26 juillet 1885.) — C. L. D.

Les propriétés fébrifuges de la parthénine, par RAMIREZ TOVAR. — Notre confrère cubain a voulu donner raison des propriétés fébrifuges que ses concitoyens attribuent vulgairement à l'escoba amarga, désignée par les botanistes sous le nom de *parthenium histerophorus*.

Parmi les substances qu'elle contient, la parthénine se présente sous l'aspect d'écailles noires, colorant l'eau en jaune et de saveur aromatique. C'est la parthénine qui a été administré à 80 malades auxquels il y avait indication de prescrire des préparations quiniques. La dose maximum était de 2 grammes et produisait une rapide diminution de la fièvre.

Cet plante est employée, sous forme d'infusion, par les habitants des campagnes, et déjà, plusieurs fois, les médecins des districts centraux de l'île en ont fait usage avec avantage à titre d'antipériodique. (*Cronica medico quirurjica de la Habena*, 1855.)

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

EXTRAITS ANALYTIQUES DES COMPTES RENDUS (*mai-août 1885*).

Le mécanisme de la circulation veineuse encéphalique a été l'objet de recherches précises de la part de M. F. FRANCK.

Les causes de cette circulation sont : 1° la vis à tergo, très-atténuée dans cette partie du corps. — 2° la poussée artérielle latérale qui s'exerce par l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien.

Cette double influence de la circulation artérielle explique suffisamment le phénomène connu depuis longtemps sous le nom de *pouls des sinus*.

Deux autres causes viennent s'ajouter aux précédentes pour favoriser la circulation veineuse cérébrale ; ce sont :

1° L'aspiration auriculaire, opération puissante s'exerçant par l'intermédiaire des gros vaisseaux veineux béants du cou.

2° L'aspiration thoracique.

©BIU Santé

A priori il semblait évident qu'il dût y avoir une pression peu considérable dans ce système veineux intermédiaire entre une force propulsive si faible (poussée artérielle) et une force attractive si forte (aspiration). Et pourtant M. Mosso avait trouvé que cette pression équivalait à 11, 12, 14, 15 centimètres de mercure, chiffre énorme qui avait tout lieu d'étonner. D'abord ce n'est pas dans le sinus longitudinal du chien qui n'a ni fixité ni tension qu'il faut opérer, et M. Mosso a eu tort de le choisir ; il faut prendre le point de réunion des sinus longitudinal supérieur et latéral, c'est-à-dire le pressoir d'Hérophile. Or, on peut ainsi constater que la pression intra-veineuse des sinus cérébraux peu variable, du reste, oscille entre 7 ou 8 millimètres de mercure, quantité infime à côté de celle indiquée par M. Mosso. Il n'est que deux conditions qui fassent varier sensiblement cette pression. Ce sont d'abord les efforts considérables pendant lesquels, à la suite de cet accroissement de pression, il est facile de concevoir de quel petit afflux de sang artériel jouit à ce moment le cerveau. Ce sont ensuite ces attitudes anomales, habituelles aux bateleurs, et qui consistent à placer la tête en bas.

Dans ces deux états la pression augmente notablement.

Comme applications cliniques de ces phénomènes de physiologie circulatoire, on s'explique l'influence que la circulation artérielle peut avoir sur la pression intra-veineuse des sinus, soit directement, soit indirectement, par la *poussée latérale*. Il suffit de citer l'athérome et l'insuffisance aortique.

Pathogénie de l'emphysème pulmonaire. — M. Brown-Séquard croit qu'on a fait jouer un trop grand rôle dans la production de l'emphysème pulmonaire aux phénomènes mécaniques de la respiration, au détriment des troubles de l'innervation du pneumogastrique. Ni l'inspiration forcée, ni l'expiration énergique pendant l'occlusion de la glotte n'ont une influence prépondérante sur la genèse de l'emphysème. Par contre, il suffit d'exciter le nerf vague aussitôt après la mort pour produire de l'emphysème; le même résultat est obtenu par l'irritation de n'importe quel point du pneumogastrique cervical, de ses racines et du bulbe. Malgré l'opinion erronée de Serres, les lésions et l'excitation du pont de Varole ne produisent que par exception l'emphysème, tandis qu'elles déterminent l'apoplexie du poumon. Plus rapproché du poumon est le point du pneumogastrique irrité, plus l'irritation a d'action sur la formation de l'emphysème. Comme argument clinique à l'appui des résultats expérimentaux, M. Brown-Séquard rappelle qu'il est des individus qui deviennent emphysémateux dès leur premier accès d'asthme. Or, on ne peut raisonnablement admettre qu'une seule crise de dyspnée de quelques heures puisse avoir dilaté et détruit un nombre considérable d'alvéoles pulmonaires.

Après la décapitation, suivant la remarque de M. Laborde, il est fréquent d'observer un emphysème pulmonaire aussi considérable que celui qu'on peut produire par l'insufflation du poumon. Ce fait corrobore l'opinion de M. Brown-Séquard sur l'influence de l'irritation du bulbe et du vague.

L'emphysème est très commun chez les grands mammifères, surtout chez ceux qui sont soumis à un travail forcé; il résulte d'une observation de M. Thierry, qu'il a rencontré cette affection aussi chez une chèvre.

Des relations entre l'accroissement de la force musculaire et les excitations psychiques et sensorielles. — M. Féré a montré, par ses recherches psychomécaniques antérieures, que les hallucinations et toutes les excitations sensorielles augmentent la force dynamométrique, qui, si l'hallucination ou la sensation est unilatérale, peut n'être exagérée que du côté correspondant. Les sensations des divers sens sont réductibles comme toutes les forces physiques en travail mécanique et elles ont une mesure commune. Pour la vue et l'ouïe, l'intensité des sensations est en rapport avec l'étendue des vibrations, et les sensations auditives et visuelles peuvent être mesurées par les effets dynamiques qu'elles déterminent.

Les impressions visuelles colorées produisent des effets dynamogéniques différents, suivant la nuance du spectre. L'intensité de ces effets va, en croissant, du violet vers le rouge. Il n'est pas nécessaire même que le sujet en expérience ait conscience de la sensation lumineuse éprouvée. On peut obtenir l'effet dynamogénique d'une couleur par suggestion.

Pour les saveurs, il existe une sorte de gamme dans laquelle le sucre a un pouvoir dynamogénique faible; le salé en a un plus intense, moindre cependant que celui de l'amer. Les odeurs sont susceptibles d'être classées de même.

Les effets constatés par M. Féré dans ses expériences n'ont pas porté seulement sur des sujets entachés d'hystérie; ils ont été vus aussi chez des sujets normaux. Il s'est toujours mis autant que possible à l'abri de la simulation.

M. Manouvrier conteste l'exactitude d'une assertion antérieure de M. Féré, d'après laquelle les sauvages et les ouvriers, comparés aux civilisés et aux hommes des professions libérales, auraient une moindre force dynamométrique. Dans les expériences de M. Féré, diverses causes d'erreur peuvent se glisser. Il faut tenir compte, en pareille matière, de l'influence de la *mise en train* des individus à qui l'on fait serrer le dynamomètre. M. Manouvrier distingue la mise en train mécanique, consistant en modifications circulatoires et autres des muscles, des nerfs et des centres nerveux qui sont mis en jeu, et la mise en train psychique consistant dans des modifications de l'attention, de l'excitation, etc.

En ce qui concerne l'étude de l'influence des excitations sensorielles sur la force de serrement des mains, M. Manouvrier conteste que cette influence puisse être révélée chez les sujets sains au moyen du dynamomètre, parce que l'état psycho-physique d'un individu à un moment donné est extrêmement variable, et que ses variations suffisent pour produire des variations dynamométriques plus considérables que celles qui sont attribuées à l'influence des excitations sensorielles étudiées. Pour se mettre à l'abri de cette cause d'erreur, il est nécessaire de prendre pour terme de comparaison le chiffre maximum que peut atteindre le sujet en faisant le plus grand effort possible, c'est-à-dire un chiffre que le sujet soit vraiment impuissant à atteindre en dehors des excitations dont on veut étudier l'influence. Dans ces conditions, les sensations visuelles, auditives, olfactives, etc., qui ne suscitent aucun état émotif, ne produisent aucun accroissement perceptible du maximum ordinaire.

Chez les hystériques hypnotisés ou hypnotisables, il est possible que l'influence des sensations simples puisse se traduire par une déviation de l'aiguille du dynamomètre, mais les causes d'erreurs signalées plus haut n'en existent pas moins. Peut-être même sont-elles augmentées.

Troubles trophiques et vaso-moteurs par suggestion. — M. Dumontpallier n'a pu obtenir par suggestion les effets d'un vésicatoire avec une simple feuille de papier, comme l'ont fait MM. Bernheim et Beaunis. Il a toutefois produit une élévation notable de la température locale et des ecchymoses.

M. Brown-Séquard rappelle que chez certains hypochondriaques la crainte seule qu'ils ont d'avoir une maladie du foie suffit pour faire apparaître une congestion hépatique. Une mère, au dire de Carpenter, voit une fenêtre à guillotine tomber sur le bras de son enfant; elle a une syncope et le lendemain sur son propre bras s'était formé un sillon inflammatoire et ulcéreux qui fut plus long à guérir que la blessure de l'enfant. Par un mécanisme analogue s'expliquent les ecchymoses des stigmatisées, comme M. Féré le fait remarquer.

M. Dumontpallier a insisté sur un état psychique qui existe chez les hypnotisés pendant la période intermédiaire à l'état de veille et au somnambulisme. C'est une sorte de lutte, d'ailleurs passagère et vaine en définitive, contre l'influence de l'hypnotiseur, mais qui rend le sujet pour un moment incapable d'obéir aux ordres suggérés.

Physiologie du pneumogastrique. — M. Gley. A l'état normal, quand on sectionne le pneumogastrique et qu'on excite son bout périphérique, on obtient un ralentissement des battements du cœur. Si, au contraire, on pratique cette expérimentation sur des animaux, des lapins, par exemple, préalablement refroidis, cette excitation du bout périphérique reste sans effets... Quelles sont donc les conditions qui empêchent cette action modératrice du nerf vague de se manifester ? Est-ce une diminution générale ou une disparition de l'excitabilité de tous les organes nerveux sous la seule influence du refroidissement ? M. Gley ne le pense pas. En effet, si au lieu du bout périphérique on

©BIU Santé

excite le bout central, cette excitation produit sur la respiration son effet habituel. Est-ce donc au contraire que le refroidissement seul produit un ralentissement des battements du cœur, et que, en raison de ce ralentissement préexistant, le pneumogastrique n'a plus rien à faire ? Cette explication doit être la vraie, car, si l'on réchauffe les animaux, l'excitation du bout périphérique devient à nouveau capable de ralentir les battements cardiaques.

Durée de l'excitabilité réflexe chez les suppliciés. — MM. Regnard et Loye ont constaté sur le supplicié de Troyes, que les muscles de la face sont entrés en contraction au moment de la section du cou ; une minute après la section, tous les muscles du corps ont été pris d'un état de raideur tonique qui a duré trois à quatre minutes.

Trois minutes après la décapitation, ces observateurs n'ont pu obtenir de mouvement réflexe en excitant divers points de la face et du tronc, et même la surface de section de la moelle. Par contre, en excitant le pneumogastrique, ils ont constaté la contraction des muscles de Reissessen et des mouvements très nets de l'estomac et des intestins jusqu'au côlon transverse ; en même temps se produisit un plissement de la muqueuse de l'estomac et un suintement de sac gastrique à sa surface. Les muscles de Reissessen se contractent aussi après excitation directe de la surface pulmonaire. On a pu en outre vérifier l'exactitude de l'opinion de Duchenne de Boulogne sur la fonction des muscles interosseux de la main.

M. Laborde a pu constater, chez un autre supplicié, que vingt-huit minutes après la décapitation le réflexe pupillaire existait encore, bien que faible. L'excitation faible de la substance corticale et de la substance blanche immédiatement sous jacente, au niveau des centres moteurs, faisait contracter le releveur de la paupière et les muscles masticateurs. Par la transfusion du sang, on rend ces phénomènes plus manifestes, mais on ne les fait pas durer plus longtemps.

M. Lembling a trouvé, une heure dix minutes après la mort, de la substance glycogénique dans le rein.

Les injections intra-veineuses d'eau oxygénée, qu'on aurait pu être tenté d'expérimenter sur l'homme contre les maladies infectieuses, puisque l'oxygène est un germicide important (pour certains germes du moins), ne seraient pas dépourvues de dangers. M. Regnard, qui le premier a expérimenté l'eau oxygénée sur le sang des animaux charbonneux, assure que les animaux auxquels on pratique des injections d'eau oxygénée meurent par embolies gazeuzes, parce que l'eau oxygénée se décompose aussitôt qu'elle est dans le sang, mettant en liberté des bulles de gaz qui entravent la circulation dans les capillaires du poumon.

Cependant, M. Laborde ne croit pas les embolies gazeuzes si redoutables; car il a pu, en procédant avec une lenteur suffisante, injecter dans le sang dix-huit litres d'air sans accidents. Or, M. Laborde et M. Quinquaud avaient, par des recherches antérieures, fait connaître les effets physiologiques des injections intra-veineuses d'eau oxygénée. Ils avaient trouvé qu'on peut en injecter des doses relativement énormes sans accidents importants. Ils constataient chez les animaux en expérience un sommeil profond, une anesthésie générale, un ralentissement des battements cardiaques; enfin, à dose plus forte, des phénomènes asphyxiques. La quantité d'oxygène du sang continue à diminuer, parce que l'hémoglobine se détruit, donnant naissance à des quantités considérables d'hématine.

L'atrophie des muscles après les fractures articulaires a été étudiée par MM. Duplay et Cladо. — Ils ont constaté à l'œil nu un épaississement considérable de l'aponévrose et de la peau qui est doublée d'une couche graisseuse épaisse, une atrophie musculaire généralisée du segment du membre situé au-dessous de la fracture et une surcharge graisseuse du périmysium interne des muscles atrophiés. — Histologiquement, ils ont rencontré une diminution considérable des faisceaux primitifs, l'altération de leur striation, le plissement du myolemme et la prolifération de ses noyaux, et enfin un envahissement par des granulations graisseuses très fines de tout le faisceau primitif.

Dans le tissu périfasciculaire, il existe de nombreux vaisseaux atteints d'endopériartérite qui envoient des ramifications dans l'épaisseur même du faisceau primitif. La plupart de ces vaisseaux sont entourés par une couche graisseuse abondante qui, s'étendant au loin, élargit l'espace interfasciculaire et lui fait prendre un volume au moins égal à celui du faisceau.

Il s'agit là *de lésions irritatives* avec production de tissu nouveau qui tend à se substituer au tissu normal : ce qui le démontre, c'est qu'au voisinage de la fracture, l'altération est telle que c'est à peine si l'on peut retrouver çà et là quelques fibres musculaires au milieu d'une gangue conjonctive remplie de cellules graisseuses et de noyaux.

Les filets nerveux intra-musculaires ne présentent aucune altération.

Intoxication chronique par le chloroforme. — M. Regnault a observé sur lui-même que des inhalations faibles, mais prolongées, de chloroforme produisent l'insomnie. Ce symptôme a été constaté aussi par M. R. Dubois, dans l'intoxication chronique par le chloroforme. Celle-ci produit, en outre, des douleurs à forme névralgique ou rhumatismale siégeant dans les articulations et la continuité des membres. L'insomnie est précédée d'une période d'agitation avec rougeur de la face, puis de tendance à la somnolence et d'asthénopie accommodative. Le travail cérébral est impossible par suite de l'incohérence des idées. Le sommeil, quand il existe encore, est troublé par des secousses et des soubresauts, comme après un exercice violent et prolongé. Les membres sont souvent engourdis et froids. A une période plus avancée se montrent des troubles trophiques (mollesse des ongles, durillons aux orteils); l'amaigrissement, la pâleur, des troubles circulatoires; enfin, au bout de trois ans, existent des douleurs en ceinture, de la cardialgie pseudo-angineuse, des sueurs profuses, et les autres symptômes généraux de l'anémie grave.

D'après les expériences de M. Gaillard, l'**action du mercure sur le sang des syphilitiques** consiste en ce que tout d'abord on voit diminuer les globules et le taux de l'hémoglobine; mais, très rapidement, le taux normal est reconquis, puis dépassé. Le mercure a donc bien, chez les syphilitiques, une action hématopoiétique et reconstituante.

Albuminurie gravidique et éclampsie. — MM. Doléris et Poney (de Montévidéo) ont poursuivi des recherches déjà signalées par eux en 1883, sur l'albuminurie microbienne et ses rapports avec l'éclampsie. Leurs conclusions actuelles sont les suivantes :

1° L'albuminurie de la grossesse, non compris l'accouchement et le temps secret du travail dont la durée est variable, se rencontre une fois sur vingt ;

2° L'urine des femmes enceintes peut, fortuitement et malgré les précautions prises, renfermer des organismes une fois sur cinq environ. Ce fait est probablement imputable à un catarrhe vaginal, propagé à l'urèthre et peut-être à la vessie. Dans tous les cas, il faut tenir compte de cette cause d'erreur dans les recherches ;

3° L'urine des femmes enceintes albuminuriques, observées par les auteurs, renfermait toujours des organismes principalement sous forme de chaînettes. Le sang de ces mêmes femmes n'en renferme pas toujours, du moins l'examen et la culture ne les ont pas toujours révélés, ce qui n'est pas une preuve absolue de leur absence, car on n'a examiné et cultivé que quelques gouttes de sang puisé au bout du doigt de chacune d'elles ;

4° Chez cinq éclamptiques albuminuriques, l'examen et la culture du sang et de l'urine ont été faits à diverses reprises. Dans trois cas, résultats douteux pour le sang ; les recherches ont été négligemment conduites et les auteurs n'y attachent aucune valeur Dans les deux autres cas, résultats positifs. On a pu observer la marche croissante et décroissante de la néphrite microbienne et de l'infection sanguine parallèlement aux accidents convulsifs.

Injections intra-veineuses d'urée. — D'après MM. Quinquaud et Butte, l'urée pure est toxique ; leurs recherches ont porté surtout sur la quantité minima susceptible de tuer l'animal et tendent à établir le coefficient toxique par kilogramme du poids. Cette

©BIU Santé

dose serait de 3 grammes à peu près pour le chien ; 2 grammes ne suffisent pas pour amener la mort ; mais ce qui présente un intérêt tout spécial, c'est le fait qu'au dessus de 3 grammes l'animal semble mourir avec une rapidité qui est en raison de la dose injectée. Ainsi avec 3 grammes, il ne succombe souvent qu'au bout de huit jours ; avec 4 grammes, il meurt dans la nuit qui suit l'injection ; avec 6 grammes, 8 grammes, etc., la mort est presque instantanée. Ces injections ont pour résultat : 1° de diminuer beaucoup l'exhalation pulmonaire de l'acide carbonique ; 2° de déterminer la présence de l'urée dans le sang, les humeurs et les tissus.

Virulence du bubon chancreux. — M. Strauss avait affirmé l'année dernière que, contrairement à la loi posée par Ricord, le pus du bubon chancreux n'est jamais virulent que s'il a été en contact avec le chancre. Il croit devoir apporter quelque réserve à son affirmation primitive. Des différentes inoculations faites par MM. Humbert, Ducastel, Mauriac, Fournier, il ressort que, dans certains cas (6 fois sur 120 cas), le pus du bubon est virulent par lui-même. La loi de Ricord n'en reste pas moins erronée.

Les reins des diabétiques ont présenté, dans plusieurs cas examinés par M. Strauss, une lésion toujours identique, qui peut être appelée *lésion d'Armanni* du nom de l'auteur qui a le premier attiré l'attention sur elle, bien qu'il en ait méconnu la signification et la nature exacte. Cette lésion est limitée à une portion relativement restreinte du rein, celle qui est connue sous le nom de *zone limitante*, et caractérisée par l'infiltration de matière glycogène dans les cellules épithéliales de l'anse de Henle (branche ascendante et branche descendante).

Cette lésion n'est pas constante, quoique très fréquente; elle a, du reste, été déjà décrite par Ehrlich. M. Strauss explique, à cet égard, l'origine d'une erreur commise par Armanni et Erbstein. Ces auteurs, en effet, examinant des reins de diabétiques, y ont décrit simplement une altération hyaline des cellules épithéliales des tubes de Henle.

Or, cette lésion et celle décrite par Ehrlich (infiltration de matière glycogène) se confondent absolument. Si, en effet, on prend les précautions suffisantes pour empêcher, dans la préparation, la dissolution dans l'eau de la substance glycogène, on observe son infiltration dans les cellules; si, au contraire, on ne s'est pas suffisamment prémuni contre elle, on constate seulement l'altération hyaline.

Du reste, faisant porter son examen sur des reins d'animaux rendus expérimentalement diabétiques par la piqûre du plancher du quatrième ventricule ou l'injection sous-cutanée de glycose, M. Strauss n'a jamais observé de lésions comparables aux précédentes.

Celles-ci, encore inexpliquées, sont probablement dues, en raison de leur localisation, soit à une véritable absorption du sucre par les cellules des tubes de Henle, soit à une disposition toute particulière du système vasculaire du rein permettant une limitation extrême de l'infiltration de matière glycogène.

COURRIER

Nécrologie. — On nous annonce la mort de M. le docteur Émile Gallot à Auxon (Aube).

— Dernièrement ont eu lieu, à Amiens, en présence des autorités, les obsèques de Louis Thuillier, dont le corps avait été amené quelques jours auparavant d'Alexandrie. MM. Pasteur, Roux et Chamberland y assistaient également.

École d'Alger. — M. Chalançon est nommé préparateur de physiologie à l'École de médecine et de pharmacie d'Alger.

DES DIVERSES DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE (Scolioses et mal de Pott), par E. Duval, médecin en chef de l'Institut orthopédique et hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe, 1885.

Cet ouvrage se trouve chez J.-B. Baillière et fils.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Henri Huchard : Nature et traitement curatif de l'angine de poitrine vraie. — II. Lettres de Turquie. — III. Bibliothèque. — IV. Revue des Journaux. — V. Sociétés médicales des départements. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Nature et traitement curatif de l'angine de poitrine vraie (1)

Par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat.

Trois ans se sont écoulés depuis le jour où j'ai indiqué et expérimenté le traitement de l'angine de poitrine vraie par les iodures, trois ans pendant lesquels j'ai pu soumettre à l'épreuve du temps cette médication, dont je me bornerai maintenant à rapporter très succinctement quelques succès remarquables pris au hasard parmi les nombreux faits que j'ai observés.

Obs. I. — Il y a quinze mois, un garde-chasses, âgé de 49 ans, vient me consulter pour des accès angineux devenus très fréquents, très douloureux, survenant sous l'influence du moindre effort, de la fatigue, de la marche, d'une émotion. Il ne pouvait marcher plus de dix minutes sur un plan incliné sans être obligé de s'arrêter, en proie à une douleur sous-sternale extrêmement intense qui le clouait sur place, et, dans ces conditions, il allait être obligé de renoncer à sa profession qui le faisait vivre. Le malheureux malade, en effet, ne pouvait exécuter aucun mouvement sans être exposé à un accès, et l'action seule de se déshabiller provoqua sous mes yeux, dans mon cabinet, une attaque angineuse d'une intensité si violente que j'ai craint un instant de le voir succomber en ma présence. Je constatai alors une matité préaortique de 6 centimètres 1/2 environ, le soulèvement anormal de l'artère sous-clavière droite, quelques battements artériels du cou; mais, il n'y avait aucun souffle anormal au niveau de l'orifice aortique; seul, le second bruit à la base du cœur présentait un éclat tympanique et clangoreux spécial aux plus légères ectasies aortiques. Cet homme n'était ni alcoolique, ni syphilitique, ni fumeur. Sous l'influence d'une médication composée d'inhalations de nitrite amylique au moment des accès, d'iodure de sodium à la dose quotidienne d'un à trois grammes pris très régulièrement pendant quatorze mois, *en ayant soin, comme pour tous les autres malades, de cesser la médication iodurée pendant cinq à huit jours chaque mois*, les attaques diminuèrent assez rapidement d'intensité et de fréquence, elles finirent par disparaître complètement depuis quatre mois, au point que le malade, bon marcheur autrefois, peut faire assez aisément 20 à 25 kilomètres environ par jour à pied. En même temps, les symptômes artériels se sont considérablement amendés : il n'y a plus de soulèvement anormal de la sous-clavière, plus de retentissement du deuxième bruit aortique, presque plus de dilatation de l'aorte, puisque sa matité mesurait à peine 5 centimètres 1/2. Le malade est guéri de son aortite et de son angine de poitrine, mais il doit encore, pour assurer la guérison d'une façon définitive, continuer à faibles doses le traitement ioduré pendant une année encore.

Obs. II. — Et..., alcoolique et syphilitique, âgé de 57 ans, a été pris d'un très violent accès d'angor, il y a près de quatre ans. Bientôt les accès se succèdent avec une violence inouïe et sont provoqués par le moindre mou-

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

©BIU Santé

vement. Il m'est adressé, il y a dix-huit mois, par un de mes confrères du Morbihan, qui, dans sa lettre, regarde la situation comme absolument désespérée. En effet, l'action de monter l'étage en venant me consulter, détermine un tel accès qu'il fut obligé de rester dans l'immobilité la plus complète pendant plus de dix minutes; il parvint avec peine jusqu'à moi, et, soit par suite d'une certaine émotion, soit plutôt par l'action de se déshabiller et de faire un léger effort, le malade eut encore, en ma présence, un violent accès qui dura quelques minutes et qui se manifesta par une extrême pâleur de la face, un léger refroidissement des mains, un affaiblissement marqué des pulsations radiales, une douleur angoissante sous-sternale avec irradiations aux deux seins et aux deux bras. De plus, le malade se plaignait, dans l'intervalle des attaques et d'une façon presque continuelle, d'une douleur dorsale assez vive. Quand cet orage fut apaisé, sous l'influence d'une inhalation de 6 gouttes de nitrite d'amyle qui produisirent immédiatement la coloration violacée de la face, le relèvement du pouls et la cessation de la douleur, je constatai tous les signes de l'artério-sclérose généralisée, d'une aortite subaiguë avec dilatation légère de l'aorte (battements artériels du cou, soulèvement de la sous-clavière, près de 7 centimètres de matité aortique, premier bruit légèrement soufflant à la base du cœur, deuxième bruit très retentissant, pouls radial dur et un peu bondissant). Après trois mois seulement de traitement ioduré (3 grammes d'iodure de sodium par jour), les crises d'angor diminuèrent beaucoup d'intensité et de fréquence ; un an après, elles avaient presque disparu, et avec elles tous les symptômes de dilatation aortique. Depuis trois mois, la guérison s'est absolument maintenue et le malade peut vaquer librement à ses occupations.

Obs. III. — M. L. de V..., issu de parents arthritiques, âgé de 46 ans, syphilitique, fumeur, fut atteint, il y a deux ans, de son premier accès angineux. Bientôt les crises devinrent si fréquentes et si intenses qu'elles ne laissèrent plus ni trève, ni repos au pauvre malade, obligé de garder l'immobilité la plus complète. On constatait alors, au mois de mars 1884, une dilatation de l'aorte avec élévation notable de la sous-clavière, une inégalité des deux pouls radiaux, etc. Sous l'influence d'un traitement ioduré, longtemps continué à la dose de 3 à 4 grammes d'iodure de sodium par jour, une amélioration considérable ne tarda pas à se produire, et voici en quels termes son médecin ordinaire me traduisait, il y a quatre mois, au mois d'avril 1885, l'état de santé de son malade après onze mois de traitement : « Les crises d'angor ont disparu, ou le peu qui en reste est insignifiant. Les symptômes artériels et aortiques (dilatation et aortite) observés par vous il y a plus d'un an, n'existent plus. »

Obs. IV. — M. P. C..., 60 ans, malade depuis quatre ans. Le 2 janvier 1884, il est atteint d'un accès si violent que son médecin, le docteur M... (de Paris), me fait immédiatement appeler. Je constate alors tous les signes d'une artério-sclérose au début, avec une poussée d'aortite aiguë (douleurs précordiales à la pression, dyspnée d'effort provoquée par la marche, un effort, une émotion, etc.). Sous l'influence de la médication iodurée, continuée avec persévérance pendant dix mois, tous ces symptômes disparaissent, et avec eux, les accès d'angor. Le malade peut maintenant (juin 1885) faire 3 à 4 kilomètres à pied, sans s'arrêter et sans souffrir.

Obs. V. — M. C. B..., 62 ans, ni syphilitique, ni alcoolique, ni fumeur, malade depuis six ans, qui m'est adressé en avril 1884, ne peut marcher dix minutes sans être arrêté par une douleur sous-sternale extrêmement angoissante. Crises nocturnes très longues et intenses. Après six mois de traitement ioduré, les accès étaient devenus beaucoup moins fréquents et violents; au bout de treize mois, le malade pouvait faire impunément plusieurs kilomètres à pied. En juin 1885, plusieurs accès survinrent encore, mais avec une très faible intensité. Le malade, atteint d'un rétrécissement aortique, ne doit donc pas être considéré comme entièrement guéri, quoique l'amélioration obtenue jusqu'à ce jour ait été considérable.

Je m'exposerais à des redites si je relatais ici, avec plus ou moins de détails, toutes les observations que j'ai recueillies, et qui démontrent presque toutes l'efficacité vraiment remarquable du traitement ioduré dans les angines vraies. J'aime mieux terminer cette énumération par la citation de deux cas intéressants à deux titres différents : le premier démontre la nécessité de poursuivre longtemps encore le traitement, même après la suppression des crises; le second démontre, de son côté, que, dans un cas défavorable (puisque les lésions aortiques étaient très accentuées et paraissaient irrémédiables), la médication iodurée fut suivie d'une amélioration inespérée pour le malade et pour moi-même.

Obs. VI. — M. V. de M..., arthritique, âgé de 54 ans, me consulte en juin 1883 pour des accès angineux dont il souffre depuis un an seulement, et qui surviennent sous l'influence du moindre effort et de la marche. Je constate chez lui tous les signes d'une artério-sclérose commençante : pouls radial dur, concentré ; artères résistantes et flexueuses ; augmentation de la matité préaortiques, bruits aortiques secs, parcheminés; accentuation du second bruit; léger soulèvement des sous-clavières; de temps en temps, bruit de galop cardiaque. Après trois mois de traitement, tous les symptômes angineux et dyspnéiques cessent complètement, et le malade, tourmenté par quelques accidents d'iodisme, croit devoir renoncer complètement à sa médication qui avait amené un si grand soulagement; quatre mois se passent encore sans qu'il éprouve une seule crise angineuse. Mais, vers le 15 janvier 1885, de nouveaux accès se reproduisent; en février 1885, un accès violent éclate, ce qui décide le malade à reprendreson iodure de sodium, qu'il n'aurait pas dû cesser et qui, depuis le mois d'avril jusqu'à ce jour (1er août 1885), l'a laissé dans le calme le plus parfait.

Obs. VII. — Le malade, âgé de 51 ans, présente des lésions très accusées du système artériel : athérome, dilatation considérable de l'aorte (près de 8 centimètres de matité préaortique), rétrécissement et insuffisances aortiques. Il y a sept ans, il a eu « des douleurs d'estomac » traitées à tort pour des accès de gastralgie, et s'accompagnant parfois de lipothymie ou de syncope. Or, ces « douleurs d'estomac » n'étaient déjà que des accès d'angor caractérisés, comme j'en ai vu des cas assez nombreux, par l'existence de la douleur à la partie inférieure du sternum au niveau de l'appendice xyphoïde (1) et du creux épigastrique. Depuis trois ou quatre ans, accès

(1) Dans un travail sur l'*angine de poitrine cardiaque et pulmonaire* (*Union médicale*, 3e série, 1879), j'ai déjà insisté en ces termes sur ces phénomènes *pseudo-gastralgiques* des affections aortiques, indiqués du reste par plusieurs auteurs anglais : « Dans un travail sur les *affections larvées du cœur*, et qu'on ne saurait trop méditer, — disais-je

©BIU Santé

francs d'angine de poitrine caractérisés par une douleur en étau à la partie moyenne et inférieure du sternum, irradiant de chaque côté des mamelons dans les deux bras. Le moindre effort, le moindre mouvement, ramènent ces douleurs vraiment intolérables et angoissantes. Sous l'influence de l'iodure de sodium, prescrit aux doses de 3 à 4 grammes par jour, la violence et la fréquence des accès diminuèrent considérablement. Mais des accidents d'iodisme étant survenus à la longue, je cessai la préparation iodurée et ordonnai une solution arsenicale (8 milligrammes d'arseniate de soude par jour). Au bout de trois semaines, les crises douloureuses reprirent une telle intensité que le malade recourut de lui-même à la solution iodurée. Quatre mois se sont écoulés depuis cette époque, et le malade, presque délivré de ses accès, qui avaient mis plusieurs fois ses jours en danger, se trouve dans un état d'amélioration considérable, au point qu'il peut faire sans aucune douleur de longues promenades dans la journée et se livrer sans éprouver aucun malaise à tous les actes qui nécessitent le moindre effort.

Tels sont les remarquables effets produits par la médication iodurée patiemment et régulièrement continuée contre l'angine de poitrine vraie; mais, comme cette dernière est le plus souvent le résultat de poussées d'aortite, j'ai à peine besoin d'ajouter qu'il faut aussi insister sur la médication révulsive (pointes de feu, vésicatoires fréquemment répétés sur la paroi cardio-aortique), sur une hygiène alimentaire régulière d'où sont exclues principalement les substances excitantes et les liqueurs alcooliques, sur la défense absolue de fumer, sur le régime lacté mixte ou même exclusif, auquel j'ai reconnu d'excellents effets au début, non pas seulement des affections cardiaques, mais aussi et surtout des affections aortiques ou artério-scléreuses, etc., etc.

Dans la statistique que j'ai donnée des cas traités par la médication iodurée, j'ai cité quatre faits dans lesquels aucune amélioration n'était survenue. Toute curabilité a ses limites, et ces quatre insuccès s'expliquent par l'état des lésions constatées chez les malades. Les artères étaient très dures, athéromateuses, presque ossifiées, et l'on comprend que la médication iodurée, trop tardivement prescrite contre des altérations désormais irrémédiables, n'ait pas produit d'amélioration réelle. On peut voir cependant par la lecture de la dernière observation, que parfois, même dans ces cas les plus défavorables, la médication que j'ai instituée peut être suivie d'une amélioration inespérée.

Il reste donc prouvé de la façon de la plus formelle que la science est actuellement en possession d'une médication capable de guérir sans retour les angines de poitrine les plus graves, à la condition que la médication iodurée soit continuée avec la plus grande persévérance pendant des mois et même des années.

---

alors, — Leared, dès 1867, insistait avec raison sur ces troubles gastriques qui absorbent par leur intensité, et bien plus encore par leur fixité, l'attention du malade et du médecin, à tel point que la maladie aortique, cause de tous ces troubles, peut passer inaperçue; il insistait aussi sur ce fait important que, sur 10 cas dans lesquels ces accidents gastriques avaient été constatés, huit fois la mort subite était survenue; et, à ce sujet, le docteur Broadbent faisait la remarque, que « ces douleurs gastriques violentes, qui s'observent parfois chez les individus atteints d'affection de l'aorte, avaient un rapport curieux avec l'angine de poitrine. »

Lettres de Turquie.

Constantinople, 1er septembre 1883.

Mon cher confrère,

Ma lettre pourrait s'appeler :

Une quarantaine dans le Bosphore.

En route pour Constantinople, nous nous embarquions à *Varna*, le 26 août au soir, à bord de l'*Urano*, excellent bateau appartenant à la Compagnie le Lloyd autrichien.

Malgré sa coloration réellement *noire*, la mer était belle par son calme, belle par l'éclairage resplendissant d'une pleine lune et d'un ciel pur et bien étoilé. Aussi, bien avant dans la nuit, étions-nous encore sur le pont. La traversée fut des plus agréables et des plus courtes. Le lendemain matin, 27 août, à six heures, nous arrivions à l'entrée septentrionale du Bosphore.

Nous voyons à droite, sur la côte d'Europe, le promontoire d'*Eski-Fener-Bournou*, le fort de *Kilia*, le *Roumeli-Fener* (phare d'Europe), le petit village de *Roumeli-Kavak*. C'est là que *Jason* avait élevé un autel à *Cybèle*, et que les habitants de Byzance construisirent le *Sérapéion* ou temple de Sérapis.

Du côté de l'Asie, à gauche, nous passons successivement devant l'*Anatoli Fener* (phare d'Asie), les roches *Cyanées*, la forteresse *Riva*, non loin du fleuve *Rivas*, le Ρηδας de la légende des Argonautes, les roches *Colone*, le cap *Koum-Bournou*, le fort *Poïraz*, les forteresses *Fil-Bournou* (cap d'Eléphant), le village d'*Anatoli-Kavak*, bâti au pied d'une falaise que domine le vieux *château génois* (XIVe siècle).

Je n'insiste pas sur les beautés de ce site merveilleux dont les splendeurs ont été décrites par tous les écrivains qui ont raconté, plus ou moins *de visu*, leur entrée à Constantinople; je veux seulement dire que notre admiration finit par se changer en ennui profond, comme toute chose qui arrrive à la satiété forcée.

Il n'était pas, en effet, besoin de nous lever de bonne heure, de nous presser pour voir ces divers points, car nous allions les contempler, bien malgré nous, deux jours durant.

Il n'est pas sept heures. Le bateau s'arrête devant *Anatoli-Kavak*, pour faire viser ses patentes au bureau sanitaire turc et obtenir la libre circulation. Au bout d'une demi-heure, la chaloupe du bateau revient annoncer que nous sommes retenus en quarantaine et pour un temps que le sultan et son conseil fixeront dans la journée.

Inutile de vous dépeindre notre désenchantement. « Ce sera quarante-huit heures; ce ne sera que vingt-quatre heures, » nous disait-on; « nous aurons huit jours, car le sultan a une peur folle du choléra » soutenait une personne de sérieuse apparence. A quatre heures, dépêche officielle : *La quarantaine durera deux jours francs!*

Fort heureusement l'*Urano* voulut bien, pendant ce temps, nous garder à son bord. Ce n'était point gai, assurément, d'être ainsi arrêté, sous un soleil ardent et dans un horizon très restreint à cause du resserrement et des courbes des côtes. Mais qu'eussions-nous enduré au *lazaret?* Une complaisance du capitaine me permit de l'entrevoir.

Accompagnés d'un gardien sanitaire, nous pûmes, trois de mes compagnons d'infortune et moi, aller à terre, au bureau de la Santé. Là, des lettres que nous avions prétexté de porter à la poste furent prises avec de longues pinces et mises pendant une minute dans une étuve où l'on fit brûler de la fleur de soufre. Après cette purification seulement, on osa les toucher. Nous attendions dans une espèce de cabane attenante à la maison de la Santé et ne communiquant avec elle que par un guichet, que l'on ouvre pour prendre ou pour faire passer quoi que ce soit aux gens en quarantaine, à l'aide de pinces ou sur un plateau.

Ce lazaret, situé à 3 ou 4 mètres du bord de la mer, a pour parois : d'un côté, le mur de la maison, au fond et au plancher, la terre; au plafond, des planches, et, sur un troisième côté, de vieilles planches mal assemblées. Le quatrième côté, regardant la mer, reste complètement ouvert. Il mesure environ 3 mètres carrés et 2 mètres 50 de haut. Le mobilier est des plus simples : un banc de bois adossé à la terre et l'étuve.

Comme moyen de désinfection, on emploie la fleur de soufre que l'on fait brûler au-dessous des objets introduits dans l'étuve. Ce local peut contenir environ trente personnes debout, serrées les unes contre les autres. C'est là que, sans la complaisance de l'*Urano*, une centaine de personnes auraient dû passer deux jours et deux nuits !

Voilà, on en conviendra, un lazaret encore bien plus dépourvu de confortable que la maison affectée au même usage sur la frontière italo-française. Et cependant quels cris la presse n'a-t-elle pas poussés l'an dernier à ce sujet !

Le bureau sanitaire attenant, beaucoup plus spacieux, contient quatre tables à écrire. Sur chacune d'elles, nous avons vu un vaste bassin d'eau vinaigrée dans laquelle on trempait, avant de les toucher, certains objets provenant du lazaret, et qui n'étaient pas passés à l'étuve, les pièces de monnaie, par exemple. Là réside en permanence un médecin de garde, sous l'inspection d'un autre médecin qui vient deux ou trois fois par jour. Le médecin de garde surveille les procédés de désinfection à travers la vitre de son guichet, et doit ses soins aux passagers arrêtés en quarantaine. La patente, la visite à bord d'un bateau suspect doivent porter la signature du médecin inspecteur. Il y a, en outre, trois ou quatre employés militaires chargés de la tenue des écritures. Le bureau est tout entier sous les ordres du général commandant le Bosphore. Il doit viser et transcrire les registres des passagers que lui porte tout bateau entrant à Constantinople de ce côté.

Voilà tout ce que nous pûmes apprendre du chef de bureau, qui, très gracieusement, nous offrit ensuite du café et du tabac. Le tout nous fut passé, à travers le guichet, sur un long plateau, qui portait également un verre d'*eau vinaigrée* destiné à recevoir le *bakchiche* (pourboire) du gardien sanitaire.

Avec de telles précautions prises pour ne pas communiquer avec nous, comment aurait-on pu subvenir à l'alimentation des cent passagers pendant quarante-huit heures?

Toute la côte est gardée par des soldats, placés à peu de distance les uns des autres, dont le devoir est de ne laisser débarquer personne ailleurs qu'au bureau de la Santé. La nuit, sans doute pour chasser le sommeil de leurs paupières, aussi bien que des nôtres, ils se crient tous les quarts d'heure, l'un à l'autre : *Je vois*. Ceux qui sont placés à bord du bateau en quarantaine (il y en avait deux sur le nôtre), pour empêcher le débarquement des passagers, *hurlent* aussi toute la nuit : *Je vois*. Il doit y avoir dans le Bosphore toute une armée de gardiens sanitaires, car ceux qui sont de garde sur les côtes ou à bord des bateaux arrêtés ne sont pas les seuls. Chaque *caïque* qui veut approcher un bateau suspect doit se munir d'un gardien chargé de défendre toute communication directe entre les deux. Or, durant ces deux jours d'attente, nous n'avons pas vu moins de cinquante caïques venir à l'*Urano* saluer des passagers, leur apporter quelque friandise, des fruits, ou leur courrier.

Le vendredi, à quatre heures du soir, le médecin inspecteur du lazaret vient à bord, afin de se rendre compte de notre état sanitaire avant de signer notre mise en liberté. C'est un médecin turc, portant le fez, âgé d'environ 55 ans. Arrivé au haut de l'échelle, il eut bien garde de pénétrer sur le pont; il en fit, au contraire, fermer les ouvertures. De son observatoire, il pria le capitaine de faire défiler devant lui tout l'équipage. En moins de deux minutes, chauffeurs, mécaniciens, marmitons, mousses, tout ce nombreux personnel que l'on ne voit jamais dans un bateau, eut passé devant le médecin, qui, abrité sous un vaste parasol, ne les regarda même pas et se hâta de regagner son *caïque*.

Pourquoi cette visite, (supposons-là bien faite) n'a-t-elle porté que sur l'équipage et non sur les passagers ? Assurément c'est contre ces derniers qu'avait été surtout prise la mesure de quarantaine. Ils étaient, et nous étions heureusement tous bien portants, en sorte que le confrère turc put, sans altérer la vérité, délivrer un excellent bulletin de notre état sanitaire ; mais le choléra aurait pu exercer d'affreux ravages parmi nous sans que le docteur X... eût seulement pu s'en douter. Aussi cette formalité puérile parut-elle à tout le monde une grotesque plaisanterie, et nous inspira-t-elle bien peu de considération pour la personne qui la remplissait, ainsi que pour l'autorité qui l'avait ordonnée. Attendre deux jours une inspection, au risque d'attraper une insolation pen-

dant le jour ou des rhumatismes pendant la nuit, et ne pas être même inspectés ! On serait indigné à moins !

Le lendemain samedi, 29 août, nous entrions à Constantinople.

Nous venions d'entendre, au Congrès de Grenoble, condamner les quarantaines à cause de leur inefficacité. Ce que nous venions de voir n'était point fait pour combattre la décision votée sur l'initiative de MM. Brouardel et Rochard.

Au surplus, nous avons trouvé aussi injuste que maladroite dans son application, la quarantaine imposée à toute provenance de Varna. Parmi les 100 passagers de l'*Urano*, 4 venaient directement de Paris, et même 2 des 4 étaient partis de Marseille. Tous les autres venaient de l'Allemagne, de la Roumanie, de la Bulgarie, pays encore indemnes de choléra ; 96 pour 100 étaient donc indûment frappés par la mesure vexatoire émanée du gouvernement turc, tandis que les personnes qui venaient des pays infectés éludaient facilement la plus grande partie de la quarantaine qu'ils auraient dû subir. Ainsi, toutes les provenances des côtes méditerranéennes, françaises et espagnoles sont frappées en ce moment à Constantinople d'une quarantaine de dix jours. Or, quoi de plus simple que de faire comme nos deux passagers de Marseille, de gagner Paris et d'y prendre l'Express-Orient ? On abrège ainsi de huit jours la durée de la quarantaine, et l'on prend la voie la plus rapide. Nous supposons bien que ces petites tricheries doivent se produire partout où il y a des quarantaines de durée différente. Un des hauts personnages de notre ambassade à Constantinople, à qui nous exposions, quelques jours après, nos idées sur cette question, non seulement les confirma, mais nous donna un aperçu de l'extension qu'elles comportent et de l'importance qu'elles acquièrent au point de vue commercial.

La quarantaine de dix, puis de douze jours, exclusivement appliquée aux provenances méditerranéennes françaises, avait d'emblée porté un grave préjudice à notre trafic avec le Levant, en même temps que favorisé celui d'une nation voisine. En effet, pour éviter la quarantaine, nos commerçants se trouvaient obligés de faire entrer leurs produits en Italie pour les réexpédier ensuite sous le couvert du pavillon italien. En Turquie, comme ailleurs, les règlements ne sont-ils pas faits pour être violés !

Après avoir vu Constantinople, on comprend cependant la peur exagérée de S. M. le Sultan, à l'endroit du choléra. Etant données les conditions de malpropreté bien connues de la ville et auxquelles les chiens, quoique bien plus nombreux que du temps de Panurge, sont impuissants à remédier, on peut prévoir les ravages effrayants qu'y ferait le choléra, s'il venait à y pénétrer. Ce qu'on voit dans cette ville plus asiatique qu'européenne surpasse tout ce qu'on a pu dire des vieux quartiers de Marseille et de Toulon ; jugez d'après cela de la rapidité avec laquelle s'étendrait l'épidémie. Aussi n'est-il pas mauvais que le fils du prophète veille lui-même sur sa bonne ville ; mais, puisque quarantaine il y a, ne devrait-il pas s'assurer aussi qu'elle est utile et qu'elle n'est pas seulement, comme l'expérience nous l'a appris, exclusivement vexatoire pour ceux qui la subissent ?

Dr Th. David.

BIBLIOTHÈQUE

Histoire de la protection de l'enfance a Rome, par M. le docteur A. Moutier. — Paris, 1884. O. Lecrosnier.

Cette thèse inaugurale est une œuvre d'érudition. En effet, il a fallu, à notre estimé et nouveau confrère, faire profession de réelle patience et preuve de vertus littéraires. J'en trouve la démonstration dans de nombreuses indications bibliographiques témoignant que M. Moutier connaît ses auteurs et les pratique.

Deux opinions divisent les historiens sur la question de la protection de l'enfance depuis la fondation de Rome jusqu'à la chute de la République. Les uns accusent les Romains d'avoir pratiqué l'abandon et l'exposition des enfants ; les autres, avec Voltaire, sont pleins d'indulgence et les défendent de ce crime.

M. Moutier a montré l'erreur des uns et des autres. On sacrifiait bien, dit-il, les enfants

BIU Santé

mutilés ou difformes, mais les mœurs et les institutions familiales faisaient une loi aux Romains d'élever tous leurs enfants. Le droit de vie et de mort était limité par la consultation du tribunal domestique.

Plus tard, aux grands jours de la puissance romaine, il en fut autrement ; l'avortement était publiquement pratiqué. César dut édicter des lois contre l'adultère et promettre des récompenses aux parents qui avaient beaucoup d'enfants. Auguste fit les lois juliennes contre le célibat et pour encourager le mariage.

De lecture facile, le mémoire de M. Moutier est profitable pour des historiens et des jurisconsultes, autant que pour les médecins. — C. L. D.

ETUDE SUR LES CIMETIÈRES, par M. le docteur THOUVENET. — Limoges, 1884.

Ce mémoire, du distingué professeur de l'Ecole de médecine de Limoges, a pour objet de rechercher les dangers des cimetières, au point de vue de la santé publique ; de fixer les conditions hygiéniques des emplacements destinés à leur établissement, et enfin de plaider la cause de la crémation ; ou, pour mieux dire, d'une crémation atténuée et applicable seulement aux cas de mort par maladies zymotiques.

Cette question est de celles sur lesquelles les hygiénistes sont loin de s'entendre ; car nombre d'entre eux n'admettent pas, avec M. Thouvenet, que les cimetières soient d'immenses réservoirs où s'accumulent « les spores des légions de micro-organismes infectieux ensevelis avec les victimes dont ils ont causé la mort. » Ajoutons toutefois que l'auteur atténue la sévérité de ce jugement, en reconnaissant l'innocuité des effluves odorantes dégagées par les sépultures, et la diminution des inconvénients de leur voisinage en les éloignant du centre des villes.

Seulement, pour assurer la destruction des microbes infectieux, M. Thouvenet n'attend rien du terrain et de l'atmosphère. Il redoute leur conservation, de sorte que, logiquement, il demande leur destruction par le feu, c'est-à-dire la crémation des individus succombant à des maladies zymotiques, parce qu' « on ferait ainsi, en détruisant la majeure partie des germes infectieux, disparaître une des causes les plus actives de l'épidémie. »

Le mémoire de M. Thouvenet est de ceux qu'on lit avec intérêt sans en partager toutes les conclusions. Mais il donne de sages conseils pour l'établissement des cimetières, formule des lois d'hygiène et, conséquemment, inspirera utilement les municipalités et les hygiénistes. Ecrit avec l'ardeur d'un esprit convaincu, il est de ceux qu'on estime même dans leurs imperfections doctrinales. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX RUSSES

La quantité de bacilles dans les crachats des phtisiques. — Les résultats déduits par le docteur Zenkewitch de 51 observations, qui ont été faites dans la clinique de thérapeutique de M. le professeur Mering (Kiew) se résument ainsi :

1° La quantité et la qualité de l'expectoration n'ont pas d'influence sur la quantité de bacilles ;

2° Les données de Balmer-Fraentzel et de Pfeiffer, à savoir que la quantité de bacilles atteint son maximum les derniers jours de la vie du malade, sont loin d'être exactes;

3° La quantité de bacilles dans les crachats ne dépend pas du degré de l'affection pulmonaire ;

4° Elle est proportionnelle au degré de la fièvre en tant que celle-ci dépend de la rapidité destructive de l'affection ;

5° Les bacilles n'ont pas leur culture primitive dans les crachats, d'où ils pénétreraient dans le tissu pulmonaire, c'est le contraire qui a lieu. Le fait qu'ils se développent mieux dans les crachats que dans le parenchyme pulmonaire (Balmer et Fraentzel) est au moins fort douteux. (*Revue de médecine*, 1, 1885.)

Cas de gastrostomie avec canule à demeure. — L'opération fut faite par

M. le professeur Sklifasowsky dans un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage chez une femme âgée de 59 ans.

La mort est survenue six mois après l'opération par généralisation cancéreuse. L'auteur décrit ce cas surtout à propos d'une canule que M. Sklifasowsky avait adoptée pour cette opération.

La canule rappelle beaucoup les canules doubles qu'on emploie journellement pour les trachéotomies.

L'avantage d'une canule de ce genre est de pouvoir rester toujours en place ; on peut d'ailleurs la fermer hermétiquement et, dans l'observation dont nous parlons, elle fut très bien supportée par la malade. Elle restait en place deux ou trois semaines, sans qu'on fût obligé de l'enlever.

Pour alimenter la malade, on introduisait dans la canule le bout d'une de ces sondes qui servent à faire passer les aliments dans l'estomac. Les aliments étaient préalablement soumis à la mastication et à l'insalivation par la malade elle-même, qui ainsi donnait satisfaction au sens du goût. (*Revue de médecine* 2, 1885.)

L'action de la nitro-glycérine dans les néphrites. (Bourginki : Clinique de thérapeutique de M. le professeur Manasseïne.) — L'auteur tire les conclusions suivantes d'observations qu'il a prises dans la clinique du professeur Manasseïne au sujet de l'action de ce médicament dans le traitement des néphrites et surtout des néphrites interstielles :

1° La nitro-glycérine à petites doses diminue la quantité d'albumine dans les urines éliminées en vingt-quatre heures ;

2° La quantité d'urine des vingt-quatre heures augmente par l'emploi de la nitro-glycérine. Cette augmentation se maintient encore quelque temps, après qu'on a cessé l'emploi de ce médicament ;

3° Les doses progressivement élevées de nitro-glycérine ont une influence encore plus grande sur la diminution de l'albumine ;

4° On n'a pas observé que le médicament eût une influence quelconque sur le poids spécifique de l'urine, ni sur le poids des malades ;

5° La nitro-glycérine n'a aucune action fâcheuse sur l'état général du malade, si ce n'est qu'une légère céphalalgie survient les premiers jours de traitement, céphalalgie du reste passagère. (*Wratch* 21, 1885.)

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ANGERS PENDANT LE PREMIER SEMESTRE DE L'ANNÉE 1885.

Malgré son grand âge, de par lequel il compte parmi les plus anciens de France, ce corps savant possède une activité digne d'envie pour les Sociétés plus jeunes. Ainsi le prouve l'émulation de ses membres pendant le précédent semestre qui est le premier de la quatre-vingt-huitième année de l'existence de cette Société médicale.

Le 7 janvier, — à cette date, le principe actif de l'érythroxilum coca était au début de sa brillante renommée, — M. Motais déposait en faveur de son emploi en oculistique en lisant une intéressante *note sur la cocaïne*. Vingt-quatre fois, dans vingt-quatre opérations des yeux pratiquées en cinq semaines, notre confrère en avait fait usage avec succès ; de plus, il constatait que, sous l'influence de la cocaïne, l'accommodation était peu diminuée, et que cette diminution était seulement de deux à trois dioptries. Il notait encore que la dilatation pupillaire produite par la cocaïne s'accompagnait d'un abaissement de la tension oculaire, et, par conséquent, d'un phénomène inverse de ceux de l'atropinisation.

L'utilité de ces remarques n'a pas besoin de démonstration. Le même intérêt pratique s'attache aux *observations sur le traitement du choléra* présentées par M. Dezanneau. Partisan de l'origine parasitaire de cette maladie, il admet de plus des variations dans l'activité

morbigène du microbe en rapport avec son développement, le milieu où il vit et le terrain qu'il rencontre. Cette profession de foi étant formulée, notre estimé confrère adopte le traitement classique, tout en déclarant que la spécificité du choléra asiatique n'existe pas, et qu'entre la cholérine, le choléra nostras et le choléra indien, il y a seulement une question de plus ou de moins.

Je laisse à M. Dezanneau ses opinions sans les partager, et, en rendant hommage à la sincérité de l'auteur, je passe, sans m'y arrêter, sur les travaux de M. Ferran dont M. Duhourcau s'était fait le narrateur auprès des médecins d'Angers. Ces derniers, d'ailleurs, avec une sage prudence, étaient déjà rebelles aux singulières conclusions de l'inoculateur espagnol. Depuis, les tentatives plus ou moins vaccinales de cet opérateur ont légitimé cette sage réserve.

Plus heureux dans sa communication sur la *phymie larnygée, les eaux sulfureuses* et la *trachéotomie*, M. Duhourcau, a su mériter les suffrages de ses auditeurs, et, une fois de plus, montrer toute l'étendue de son expérience hydrologique.

Parmi les autres travaux de pathologie interne, la note de M. Fage est des plus remarquables. Elle a pour objet les *troubles vaso-moteurs dans l'ataxie locomotrice*; phénomènes sur lesquels les observateurs ont été mis en attention par des recherches récentes au nombre desquelles se trouve le mémoire de M. Peltier (*Mémoire de la Société de médecine de Bordeaux*).

Dans le fait cité par M. Fage, il s'agissait de phlyctènes soulevant l'épiderme des orteils, se remplissant d'un liquide citrin et clair, mais ne s'accompagnant ni d'ecchymoses, ni de suintement sanguinolent. Le malade accusait seulement une vive sensation d'ardeur et de chaleur dans la région malade. Ces phlyctènes avaient l'aspect de brûlures au deuxième degré, de sorte qu'on aurait pu les confondre avec ces dernières et croire « que de nombreuses éclaboussures d'eau bouillante divisées par un choc étaient tombées sur les pieds. »

Ces lésions ont une valeur diagnostique au début de la maladie, au moment où l'ataxie est en quelque sorte dans sa période prémonitoire. Les remarques de M. Fage méritent donc d'être retenues.

Une autre observation d'actualité est celle de M. Guichard ; elle a pour titre : *Erysipèle de la face chez le mari et septicémie chez la femme* et démontre une fois de plus l'analogie et les rapports de contiguité des érysipèles avec les accidents puerpéraux. Ce travail arrive opportunément à l'heure des débats sur la pathogénie de l'érysipèle.

Un cas de *pneumonie massive* a fait l'objet d'une note de M. Gripat qui, dans cette lecture, a montré les difficultés du diagnostic de l'hépatisation de tout un lobe, surtout quand elle siège à la base. L'intensité de la matité, l'absence de respiration et de râle, parfois le souffle égophonique exposent, en effet, à confondre ces lésions avec un épanchement pleural.

Parmi les autres tributs académiques, je citerai celui de M. Gueretin sur l'*épilepsie et la colique de plomb ;* une remarquable observation de *blessure profonde de l'abdomen* de M. Vaslin ; le compte rendu de *vingt observations de position occipito-iliaque* par M. Guichard fils, et, enfin, la lettre de M. Bouchard (de Saumur) sur les *effets de la morphine en injections sous-cutanées*. Certes, ce sujet n'est pas une nouveauté ; il y a beau temps qu'on étudie la morphine et ses propriétés. Néanmoins, cette lettre a la valeur d'un document, puisque M. Bouchard a observé sur lui-même et écrit en quelque sorte les impressions auditives d'un malade sous l'influence de la morphine. Par la netteté de la description, la détermination exacte des doses de morphine, l'heure des accidents et leur marche, cette observation mérite l'attention et fait honneur à la sagacité clinique de notre confrère autant qu'à la verve de sa plume. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 septembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

La correspondance non officielle comprend :

1° Diverses communications relatives au choléra ;

2° Un certain nombre d'ouvrages adressés pour le concours des prix de l'année 1885;

3° Une lettre de M. le docteur Onimus et une lettre de M. le docteur Coursserant, contenant une réclamation de priorité, au sujet de la communication faite dans la dernière séance, par M. le docteur Brondel (d'Alger), relatives à la pénétration des substances médicamenteuses dans l'organisme au moyen de la diélectrolyse.

M. Germain Sée présente, de la part de M. le docteur Galezowski, un ouvrage intitulé : *Traité iconographique d'ophthalmoscopie.*

M. Brouardel dépose sur le bureau le rapport sur un projet d'assainissement de la ville de Toulon, rapport fait au nom d'une commission, par MM. Brouardel et Bruniquel.

M. Ernest Besnier présente, de la part de M. le docteur Teissier (de Lyon), un nouveau fascicule sur les maladies régnantes de la ville de Lyon. (Comm. du choléra.)

M. Dechambre présente un mémoire sur le traitement de la diphthérie par l'acide borique, par M. le docteur Lebovicz (de Salonique).

M. de Villiers dépose un nouveau fascicule des *Bulletins* de la Société protectrice de l'enfance à Rouen.

— M. Dujardin-Beaumetz, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la communication de M. Brondel (d'Alger), relative à l'introduction des médicaments dans l'organisme au moyen de l'électrolyse, fait part des résultats des expériences qu'il a tentées à ce sujet avec la collaboration de M. Brondel lui-même.

Il a le regret de déclarer, d'après ces résultats, que la *diélectrolyse*, pour employer l'expression de M. Brondel, n'existe pas, ou du moins n'existe pas encore; c'est une simple erreur d'expérimentation.

M. Brondel prétendait qu'en plaçant, sur la face dorsale d'un individu, de l'iodure de potassium et un électrode négatif, puis, sur la face ventrale, un électrode positif, l'iode ne tardait pas à apparaître de ce côté. Or, ils ont répété plusieurs fois l'expérience suivante : On place sur le dos d'un individu des rondelles d'amadou imbibées d'iodure de potassium et, par dessus, un électrode négatif, puis, à la partie antérieure du corps, des rondelles d'amadou et, par dessus, un électrode de platine. Jamais ils n'ont vu apparaître de ce côté la moindre trace d'iode.

L'erreur de M. Brondel résultait de ce que cet expérimentateur portait lui-même, sans s'en douter, l'iode sur le ventre de l'individu.

En effet, dès que l'on eut pris la précaution d'agir de façon que ce ne fût pas la même personne qui appliquât les deux électrodes, jamais aucune trace d'iode ne traversa l'économie. Il faut de grandes précautions, lorsque c'est la même personne qui fait les deux applications, pour qu'elle ne porte pas avec elle des traces de la solution saline décomposée par le courant électrique.

M. Brondel, avec une franchise qui l'honore, s'est empressé de reconnaître lui-même l'erreur dans laquelle il était involontairement tombé.

M. le Président dit que les observations de M. Dujardin-Beaumetz peuvent servir en même temps de réponse aux réclamations de priorité qui se sont produites au cours du dépouillement de la correspondance, au sujet de la découverte de M. Brondel.

— M. le docteur Hamou présente le modèle d'un nouveau forceps à branches réductibles.

— M. Germain Sée fait une communication intitulée : *Causes et traitement physiologique de l'obésité; thérapeutique des transformations graisseuses du cœur.* Il s'occupe d'abord des indications des diverses méthodes curatives, proposées contre l'obésité, soit le régime azoté excessif, le système Benting, le système Ebstein et entre, à ce propos, dans diverses considérations sur les lois du régime physiologique appliqué à cette affection. Pour Voigt, la graisse corporelle provient de trois sources : 1° les albuminates ingérés, qui se dédoublent en graisse et produits azotés ; 2° les hydro-carbures pris en certaine quantité et se décomposant facilement ; 3° de la graisse qui se transforme plus difficilement.

D'après Rudner, au point de vue dynamique et en tant que calorique, 100 grammes de graisse équivalent à 211 grammes d'albuminates secs, et à 232 de fécule.

M. Germain Sée en conclut que la graisse conserve les forces individuelles, plus que ne le font les autres substances. Aussi pense-t-il que le régime d'Ebstein s'applique aux polysarciques cardiaques, à la condition qu'on y ajoute des substances gélatineuses et des peptones sans se sevrer de boissons.

Examinant ensuite l'influence de la diminution des boissons généralement indiquée dans le traitement de l'obésité, passant en revue l'action digestive des boissons abondantes, leur action dénutritive, l'absorption de l'eau et ses effets éliminateurs, puis les effets de l'eau, selon sa thermalité, sa quantité et sa nature, il en arrive à envisager l'action des diverses eaux minérales alcalines, salines et amères, à ce point de vue.

Il conclut que les bains froids élèvent la désagrégation de la graisse, que les bains chauds, qui augmentent la chaleur du corps, ne forcent pas seulement la décomposition de la graisse corporelle, mais aussi la dénutrition albuminoïde.

Le même effet peut se manifester sur les produits pathologiques et graisseux; les bains chauds ou froids qui hâtent la diminution de la graisse sont d'un grand secours lorsque leur action est soutenue par un régime déterminé, par l'exercice musculaire, enfin par l'usage d'eaux minérales laxatives, c'est-à-dire qui entraînent certaines substances nutritives au dehors, ou bien encore par l'emploi des eaux qui, à l'instar des chlorurées sodiques, augmentent la désagrégation albuminoïde, ou bien enfin par l'ingestion plus marquée de boissons aqueuses qui tendent au même but.

Les véritables moyens du traitement médical pour l'obésité doivent donc être empruntés à la médication iodurée, alcaline, purgative.

Les eaux purgatives sont, en outre, préférables aux eaux alcalines pures : Carlsbad est supérieur à Vichy à cet égard, Marienbad, Brides, Châtel-Guyon sont supérieures aux précédentes, et les résultats obtenus le prouvent. Mais leur effet ne dure qu'à la condition formelle qu'on continue le régime et qu'on se replace dans les conditions hygiéniques de la cure thermale.

(M. Sée terminera sa communication mardi prochain.)

M. le docteur Arsène Drouet fait une communication sur le traitement du choléra à la période des vomissements et des selles par les collodion appliqué en badigeon abdominal. (Comm. du choléra.)

— La séance est levée à cinq heures.

COURRIER

Congrès d'anthropologie criminelle. — Ce congrès se tiendra à Rome du 15 au 20 novembre 1885 et aura pour objet les questions suivantes : 1° Faut-il faire entrer dans le Code les conclusions de l'école d'anthropologie criminelle ; — 2° quelles catégories doit-on établir entre les délinquants et quels caractères organiques et psychiques pourront les distinguer ; — 3° rôle du médecin expert dans les procès criminels ; — 4° sur les meilleurs moyens d'obtenir la réparation des délits ; — 5° le suicide croît-il en raison inverse de l'homicide? — 6° des meilleurs moyens contre la récidive.

Parmi les membres de la Commission d'organisation se trouvent les noms de MM. Brouardel (de Paris) et Lacassagne (de Lyon). Une exposition d'anthropologie criminelle aura lieu pendant la durée du Congrès.

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 fr. 50.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Dernier épisode des inoculations du docteur Ferran. — Gangrène des bras. — Neuf amputations. — II. Maurice Notta : Observation de corps mobile articulaire du genou, enlevé par extraction directe. — Guérison. — III. Bibliothèque. — IV. Revue des Journaux. — V. L'Epidémie cholérique de 1885. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Feuilleton : Causerie.

Dernier épisode des inoculations du docteur Ferran. — Gangrène des bras. — Neuf amputations.

Le *Diario* de Tarragona publie l'extrait suivant de la correspondance de Cambrils du 5 septembre 1885. Cambrils est une petite localité maritime, située entre Tortosa et Tarragona, à 20 kilomètres de cette dernière ville. Nous donnons la traduction textuelle de cet article :

« Avant qu'à Cambrils, il n'ait été procédé aux inoculations, il n'était survenu aucun cas de choléra ou suspect dans la partie haute de la ville ; dans le quartier de la marine, il y avait seulement dix à douze malades convalescents.

« Depuis le jour où commencèrent les inoculations jusqu'à aujourd'hui, voici les noms des personnes déclarées cholériques par le médecin qui les a assistées :

« *Inoculés décédés :* La femme de notre alcade, Juan Sans Casas ; Arturo Papio de Ferran et Marie Piqué, cette dernière huit jours après l'inoculation.

« *Décédés non inoculés :* Rosa Vidal Bas, Maria Casas Nolla, Magdalena Llaberia, Maria Miralles, Maria Olivé Castell, Maria Matas Oriol, Josepha Masague Berenys, Francisco Mendoza et José Mendoza, ces trois derniers étaient des enfants de 1 à 3 ans.

« *Individus auxquels il a fallu faire l'amputation de l'un ou des deux bras* afin d'isoler la gangrène : Ventura Collet, José Font Gatell, Esteban Ferrati Serra, Maria Folch Domenech, Pedro Piqué, Bautista Costa, Dolores

FEUILLETON

CAUSERIE

Maladies nouvelles.

La chose est triste à dire, mais c'est la vérité : on découvre tous les jours des maladies nouvelles, comme on découvre des planètes, des composés chimiques, des mines, des sources et des teintures pour les cheveux. Il semble qu'en médecine, le progrès devrait marcher à reculons et nous faire raccourcir la liste des maladies connues ; c'est le contraire qui a lieu, et, tout comme les autres sciences, nous ne faisons qu'étendre nos conquêtes. En cela, heureusement, le dommage est plus apparent que réel : ce ne sont pas des maladies nouvelles qui surgissent, ce sont des faits mieux observés, qui, autrefois, auraient passé inaperçus, et qu'une investigation minutieuse fait rentrer dans le domaine de la pathologie. Des traits de caractère, des travers d'esprit que le médecin aurait dédaignés jadis sont élevés aujourd'hui au rang de maladies, ou tout au moins de symptômes ; la pathologie nerveuse a la plus grande part dans ces découvertes.

Voici, par exemple, MM. Charcot et Magnan qui viennent de décrire l'*onomatomanie*, une névrose non encore classée. *Onomatomanie*, c'est-à-dire idée fixe, ou manie d'un mot ou d'un nom. Les gens atteints de cette maladie se mettent tout à coup à cher-

Serra Pinol, Pablo Clavaguera et José Ferraté Bonet. A cette liste, il faut joindre deux autres personnes auxquelles on a annoncé qu'on les opérerait le lendemain, et ceux qui gardent le lit à cause des effets de l'inoculation.

« Il y a lieu de noter que la plupart des décédés non inoculés appartiennent à la ville haute ainsi qu'un des inoculés.

« En présence de ces accidents déplorables, la panique qui s'est emparée des habitants est indescriptible surtout parmi les inoculés. Aujourd'hui, le système Ferran ne comple plus ces ardents défenseurs qui l'ont tant encensé et qui l'accompagnaient dans sa campagne. »

Les médecins qui ont lu, dans les rapports de MM. Brouardel, Charrin et Albarran, de M. Van Ermangen et de M. Gibier, la description des procédés employés par M. Ferran pour pratiquer ses inoculations, s'étonnaient que l'absence de toute précaution n'eût pas amené des accidents d'infection, de septicémie, etc.

Aujourd'hui, le désastre de Cambrils justifie leurs inquiétudes. Le journal donne peu de renseignements sur le nombre des inoculés, sur la date de début des accidents, mais il constate que le *développement de la gangrène* a nécessité l'amputation d'un bras ou des deux bras chez neuf des inoculés, et, le lendemain du jour où l'auteur écrivait son article, deux autres devaient subir l'amputation.

L'Académie de Madrid avait raison de dire, dans l'une des conclusions qui terminent son rapport sur les inoculations de M. Ferran, qu'il n'était pas démontré qu'elles fussent sans danger.

Observation de corps mobile articulaire du genou, enlevé par extraction directe. — Guérison (1),

Par M. Maurice Notta, interne des hôpitaux.

B..., tuilier à Saint-Martin de la Lieue (près Lisieux), âgé de 60 ans, a toujours été

(1) J'ai recueilli cette observation dans la clientèle de mon ami le docteur Lesigne (de Lisieux), que j'ai eu l'occasion de remplacer pendant quelque temps. — M. N.

cher le nom d'une personne, ou un mot quelconque, et, tant que dure cette recherche, ils sont en proie à des accidents nerveux caractérisés par de l'angoisse et de l'agitation qui cessent aussitôt que le mot est trouvé. Certains onomatomanes, pour se mettre à l'abri de ces crises, portent sur eux un carnet où sont inscrits les noms et les adresses de toutes leurs connaissances; d'autres ne vivent plus qu'avec le *Bottin* à côté d'eux; d'autres, enfin, font veiller leur famille pour compulser des journaux et y retrouver à tout prix le héros de quelque fait divers insignifiant.

Nous sommes tous, plus ou moins, onomatomanes à nos heures; qui n'a éprouvé cette obsession du nom qui fuit obstinément la mémoire, et que l'on s'acharne à rattraper quand même? Dans le même ordre de faits, il existe beaucoup de petits états morbides, dont on ne parle pas dans les livres, et qui se rapprochent des hallucinations, des impulsions, des terreurs, des idées fixes; il existe aussi une infinité de petites causes pathogéniques, qui ne sont pas mentionnées dans l'étiologie classique, et qui cependant agissent sur nous à chaque instant. Je me propose de revenir un jour sur ces hors-d'œuvre de la médecine, dont quelques-uns sont déjà définis et baptisés dans mes notes.

***

Pour commencer, nous parlerons aujourd'hui de la maladie régnante, l'*épilepsie électorale*. Elle est épidémique et, dans ses explosions, ravage parfois tout un pays; certains climats, certains milieux la favorisent et l'aggravent; c'est le cas de Paris en ce mo-

d'une bonne santé. Pas d'antécédents spécifiques personnels ni héréditaires. Il y a dix-huit mois, il fut pris de douleurs dans le genou droit et, sur les conseils d'un voisin, il mit, il y a six semaines, un large vésicatoire. Peu de temps après, il ressentit en marchant une douleur brusque, tellement vive qu'il devait s'arrêter immédiatement, et qu'il serait certainement tombé sans sa canne. Le même fait se reproduisait plusieurs fois quand il marchait, et, — sans parler de l'acuité de la douleur, — gênait considérablement sa marche. C'est alors qu'il constata l'existence d'un corps dur, mobile, fuyant sous le doigt, et vint nous trouver.

État actuel. — Dans le genou droit existe un corps étranger du volume d'une petite amande. Ce corps extrêmement mobile vient se placer à la partie interne du genou, au niveau du cul-de-sac inférieur interne de la synoviale, et paraît suivre un trajet bien déterminé, toujours identique, glissant le long de la tubérosité du tibia, pour fuir et disparaître derrière la rotule, sous le tendon rotulien. La pression sur le corps étranger est assez douloureuse. L'articulation est saine et ne contient pas trace de liquide. Cet homme ne souffre que dans la marche; ce qui l'empêche de travailler et l'engage à réclamer une opération.

Au lit, le malade ne souffre pas. Le corps étranger n'est presque jamais tangible le matin dans la « loge sous-cutanée et latéro-tibiale » qu'il s'est faite; il faut que le malade marche un peu pour le déplacer, et alors il le sent à sa place ordinaire au bout de quelques instants. Une bonne manœuvre pour le déplacer, et à laquelle nous avons eu recours, consiste à donner un coup sec sur le côté externe de l'articulation, le malade étant debout. A la suite de cette commotion, — faite du côté opposé à celui où il siège, — le corps étranger venait se placer sur la face interne de la tubérosité du tibia.

L'opération fut pratiquée, le 26 août, de la façon suivante : le corps étranger, ayant été ramené dans le cul-de-sac inférieur et interne de la synoviale, je l'y maintins solidement. Se servant alors de la saillie de ce corps comme conducteur, M. Lesigne incisa les parties molles sur une longueur d'environ 2 centimètres. Le corps étranger fut facilement attiré au dehors avec un crochet. Il s'écoula quelques gouttes de synovie.

La plaie fut lavée avec une solution phéniquée forte (5 p. 100), sans que nous ayons cherché à faire pénétrer le liquide dans l'articulation. Elle fut suturée avec du crin de Florence et drainée. Le membre fut enveloppé d'un vaste pansement de Lister, et placé dans une gouttière en fil de fer.

Aucun accident ne se produisit. Les points de suture furent enlevés, ainsi que

---

ment. Elle n'est pas d'ailleurs une manifestation isolée; au contraire, elle relève, à titre de complication aiguë, de l'état constitutionnel qui se nomme le *politicisme chronique*. Comme la folie à deux, qui a pris récemment droit de cité dans la science, l'épilepsie électorale est une folie à plusieurs; les symptômes ne sont pas les mêmes chez tous les sujets; dans tous les cas, ils sont des plus curieux.

Les citoyens en proie à l'épilepsie électorale perdent toute tranquillité; au lieu de passer leurs soirées chez eux, en pantoufles et en robe de chambre, ils aiment à s'entasser par milliers dans des salles où l'on étouffe, et s'exposent ainsi, sans motifs, aux dangers de l'encombrement et du méphitisme. Dans ces réunions, que l'on croirait formées par des bandes de convulsionnaires des siècles passés, quelques-uns des assistants parlent ou essayent de parler; les autres, et c'est l'immense majorité, crient à tue-tête, et, sous l'empire de leur singulière maladie, ils choisissent précisément, pour vociférer avec la plus grande rage, les moments où quelques audacieux font des discours. Il en résulte qu'on ne s'entend pas et qu'on ne se met guère d'accord.

Mais ce ne sont encore là que les signes précurseurs d'un délire, qui peu à peu s'exagère pour arriver à des paroxysmes dangereux. Pour la commodité des gens qui ont annoncé qu'ils prendraient la parole, on dispose, dans un endroit en évidence, une estrade en planches, avec des tables et des chaises; quand des hommes sont montés sur l'estrade et assis sur les chaises, ainsi qu'on pouvait s'imaginer la véritable destination de ces préparatifs, alors les autres se précipitent vers l'échafaudage en question, le démolissent, renversent tout, et s'envoient à la figure les débris de planches, les

©BIU Santé

le drain, le 1er septembre, c'est-à-dire le sixième jour (jour du premier pansement). Il n'y avait aucune trace de suppuration, et la réunion était complète.

Le malade est actuellement complètement guéri, et a repris ses occupations (6 septembre).

Le corps étranger, dont la forme est triangulaire, porte sur une de ses faces la trace du pédicule qui le fixait au cartilage diarthrodial avant sa mobilisation. Il est probable que son existence remonte à dix-huit mois, c'est-à-dire à l'époque où le malade a commencé à ressentir des douleurs dans le genou droit. Il est donc relativement jeune, et c'est ce qui explique pourquoi sa texture n'est pas homogène; il est, en effet, composé de deux parties bien distinctes : la partie sur laquelle est implanté le pédicule est dure et crétacée, comme osseuse; le reste est mou et cartilagineux. Nous avons ainsi sous les yeux les modifications que subit la texture de la masse primitivement cartilagineuse, et la dernière étape de cette évolution, qui confirme pleinement la théorie de Laënnec, est réalisée par la transformation totale de cette masse en un corps blanc homogène, dur, et d'aspect crétacé. La surface du corps étranger de notre malade était lisse, et ne revêtait pas l'aspect mûriforme qu'on observe quelquefois.

La rareté relative des faits de ce genre, et la méthode de traitement employée, nous ont déterminé à publier l'observation précédente.

Bien que cette curieuse affection soit connue depuis A. Paré (chap. XV, t. III, p. 32, édition Malgaigne), elle est en réalité assez rare, comme le prouve la statistique des auteurs. Cette année même, à l'Hôtel-Dieu, notre excellent maître, M. Tillaux, dont la pratique chirurgicale est aussi active que brillante, disait, à propos d'un cas analogue, qu'il n'en avait pas rencontré d'exemple depuis 1871 (1).

Le mode de traitement que nous avons suivi peut être aujourd'hui regardé comme la *méthode de choix* et comme une des conquêtes de la chirurgie antiseptique. Notre observation prouve une fois de plus qu'on peut, sans témérité, comme sans danger, faire l'extraction d'un corps étranger par l'arthrotomie directe, à condition de se soumettre rigoureusement aux prescriptions de la méthode antiseptique. Grâce à elle, l'ouver-

(1) Clinique de l'Hôtel-Dieu (v. *Gazette des hôpitaux*, 1883, n° 50).

bâtons de chaises, qui volent dans l'espace, pochant les yeux, fendant les crânes, démantibulant les mâchoires et faisant couler des ruisseaux de sang. Enfin, quand le délire atteint le dernier terme de la fureur, les projectiles fournis par la menuiserie ne suffisent plus, et l'on tire des coups de revolver qui s'en vont au hasard trouer la peau des plus malchanceux. On ne peut rien concevoir de plus tragique et de plus lugubre qu'un pareil spectacle, si l'on songe surtout que les hommes qui se livrent à ces sauvageries n'ont aucune raison pour se battre : c'est de la pure démence, et sous une forme telle qu'on n'en voit pas de pareille dans les asiles d'aliénés, même dans le quartier des agités et des fous furieux.

Les principales victimes de l'épilepsie électorale sont d'abord les électeurs et les candidats : mais ces deux phases essentielles de la maladie se transforment l'une dans l'autre avec la plus grande facilité, de telle sorte que tout épileptique, d'abord affecté simplement du petit mal en qualité d'électeur, peut en un clin d'œil être pris du haut mal en devenant candidat. C'est un des caractères propres de l'épilepsie électorale que cette progression fatale; contre celle-ci, il n'y a pas de préservatifs, et les plus terribles attaques, celles réservées aux candidats, peuvent éclater soudain chez tout électeur jusque-là relativement épargné. On dirait même que les moins malades, inconscients de la gravité et de l'horreur de leur mal, souhaitent de passer le plus vite possible des formes atténuées aux formes pernicieuses, de l'état d'électeur à l'état de candidat. Nouvelle preuve de l'irrémédiable aberration de tous ces malheureux!

Ils ont quelquefois des éclaircies, des rémissions passagères; toutes leurs réunions,

ture des articulations est entrée dans le domaine de la chirurgie courante, et l'extraction directe d'emblée, telle que nous l'avons pratiquée, est en réalité une opération des plus simples. La seule difficulté consiste à bien maintenir le corps étranger au niveau du cul-de-sac synovial dans lequel on l'a refoulé. L'ingénieuse méthode de Goyrand (d'Aix), qui a joui à juste titre d'une grande faveur, et qui constituait un véritable progrès à l'époque où elle fut imaginée par son auteur, doit aujourd'hui céder le pas *à l'arthrotomie directe et antiseptique :* on ne doit se rappeler les statistiques de H. Larrey que pour suivre avec d'autant plus de rigueur les règles de la plus minutieuse antisepsie. La méthode de Goyrand avait succédé à l'opération de Desault, qui était l'arthrotomie directe sans Lister : aujourd'hui, nous revenons à « l'opération de Desault *aseptique* », et nous pouvons mettre en regard de la sombre statistique de M. Larrey (22 p. 100, Soc. de chirurgie, 1861) celle plus consolante de M. Nepveu (2 p. 50, Soc. de chirurgie, 1880). Encore, cette dernière, malgré sa supériorité, est-elle, croyons-nous, actuellement au-dessous de la réalité, qui doit presque atteindre la perfection chirurgicale, et remplit au point de vue opératoire les trois conditions, si justement chères à M. le professeur Verneuil : *bénignité, efficacité, facilité.*

BIBLIOTHÈQUE

1° Le choléra en Algérie, par M. A. Bertherand : — Paris, 1885. J.-B. Baillière.

2° La inoculacion anticolerica del D. Ferran, par M. Antonio Sierra y Carbo : — Madrid, 1885. Enrique Teodoro.

1° Le choléra a visité onze fois l'Algérie depuis l'occupation française, et ces onze invasions ont été racontées sous les auspices de la Société de médecine d'Alger, par MM. E. Bertherand, Vincent et Collardot. La situation topographique de la colonie et ses relations avec les pays contaminés, surtout par la voie maritime, témoignent en faveur de l'importation de la maladie et de sa contagion.

---

en effet, ne sont pas bruyantes et meurtrières comme celles que j'ai décrites plus haut; les épileptiques électoraux, dans leurs jours de bonne humeur, se réunissent pour manger ensemble, et les choses se passent alors à peu près comme entre gens raisonnables. Du moins, il n'y a ces jours-là ni tumulte ni sang répandu; le danger subsiste pourtant, car les coups de révolver sont remplacés en pareil cas par cette mousqueterie spéciale qu'on appelle le *coup de fusil*; coup de fusil tiré par les entrepreneurs de banquets et reçu en plein estomac par les convives. O mânes des Borgia! S'il vous prend des regrets d'avoir disparu de cette terre et de n'y plus exercer votre coupable industrie, soyez consolés et satisfaits! Votre descendance pullule dans une certaine classe d'industriels, et auprès d'eux, pour le maniement des poisons, vous n'étiez que des novices.

Tout cela ne serait encore rien, si un nouveau symptôme, plus triste que tous les autres, n'était venu s'ajouter à l'histoire clinique de l'épilepsie électorale. On la savait commune chez les hommes, fatale dans certaines classes; mais au moins les hommes seuls en étaient frappés. Il n'en est plus ainsi; le fléau s'étend maintenant aux femmes, qui ont perdu l'immunité précieuse qui les avait longtemps garanties de la contagion. Pour ceux qui s'affligeraient de voir succomber à la névrose politique la plus belle moitié du genre humain, on peut confesser discrètement.....

Comme toutes les diathèses invétérées, comme la syphilis, l'arthritisme, l'herpétisme, etc., le politicisme chronique produit aussi des éruptions d'un genre particulier. L'ensemble de ces éruptions constitue l'*érythème des murailles*, dont les monuments de

CBIU Santé

M. A. Bertherand était donc autorisé à s'appuyer sur ces faits pour combattre les doctrines anticontagionistes. Ici, le doute n'est pas possible ; on a pu noter le nom des navires et leur provenance ; suivre facilement l'évolution de l'épidémie, « s'irradiant « dans les mêmes lieux et avec les mêmes allures extensives, par des contacts nette- « ment établis, du port de débarquement au lazaret, à l'hôpital, à la caserne, à la ville, « à ses faubourgs, aux postes de l'intérieur, aux stations du littoral (par voie maritime), « aux tribus indigènes (par communications terrestres). »

Cet argument n'est pas le seul dont M. A. Bertherand invoque l'autorité. Il cite des cas de contagion incontestables : En 1838, trente médecins militaires sont frappés ; en 1837, pendant la traversée du 12me de ligne, régiment déjà contaminé, le médecin du corps et l'officier comptable succombent au mal indien. En 1849, c'est l'officier d'administration, le médecin et le chirurgien en chef de l'hôpital d'Oran ; puis 51 infirmiers sur 779, dans les seuls hôpitaux d'Alger. En 1850, 1854, 1859, 1865 et 1866, on observe des faits semblables.

M. A. Bertherand arrive par ce dénombrement à enregistrer un chiffre de 100 victimes appartenant au personnel médical et assistant, « chiffre considérable à tout prendre et « qui, visant exclusivement les décès, autorise à admettre que la contagion a dû frapper « un nombre double d'individus de ces deux catégories professionnelles. »

La condamnation que notre estimé confrère inflige aux anticontagionistes systématiques est donc bien justifiée. Document de haut intérêt, par l'exactitude des renseignements et l'esprit scientifique de l'auteur, cette brochure augmentera certainement encore l'estime du lecteur pour la plume toujours sympathique du savant rédacteur en chef de la *Gazette médicale de l'Algérie*.

2° La brochure de M. Sierra y Carbo a un autre but. Elle reproduit un discours de notre confrère transpyrénéen devant la Société espagnole d'hygiène. S'il était encore nécessaire de le faire, elle suffirait pour calmer les plus enthousiastes des ferranistes. A ceux-ci elle démontre que les statistiques du vaccinateur espagnol sont sans valeur et « *unica podrian demunstrar otra cosa que el absurdo cientifico de ser la septicemia profilactica del colera !* »

Cette exécution, par un compatriote de l'inoculateur, ne manque pas de saveur. A ce titre, M. Sierra y Carbo a rendu service à la science en publiant ce discours et en séparant ainsi la médecine espagnole de ceux qui la compromettent par de charlatanesques procédés. Qu'il en reçoive toutes nos sincères félicitations. — Ch. E.

Paris subissent en ce moment une vigoureuse poussée. Le nom d'érythème convient à ces accidents, parce que leur apparence la plus ordinaire est celle de grandes plaques rouges, qui couvrent les murs comme des dartres ; en réalité, l'éruption est polymorphe ; à côté des plaques rouges, il y en a de jaunes, d'orangées, comme dans le pityriasis ; c'est parce que la diathèse politique, de toutes les maladies connues, est celle qui mérite le mieux l'épithète de *versicolor*. De là les teintes variées qu'on voit aux nombreuses productions de l'érythème des murailles.

Il faut s'approcher de ces plaques et en étudier quelques-unes à la loupe. Il y en a dont l'aspect n'est point du tout répugnant, mais plutôt gai. C'est que l'épilepsie électorale, si elle engendre surtout le délire haineux et homicide, a aussi ses formes joviales et inoffensives. Voici d'abord le candidat fantaisiste, qui fait de ses affiches une réclame pour quelque roman en livraisons. Vient ensuite le candidat convaincu, qui déplore de ne pouvoir adresser à chacun de ses électeurs un exemplaire d'une brochure en cent-dix-huit pages, où il professe des principes excellents, mais qui profite de la période électorale pour déposer le long des murs de substantiels extraits de ces principes. Le candidat stoïcien s'engage à ne pas toucher un sou de ses appointements de député, et à les consacrer à des œuvres utiles. Le candidat inventeur a besoin d'entrer à la Chambre pour exposer son invention du haut de la tribune ; il s'est institué *Reconstituteur d'élan pour l'armée française*, et, comme on ne s'occupe pas assez de reconstituer l'élan par son procédé, il veut parler au pays et le convaincre. Il a peut-être raison, et, à coup sûr, il est convaincu lui-même. J'espère que nous en verrons d'autres, et de non

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE L'ANTIPYRINE, par M. Léon ARDUIN. — Paris, O. Doin, 1885.

L'heure est aux antithermiques : conséquemment la thèse de M. Arduin arrive au moment favorable pour satisfaire la curiosité médicale.

Contrairement à beaucoup de travaux semblables, elle a les qualités réelles de maturité expérimentale ; je veux dire que l'auteur a voulu approfondir physiologiquement et cliniquement les mérites de l'antipyrine. Au reste, l'auteur a été à bonne école, s'inspirant à l'hôpital de l'enseignement de M. Henri Huchard, et prenant pour guide, au laboratoire, un habile physiologiste, M. Hénocque.

Les propriétés antithermiques de l'antipyrine motivent, depuis un an, de nombreux travaux ; parmi eux, M. Arduin s'inspire de ceux de son maître, étudiant, vérifiant, discutant et finalement confirmant les conclusions que celui-ci avait légitimement adoptées. Cette substance lui paraît donc indiquée à titre « d'antihyperthermique, c'est-à-dire quand à la fièvre constitue non pas un élément, mais une complication de la maladie. »

L'antipyrine possède une autre propriété, établie surtout par les expériences de M. Hénocque : hémostatique puissant, elle surpasse en activité le perchlorure de fer et l'ergotine. De là ses indications chirurgicales.

Mais, à côté de ces avantages, elle possède aussi des inconvénients, produit des sueurs et des vomissements, et agit sur les centres nerveux. M. Arduin recommande donc de l'administrer par doses fractionnées. Au reste, elle est toxique à hautes doses et cause rapidement la mort des animaux. Cette thèse de thérapeutique occupera certainement un des meilleurs rangs parmi celles de l'année. — Ch. ELOY.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de l'iléus par les lavages de l'estomac. (*Deutsche medical Wochenschrift*, nos 21 et 22, 1885, et *The Lancet*, 20 juin 1885.) — Nos lecteurs savent que la méthode qui consiste à traiter l'occlusion intestinale par l'emploi du lavage de l'estomac a récemment été préconisée et vivement vantée par Kussmaul, et, après lui, par Senator, en Allemagne. Ces médecins apportèrent de nombreux témoignages en sa faveur; ils produisirent des faits d'occlusion intestinale, tenant à diverses causes, guéris par l'em-

moins amusantes, jusqu'au jour où le suffrage universel fera entendre sa grande voix (1).

***

Pour achever ce chapitre de pathologie, il me reste à compléter en quelques traits la physionomie du politicisme chronique et de l'épilepsie électorale. Cette dernière partie de ma tâche sera courte, et peu consolante.

TRAITEMENT : Nul.
CAUSES : Voir page 1789.
MARCHE : Envahissante.
PRONOSTIC : Absolument fatal.
TERMINAISONS : ? P. DUBRAY.

(1) Je ne croyais pas si bien dire. A peine avais-je écrit ceci, qu'on placardait sous mes fenêtres les proclamations d'un candidat bien imprévu, *le candidat de l'avortement libre :* Ce citoyen déclare l'avortement indispensable, et il veut être député pour faire abolir les lois qui défendent l'avortement, afin de régler le chiffre de la population sur les ressources de chaque pays. Malthus n'avait pas prévu ce coup-là, comme conséquence de ses doctrines. P. D.

©BIU Santé

ploi de ce moyen avec ou sans l'aide auxiliaire des autres méthodes précédant ordinairement le recours à la laparotomie.

Comme on devait s'y attendre, selon les causes de l'occlusion et suivant les circonstances multiples provoquant ou accompagnant le tableau symptomatique de l'occlusion, la méthode préconisée donna des succès et des insuccès. La valeur et les indications de l'emploi du lavage de l'intestin dans l'occlusion intestinale viennent d'être l'objet au sein de la Société médicale de Berlin d'une discussion dont nous allons reproduire les principaux traits.

Le docteur Bardeleben a appliqué ce procédé dans plusieurs cas d'iléus sans en avoir obtenu, en aucun cas, la guérison; il est plutôt frappé du danger que cette méthode présente d'encourager les intéressés à retarder la laparotomie, en raison du soulagement très marqué dans les symptômes qui suit ordinairement l'adoption du lavage stomacal.

Il fait ressortir cette proposition, que souvent les symptômes de l'occlusion résultent de conditions tout autres que la constriction de l'intestin, et rapporte l'observation d'un cas de rupture traumatique de l'intestin avec péritonite concomitante, et de trois cas de cancer, dont un du pylore associé à une volumineuse hernie scrotale, et deux du péritoine dans lesquels la laparotomie fut pratiquée en vue de guérir un étranglement intestinal supposé. Ces cas, naturellement, ne pouvaient profiter en rien de l'adoption de lavage stomacal.

Il ne croit pas non plus à la grande utilité du lavage stomacal dans les cas de véritable étranglement. Un de ses malades était atteint d'une petite hernie inguinale qu'il réduisit lui-même. Des symptômes d'étranglement interne apparurent, et, dans l'espace de six jours, rendirent urgente une prompte intervention. Le traitement par l'opium, les lavages de l'estomac et les lavements suffirent pendant quelques jours à diminuer l'intensité des symptômes, mais, le sixième jour, il fallut recourir à la laparotomie. On reconnut que l'étranglement était du à une bride que l'on divisa, mais le sujet mourut de péritonite le lendemain de l'opération.

Bardeleben pense qu'on eût obtenu un bien meilleur résultat si on n'avait pas retardé l'opération, en raison du mieux temporaire déterminé par la pratique des lavages de l'estomac, et qu'on espérait évidemment voir devenir définitif. Dans un autre cas où les symptômes d'étranglement se montrèrent d'une grande sévérité et où la distension abdominale fut énorme, on trouva l'anse intestinale gangrenée quand on se détermina à faire l'opération. Les parties nécrosées furent excisées et les bouts divisés furent suturés, mais le malade mourut le lendemain.

Chez un troisième malade où la distension de l'abdomen atteignait un développement remarquable, la laparotomie ne put faire découvrir le siège de l'étranglement. L'anse intestinale fut alors ouverte à sa partie inférieure et une quantite de matières fécales s'épancha à l'extérieur. Deux jours après, le patient succombait dans le collapsus à une péritonite généralisée.

Le docteur Schmid présente les pièces anatomiques d'une femme qui était malade depuis six semaines lorsqu'on la reçut à l'hôpital Augusta. A ce moment, il y avait occlusion complète depuis six jours et vomissements fécaloïdes depuis deux jours. Or, cinq ou six lavages de l'estomac déterminèrent une amélioration passagère, mais la mort survint vingt-quatre heures après l'entrée de la malade à l'hôpital. La cause de l'occlusion était due à l'engagement d'une anse intestinale dans un orifice formé par le gros intestin et l'utérus qui étaient fortement adhérents. L'anse étranglée commençait à se gangrener, et, en raison de l'adhérence que les trois organes avaient contractée entre eux, il est clair qu'une opération n'eût donné aucun résultat.

Le docteur Kuester rapporte trois observations où les symptômes simulèrent, à s'y méprendre, ceux d'un étranglement intestinal. Dans l'un, il s'agissait d'une femme qui, depuis longtemps, était atteinte de vomissements, lesquels assumèrent les caractères fécaloïdes. Les lavages de l'estomac firent cesser les vomissements, et la malade put prendre quelques aliments. Mais l'état général ne s'améliorant pas, on en vint à la laparotomie qui permit de constater qu'il n'y avait aucun étranglement, mais qu'il s'agis-

sait d'une perforation de la vésicule biliaire par un calcul. Celui-ci fut enlevé, la vésicule suturée et la toilette du péritoine, où s'était épanché la bile, faite.

Mais la péritonite, qui s'était déjà déclarée lors de l'opération, ne put être enrayée et la malade mourut le lendemain. Un autre cas de cholécystite calculeuse, avec perforation de la vésicule et péritonite, fut également soumis à la laparotomie, mais sans succès. Enfin, dans un troisième cas où les vomissements fécaloïdes duraient depuis six jours, l'examen attentif de la malade montra la cause de l'occlusion dans une pelvi-péritonite exsudative abondante. Les lavages de l'estomac répétés réussirent à faire cesser l'occlusion et la malade guérit. Tout en reconnaissant que le danger du lavage de l'estomac consiste dans ses bienfaits mêmes, en tendant à éloigner le moment de recourir à la laparotomie et à se reposer avec trop de confiance sur les résultats de ce moyen palliatif, le docteur Kuester le regarde néanmoins comme utile, dans les cas douteux, comme un adjuvant de l'expectation attentive et provisoire.

De plus, l'insuccès de la laparotomie est souvent dû à la surdistension de l'intestin que tend à combattre efficacement le lavage stomacal. L'état général du malade doit servir de critérium pour juger de l'opportunité de la laparotomie. Le docteur Hahn a pratiqué la laparotomie dans 12 cas d'iléus, et, dans aucun de ces cas, le lavage stomacal n'aurait, s'il eût été employé, amené seul la guérison définitive. Il pense que la méthode des lavages ne saurait être utile que dans les obstructions intestinales par accumulation de matières fécales, et alors les grands lavements glacés peuvent réaliser les mêmes avantager. Le docteur Henoch regarde, au contraire, les effets palliatifs de la nouvelle méthode comme constituant une conquête appréciable, et cite un cas d'obstruction stercorale dans lequel les lavages de l'estomac avaient réussi où les grands lavements avaient échoué. Il recommanderait volontiers l'emploi de cette méthode dans les cas douteux, puis l'opération si, du fait de cet emploi, l'état général du malade ne se trouvait pas amélioré.

Le docteur Senator soutient que, dans bon nombre de cas où les lavages de l'estomac ont réussi à amener une amélioration dans les symptômes, et dans ceux où cette méthode a réussi à déterminer une guérison complète, il ne s'agissait pas invariablement de simples obstructions stercorales du gros intestin. Il confirme le fait de l'efficacité des lavages dans ces cas d'obstruction intestinale où les grands lavements avaient échoué. Il considère aussi cette nouvelle méthode comme un moyen de grande valeur. Quelle que soit cette valeur, au point de vue curatif, le docteur Wolf est disposé à mettre à profit la méthode des lavages de l'estomac, non seulement quand il s'agira de tenter de dissiper la cause de l'obstruction intestinale et d'obtenir la guérison radicale par ce seul moyen, mais alors même que la nécessité de la laparotomie sera de toute évidence, parce qu'en vidant l'estomac de son contenu, on est toujours sûr de placer le malade dans de meilleures conditions pour l'opération.

Le docteur Von Bergmann rappelle les dangers que fait courir aux malades atteints de vomissements fécaloïdes la possibilité de la pneumonie gangréneuse secondaire, suite d'inhalation des gaz infectieux ou de la pénétration de particules toxiques dans les voies respiratoires. C'est un danger auquel l'adoption des lavages peut parer efficacement.

En réponse à ces diverses objections, le docteur Bardeleben admet les difficultés de la laparotomie et son inefficacité dans certains cas, mais il insiste sur la nécessité de recourir de bonne heure à l'opération sans s'attarder à l'emploi de moyens anodins, mais douteux et seulement palliatifs. Lui-même ne s'oppose pas complètement à l'adoption de la nouvelle méthode de Kussmaul et de Senator, car il y a eu recours souvent pour son compte. La grande difficulté, dans ces cas d'occlusion intestinale, git dans l'établissement d'un diagnostic causal précis et dans l'impossibilité où nous sommes, dans l'état actuel de nos connaissances, de formuler nettement aucune règle générale de traitement. — L. Dn.

L'Epidémie cholérique de 1885.

En France, le choléra prend fin à Marseille et à Toulon. Dans la première de ces villes, la mortalité quotidienne, qui était descendue à 4 décès à la fin de la semaine dernière, s'est abaissée, le 29, à 3 décès, et, le 30 semptembre à 2 décès. A la même date, l'hôpital du Pharo, presque vide, ne contenait plus que 12 malades. A Toulon, la même amélioration sanitaire persiste, et, aux mêmes dates, on ne comptait plus que 4 décès chaque jour.

Par contre, l'epidémie persisterait à Nice; elle y fait des victimes dans les maisons insalubres de la ville haute.

Enfin, on enregistre toujours des décès suspects, peu nombreux d'ailleurs, dans les campagnes des départements du Var, des Bouches-du-Rhône, du Gard, de l'Hérault, de l'Aude et des Basses-Pyrénées. Dans ce dernier, les victimes résidaient à Hendaye et Saint-Jean-Pied-de-Port, sur la frontière franco-espagnole. De plus, plusieurs cas suspects ont été signalés dans la Gironde et même à Bordeaux.

A Paris, le bruit a couru qu'il existait des cas suspects dans la banlieue Nord-Est. On annonce même l'admission de plusieurs cholériques dans les services hospitaliers. Ces renseignements méritent vérification et ne sont pas officiellement confirmés.

Malgré les quarantaines, l'épidémie aurait gagné l'Algérie et franchi le bassin méditerranéen, importée des côtes d'Espagne ou de France dans la province d'Oran. Jusqu'ici les atteintes sont peu étendues.

En Espagne, elle diminue lentement. Du 23 ou 30 septembre, il y a eu 3,987 invasions et 1,500 décès.

Dans le royaume d'Italie, on signale des cas dans la plupart des provinces continentales. Toutefois, ses principaux foyers cholériques sont dans celles de Parme (30 cas et 27 décès du 23 au 28 septembre), de Ferrare (65 cas et 25 décès), de Massa (23 cas et 13 décès), de Gênes, de Reggio, d'Emilie, de Modène et de Rovigo.

Tous les districts de la *Sicile* sont contaminés, et on observe des décès dans les campagnes comme dans les villes de Girgenti, Catane et Messine. Néanmoins, le principal foyer cholérique est toujours dans les *cortile* de Palerme. Malgré les cordons de troupes qui en ferment les issues, dès que l'un d'eux est infecté, le nombre des décès ne diminue pas et varie chaque jour, d'après les statistiques officielles, entre 90 et 100 victimes. Du 24 ou 30 septembre, la mortalité cholérique de cette ville aurait été de 537 décès, mais l'exactitude de ces chiffres paraît très contestable. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Gustave Le Bon présente une note sur la *genèse du choléra dans l'Inde, et l'action des ptomaïnes volatiles.*

« Dans une récente séance de l'Académie de médecine, M. le professeur Peter a émis cette opinion, que le choléra nostras ne diffère du choléra indien que par la grande intensité morbifique des causes qui le produisent. Ces deux formes de choléra pourraient naître spontanément en Europe ou dans l'Inde, et seraient engendrées par des ptomaïnes volatiles produites par la putréfaction des matières organiques.

« A l'appui de cette théorie sur la genèse du choléra, théorie que je considère d'ailleurs comme très compatible avec le mode de propagation de cette affection par l'influence des microbes, je rappellerai les recherches que j'ai consignées, il y a quelques années, dans les *Comptes rendus* et les faits que j'ai eu occasion d'observer récemment dans l'Inde.

« Dans les recherches auxquelles il vient d'être fait allusion (*Comptes rendus* du 31 juillet 1882), j'essayais de démontrer qu'en dehors des ptomaïnes solides engendrées par la putréfaction, les seules dont l'effet avait été étudié jusqu'ici, il existe une série d'alcaloïdes volatils, dont l'introduction dans l'organisme par l'appareil respiratoire

détermine des effets toxiques presque foudroyants. L'influence de ces ptomaïnes volatiles avait été méconnue jusqu'alors, parce qu'elles ne se forment que lorsque la putréfaction est ancienne, c'est-à-dire remonte à un ou deux mois environ. Les produits volatils qui se dégagent au début sont, malgré leur odeur infecte, à peu près inoffensifs, alors que les produits liquides sont très virulents. Plus tard, et alors précisément que les produits liquides ont perdu leur virulence, les produits volatils sont devenus, au contraire, extrêmement toxiques, ainsi que je l'ai démontré par mes expériences.

« Ces recherches, ainsi que je le faisais observer dans ma note, jettent une vive lumière sur les accidents observés pendant l'exhumation des corps enterrés depuis longtemps, et sur les épidémies de fièvres typhoïdes ou d'affections analogues, reconnaissant pour point de départ l'action des matières en putréfaction. Je regrette que d'autres occupations ne m'aient pas permis de les poursuivre, car je suis persuadé que ce chapitre tout nouveau de la médecine comptera un jour parmi les plus importants.

« Les faits que j'ai eu récemment occasion d'observer dans l'Inde viennent à l'appui de ce qui précède, et tendent à confirmer l'hypothèse que les ptomaïnes volatiles de la putréfaction jouent bien un rôle prépondérant dans la genèse du choléra. De tous ces faits, le plus probant est le suivant :

« Au mois de février de cette année, je me trouvais dans le sud de l'Inde, aux environs de la ville de Kombakonum, où le choléra venait d'éclater brusquement, et faisait de tels ravages que les autorités avaient cru devoir placer, aux abords de toutes les routes conduisant à cette cité, des écriteaux invitant le public à ne pas s'approcher de la localité qui paraissait être le centre de l'infection.

« Les études archéologiques, dont j'avais été chargé par le gouvernement, m'obligeant à visiter la grande pagode de Kombakonum, je ne tins pas compte de cette recommandation, et je séjournai dans la ville le temps nécessaire pour terminer mes recherches.

« La grande pagode de Kombakonum possède un vaste réservoir sacré, dans lequel les prêtres et des adorateurs, dont le nombre se chiffre journellement par centaines, font leurs ablutions et lavent leur linge. Ayant été obligé de m'en approcher très près pour installer un théodolite, je fus frappé de l apparence trouble du liquide et de l'odeur absolument épouvantable qui s'en dégageait. D'après les renseignements que me fournirent les Brahmines, cette odeur existait depuis un certain temps. Elle provenait sans doute de la quantité considérable de matériaux organiques contenus dans le liquide, de son défaut de renouvellement et de la température excessive (53° au soleil) qui régnait depuis quelque temps. Il était visible, d'ailleurs, que la hauteur normale de l'eau avait sensiblement baissé.

« Quoi qu'il en soit, le choléra sévissait cruellement sur les visiteurs de la pagode, et, bien que n'ayant pas séjourné plus de dix minutes auprès de l'étang sacré, je fus saisi de coliques et d'une diarrhée violente qui persista plusieurs heures.

« Si, comme tout semble le démontrer, les ptomaïnes volatiles produites par la décomposition de matières organiques sont l'origine du choléra dans l'Inde, il semble probable qu'en Europe les mêmes causes engendreront les mêmes effets, et, si on les observe si rarement, puisqu'il est évident que le choléra pénètre surtout chez nous par voie d'importation, c'est sans doute parce qu'une élévation suffisante de la température ou toute autre cause analogue inconnue ne se présente que fort rarement. Lorsque ces causes apparaissent sous une forme atténuée, on observe alors le choléra nostras, véritable diminutif du choléra indien, dont, au fond, il ne diffère que par l'intensité des symptômes.

« Sans vouloir aborder ici la question de la prophylaxie du choléra, je ferai cependant remarquer que, dans l'Inde, il sévit à peu près exclusivement sur la population hindoue. Même dans les grandes villes, telles qu'Agra, Dehli, Benarès, tous les Anglais, militaires ou civils, vivent dans des cantonnements à leur usage exclusif, systématiquement situés à plusieurs kilomètres des villes. L'hygiène y est fort bien entendue, la propreté poussée à l'excès, et l'on attache l'attention la plus scrupuleuse à l'origine de l'eau dont on fait usage. C'est une vérité considérée comme indiscutable dans l'Inde, que l'eau est le principal véhicule de propagation du choléra et des fièvres intermittentes. En ce qui concerne ces dernières, j'ai vu si fréquemment des hommes de mes

CHU Santé

escortes atteints de fièvre après avoir bu certaines eaux, que je ne puis conserver aucun doute sur ce point.

« Je ne saurais trop, en terminant, appeler l'attention des expérimentateurs sur l'étude des ptomaïnes volatiles. Ce n'est pas le choléra seulement, mais la fièvre typhoïde et peut-être d'autres affections que peut engendrer leur action et que les microbes propagent probablement ensuite. »

M. J. Martin adresse une note relative à une disposition nouvelle du condensateur électrique.

M. J. Morin adresse une note relative à un perfectionnement apporté aux machines magnéto-électriques de la Compagnie l'*Alliance*.

M. L. Arnaudet adresse une note sur le mécanisme des tremblements de terre et le mode de formation des volcans.

M. E. Vidal adresse un complément à sa communication précédente, concernant l'emploi des vapeurs d'acide sulfureux pour combattre les ravagees produits sur la vigne par le *peronospora vitis*.

M. Rivenas adresse une note relative à l'action régénératrice de la potasse sur les vignes.

— La séance est levée à trois heures trois quarts.

FORMULAIRE

Crayon-feu. — Moser.

Poudre de charbon	30	grammes.
Nitrate de potasse	4	—
Fer porphyrisé	5	—
Benjoin	1	—

Poudre d'agglomérat, q. s. pour faire 40 crayons. — Ces crayons sont durs, s'enflamment facilement et produisent des cautérisations immédiates, dans le cas de plaies virulentes, à la suite de morsures par les animaux venimeux, par les chiens enragés.

N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Nancy. — Sont désignés pour professer pendant l'année scolaire 1885-86, MM. les agrégés et chargés de cours :

Cliniques. — MM. Rohmer : Clinique ophthalmologique ; Demange : Clinique des maladies des vieillards ; Spillmann : Clinique des maladies syphilitiques ; A. Herrgott : Clinique des maladies cutanées et scrofuleuses ; Langlois : Clinique des maladies mentales.

Semestre d'hiver (Cours). — MM. Bagnéris : Cours complémentaire de physique médicale ; Garnier : Chimie minérale et chimie organique ; Macé : Histoire naturelle médicale ; A. Herrgott : Accouchements.

Exercices pratiques. — MM. Garnier : Manipulations chimiques ; Macé : Histoire naturelle et botanique ; Baraban : Histologie ; Rohmer : Bandages et appareils ; Spillmann : Méthodes d'exploration médicale ; Schmitt : Conférences pratiques sur les maladies des enfants.

Semestre d'été (Cours). — MM. Bagnéris : Physique médicale (cours complémentaire) ; Garnier : Chimie analytique et toxicologie ; Macé : Botanique ; Béchet : Pathologie externe ; Demange : Pathologie générale.

Exercices pratiques. — MM. Garnier : Conférences analytiques de chimie biologique et manipulations ; Macé : Botanique ; Baraban : Histologie normale ; Spillmann : Méthodes d'exploration médicale ; Hergott : Médecine opératoire obstétricale ; Schmitt : Conférences sur les maladies des enfants ; Rohmer : Bandages et appareils.

Le Gerant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. PANAS : Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil. — II. BIBLIOTHÈQUE. — III. REVUE DES JOURNAUX. — IV. SOCIÉTÉS médicales des départements. — V. FORMULAIRE. — VI. COURRIER.

Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil (1),

Par M. le professeur PANAS,

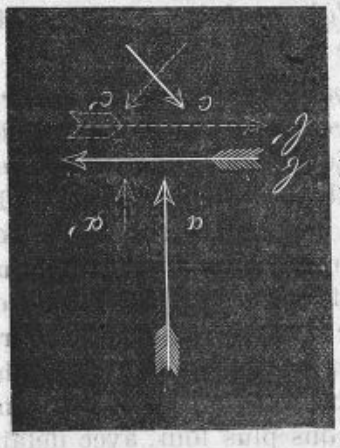
Recueillies par E. BLANC, interne des hôpitaux.

Tandis que l'adduction et l'abduction n'exigent que le fonctionnement d'un seul muscle, l'élévation directe ou l'abaissement direct nécessite la participation des muscles obliques pour corriger les actions accessoires des muscles droits supérieur et inférieur.

Ainsi, l'élévation directe exige le concours du droit supérieur et du petit oblique. Agissant seul, le droit supérieur élèverait la pupille; mais, en même temps, il serait adducteur et rotateur en dedans du méridien vertical. Ce sont ces actions accessoires que vient contrebalancer le petit oblique, qui est, comme je vous l'ai dit, abducteur et rotateur en dehors, tandis que sa légère action élévatrice s'associe et s'ajoute à celle du droit supérieur. Le grand oblique a sur le muscle droit inférieur une influence correctrice et adjuvante analogue dans l'abaissement de la pupille, ainsi qu'il résulte de ce tableau :

Œil droit. — Élévation.

Côté temporal.



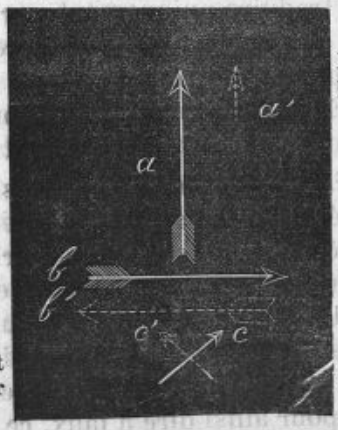
Côté nasal.

Flèches pleines : droit supérieur.
Flèches ponctuées : petit oblique.

a. b. c. Action principale et actions accessoires du droit supérieur.

a' b' c' Influence adjuvante (*a'*) et correctrice (*b'* et *c'*) du petit oblique dans l'élévation directe.

Œil droit. — Abaissement.



Flèches pleines : droit inférieur.
Flèches ponctuées : grand oblique

Côté temporal.

Côté nasal.

a. b. c. Actions principales et accessoires du droit inférieur secondées.

a' b' c' Influence adjuvante (*a'*) et correctrice (*b'* et *c'*) du grand oblique dans l'abaissement direct.

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 septembre 1885.

Si nous désignons par le chiffre 5 la valeur totale de l'élévation ou de l'abaissement, les 4/5es reviennent aux muscles droit supérieur et inférieur, qui sont des élévateurs et abaisseurs essentiels. La diplopie verticale est donc bien plus importante dans la paralysie de ces muscles que dans celle des obliques, qui ne donne lieu à de la diplopie verticale que dans les positions extrêmes du regard ou quand on la recherche à l'aide d'un verre coloré. Un savant, que j'ai eu l'occasion de soigner d'une paralysie de la quatrième paire, et qui s'étudiait avec soin, avait remarqué qu'il n'avait de la diplopie que lorsqu'il regardait fortement en bas et en dehors, comme cela lui arrivait quand il regardait dans la rue, depuis sa fenêtre.

Nous reviendrons plus loin, avec détails, sur la diplopie; mais sachez, dès maintenant, que l'image fautive est toujours extériorée dans le sens du muscle lésé, et qu'elle est d'autant plus accentuée qu'on dirige davantage le regard du côté paralysé.

Quand l'un des deux muscles obliques ou droits, nécessaires à l'acte combiné de l'élévation ou de l'abaissement, sera paralysé, il y aura donc diplopie verticale avec inclinaison de l'image fautive, et le sens de l'inclinaison nous permettra de dire lequel des deux élévateurs (droit supérieur et petit oblique) ou des deux abaisseurs (droit inférieur et grand oblique) est lésé. Or, ce diagnostic, permettez-moi de vous le rappeler, a une certaine importance pratique, surtout lorsqu'il s'agit des abaisseurs, qui sont innervés par deux paires nerveuses différentes.

Nerfs moteurs du globe oculaire. — Ce sont les nerfs des troisième, quatrième et cinquième paires.

Le moteur oculaire commun a son origine apparente au niveau de l'espace interpédonculaire. En ce point, les troncs nerveux droit et gauche sont juxtaposés, de sorte qu'une lésion unique peut les intéresser tous les deux. Parvenu dans l'orbite, l'oculo-moteur donne un bouquet de rameaux nerveux qui se distribuent aux muscles releveur de la paupière, droit supérieur, droit inférieur, droit interne et petit oblique. Du rameau qui se rend à ce dernier muscle naît un filet qui va se jeter dans le ganglion ophthalmique, pour participer à la formation des nerfs ciliaires, de sorte que la troisième paire innerve, non seulement la plupart des muscles extrinsèques de l'œil, mais encore le muscle de l'accommodation et le sphincter de la pupille. Nous verrons plus loin, avec détails, que la paralysie de ce nerf peut être complète ou incomplète, qu'elle peut se limiter aux muscles intérieurs de l'œil et se traduire uniquement par de la mydriase et la perte de l'accommodation, et qu'elle peut également respecter le muscle ciliaire et le sphincter de la pupille et ne frapper qu'un ou plusieurs des muscles extrinsèques de l'œil. Elle se cantonne assez souvent dans le releveur de la paupière, d'où résulte un ptosis qui attire tout de suite l'attention.

Les nerfs de la sixième paire émergent du sillon qui sépare le bulbe rachidien de la protubérance. Ce n'est là que leur origine apparente. Ces nerfs, longs et assez grêles, pénètrent dans l'orbite par la fente sphénoïdale et vont innerver un seul muscle : le droit externe. Lors donc que ce muscle est paralysé, il s'agit, sans aucun doute, d'une paralysie de la sixième paire. Ces nerfs contractent un rapport important avec le sommet du rocher. En ce point, ils sont en contact avec une fine lamelle osseuse sur laquelle ils portent pour ainsi dire à faux, ce qui les expose à être facilement lésés dans les traumatismes céphaliques, même légers. La para-

lysie du droit externe peut donc être le seul symptôme d'une fêlure de la base du crâne intéressant le sommet du rocher.

Les nerfs pathétiques ou de la quatrième paire naissent un peu en arrière des tubercules quadrijumeaux, pénètrent dans l'orbite par la fente sphénoïdale et vont innerver le muscle grand oblique.

En résumé, tous les nerfs moteurs de l'œil passent par la fente sphénoïdale et, si une tumeur se développait en ce point, elle pourrait réagir sur la totalité de ces nerfs, tandis que, si la même tumeur se développait un peu plus en avant, dans l'orbite même, les nerfs pourraient être affectés isolément.

Un autre rapport important est celui que ces trois paires nerveuses affectent avec la paroi du sinus caverneux. En ce point, une tumeur, même de petit volume, un anévrysme artério-veineux (Nélaton) peut donner lieu à des paralysies multiples.

Noyaux centraux des nerfs moteurs de l'œil. — Je ne vous ai parlé jusqu'ici, Messieurs, que du trajet extra-cérébral et de l'origine apparente de ces nerfs. Les anciens ne poussaient pas leurs investigations au-delà, mais l'anatomie a fait des progrès et on sait aujourd'hui que l'origine réelle de ces organes est plus profonde. On sait que les nerfs moteurs de l'œil sont actionnés par des groupes de cellules motrices qui représentent le prolongement bulbo-protubérantiel des cornes antérieures de la moelle. Ces groupes cellulaires, échelonnés dans le bulbe, la protubérance et jusque dans le troisième ventricule prennent le nom de noyaux moteurs et représentent l'origine réelle des nerfs. Il est indispensable de connaître exactement le siège et les connexions de ces noyaux, puisque leur altération peut entraîner une paralysie plus ou moins complète du nerf qu'ils animent, aussi bien qu'une lésion qui occuperait les branches ou le tronc même du nerf. Vous voyez donc, Messieurs, que lorsque vous vous trouverez en face d'une paralysie oculaire, vous n'aurez fait qu'un diagnostic incomplet quand vous aurez constaté que tel ou tel nerf est paralysé, si vous ne vous élevez ensuite du symptôme à la lésion. Vous devrez donc rechercher l'origine de la perturbation motrice, si elle siège dans l'orbite ou à la base du crâne, sur le trajet basilaire du nerf, ou si, au contraire, la paralysie est commandée par un processus intra-cérébral qui peut intéresser les noyaux moteurs du bulbe ou remonter beaucoup plus haut dans les centres nerveux, jusque dans les circonvolutions. Quand vous aurez déterminé le siège de la lésion, vous devrez en préciser la nature en recherchant les conditions étiologiques de son développement, et, constatant, par exemple, une paralysie de la troisième paire, prendre ce symptôme comme point de départ pour découvrir une ataxie locomotrice, une syphilis, une tumeur cérébrale, une sclérose en plaques ou toute autre maladie à déterminations encéphaliques, en tenant compte des allures de la paralysie elle-même et de l'état général du sujet.

Mais il faut avant tout posséder à fond son anatomie des centres nerveux, notamment celle des noyaux moteurs des nerfs crâniens que vous voyez représentés sur ces belles planches que M. le professeur Sappey a lui-même dessinées et qu'il m'a obligeamment prêtées.

©BIU Santé

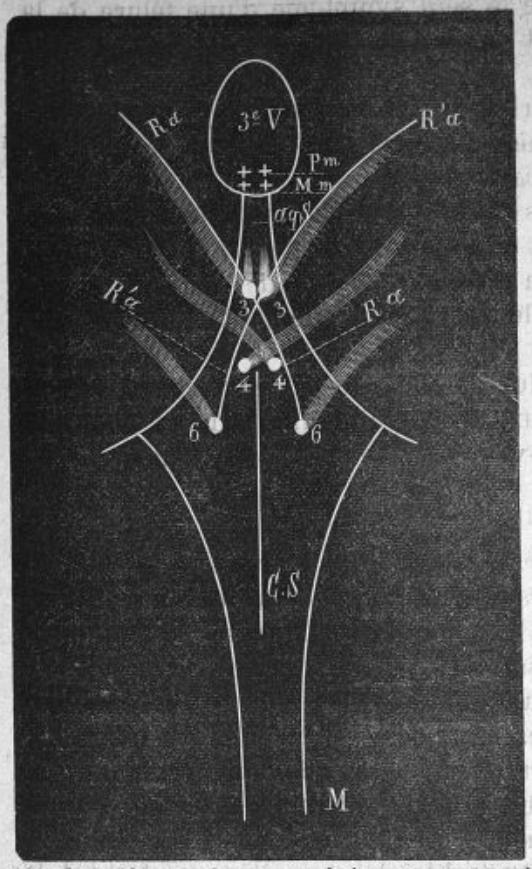


Schéma représentant les noyaux bulbaires des nerfs moteurs de l'œil :

3e V, troisième ventricule.

Aq. S. Aqueduc de Sylvius.

C. S. Calamus scriptorius.

M. Moelle épinière.

6. 6. Noyaux de la sixième paire.

4. 4. Noyaux de la quatrième paire.

3. 3. Noyaux de la troisième paire qui se prolongent dans l'aqueduc de Sylvius.

P. m. Centre photo-moteur.

M. m. Centre moto-moteur.

Ra. R'a. Rameau anastomotique étendu de la sixième paire à la troisième.

Ces deux gros noyaux voisins de la ligne médiane et presque juxtaposés à l'entrée de l'aqueduc de Sylvius, sur le plancher du troisième ventricule, sont les noyaux moteurs de la troisième paire ou nerfs moteurs oculaires communs. Rappelez-vous la proximité de ces deux noyaux droit et gauche, cette donnée vous permettra de comprendre la fréquence des paralysies bilatérales du moteur oculaire commun à la suite d'une lésion bulbo-protubérantielle ; mais n'oubliez pas que les troncs de ces deux nerfs sont également juxtaposés à leur sortie du cerveau, dans l'espace interpédonculaire et qu'en ce point un processus destructeur, même de minime étendue, pourrait intéresser les deux troncs nerveux et produire également une double paralysie. Vous serez donc en droit, en l'absence d'autres phénomènes bulbaires, de rapporter une paralysie bilatérale de l'oculo-moteur à une lésion de l'espace interpédonculaire. Des recherches récentes, entreprises en Allemagne par MM. Hensen et Volckers, ont un peu modifié les données classiques relatives à la disposition du noyau moteur de la troisième paire et compliqué sa description. Suivant ces observateurs, les origines réelles du moteur oculaire commun se composeraient d'une série de noyaux échelonnés d'avant en arrière depuis le bord postéro-inférieur du troisième ventricule, jusqu'au point où est situé le noyau classique de la troisième paire, c'est-à-dire jusqu'à l'entrée de l'aqueduc de Sylvius sur le plancher du quatrième ventricule. Chacun de ces petits noyaux, dont l'ensemble constitue l'origine réelle de la troisième paire, serait un centre moteur indépendant, destiné à un des muscles innervés par l'oculo-moteur et l'on aurait ainsi d'avant en arrière : 1° le noyau moteur du muscle ciliaire et de l'accommodation ; 2° le noyau moteur du sphincter de l'iris ; 3° celui du muscle droit interne ; 4° celui du muscle droit supérieur et releveur de la paupière ; 5° celui du droit inférieur; 6° enfin, tout-à-fait en arrière, à l'entrée de l'aqueduc de Sylvius, le noyau du petit oblique. Suivant cette manière de voir, on doit envisager le tronc de la troisième paire comme formé par la réunion de plusieurs nerfs primitivement distincts dans les centres nerveux et qui se séparent de nouveau dans l'orbite. Des travaux de con-

trôle, les deux autopsies de Kahler et Pick, par exemple, n'ont point ébranlé, ils ont, au contraire, confirmé dans ce qu'elle a d'essentiel, cette conception du nerf moteur oculaire commun, en faveur de laquelle plaident d'ailleurs, comme vous le verrez plus loin, les faits pathologiques.

Vers la partie supérieure du quatrième ventricule, à quelques millimètres de la ligne médiane, au-dessous des noyaux de l'oculo-moteur, vous voyez les origines réelles de la quatrième paire. Les fibres qui émergent de ces centres présentent cette particularité importante de s'entrecroiser dans la protubérance, de sorte que le nerf pathétique du côté droit est actionné par le noyau situé à gauche. Ainsi une lésion unilatérale un peu importante du bulbe entraînera une paralysie du grand oblique du côté opposé, et des paralysies du même côté pour les autres nerfs, à l'exception d'un petit filet anastomotique entrecroisé également, et qui va de la sixième paire d'un côté à la troisième du côté opposé.

Les origines réelles de la sixième paire sont situées sur le plancher du quatrième ventricule, plus bas que les précédentes, un peu au-dessus de l'*eminentia teres*. Ces noyaux sont un peu écartés de la ligne médiane, comparativement à ceux de la troisième paire, et cette disposition anatomique rend compte de la rareté plus grande des paralysies bilatérales de la sixième paire, d'origine centrale.

Vous avez entendu parler, Messieurs, de la déviation conjuguée des yeux dans les lésions cérébrales. Ce symptôme, dont Prevost a fait connaître la valeur, a vivement intrigué les pathologistes et a été l'objet d'une étude approfondie de la part de M. Féréol. Voici en quoi il consiste : Quand, à la suite d'une lésion cérébrale subite (hémorrhagie, ramollissement) le malade est plongé dans la torpeur apoplectique, on peut, en soulevant ses paupières, constater assez souvent que les yeux sont déviés tous deux du même côté, opposé à celui de la paralysie des membres, et, par conséquent, du côté de la lésion cérébrale. On dit alors que le malade regarde sa lésion.

Quand il s'agit d'une lésion protubérantielle, c'est l'inverse qui a lieu. Cet exemple frappant de synergie fonctionnelle entre le muscle droit interne d'un côté et le muscle droit externe du côté opposé impliquait l'existence, entre les nerfs qui commandent à ces deux muscles, d'une anastomose que les anatomistes se mirent à chercher et que les travaux de M. Duval et de Graux firent bientôt connaître. Elle consiste en un petit faisceau qui se détache du noyau de la sixième paire, et qui, après s'être entrecroisé sur la ligne médiane, va s'unir au noyau de l'oculo-moteur. Le muscle droit interne reçoit donc deux innervations : l'une, *principale*, qui lui vient du moteur oculaire commun; l'autre, *accessoire*, qui lui est fournie par le noyau moteur de la sixième paire du côté opposé, double innervation qui explique comment le muscle droit interne est tantôt l'antagoniste, tantôt l'associé du muscle droit externe.

Le muscle droit interne préside, en effet, à deux ordres de mouvements : 1° *ceux de convergence* dans lesquels il a pour associé son congénère du côté opposé, et pour antagoniste le droit externe. Ces mouvements sont commandés directement par le moteur oculaire commun; 2° *les mouvements de latéralité*, dans lesquels les deux yeux sont portés simultanément à droite ou à gauche, et où le droit interne d'un côté concourt au même but que le droit externe du côté opposé. Dans ces mouvements associés, le muscle droit interne est innervé par le filet anastomotique que la sixième paire fournit à la troisième. Je dois vous dire cependant que ce

BIU Santé

filet anastomotiques qui rend si bien compte de ces synergies fonctionnelles et de la déviation conjuguée des yeux, n'a pas encore été démontré anatomiquement chez l'homme; mais M. Mathias Duval l'a rencontré dans toute la série animale et jusque chez le singe, et l'on a le droit de penser qu'on ne tardera pas à avoir la preuve anatomique de son existence dans l'espèce humaine.

Connaissant les noyaux moteurs des muscles de l'œil et le trajet direct ou entrecroisé des fibres nerveuses qui en émanent, on peut, les yeux sur ce schéma (v. p. 568), prévoir quelles paralysies succéderaient à une lésion unilatérale de tous ces noyaux. Supposons, par exemple, une destruction complète de ces groupes cellulaires à droite. Tous les muscles auxquels commande le moteur oculaire commun seront paralysés, les mouvements de convergence de l'œil droit seront impossibles, et cependant nous verrons persister des mouvements d'adduction de l'œil droit quand l'œil gauche se portera en dehors, de sorte que les deux yeux pourront se diriger parallèlement vers la gauche. Pourquoi cette persistance d'action du droit interne dans les mouvements de latéralité? Je viens de vous le dire, Messieurs ; dans cet ordre de mouvements, l'innervation du muscle droit interne dépend de la sixième paire du côté opposé qui n'est pas paralysée.

Le muscle grand oblique du côté droit demeurera intact. Pourquoi encore? Vous le voyez sur ce schéma; parce que le noyau droit de la quatrième paire tient sous sa dépendance, par suite de l'entrecroisement de ses fibres émergentes, le nerf pathétique du côté opposé. C'est donc du côté gauche et non pas du côté droit que vous constaterez les signes de la paralysie du grand oblique après une lésion bulbaire droite.

Enfin le moteur oculaire externe de l'œil droit sera paralysé par le fait de la destruction du noyau moteur de la sixième paire, qui l'innerve. En outre, sauf dans la convergence, l'œil du côté opposé ne pourra se porter en dedans par suite de la perte de l'innervation qui est normalement transmise à son muscle droit interne par le filet anastomotique du noyau moteur oculaire externe du côté opposé et qui préside, vous ai-je dit, aux mouvements d'adduction qui surviennent en dehors de la convergence.

Des paralysies consécutives à des lésions des noyaux bulbaires se rencontrent en clinique, et, quand on les connaîtra davantage, on verra qu'elles sont loin d'être rares. La connaissance de ces paralysies nucléaires est encore de date récente; mais elle constitue déjà un chapitre important de l'*ophthalmoplégie,* variété de paralysie oculaire qui n'a été séparée que depuis peu de temps des paralysies vulgaires, et dont je vais vous parler avec quelques détails. *(A suivre.)*

BIBLIOTHÈQUE

DYSTOCIE TERMINÉE PAR LE NOUVEAU FORCEPS DE M. CHASSAGNY, par le docteur CHASSAGNY, ex-président de la Société nationale de médecine de Lyon, lauréat de l'Institut, etc. Brochure de 15 pages. Lyon, 1885.

L'intéressante brochure de notre confrère de Lyon ayant paru dans le *Lyon médical,* nous n'en dirons qu'un mot pour attirer l'attention des praticiens sur la remarque suivante. Après avoir décrit la forme et le mécanisme de son forceps, l'auteur ajoute : « .... Lorsque les extrémités des cuillers ont ainsi rencontré un obstacle qui s'oppose à leur rapprochement, la pression va avoir pour résultat de mettre en jeu leur *flexibilité,* de les *mouler* sur la tête et de les y *appliquer exactement en faisant disparaître*

tous les vides qui augmenteraient d'une façon désastreuse les dimensions du diamètre embrassé. . . . » Les mots que nous avons soulignés nous paraissent mériter d'être pris en considération par les accoucheurs. — G. R.

MÉMOIRE SUR LA MARCHE DU CHOLÉRA ASIATIQUE DES INDES ORIENTALES VERS L'OCCIDENT DEPUIS CES DIX DERNIÈRES ANNÉES, par M. MAHÉ, médecin sanitaire de France, à Constantinople. — Pallamary, 1885. — Constantinople.

Nul mieux que le représentant du gouvernement français au conseil sanitaire de l'empire ottoman n'était à même de bien retracer l'histoire des dernières épidémies cholériques venues des Indes.

De mars 1875 à juin 1884, l'ancien continent a été le théâtre des explosions cholériques de Syrie, en 1875, de Perse, en 1876, de la Mecque, en 1879, du Hedjaz, en 1881 et 1882, d'Egypte, en 1883 et de Toulon, en 1884, sans compter les petites épidemies navales de 1877. M. Mahé les étudie et les groupe en trois catégories : Ces épidémies venaient, les unes par irradiation directe de l'épidémie de l'Indoustan, et les autres par importation au Hedjaz et en Egypte, par exemple. D'autres enfin étaient d'origine inconnue comme celle de Hamah, en Syrie, qui en 1876 éclata loin de tout centre contaminé et y resta localisée.

M. Mahé démontre l'importation des épidémies du Hedjaz par les navires venant des Indes. Il combat avec énergie l'hypothèse de la genèse de la maladie dans l'insalubre vallée de Minah, et réduit à néant, ici comme ailleurs, les interprétations des épidémiologistes officiels de la Grande-Bretagne et d'Irlande, en prouvant que le port de Bombay est toujours fort suspect et constitue une permanente menace pour l'Egypte et pour l'Europe.

Ce mémoire vient à l'appui des mesures que la conférence de Rome propose, pour la surveillance des navires durant leur traversée et pour améliorer le régime des quarantaines. De plus, avec l'esprit pratique qui inspire ses travaux, notre savant compatriote demande l'organisation d'un établissement complet de surveillance dans l'île turque de Camaran, en deçà du détroit de Bab-il-Mandeb, et la réforme des méthodes de désinfection en usage. En effet, ces méthodes sont « en retard d'un demi-siècle et pour la plu- « part illusoires ou fort équivoques dans leurs effets ».

On le voit, en faisant la part des circonstances et des exigences du commerce, notre éminent confrère réclame des améliorations depuis longtemps nécessaires, mais aujourd'hui plus urgentes encore ; pour « allier l'économie de temps avec des chances supé- « rieures de garantie et de protection. » C'est assez dire qu'en matière sanitaire, les décrets présidentiels, les arrêtés ministériels et les décisions de toute nature, ne possèdent d'efficacité que par les fonctionnaires qui les mettent en œuvre. — « Tant vaut « l'exécution, tant vaut la quarantaine », tant vaut aussi, ajouterons-nous la prophylaxie à tous les degrés. — C. L. D.

DE LA DOUCHE FROIDE SUR LES PIEDS ET DE SES USAGES, par M. CAULET, médecin des Eaux de Saint-Sauveur.

Cette douche pratiquée avec une eau très froide, et sous une forte pression, est dirigée sur le dos du pied, le bas de la jambe, et, si le malade la tolère, sur la plante du pied. Elle provoque un mouvement fluxionnaire sur les extrémités inférieures et un mouvement d'expansion général à la périphérie. Malheureusement, la douleur qui l'accompagne fait souvent obstacle à son emploi. M. Coulet en retire des avantages pour combattre la sensation de froid aux pieds et pour rétablir la circulation des extrémités inférieures des hystériques, des tabétiques spermatorrhéiques et des névropathes. De plus, il la recommande comme emménagogue, modificateur des congestions utéro-ovariennes et comme moyen d'atténuer les pertes de sang utérines des femmes simultanément atteintes d'affections respiratoires.

La brochure de notre estimé confrère est donc un chaleureux plaidoyer pour instaurer ce moyen thérapeutique et le rendre usuel dans la balnéothérapie. L'autorité de l'auteur ne contribuera pas peu à ce résultat. — Ch. E.

BIU Santé

LA DIPHTHÉRIE CONSIDÉRÉE PRINCIPALEMENT AU POINT DE VUE DE SES CAUSES, DE SA NATURE ET DE SON TRAITEMENT, par le docteur X. Francotte. — Deuxième édition, 1885. Bruxelles. — Monceaux.

Un volume, écrit par notre estimé confrère, est toujours certain du bon accueil de la littérature médicale où M. Francotte occupe, en Belgique, une si large place. Couronnée en 1881, au concours belge de l'Enseignement supérieur, la première édition a obtenu un légitime succès, qui, à coup sûr, attend aussi l'édition actuelle.

Œuvre d'érudition et en même temps d'observation personnelle, ce volume forme un traité clinique très complet de la diphthérie et, pour ce motif, mérite une place à part parmi les nombreuses publications auxquelles cette maladie donne lieu chaque année. Par contre, il échappe à l'analyse critique par la multiplicité des faits et des discussions qu'il contient.

L'anatomie pathologique forme le premier chapitre et, dans cet exposé des altérations macroscopiques et histologiques d'origine diphthéritique, M. Francotte adopte les idées de Jacobi. Les chapitres II, III et VI ont pour objet la symptomatologie, le diagnostic, la marche et les terminaisons du processus diphthéritique et de ses manifestations. C'est là une étude clinique à laquelle on aura souvent recours.

L'étiologie et la nature de la diphthérie sont discutées dans les chapitres IV et V, où l'auteur analyse, expose et discute, entre autres questions, celles des épidémies, de la contagiosité et des prédispositions individuelles. De là, il est conduit à donner une appréciation des parasites de la diphthérie. Comme conclusion, il accepte, mais avec réserve, le rôle pathogène probable des bacilles dans la pathogénie de cette affection.

La dernière partie, de toutes la plus considérable, expose la thérapeutique de l'affection, des lésions et des complications. Il a fallu, ici, faire acte de patience et d'érudition, autant que de sagacité clinique pour mettre ordre et lumière au milieu de ces innombrables médications tour à tour préconisées, oubliées, restaurées et plus ou moins définitivement délaissées.

Après cela, je n'insisterai pas plus longtemps sur la haute valeur de cette œuvre, si honorable pour notre confrère et pour le corps médical belge dont il est une des illustrations. Tous ceux qui liront ces pages ratifieront le jugement du corps savant, appelé naguère à les couronner, et donneront à ce volume, dans leur bibliothèque, la place de mérite dont il est digne. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'étiologie de la pneumonie, par WALTER SMITH, médecin de l'hôpital Saint-Patrick à Dublin, professeur de matière médicale au Collège royal de la Trinité. — Le docteur Walter Smith fait remarquer combien, à Dublin, les cas de pneumonie ont été fréquents depuis quelque temps et combien la mortalité a, de ce fait, été relativement élevée.

D'après un récent relevé fait au registre général, pendant les sept premières semaines de l'année 1885, la mortalité des pneumoniques représente une moyenne de 8,10 par semaine, tandis que, pendant la période correspondante de 1884, cette moyenne n'a été que de 5,7 p. 100.

Du mois de novembre 1884 à février 1885 inclus, son collègue de l'hôpital Saint-Patrick, le docteur Finny, et lui, ont été frappés de l'énorme proportion de cas de pneumonie lobaire aiguë qu'ils rencontraient. Beaucoup assumèrent un type particulièrement grave et donnèrent une mortalité considérable.

L'auteur rapporte, à ce sujet, l'observation de 4 cas de pneumonie aiguë ayant éclaté simultanément ou presque simultanément dans une même famille, et dans des conditions qui ne permettent guère d'admettre une simple coïncidence.

Le premier atteint fut un jeune homme de 16 ans, vigoureux gaillard, passionnément adonné à l'exercice du bicycle, et ayant toujours joui d'une excellente santé. Appelé le 29 janvier auprès de lui, le docteur Walter Smith trouva le malade en proie à une fièvre

violente et une orthopnée extrême. Il toussait depuis deux jours, avait perdu l'appétit et le sommeil. Vers onze heures du matin du même jour, le point de côté éclata subitement et augmenta si rapidement d'intensité que le malade ne put bientôt plus ni se tenir dans la situation couchée ni dans la position verticale; la température était à 40 degrés, le pouls à 120 et la respiration à 60. A l'examen, on trouva de l'hépatisation de la base du poumon droit. Vers le sixième jour de la maladie et le quatrième de ce premier examen, la base du poumon gauche se prit à son tour, l'urine devint albumineuse et le malade se mit à délirer.

A partir de ce jour, la température oscilla entre 38,5 et 40°, le pouls ne descendit point au-dessous de 140 et la respiration de 60 à la minute. Le soir du huitième jour, les forces déclinèrent; la dyspnée atteignit une intensité inouïe, et, après une pénible scène de délire bruyant et de lutte violente, le malade mourut.

Or, le sixième jour de la maladie de l'aîné, le 1er février, l'auteur fut appelé une seconde fois pour voir un autre fils de la famille, âgé de 13 ans, qui, à son tour, se plaignait d'un point de côté à droite, qu'il ressentait déjà depuis la veille, 31 janvier. A l'examen, on trouva une pneumonie du lobe inférieur droit avec une température de 39,8, puis de 40°, un pouls à 120 et une respiration à 50.

Dans l'après-midi du lendemain et la matinée suivante, la fièvre diminua; mais, dans l'après-midi du quatrième jour, il y eut une nouvelle exacerbation coïncidant avec l'inflammation du lobe inférieur gauche, la température monta à 40°4; l'état général inspira pendant un moment des craintes sérieuses, bien que le pouls, chose étrange, n'excédât jamais 100 à la minute, et la respiration 40. Le point de côté nécessita, plus d'une fois, l'emploi d'injections de morphine. Du septième au huitième jour, il y eut enfin une défervescence franche, et le malade, vers le quatorzième jour de sa maladie, put être déclaré convalescent.

Vers le 5 février, c'est-à-dire deux jours après la mort du fils aîné et au moment où le deuxième fils était en possession de sa double pneumonie, le plus jeune de la famille, un enfant de 7 ans, fut frappé, lui aussi, d'un malaise général significatif. Sa température, explorée, éleva le thermomètre à 39,2. Le pouls, fréquent, marqua 120 à la minute et la respiration 40.

Le lendemain matin, la fièvre atteignit 40°, tandis que l'examen révélait les symptômes non douteux d'une pneumonie de la base du poumon droit. La maladie fut bénigne. Une crise survint vers le soir du quatrième jour, et la guérison virtuelle était complète dans les vingt-quatre heures suivantes.

Enfin, le 9 février, six jours après la mort dramatique du fils aîné, comme le deuxième fils arrivait au moment le plus critique et le plus angoissant de sa double pneumonie, et que la fièvre chez le cadet de la famille atteignait son acmé, l'auteur fut prié de venir voir la sœur aînée de ces enfants qui, depuis quelque temps, était atteinte d'une toux fatigante et dont l'état général paraissait fort compromis. Elle avait retardé autant que possible le jour où il lui faudrait, elle aussi, se soumettre à l'examen du docteur, et, jusqu'ici, avait refusé toute attention de sa part. Enfin, elle se trouvait obligée d'abandonner toutes ses occupations en raison de sa fièvre et des douleurs déchirantes qu'elle ressentait dans la poitrine et qui s'irradiaient dans les flancs et dans la hanche. La température était de 39,8 (103°), le pouls marquait 120 et la respiration de 40 à la minute. La base du poumon gauche était hépatisée. La durée réelle de ce cas resta incertaine; mais, vers le quatrième jour, il y eut une défervescence complète. Toutefois, la convalescence fut longue et il fallut un certain temps avant que la malade pût quitter son lit.

Enfin, le 13 et le 14 février, un autre enfant âgé de 12 ans eut un léger malaise et un petit mouvement fébrile (38°2), mais sans manifestation locale perceptible, et dont il guérit facilement.

L'auteur attire l'attention sur les modes différents de début et de marche de ces quatre cas de pneumonie et sur la cause de la mort dans le cas n° 1. L'affaiblissement du cœur serait, pour lui, dans bien des cas de pneumonie mortelle, la véritable cause du danger, et c'est à tonifier, à soutenir l'organe de la circulation que le médecin doit principalement appliquer les ressources de sa thérapeutique.

©BIU Santé

C'est par là que meurent bon nombre de malades qui auraient, autrement, bien assez d'alvéoles pulmonaire sains pour entretenir l'hématose. La mort survient rapidement dans la période d'hépatisation grise d'une façon inattendue, alors que la fièvre est tombée et que le malade paraissait devoir entrer en pleine convalescence. A propos de l'étiologie, l'auteur se demande, en considérant ces quatre cas de pneumonie franche survenant presque en même temps dans une même famille dont les membres étaient soumis aux mêmes conditions hygiéniques, si ce ne sont pas là de ces cas de pneumonie épidémique ou de pneumonie infectieuse introduite dans une maison et en atteignant successivement tous les habitants, ou encore si ce ne sont pas des exemples de ces pneumonies dites pythogéniques occasionnées par des émanations de gaz des marais, de produits gazeux délétères venant d'égouts, d'accumulations de matières fécales, etc., affections suceptibles alors d'atteindre à la fois un certain nombre des individus qui y sont exposés. Dans ce cas particulier, la mère de famille qui soignait avec une extrême sollicitude le premier malade, resta tout le temps en bonne santé pendant comme après.

L'état sanitaire de la maison dans laquelle la pneumonie règna ainsi d'une façon presque épidémique, était loin d'être exempt de toute suspicion, la bâtisse était vieille et en très mauvais état, les rats circulaient librement de dessous le plancher dans les fondations de la maison voisine, et toutes les fois que l'auteur était appelé à traverser la pièce commune, il était frappé de la viciation de l'air qui la remplissait et sur laquelle il attira souvent l'attention des habitants. Nul cabinet n'était à proximité des chambres à coucher.

D'autre part, il faut observer que les tenants habitaient déjà cette maison depuis plusieurs années sans que leur santé s'en ressentît en apparence et en fût altérée préalablement à cette invasion de pneumonie. Un an avant, cependant, l'auteur avait déjà été appelé à donner ses soins à l'un des enfants atteints d'une fièvre continue.

L'auteur conclut que, dans l'état présent de nos connaissances relativement à l'étiologie de la pneumonie, on peut admettre que l'inflammation parenchymateuse du poumon, avec production d'exsudat intra-alvéolaire, peut reconnaître plusieurs causes : tantôt c'est le résultat d'un traumatisme donnant lieu à la pneumonie traumatique, tantôt c'est l'expression locale d'une affection fébrile constitutionnelle (herpès pulmonaire), enfin, tantôt, ce n'est autre que la suite d'une infection microbienne. (*Four cases of Acute Pneumonia occurring in one Family at the same time*, par Walter G. Smith, M. D., etc. *The Dublin Journal of Medical science*, July, I, 1885.) — L. Dn.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE GANNAT PENDANT L'ANNÉE 1884-1885.

S'il subsistait quelque doute sur l'utilité des Sociétés médicales départementales, j'engagerais les incrédules à lire le trente-neuvième compte rendu de la Société médicale de Gannat. L'importance et le nombre des communications entendues pendant l'année dissiperaient tous les doutes en donnant la mesure des efforts scientifiques dont ces corps savants sont capables avec une sage persévérance et la passion du progrès.

Parmi les débats provoqués devant la Société médicale de Gannat, il en est d'ampleur académique ; telle la question des *fièvres intermittentes dans le centre de la France*, introduite par M. Lagout et discutée par MM. Fabre, Planchard, Parmentier, Régnier, Peyrot et Mallat.

Avant 1856, les fièvres intermittentes étaient fréquentes dans les villages de la rive gauche de l'Allier. Depuis cette époque et les inondations de 1867, elles ont disparu comme le prouvent les observations des médecins et la diminution de la vente du sulfate de quinine par les pharmaciens.

D'après M. Lacoussière (de Maringues), on doit attribuer la disparition de l'impaludisme à l'assainissement du sol par des cultures plus perfectionnées, à l'augmentation

de la richesse agricole, à l'usage plus général de la viande et surtout du vin, enfin à la reconstruction et à l'amélioration de la plupart des habitations. Cette opinion s'accorde avec celle de M. Burdel (de Vierzon), dont on conserve toujours présents à l'esprit les beaux travaux sur l'impaludisme en Sologne.

Cependant, ce me semble, les fièvres intermittentes ne sont pas encore totalement absentes de ces contrées, puisque M. Fabre a étudié un de leurs symptômes, déjà signalé par M. Duboué (de Pau). Cette communication a pour titre : *De la splénalgie dans les fièvres intermittentes.*

Cette douleur, provoquée par la pression sur la région splénique, ne se rencontre pas toujours. De plus, on l'a notée encore au début des fièvres typhoïdes; elle n'est donc pas de valeur diagnostique absolue dans l'impaludisme. Quand elle existe, elle facilite la détermination de ses formes larvées. Affirmera-t-on pour cela que « l'emploi du sulfate de quinine est nettement indiqué toutes les fois que l'on constate de la splénalgie? » M. Fabre semble le penser. C'est aller bien loin, ce me semble, puisque cette douleur, de l'aveu de l'observateur, « paraît concorder avec l'afflux du sang dans la rate ». Elle a les caractères d'une douleur congestive et ne saurait caractériser « un état morbide encore inconnu. » En attirant l'attention sur ce symptôme, M. Fabre rend service à la clinique. Ce service serait plus complet si la splénalgie avait, en réalité, une valeur diagnostique absolue.

La fièvre typhoïde a été l'objet de deux communications : l'une de M. Ruelle sur un *début anormal de fièvre typhoïde par névralgies intermittentes*, dans lequel ces névralgies précèdent les manifestations réellement typhoïdiques et cessent au moment de leur apparition; l'autre de M. Grellet (de Menat), sur une *épidémie de fièvre typhoïde*, dont il fut témoin au village de Montignat. Dans l'étiologie de cette épidémie, on ne pouvait invoquer ni l'encombrement des habitants, ni les émanations telluriques. L'eau potable aurait été le véhicule des germes infectieux, d'autant plus que la fontaine dont elle provenait sert à l'alimentation des maisons contaminées. L'épidémie de Montignat témoigne donc en faveur de la théorie de Murchison.

M. Merle avait choisi, pour sujet de lecture, *la coniase biliaire et ses symptômes.* Il préfère cette dénomination à celle de gravelle biliaire, et, après avoir établi la fréquence relative de cette affection, affirme que « toutes les fois qu'on aura affaire à « une personne de 20 ans à 50 ans, qu'elle sera née de parents arthritiques, qu'elle le sera elle-même, que, sans cause connue, son teint deviendra jaunâtre, l'urine colorée; que les selles seront en partie solides et colorées, en partie grisâtres et diarrhéiques, on reconnaîtra la coniase biliaire. Avec ces signes, M. Merle n'hésite pas à en déclarer l'existence. En attendant la vérification de ces affirmations si catégoriques, on devra tenir bon compte des observations pratiques de notre estimé confrère.

Il en est de même de la remarquable observation d'*épididymite rhumatismale* de M. Degeorge; de la note sur un *cas de morphinisme*, par M. Barbrau; de l'observation de *névralgie diabétique* de M. Florain, et du cas d'*urticaire de la muqueuse bronchique* signalé par M. Ruelle.

En quittant ce domaine de la clinique médicale, je signalerai le zèle infatigable de M. Lagoux à défendre la doctrine de la pneumonie dont il est depuis longtemps le fervent et opiniâtre avocat. Cette année, il entretenait ses collègues de la *pneumonie érysipélateuse, du refroidissement comme cause de la pneumonie*, et des débats sur la pneumonie au Congrès des médecins allemands.

Les questions chirurgicales et obstétricales tiennent une place moins étendue dans ces débats. Cependant M. Axel Lamm (de Stochkolm) a lu une note sur le *forceps Idstrom à trois branches*, dont il expose les mérites dans les cas de difficulté à l'introduction des forceps classiques; M. Merle (de la Ferté-Alais) a entretenu ses collègues de l'*application du forceps dans certaines présentations du siège et de la possibilité d'une élimination des kystes de l'ovaire par les voies naturelles*, et de la guérison sans opération d'une *hernie épiploïque.* M. Besson a discuté la *position à donner à la femme* pour pratiquer la *version dans les présentations de l'épaule* et adopté la position couchée sur le côté opposé à celui où se trouve la tête de l'enfant; enfin, M. Fabre a rapporté un cas de *luxation du pouce en arrière et en dehors* et un cas d'*éruption dentaire congénitale.*

©BIU Santé

On le voit, l'activité des membres de ce corps savant ne diminue jamais. Outre des débats sur des questions d'hygiène publique et des analyses critiques d'ouvrages récents, voici encore une importante note sur l'*emploi des eaux minérales, en particulier de celles du Mont-Dore pendant la grossesse*; M. Joseph Nicolas, le distingué hydrologiste montdorien, en est l'auteur. Dans ses conclusions, il s'inspire de la pratique expérimentée et des observations du savant inspecteur honoraire de cette station, M. le docteur Richelot, pour recommander les cures thermo-minérales dans le traitement de certains accidents de l'état gravidique, et détruire des préventions injustifiables qui éloignent à tort certains esprits de l'emploi de ressources thérapeutiques aussi efficaces pendant la grossesse. Ce mémoire est donc à la fois une bonne action scientifique et une bonne action thérapeutique. — Ch. Eloy.

FORMULAIRE

Injection contre la paralysie de la vessie. — Dumreicher.

Extrait de noix vomique	0 gr. 20 à 0 gr. 40 cent.
Eau distillée.	200 grammes.

Faites dissoudre. — Tous les jours, on injecte la sixième partie de cette solution, dans le cas de paralysie de la vessie, et on laisse séjourner le liquide pendant une heure dans le réservoir urinaire. — L'électricité peut aussi être employée avec avantage. — On s'efforcera autant que possible de régulariser la miction, en provoquant une émission d'urine toutes les quatre heures. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — M. le docteur Léon Henriet, chirurgien des hôpitaux de Paris, est mort le 18 septembre 1885, dans sa 37e année. Cette fin prématurée, qui n'était que trop prévue, laisse d'unanimes regrets parmi ses collègues, dont l'estime et la sympathie lui étaient depuis longtemps acquises.

— M. E. Baudrimont, professeur à l'École supérieure de pharmacie, membre de l'Académie de médecine, est mort le 14 septembre 1885, à l'âge de 64 ans.

Hopitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Le jury du concours qui doit s'ouvrir le 7 octobre prochain, pour la nomination des internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, est composé de MM. les docteurs Blum, Brault, Campenon, Gouguenheim, Muselier, Pozzi et Ribemont.

— *Concours de l'externat.* — Le jury du concours qui doit s'ouvrir le jeudi 8 octobre 1885, pour la nomination des externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, est composé de MM. les docteurs Barié, Brocq, Brun, Comby, Pengruebер, Renault et Routier.

Hopitaux d'Alger. — Un concours pour sept places d'élèves externes en médecine et en chirurgie à l'hôpital civil de Mustapha s'ouvrira à l'École de médecine d'Alger, le lundi 9 novembre 1885, à une heure de l'après-midi. L'entrée en fonction aura lieu le 1er décembre prochain. Les candidats pourront se faire inscrire au secrétariat de la direction de l'hôpital, jusqu'au dimanche 8 novembre, à quatre heures du soir.

Un certain nombre de candidats pourront être appelés, à titre provisoire et par rang de mérite, à suppléer les titulaires absents.

Concours. — Un concours pour la nomination à trois places vacantes d'interne en médecine et en chirurgie à l'hôpital civil de Mustapha, dont une pour Douéra, s'ouvrira à l'École de médecine d'Alger, le mardi 3 novembre 1885, à une heure de l'après-midi.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Gautrelet : Observation d'un cas de bilharzia hœmatobia. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Sociétés médicales des départements. — V. Thérapeutique. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

Observation d'un cas de bilharzia hœmatobia

Par E. Gautrelet, chimiste à Vichy.

La présence du *bilharzia hœmatobia* étant des plus rares en Europe, et le cas qui m'a été adressé des plus complets quant aux accidents consécutifs, je crois être utile au corps médical en publiant cette observation non seulement dans son ensemble, mais en la faisant précéder d'une notice succincte sur ce parasite.

I

Le *bilharzia hœmatobia* (Cobbold); *Distoma hœmatobium* (Bilharz); *Schistosoma hœmatobium* (Weinl); *Thecosoma hœmatobium* (Moquin-Tandon), est un ver, distomaire, distomidé de la famille des *trématodes*.

Les seules contrées où on l'ait jamais rencontré sont le cap de Bonne-Espérance et l'Egypte. Dans ce dernier pays, sa fréquence est telle qu'on le trouve dans la moitié des autopsies pratiquées.

Cet entozoaire est unisexué; le mâle est uniformément filiforme, tandis que la femelle, plus grosse, a son corps divisé en deux parties distinctes par un étranglement; l'un et l'autre ont, comme dimensions, une longueur moyenne de 6 à 9 millimètres. Les bilharzia hœmatobia (comme leur nom l'indique, du reste) vivent uniquement dans le sang et semblent plus spécialement localisés à *trois points* bien définis : extrémités de la veine porte (foie); vaisseaux de l'intestin et plus particulièrement près du rectum; enfin, vaisseaux afférant aux organes génitaux et aux uretères.

Les acidents provoqués par ce parasite sont de deux sortes : les uns primitifs, taches ecchymotiques recouvertes d'un enduit visqueux, jaune grisâtre ou d'un exsudat sanguinolent; les autres, secondaires, indurations ressemblant à du cuir, molles ou friables (avec dépôt d'acide urique) ou même dures (avec incrustation de carbonate de chaux). Ces accidents sont uniquement dus aux piqûres faites par les bilharzia femelles pour déposer leurs œufs dans les tissus environnant leur habitat. De ces œufs, les uns éclosent et les jeunes bilarzia reviennent (en provoquaut des désordres de même ordre) aux vaisseaux adjacents, les autres meurent, s'enkystent (avec formation de néoblastes), puis s'incrustant de calcaire et déterminant des nodules des dimensions les plus variables.

Une anémie profonde est toujours le résultat général de ces troubles locaux.

II

Le cas qui m'a été soumis par M. le docteur Willemin, médecin-inspecteur adjoint des eaux de Vichy, peut, me semble-t-il, être résumé ainsi :

Mme S... a habité l'Egypte, il y a vingt ans, pendant deux années environ. Elle y a été prise d'accidents du côté de la matrice, pertes incessantes pendant plusieurs mois, que l'on attribua à une fausse couche. Depuis ce temps, Mme S... a toujours souffert des ovaires et plus spécialement de

©BIU Santé

l'ovaire gauche; ce dernier pendant tout le temps séparant les époques menstruelles (avec exacerbations au milieu), le droit surtout au moment des dites époques.

Les médecins et chirurgiens, consultés à cet égard, crurent y constater une tuméfaction qu'ils ne retrouvèrent d'ailleurs plus quelque temps après. Il y cinq ans, des nodosités apparurent au sphincter rectal: un bol fécal considérable produisit, par son expulsion, une fissure à l'anus. Une intervention chirurgicale fut jugée nécessaire. La dilatation n'ayant pas abouti, on dût enlever ces nodules que l'on trouva formés de carbonate de chaux (du moins pour la masse). Depuis cette époque, Mme S... rend constamment, dans ses selles, une certaine quantité de petits grains blancs, semblables à de la semoule ou à des grains de mil; d'autres fois, ses selles contiennent des râclures, des débris intestinaux en grande abondance, tandis qu'une « barre », paraissant formée par le côlon transverse, la fait souffrir depuis la même époque. Il y a dix-huit mois, les accidents du côté de l'ovaire gauche augmentèrent, et l'exacerbation de la douleur fut telle que l'on crut à une ovarite; de même que, peu de temps après, des accidents intestinaux paraissant intéresser tout spécialement le péritoine, firent craindre une péritonite; les uns et les autres cédèrent au traitement.

Il y a quelques années, Mme S... avait été atteinte d'un eczéma des plus rebelles. Elle est actuellement anémique et souffre de douleurs névralgiques généralisées.

Depuis trois mois, à cette série d'accidents, ainsi qu'à une douleur lombaire très-accentuée, vinrent s'ajouter des accidents bilieux, qui attirèrent l'attention des médecins, du côté du foie. Enfin, le 27 août dernier, après une série de quarante-huit massages sur l'abdomen, Mme S... fut prise d'une douleur hépatique violente; le calomel fut administré à doses fractionnées; il lui sembla alors sentir quelque chose se détacher du foie et cheminer dans l'intestin; s'étant immédiatement présentée à la garde-robe, elle recueillit un corps de couleur extérieure vert noirâtre, demi-dur, se coupant assez facilement, non friable, d'aspect intérieur aréolé, de couleur intérieure jaune, et qui, soumis à l'analyse, m'a donné les résultats suivants :

Masse spongieuse, alvéolée, du poids de 0 gr. 174, composée de :

Tissu propre du foie, avec néoblastes, injectée d'*œufs de bilharzia hœmatobia*, imprégnée de *matières colorantes biliaires, incrustée de carbonate de chaux*, et enrobée d'*urobiline*.

(Il est à observer que les conclusions analytiques énoncées plus haut, au sujet de cette concrétion, furent formulées par moi avant que j'eusse aucune connaissance de la malade, de sa maladie, ni de son séjour en Egypte; je dois ces informations à M. et Mme S..., ainsi qu'à l'obligeance de M. le docteur Willemin.)

Comme conclusions cliniques à ces faits, rapprochés des données acquises dans les observations antérieures (Williams Roberts, 1872, — Sonzino, 1876, — Méhu, 1880), ne pourrait-on admettre que cette maladie reconnaît dans son ensemble, pour *cause première et unique*, la présence dans l'organisme d'une colonie de *bilharzia hœmatobia*? Les douleurs ressenties dans les régions ovarienne, rectale et hypochondriaque seraient dues à l'irritation produite par cet entozoaire; la dernière crise hépatique était causée par l'expulsion de la concrétion analysée par moi, Je laisse

aux médecins le soin de tirer des conclusions basées sur cette nouvelle donnée dont aucune manifestation extérieure n'avait pu jusque là faire soupçonner la présence.

BIBLIOTHÈQUE

AIDE-MÉMOIRE D'ANATOMIE (muscles, ligaments, vaisseaux, nerfs), par Alexis JULIEN, répétiteur d'anatomie. — Paris, 1885. Octave Doin, éditeur.

C'est un travail bien ingrat, au premier abord, que de résumer l'anatomie sous forme de tableaux montrant les pièces du squelette et les régions musculaires, énumérant les os, les insertions, les rameaux artériels ou nerveux et les groupant dans un ordre rationnel pour aider la mémoire et faciliter les recherches. Ce serait un travail fastidieux et impossible, si l'auteur n'était rompu depuis longtemps à l'enseignement de l'anatomie, et si ce petit livre n'était l'expression d'une méthode consacrée par une expérience déjà longue.

L'ouvrage de M. Julien, destiné aux élèves qui commencent, aux candidats qui repassent l'anatomie en vue d'un examen ou d'un concours, à tous ceux qui ont besoin d'un guide pour disséquer ou d'un auxiliaire pour se dispenser de recommencer leurs dissections, ne ressemble en rien à un manuel ordinaire, c'est-à-dire à un résumé taillé sur le même patron que tous les livres élémentaires, et ne différant des meilleurs que par son insuffisance. C'est un travail construit sur un plan tout spécial, d'une concision et d'une brièveté calculées, et répondant parfaitement à son titre. L'ostéologie, au point de vue des insertions musculaires et ligamenteuses, y est exposée avec une remarquable précision. Après les os, les muscles et les ligaments, après les tableaux paralléliques montrant l'ensemble des membres thoraciques et abdominaux, du tronc et de la tête, viennent les artères, les veines, les lymphatiques, les nerfs avec les rameaux qu'ils fournissent aux muscles, le grand sympathique, les origines apparentes des nerfs crâniens, les circonvolutions du cerveau, enfin les trous et canaux de la tête avec les organes qui les traversent. Aucune description proprement dite; les organes sont énumérés simplement, mais groupés, disposés en colonnes dont l'agencement fait bien ressortir leurs connexions; des tableaux synoptiques concourent au même but. En d'autres termes, l'anatomie n'est pas expliquée dans le livre de M. Julien, elle y est condensée au contraire et pour ainsi dire coulée dans des formes qui parlent aux yeux et font renaître les souvenirs.

La tâche que l'auteur s'était proposée était pleine d'écueils; il les a heureusement évités, car il a fait de son aide-mémoire une œuvre claire et vraiment pratique. Aussi ce petit livre, d'un aspect élégant, d'un format très commode et d'une disposition typographique remarquable, nous paraît-il destiné à un succès du meilleur aloi. — L.-G. R.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CORYZA VASOMOTRICA PÉRIODICA, AUTREMENT NOMMÉ FIÈVRE DES FOINS. A CONTRIBUTION TO THE STUDY OF CORYZA VASOMOTORIA PÉRIODICA, OR SO CALLED « HAY FEVER », par le docteur J. MACKENZIE, chirurgien de l'hôpital de la *Charité* (de Baltimore).

Ce mémoire a pour but d'établir que l'asthme des foins est dû à l'éréthisme du tissu érectile nasal, dans les points animés par les filets sphéno-palatins du nerf maxillaire supérieur. Les nerfs vaso-moteurs qui les accompagnent interviennent donc dans la mise en jeu de ces phénomènes, et l'érection de ces tissus, leur gonflement produit les troubles respiratoires par obturation de la cavité des fosses nasales.

Dans cette théorie, l'exagération de l'irritabilité de ces tissus serait conséquente à un état congestif pathologique de la muqueuse. On y trouve raison des prétendues idiosyncrasies invoquées chez certains individus. M. Mackenzie est donc un partisan de la théorie nasale de l'asthme des foins. Tout en rendant justice à l'ingéniosité de ses explications, il me semble difficile de les accepter. Tout proteste dans l'histoire de cette maladie contre une explication qui en place la cause unique dans les fosses nasales. — C. E.

BIU Santé

De l'action antizymasique de la quinine dans la fièvre typhoïde, par G. Pécholier, Paris, 1885. Delahaye et Lecrosnier.

La théorie que soutient M. Pécholier explique les effets thérapeutiques de la quinine dans la fièvre typhoïde, par une action antizymasique et non pas antipyrétique. La méthode qu'il recommande consiste à commencer la quinine au premier soupçon de fièvre typhoïde et à la continuer quotidiennement à la dose de 80 centigrammes ou de 1 gramme pendant la période d'augment ou d'état, puis à dose décroissante jusqu'à défervescence complète.

M. Pécholier attribue à son emploi les succès qu'il obtient dans le traitement de la dothiénentérie, et déclare avoir soigné plus de cinquante typhoïsants sans en perdre un seul : cette puissance de la quinine résulterait d'une action toxique spéciale sur l'agent typhogène.

Cette théorie confère donc à la quinine une sorte de propriété spécifique contre le microbe inconnu ou le ferment mal déterminé de la fièvre typhoïde. Ces conclusions auraient besoin de la sanction expérimentale, que seule la culture de ces microbes typhogènes pourra donner. D'ici là, cependant, on reconnaît volontiers l'ingéniosité de cette théorie, ingéniosité qu'elle partage avec les autres travaux si estimés du savant professeur de Montpellier. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Des oléates dans les maladies cutanées (*The Dublin Journal of médical Science*, Septembre 1884). — L'emploi des oléates métalliques dans la thérapeutique des affections cutanées est à l'ordre du jour, surtout chez nos voisins, et ses avantages ont été fortement mis en lumière par le docteur Henry Stelwagon (de Pensylvanie) dans un travail que nous allons reproduire en le résumant.

L'auteur reconnaît d'abord que la première mention de l'existence d'un acide oléique est due à Chevreul en 1811 et que, vers cette époque, la pharmacie française préparait des oléates, tentatives qui n'eurent sans doute aucune suite ou aucune application médicale en France ; mais à l'étranger les travaux se succédèrent sur la matière, quoique ce ne fût vraiment qu'à partir du travail de John Marshall en 1872 (1) que l'attention se fixa vivement sur ce sujet.

Les oléates constituent une addition précieuse à l'arsenal thérapeutique des maladies cutanées. Des deux méthodes de préparation des oléates, la nouvelle, celle qui consiste à agir par double décomposition d'un oléate de soude et d'un sel métallique neutre paraît de beaucoup préférable, en apparence du moins. Ces oléates sont des sels fixes et définis et les expressions de : oléates à tant pour cent, sont parfaitement incorrectes, ces oléates ne sont que des solutions d'oléates fixes dans une quantité donnée d'acide oléique libre ; ainsi l'oléate de mercure à 10 p. 100 n'est ainsi nommé que parce qu'il y entre 10 parties d'oxide mercurique, pour 90 parties d'acide oléique, de sorte que, l'oxyde mercurique n'exigeant pour se combiner à l'acide oléique qu'une *proportion définie* d'acide oléique, il doit y avoir une bonne partie de ces 90 p. 100 d'acide oléique inoccupée et à l'état libre, servant de *menstruum* à l'oléate mercuriqne, sel défini.

Ces erreurs d'expression peuvent conduire à des erreurs de pratique, et, si on a besoin d'appliquer un oléate dilué, il faudra l'ordonner de la même manière que n'importe quelle solution : tant d'oléate et tant de menstruum.

L'oléate de mercure est une pommade jaunâtre de consistance quelque peu adhésive, douée d'une odeur huileuse. Bien pur, il est diaphane et d'une belle couleur jaune, mais la plupart du temps il a une teinte verdâtre ou grisâtre résultant de la séparation partielle de l'oxyde de mercure et du mercure métallique, dont on retrouve ordinairement des gouttelettes au fond du vase. Appliqué sur la peau saine, cet oléate produit une rougeur et une irritation plus ou moins vive qui peut, si on insiste, aller jusqu'à une

(1) *Lancet*, 25 mai 1872, p. 709.

véritable dermatite. Aussi prescrit-on fort rarement l'oléate pur et l'étend-on en l'unissant à l'acide oléique ou à l'axonge à parties égales ou au tiers d'oléate. Une partie d'oléate mercurique pour deux parties d'acide oléique donnera une préparation très sensiblement analogue à l'oléate dit à 10 p. 100. De tous les oléates, c'est le plus important. Son principal champ d'application est le traitement des accidents syphilitiques. Son emploi y est parfaitement commode, efficace et *propre* ; il supplante pour toutes ces raisons le vieil onguent napolitain simple ou double. On l'ordonne en dilution au tiers dans l'acide oléique, l'axonge ou un mélange des deux :

La prescription suivante conviendra parfaitement :

Oléate d'hydrargyre.....	12 grammes.
Acide oléique.....	8 —
Cérat simple.....	12 —

Des frictions avec gros comme une forte noisette une fois par jour seront suffisantes. Comme cet onguent est beaucoup plus irritant que l'ancien onguent napolitain, il faudra avoir soin de varier le lieu d'application ; comme il est beaucoup mieux et beaucoup plus rapidement absorbé, on en emploiera moins et on évitera autant que faire se pourra les régions où la peau est fine et couverte de poils. L'application locale de cet onguent sur toute éruption syphilitique ulcéreuse ou non, et spécialement sur les manifestations récentes et localisées, aidera notablement à l'effet du traitement constitutionnel ; on fera des frictions douces et modérées sur chaque lésion. La formule donnée plus haut peut être modifiée comme suit :

Oléate d'hydrargyre.....	1 partie.
Axonge benzoïné.....	4 —

L'impétigo chronique du cuir chevelu est la seconde affection contre laquelle l'oléate mercuriel paraît agir presque comme un spécifique. Règle générale, dit l'auteur, l'oléate de mercure est un remède sur lequel on peut compter, qui peut faillir dans les cas obstinés comme tout autre agent, mais qui, dans la grande majorité des cas, amène la guérison. Quand l'éruption est récente, un onguent au 1/5e suffira ; si l'éruption est déjà ancienne et développée, il faudra augmenter la proportion d'oléate jusqu'à 30, 40 et 50 pour 100 d'acide oléique, frictionner deux fois par jour et ne laver la tête qu'une fois toutes les semaines. Pour obtenir la guérison définitive et permanente, le traitement doit être continué pendant des mois de suite. Comme d'ordinaire, l'épilation est indiquée et doit être pratiquée avec une certaine persistance. Dans ces cas, on se trouvera bien de la formule suivante :

Oléate d'hydrargyre.....	} aa	8 grammes.
Poix liquide.....		
Onguent sulfureux (1).....		12 —

A appliquer matin et soir.

Une précaution nécessaire, en raison des modifications que subit cette pommade, consiste à n'en préparer que peu à l'avance, comme le montre la formule.

Cet oléate de mercure est indiqué dans tous les cas d'affections de la peau, dans lesquels on peut faire usage de pommades au précipité rouge, au précipité blanc, au calomel. Convenablement affaibli, il peut même, dans quelques cas, leur être substitué avec avantage. Toute induration, gonflement, hypertrophie ganglionnaire simple peut être heureusement influencée par des applications d'une solution faible d'oléate hydrargyrique. La maladie pédiculaire du cuir chevelu ou du pubis peut guérir avec une solution d'oléate à 25 p. 100. Enfin, dans quelques cas, l'oléate mercuriel peut se combiner avantageusement avec d'autres oléates.

L'*oléate de zinc* est proposé pour remplacer la pommade à l'oxyde de zinc. L'oléate de zinc pur se présente sous forme d'une poudre sèche, blanche, pulvérulente, impalpable,

(1) Pommade sulfureuse de la pharmacopée anglaise : Soufre sublimé, 1 partie ; pour axonge ou vaseline 4 parties,

©BIU Santé

onctueuse au toucher, fort analogue à du savon en poudre, se dissolvant très bien dans l'huile, l'acide oléique, les corps gras au bain-marie.

L'onguent suivant semble, dans quelques cas, remplacer avec avantage la pommade à l'oxyde de zinc :

R. Oléate de zinc	ââ	4 grammes.
Acide oléique		
Pétrole	ââ	12 grammes.
Cérat simple		

F. ungt.

On peut encore employer l'oléate de zinc en poudre :

R. Poudre d'oléate de zinc	ââ	15 grammes.
Talc de Venise		
Amidon		10 —

M. — Pour saupoudrer les parties enflammées par l'eczéma humide, l'intertrigo, etc. Cet oléate peut-être utilisé dans la composition d'une poudre de toilette non nuisible ; la formule suivante répondra au besoin :

R. Calamine préparée		10 grammes.
Talc de Venise	ââ	30 —
Oléate de zinc		
Huile de rose		Q. s.

M. s. pour une poudre de toilette.

L'*oléate de plomb* est de couleur blanc jaunâtre, de consistance d'emplâtre de céruse (savonneuse) quelque peu plus dure et plus cassante. Mélangé à parties égales avec l'acide oléique, la vaseline ou l'axonge, il se substitue avec avantage à la pommade à la litharge d'Hébra et se conserve indéfiniment.

Il agit comme protecteur, astringent et sédatif. Dans les eczémas aigus et subaigus son emploi serait, d'après l'auteur, suivi d'une amélioration rapide. Dans les formes chroniques et torpides, non inflammatoires, on pourrait y ajouter avec avantage un peu d'oléate de mercure. Pour obtenir un effet plus rapide et plus positif, il serait bon de maintenir l'application de l'oléate sur les parties malades d'une façon constante et de la renouveler deux fois par jour.

Dans les brûlures, les érysipèles et autres inflammations semblables, l'oléate de plomb se montrerait très utile, très rapidement profitable, en réduisant l'inflammation et en calmant la douleur et l'irritation (1). Dans l'eczéma des narines, avec pustules et fissures légères, il pourra rendre des services. Dans le sycosis non parasitaire, la formule suivante se montrera aussi avantageuse :

R. Oléate de zinc	ââ	5 grammes.
Oléate de bismuth		
Oléate de plomb		10 —
Axonge		20 —

A appliquer deux fois par jour, après un lavage soigneux et complet avec de l'eau chaude.

L'eczéma vésiculeux des mains peut souvent être rapidement amélioré par le traitement suivant :

Tremper les mains dans l'eau chaude pendant dix minutes, les sécher soigneusement avec une serviette fine, puis les couvrir d'une pièce de mousseline bien imbibée de l'onguent précédent. Renouveler l'application soir et matin. Le traitement doit être continué pendant plusieurs jours, au bout desquels l'amélioration sera des plus marquées.

C'est alors qu'on peut ajouter un peu de calomel à la pommade, et se contenter d'en faire alors de légères frictions, 2 ou 3 fois par jour, sur les parties malades. A partir de

(1) L'application locale de céruse sur les brûlures et les érysipèles est bien connue.

ce moment, ajoute l'auteur, la marche de la guérison, si rapide dans les premiers jours, se ralentit beaucoup (1).

L'*oléate de bismuth*, couleur gris perle, mou, consistance de pommade, peut être appliqué pur partout où on recherche un effet adoucissant ou calmant : érythèmes, brûlures légères, etc.

L'*oléate d'aluminium*, de consistance plastique, est un adhésif astringent et légèrement stimulant. Indiqué dans les affections cutanées très humides : eczémas humides.

Oléate de cuivre, couleur vert sombre, solide ou granuleux, d'odeur légèrement huileuse. A mélanger avec de 2 à 6 fois son poids d'acide oléique ou de vaseline. Fait alors une pommade astringente, très stimulante, antiparasitaire. Son emploi très répandu dans le traitement de l'impétigo du cuir chevelu laisse l'auteur très froid à son égard, il n'en a pas obtenu les résultats si vantés, et lui préfère de beaucoup l'oléate de mercure. La couleur de l'oléate de cuivre est un de ses grands désavantages (2).

L'utilité de l'*oléate de fer* reste à démontrer. Il en est de même pour l'*oléate d'arsenic* et l'*oléate d'argent*.

L'*oléate de quinine* est une masse de consistance plastique de couleur brune, d'odeur huileuse et douce. Cet oléate paraît devoir remplacer avec avantage les lotions au quinquina dans le traitement de l'alopécie, de la calvitie, de la séborrhée du cuir chevelu, etc. Dans les quelques cas où il a été essayé dans ce sens, il a paru agir favorablement. D'autres observations viendront peut-être corroborer la bonne impression qu'il a pu laisser, on l'a employé sous la forme suivante :

R. Oléate de quinine..... .... 2 grammes.
Axonge benzoïnée..... ....{ ââ 15 —
Pétrole..... .....}

Il y a encore d'autres oléates, mais on peut dire que jusqu'ici ceux d'entre eux qui sont doués de propriétés thérapeutiques certaines sont : l'oléate de mercure, l'oléate de zinc, celui de plomb et celui de bismuth. Rappelons pour finir, qu'en ordonnant les onguents aux oléates, on doit se souvenir que si l'onguent doit surtout agir comme corps protecteur, on a avantage à l'associer à la cire, la paraffine, la poix, etc. Si on vise surtout son absorption, c'est à l'axonge, l'acide oléique, la vaseline. Dans certains cas, et ces cas ne sont pas rares, les oléates se montrent nuisibles au lieu d'être utiles. Cela peut tenir à la qualité de l'oléate et à la manière dont il a été préparé et conservé. Les oléates ne sont pas des panacées et, dans bien des cas, ces adjuvants de la thérapeutique cutanée doivent faire place aux anciennes méthodes, dont l'efficacité a reçu depuis longtemps la consécration de l'expérience. — L. Dn.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS PENDANT LE PREMIER SEMESTRE DE 1885.

La chirurgie et la médecine opératoire ont fait, durant ce semestre, le sujet de nombreuses communications. C'est ainsi que, parmi les plus importantes, M. Decès a provoqué incidemment des remarques sur l'*arthrotomie* par la lecture d'une observation de *corps étranger du genou*, et que M. Godart (de Suippes) a présenté une tumeur du cuir chevelu d'apparence graisseuse et qui cependant était sarcomateuse. Elle était d'autant plus difficile à diagnostiquer que tous les membres de la famille de cette femme ont eu des loupes. L'examen histologique de la tumeur fit reconnaître sa nature carcinomateuse, de sorte que ce cas montre les difficultés du diagnostic différentiel des loupes du cuir chevelu avec les autres tumeurs.

(1) C'est à ce moment qu'on aura à se louer de la pommade desséchante conseillée par Grisolle, à l'oxyde de zinc pur ou associé au bismuth ou à l'amidon.

(2) On verra reproduits dans ce journal quelques témoignages en faveur de l'oléate de cuivre.

©BIU Santé

M. Delacroix rapporte l'observation d'un *néoplasme du globe de l'œil*, consécutif à un traumatisme, et qui, de nature vraisemblement sarcomateuse, avait été prise pour un kyste, et a motivé l'énucléation du globe oculaire.

Une *opération césarienne* a été l'occasion, pour MM. Levèque et Panis, de montrer une fois de plus les dangers de cette opération qui, de l'avis de leur collègue, M. Gentilhomme, devrait être complètement abandonnée. Malgré les précautions du chirurgien, l'asepsie serait toujours imparfaite, l'utérus ouvert déversant facilement ses liquides dans la cavité péritonéale et les ligatures se rompant sous l'effort des contractions utérines. Il est vrai qu'on pouvait attribuer en partie l'insuccès de la tentative de MM. Panis et Lévêque, à l'époque tardive où elle fut faite, soixante-douze heures après le début du travail.

Une observation de *tænia solium*, dans laquelle les accidents réflexes se traduisaient par deux accès épileptiformes symptomatiques, a été lue par M. Luton et présente des particularités intéressantes. Le malade avait des épileptiques parmi ses collatéraux, et on pouvait se tromper sur la nature des accès convulsifs. Dans l'intervalle des selles, des anneaux sortaient de l'intestin, et ce symptôme appartient plutôt à l'histoire clinique du tænia médiocan cellata qu'à celle du tænia solium.

Une autre affection, moins vulgaire, la *tarsalgie des adolescents*, a motivé un débat entre M. Palle, qui en signalait un cas et MM. Guelliot, Gentilhomme et Decès. Le tarsalgique de M. Palle présentait un léger affaissement de la voute plantaire, et différait un peu de ces malades atteints de tarsalgies rhumatismales dont l'année dernière M. Henrot entretenait ses collègues.

M. Guelliot admet avec M. Gosselin plusieurs variétés de tarsalgie, dont le premier degré consiste dans une contracture des péroniers latéraux justiciable du repos ; le second degré dans une contracture que la chloroformisation permet seule de vaincre, et le troisième degré dans une rétraction rebelle à toute réduction. A ces degrés, notre estimé confrère remois en ajoute un quatrième que caractérisent des déformations permanentes et des subluxations.

A côté de ce début, il faut donner place à un mémoire de M. Guelliot sur le *caféisme chronique*, dont 17 observations sont les éléments. L'auteur oppose le caféisme chronique, qu'il compare à l'alcoolisme chronique, au caféisme aigu, dont les phénomènes d'éréthisme passager constituent « l'ivresse caféique. »

Le caféisme chronique se traduit par des symptômes multiples : dyspepsie, inappétence, tremblement de la langue, douleurs dans les membres, rêves, cauchemars, troubles visuels, amaigrissement, coloration jaunâtre de la peau ; enfin, par un état cachectique qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. L'originalité même du sujet, jusqu'ici peu étudié, et les sages commentaires de M. Guelliot, donnent à ce mémoire un réel intérêt clinique.

Il en est de même de l'observation qu'un interne de l'Hôtel-Dieu de Reims, M. Rebiere, a lu dans la séance du 4 mars, sous le titre de : *Phlébite et embolie cardiaque*. Il s'agissait à la fois d'une phlébite et d'nne périphlébite iliaque. Détaché de ce vaisseau, le caillot s'était arrêté dans le ventricule droit à l'entrée de l'artère pulmonaire.

Enfin, je signale une communication de M. Hoel sur un cas de *diphthérie toxique* compliqué d'une fistule œsophagienne. Celle-ci fut reconnue après la trachéotomie et attribué à une ulcération de la paroi postérieure de la trachée causée, d'après M. Hoel, par une gangrène moléculaire. — C. L. D.

THÉRAPEUTIQUE

Du fer, au point de vue de l'assimilation,

Par le docteur Albert Blondel, ancien interne des hôpitaux.

Nous savons tous quel intérêt il y a à administrer le fer aux repas ; nous évitons par là de molester, par une action topique, un estomac déjà dyspeptique et nous favo-

risons l'absorption du médicament qui profite de l'orgasme digestif suscité par la présence des aliments.

Est-ce à dire que nous devions retirer des avantages particuliers de l'emploi de ferrugineux incorporés préalablement à des substances alimentaires : chocolat, biscuit, croquettes, etc...? En aucune façon; ce qui importe par dessus tout, dans la thérapeutique martiale, c'est le choix judicieux du ferrugineux, et nous savons tous combien, avec des préparations insolubles, qui seules peuvent entrer dans la composition de ces analeptiques ferrés, nous savons tous combien souvent nous nous heurtons à de l'intolérance stomacale avec ses manifestations de pesanteur, gastralgie, pyrosis, langue saburrale, etc.

En fait, ce qui doit dominer toute la thérapeutique martiale, c'est la constatation, qui n'est que trop facile à faire chez nos anémiés, de la diminution d'énergie des grandes fonctions, et particulièrement des fonctions digestives et d'assimilation, d'où l'obligation étroite pour nous de porter notre choix sur un ferrugineux physiologique, si possible, en quelque sorte tout élaboré et qui n'ait rien à emprunter, pour son absorption, aux sucs digestifs d'un estomac délabré.

Nous devons avouer qu'à part l'iodure ferreux, qui, dans la diathèse scrofuleuse, agit d'ailleurs autant, si ce n'est plus, par son iode que par le fer lui-même, la majeure partie des ferrugineux ordinaires nous ont fourni trop souvent des résultats infidèles.

Étant formellement admis aujourd'hui que le fer doit s'administrer à faible dose, quelques thérapeutistes ont pu un instant se demander : si le fer dans les aliments n'existait pas en quantité suffisante pour suffire aux besoins de la réparation hématique. C'était là une thèse qui, de prime abord assez spécieuse, ne compte cependant plus de partisans aujourd'hui. Il est bien démontré, en effet, que, dans l'anémie essentielle et la chloro-anémie, c'est-à-dire dans la pénurie hématique due à une altération spontanée de la fonction hémato-poiétique, à une perturbation dans le processus de régénération du globule sanguin, l'intervention du fer est formellement indiquée, et rien, absolument rien ne saurait le suppléer.

Il nous est personnellement arrivé de traiter des chloro-anémiques par des toniques appropriés, par une hygiène rationnelle, hygiène alimentaire et climatérique, sans avoir recours aux ferrugineux. Or, ces malades, malgré l'apparence d'une bonne santé, sont restés, comme devant, achalybémiques et sujets à des épistaxis, à des vertiges cérébraux, etc... Chez des femmes, dont la menstruation était imparfaite ou totalement disparue, le mieux survenu a toujours été éphémère et de durée plus ou moins courte.

D'autre part, il paraît certain qu'à notre époque de vie surmenée, où chacun brûle à outrance, où la dépense physiologique de tous les jours, supérieure à la recette, conduit fatalement à une anémie en quelque sorte endémique, il paraît certain que, par cela même, le fer est appelé à élargir tous les jours son action dans le domaine de la thérapeutique reconstituante.

Il paraît donc d'un intérêt capital pour le praticien de s'inquiéter d'un ferrugineux facilement assimilable, et c'est le moment de rappeler que tous les physiologistes d'aujourd'hui sont d'accord sur ce point que : *le fer ne pénètre dans l'économie que combiné à une substance protéique nutrimentive et surtout à l'albumine*, « le plus assimilable de tous les principes organisés ». (Claude Bernard.)

Ce n'est pas d'aujourd'hui, d'ailleurs, qu'il a paru rationnel de chercher dans l'économie elle-même le véhicule qui doit y transporter les divers éléments destinés à en devenir parties constitutives. Sachant, en effet, que l'albumine, répandue à profusion, et sous tant de formes, dans les tissus vivants jouit de propriétés dissolvantes énergiques sur les sels, il devait venir naturellement à l'esprit de se servir de ces propriétés pour faire arriver dans l'économie, sous une forme qui lui plût, les sels jusque-là mal supportés ou rejetés par elle. Cette ingénieuse théorie, déjà soupçonnée par Lassaigne, par l'éminent physiologiste Claude Bernard, par Trousseau, Pidoux, etc., semble aujourd'hui pleinement confirmée depuis les travaux de M. Laprade sur ce sujet; nous en rappellerons seulement les conclusions :

L'albumine concourt à l'absorption du fer en s'y combinant.

A défaut d'autre albumine, le fer la prend dans l'organisme partout où il la trouve, et

©BIU Santé

cela forcément aux dépens des tissus et des liquides animaux qu'il rencontre avant son absorption.

Si donc nous donnons au malade le fer tout préparé à l'état d'albuminate, nous évitons les inconvénients du médicament et nous augmentons d'autant toutes ses chances de succès.

Dans ces conditions, nous croyons le fer combiné à l'albumine appelé à occuper, en thérapeutique, une place tous les jours plus large. Depuis ces dernières années, du reste, nous avons recours exclusivement à l'*albuminate de fer* associé à l'écorce d'oranges, et nous pouvons dire que nous obtenons de la *liqueur Laprade* les meilleurs résultats dans la chlorose et l'anémie sous toutes leurs formes.

Nous nous promettons d'ailleurs de revenir sur ce sujet et de chercher à expliquer d'une manière moins succincte l'action thérapeutique de l'albuminate de fer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 octobre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

La correspondance non officielle comprend des lettres de MM. les docteurs Coursserant et Onimus, relatives aux observations présentées, dans la dernière séance, par M. Dujardin-Beaumetz, au sujet des expériences de diélectrolyse par M. le docteur Brondel. Les auteurs font remarquer que leur réclamation de priorité ne s'adressait pas au procédé employé par M. Brondel, mais à leurs diverses expériences sur l'action électrolytique appliquée à l'absorption locale des médicaments par les tissus. (Renvoi à la commission spéciale déjà nommée.)

A l'occasion de la présentation, dans la dernière séance, par M. Besnier, d'un travail de M. le docteur Teissier (de Lyon), relatif aux maladies régnantes de la ville de Lyon, M. Jules Guérin croit devoir relever une sorte de contradiction qui existerait dans ce travail. Après avoir déclaré que, en 1884, des cas de choléra avaient éclaté dans la ville de Lyon, sans avoir été précédés d'une *constitution prémonitoire*, l'auteur s'exprime, dans un autre passage, de la manière suivante :

« Il y a donc eu une constitution gastro-intestinale particulière, cela est incontestable; mais cette constitution spéciale n'a pas les caractères d'une constitution prémonitoire, puisque, loin d'être antécédante, elle a été seulement concomitante des cas de choléra qui se sont développés simultanément. Chose remarquable ensuite, ce n'est pas dans les arrondissements où il y a eu le plus de cas de choléra que les dysenteries, cholérines, diarrhées infantiles ont été observées en plus grand nombre. »

— M. Galezowski lit une *note* sur l'occlusion immédiate de la plaie cornéenne avec des rondelles de gélatine après l'extraction de la cataracte.

— M. Terrillon met sous les yeux de l'Académie un volumineux lipome (55 livres) de l'abdomen, inclus dans le mésentère, qu'il a énucléé avec succès.

M. Germain Sée termine sa communication sur les causes et le traitement de l'obésité, la nature et le traitement des infiltrations, et des transformations graisseuses du cœur.

Le régime physiologique comprend :

1° 120 à 130 grammes de principes azotés, provenant de 250 à 300 grammes de chair musculaire ou d'albuminates, 100 à 120 grammes de graisse neutre, plus 250 grammes d'hydro-carbures fournis par 300 à 400 grammes de fécule ou de sucre; ces proportions doivent être modifiées de façon que les substances musculo-albumineuses ne dépassent pas sensiblement la ration normale; car la viande en excès, en se dédoublant, formerait elle-même la graisse; les corps gras, faciles à digérer, peuvent, sans inconvénients, être utilisés à la dose de 60 à 90 grammes; les hydro-carbures seront réduits au minimum; quant aux aliments herbacés, ils ne contiennent rien de nutritif.

2° Les boissons, loin d'être supprimées, seront augmentées pour faciliter la digestion

stomacale et pour activer la nutrition générale. Mais il faut supprimer les liquides alcooliques, la bière ainsi que les eaux minérales pour l'usage habituel; elles seront toutes remplacées par les liquides caféiques et surtout par les infusions chaudes, autant que possible, de thé.

3° Les exercices musculaires, quels qu'ils soient, s'opposent à l'obésité; je fais abstraction de l'équitation qui n'est qu'un exercice passif.

4° Les sudations, les bains de vapeur, les bains chauds et surtout l'hydrothérapie peuvent présenter quelques avantages.

4° Parmi les médications les plus utiles sont les iodures à très petite dose; les eaux chlorurées sodiques qui n'agissent que temporairement; les eaux et les préparations alcalines, si puissantes contre les diabétiques, n'ont pas d'action précise dans l'obésité vulgaire. Tout autre médication est au moins inutile.

Nature et traitement des inflammations et des transformations graisseuses du cœur. — Il existe deux sortes d'état graisseux du cœur : l'un, l'infiltration graisseuse, se rattache par ses caractères et par son mode de production à l'obésité générale; l'autre, plus grave, constitué par une transformation graisseuse ou fibro-graisseuse du muscle cardiaque, reconnaît ordinairement des causes locales, sans qu'il y ait souvent le moindre signe d'embonpoint; parmi les causes locales figure en première ligne la sclérose ou le rétrécissement des artères coronaires (artères nourricières du cœur).

Cette induration artérielle, compagne de l'artério-sclérose générale, produit les phénomènes de l'asthme cardiaque et, en outre, très souvent, ceux de l'angine de poitrine, marchant de pair ou alternant, chez ces malades, dont la plupart sont des goutteux, vieux avant l'âge, des syphilitiques encore jeunes, des alcooliques de tout âge, des vieillards anticipés ou vrais.

Chez les obèses, dont le cœur est infiltré de graisse, le régime solide et liquide sera exactement le même que celui de l'obésité, mais les exercices musculaires exigent les plus sévères précautions; il est démontré, en effet, qu'à moins d'être violents et de consister dans de véritables ascensions rapides, ils ne présentent aucune espèce d'avantages. Il est démontré aussi par M. Marey que la musculation intense déprime la tension des vaisseaux. Ils ne semblent donc indiqués que dans les hypertrophies du cœur, et celles-ci ne tardent pas à se transformer en un état graisseux ou fibreux des fibres musculaires, dès lors la pression vaculaire a plus besoin d'être soutenue que d'être déprimée. Quand le muscle cardiaque est ainsi dégénéré en tissu fibro-graisseux, et à plus forte raison quand il l'est primitivement, ni le régime, ni les boissons, ni les exercices de l'obèse n'ont de raison d'être; ce sont des cardiaques graves qui exigent d'autres soins.

Dans tous les cas de transformation et même d'infiltration graisseuse, le traitement par les eaux minérales, par les bains chauds, les sudations et surtout par l'hydrothérapie, se trouve contre-indiqué. La même réflexion s'applique à la méthode des émissions sanguines qu'on peut appeler historique, ainsi qu'à la médication appelée révulsive qu'on doit appeler physiologique.

Les vésicatoires, les pointes de feu, les cautères ne peuvent rien contre les dégénérescences, contre les états régressifs du cœur, qu'on traite encore comme des inflammations. A défaut d'indications générales, on a imaginé la thérapeutique étiologique, basée sur la vie sédentaire, le défaut d'air, la continence ou les excès, les abus intellectuels et enfin la diathèse arthritique. Or, on aura beau recommander la marche au grand air, la sobriété génitale, la modération dans le travail intellectuel, on n'obtiendra rien, ni en principe ni en fait. Quant à la goutte, on ne peut l'atteindre puisqu'elle remonte aux parents et que, si elle existe chez le cardiaque, elle rentre de plein droit dans l'artério-sclérose générale ou coronaire. Au contraire le lait, les iodures et les digitaliques, à dose fractionnée et souvent interrompue, la convalla marine sont indiqués de toute façon, mais exigent une manipulation discrète.

Le traitement de l'asthme cardiaque réclame les mêmes moyens, diversement combinés avec certains médicaments anti-asthmatiques, tels que la pyridine en inhalations, la morphine en injections. Le traitement de l'angine de poitrine (angine cardiaque) est à

reviser ; l'enquête devra porter sur les nitrites anciennement préconisés et les iodures récemment proposés par M. Huchard.

— M. Giraud-Teulon donne lecture d'une *note clinique sur l'hypermétropie.*

— La séance est levée à quatre heures quarante-cinq minutes.

FORMULAIRE

Liniment et pommade contre la vaginite. — Sinéty.

Sous-nitrate de bismuth	6	grammes.
Acide phénique cristallisé	1	—
Glycérine pure	25	—
Eau distillée	100	—

F. s. a. Un liniment avec lequel on imbibe des tampons de ouate, qu'on introduit dans le vagin enflammé. On peut aussi les imbiber de coaltar, ou les couvrir de la pommade suivante :

Acide pyrogallique	10	grammes.
Amidon	15	—
Vaseline	50	—

Mêlez. — Deux pansements au moins par jour, en ayant soin de pousser les tampons jusqu'au fond des culs-de-sac vaginaux. Enlever avec soin l'excès de liniment ou de pommade, qui se répandrait sur la vulve, et produirait à ce niveau des douleurs inutiles.

N. G.

COURRIER

Académie de médecine. — *Eaux minérales.* — Un concours pour deux places de stagiaires aux eaux minérales (Concours Vulfranc-Gerdy) aura lieu au mois de décembre prochain, au siège de l'Académie de médecine. Sont admis à concourir les élèves en médecine qui ont passé au moins les trois premiers examens de doctorat.

Nécrologie. — M. le professeur Robin, sénateur, est mort subitement lundi dernier, dans le département de l'Ain. La haute valeur scientifique de ce maître, l'importance de son œuvre, demandent plus qu'une simple mention nécrologique. Nous reviendrons avec plus de détails sur cet événement imprévu, qui prive la science française d'un de ses éminents représentants.

Société de médecine de Paris. — Séance du 10 octobre 1885. — *Ordre du jour :* 1. Prix Duparcque : Election de cinq membres titulaires pour la constitution du jury. — 2. M. Thorens : Rapport sur les travaux des sociétés correspondantes. — 3. Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg. — 4. M. Gauron : Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde. — 5. Communications diverses.

— Un de nos confrères désire céder plusieurs collections de journaux et publications périodiques de grande valeur qu'il possède.

Parmi ces collections figurent : les *Bulletins de la Société anatomique*, de la *Société de biologie*, de l'*Académie de médecine*, la *Revue des sciences médicales de Hayem*, la *Revue mensuelle de médecine*, le *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, le *Journal de Brown-Séquard*, les *Archives de physiologie*, les *Archives générales de médecine*, les *Archives de tocologie*, les *Annales de gynécologie*, etc.

S'adresser au bureau du journal.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. R. Longuet : Du cœur surmené. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Sociétés médicales des départements. — V. L'Epidémie cholérique de 1885. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Du cœur surmené.

On aurait mauvaise grâce à ne pas reconnaître tout ce que le perfectionnement des procédés de l'auscultation cardiaque, depuis Laënnec et Bouillaud, a apporté de notions positives et de précision satisfaisante dans la connaissance des maladies de l'organe central de la circulation.

Toute une série de phénomènes, complètement inconnus jusque-là, devenait accessible à nos moyens d'investigation ; l'oreille tranchait en un instant les problèmes qui avaient tenu en échec le grand sens clinique et toute la puissance d'induction des médecins du passé.

C'est à tort toutefois que, sacrifiant le cœur dynamique au cœur hydraulique et confondant la lésion avec la maladie, on en est venu peu à peu à réduire toute la pathologie cardiaque à une question de localisation ou de qualité musicale des bruits révélés par l'auscultation, comme un autre abus fut, en étiologie, de tout subordonner au rhumatisme.

On a introduit aujourd'hui de telles subtilités d'interprétation et de nomenclature, on a déployé, dans l'emploi du stéthoscope, une virtuosité si compromettante, qu'on est en passe de nous rendre l'auscultation du cœur impossible. Aussi, par une réaction légitime, l'attention se porte-t-elle en ce moment sur des états cardiopathiques divers dans lesquels les résultats secondaires ou contradictoires de l'auscultation cèdent le pas à l'intérêt d'une étiologie plus compréhensive et de symptômes généraux, causes et effets, le plus souvent émancipés des lésions stéthoscopiques.

Les myocardites, dont nos lecteurs ont été récemment entretenus, sont de ces états-là ; le cœur surmené, dont certaines formes y confinent, est une autre modalité que nous voulons leur présenter aujourd'hui (1).

I

En sa qualité d'organe musculaire, le cœur doit fournir une quantité de travail donnée dans les conditions qui régissent le travail physiologique d'un muscle quelconque, et, si quelque chose doit nous surprendre, c'est que, dans cette activité sans repos ni trêve à laquelle la vie est suspendue, il ne manque pas plus souvent à sa tâche.

Il lui arrive cependant d'y rester inférieur et alors apparaît une série de désordres sur lesquels il importe d'être fixé, depuis les palpitations passagères sans aucune lésion matérielle, qui accompagnent, chez un homme bien portant d'ailleurs, tout effort dépassant la mesure ordinaire, jusqu'aux graves altérations du myocarde et aux phénomènes généraux compromettant l'existence.

(1) Consulter en dehors des travaux cités dans le corps de cette Revue : Du rôle de la fatigue et de l'effort, etc., Spillmann. *Arch. gén. de méd.*, 1876, I, p. 69. — Du cœur forcé. E. Levy : Th. de Nancy, 1875. — De l'asystolie liée à l'hypertrophie du cœur. Bernheim : *Gaz. hebd.*, 1877, p. 680. — Des hypertrophies et des dilatations cardiaques indépendantes des lésions valvulaires. Pitres : Th. d'agrégation, 1878. — Affections cardiaques d'origine non valvulaires. Juhel Renoy : *Arch. gén. de méd.*, 1883, II, p. 74.

©BIU Santé

Le premier degré de l'insuffisance cardiaque est même assez fréquemment observé dans un certain milieu ; c'est en quelque sorte la maladie professionnelle des jeunes soldats appelés du jour au lendemain à fournir un travail soutenu, inusité, composé surtout d'effort statique, dans la contrainte d'une attitude forcée et la gêne d'un vêtement étranger, d'un équipement incommode, dans des conditions d'alimentation qui ont profondément troublé l'équilibre physiologique de leur nutrition, alors qu'elle a encore à pourvoir aux besoins d'une croissance qui n'est pas terminée, étant donnés enfin, pour la plupart, une tension d'esprit et l'état moral aggravant qu'on peut supposer.

Ce ne sont pas tout d'abord des malades à proprement parler : ils se plaignent d'une diminution des forces ; de la fatigue, de l'essoufflement qu'occasionne le moindre effort ; ils sont pâles, les conjonctives décolorées ; ils ne parleront pas spontanément de battements de cœur, et souvent ils ne présenteront pas autre chose, en effet, qu'une impulsion faible de la pointe, des battements lents, sourds, lointains ; mais d'autres sont sujets à de véritables palpitations qui témoignent, soit de l'épuisement du pneumogastrique, soit de l'excitation du sympathique par laquelle le cœur s'efforce de suppléer à l'insuffisance de ses contractions par l'accélération de ses battements.

Le seul remède à un tel malaise est le repos, pendant lequel l'organe surpris s'affermit suffisamment dans son innervation et sa nutrition pour satisfaire aux exigences de la situation ; une gradation méthodique des exercices s'opposera désormais au retour de pareils accidents.

Cependant le résultat n'est pas toujours atteint, et c'est alors qu'apparaissent les graves désordres qu'on rencontre également chez le soldat fait, alors que des circonstances particulières, marches pénibles, insuffisance de l'alimentation, du repos, du sommeil, lui imposent, à un moment donné, une somme de travail dépassant la limite des forces que l'entraînement militaire journalier a mises à sa disposition.

C'est ce qui s'est observé dans la plupart des guerres étrangères de ces dernières années ; c'est ce qu'ont vu Treadwell et Dacosta pendant la guerre de Sécession, Frantzel en Allemagne, après la guerre de 1870, un grand nombre de médecins anglais à la suite des campagnes coloniales. En France, les faits de cette nature ont passé presque complètement inaperçus et c'est même dans le but de combler cette lacune que ce sujet vient d'être proposé pour prix de concours de médecine militaire en 1886.

II

Une armée européenne entre toutes est éprouvée par les maladies de cœur, avec une fréquence qui a été notée de tout temps et a permis de se livrer à une étude approfondie du cœur surmené alors qu'ailleurs on en était encore à en nier ou discuter la notion. En Angleterre, elles viennent au troisième rang, pour les quatre années 1878-81, comme cause de mortalité à l'intérieur (0,75 p. 1,000) ; on compte pendant cette période, deux fois plus de décès de ce chef que par fièvre typhoïde (1). La tuberculose et les maladies des voies respiratoires sont seules à revendiquer des chiffres obituaires supérieurs. Cependant les réformes ont déjà éliminé un grand nombre de cardiaques : 4,5 p. 1,000 environ de l'effectif, c'est-à-dire une proportion

(1) *Army med. Depart. Report.* f. 1882. — 1884, p. 124, 125, et années précédentes.

supérieure à toute affection locale ou générale. Cette mortalité et cette morbidité, qui ont même été dépassées dans certaines années, sont considérablement en excès sur celles de la population civile, déjà si vulnérable.

Les médecins anglais ont incriminé le vêtement : tuniques étroites boutonnées autour du cou, cravates serrées ; l'équipement : le baudrier, le havresac, d'un poids excessif, comprimant la partie supérieure de la poitrine, empêchant l'air d'arriver au poumon. A. Davy a insisté à plusieurs reprises sur l'attitude antiphysiologique que les instructeurs imposent aux jeunes soldats, la tête renversée en arrière, la poitrine bombée, gonflée, en expiration incomplète, ce qui amène une respiration courte, de l'irrégularité dans les mouvements rythmiques du cœur, la stase du sang noir, la distension des cavités, définitivement, l'emphysème et le *cœur irritable*, forcé (1).

L'accélération du pouls dans la marche plus ou moins accélérée, avec ou sans équipement, a été mise en évidence par les expériences de Parkes qui l'a vu monter de 88 à 164, et jusqu'à 194. Cet hygiéniste ne doute pas que la principale cause des maladies du cœur et peut-être des gros vaisseaux ne soit la continuité de l'effort poursuivi dans des conditions désavantageuses. Une commission, nommée il y a quelques années par le ministre de la guerre, pensa introduire un perfectionnement notable par une répartition différente de la charge, en disséminant les accessoires autour de la ceinture en avant et en arrière, et par l'adoption d'un *sac-valise* porté non plus sur les épaules, mais sur les reins, dans l'excavation sacrovertébrale. On est bien parvenu de la sorte à alléger les efforts du soldat de tous ceux qu'il est obligé de faire, dans l'ancien mode de chargement, pour ramener incessamment son centre de gravité dans la verticale au-dessus de la base de sustentation ; mais il ne semble pas que la moyenne des affections cardiaques ait sensiblement baissé à la suite de cette transformation.

D'ailleurs, il faut le dire, la fréquence et la gravité des affections du cœur dans l'armée anglaise ne sont pas à mettre exclusivement au passif de l'entraînement militaire ; d'autres armées où la tenue n'est pas sensiblement plus rationnelle, les exercices moins abusifs, et le service moins exigeant, sont loin de leur payer un égal tribut. Dans l'étiologie du cœur irritable des Anglais, et de toutes ses conséquences, il y a lieu de tenir compte, à côté des causes professionnelles, du rhumatisme, un des éléments permanents de la constitution médicale, de l'alcoolisme et de la syphilis, qui font, dans cette armée, de grands ravages, du tabagisme ; peut-être enfin, d'une prédisposition ethnique. Le plus grand nombre des réformes est, en effet, prononcé dans les deux premières années de service, et nous constatons qu'en 1882, par exemple, les maladies de cœur viennent au troisième rang parmi les causes de refus à l'engagement volontaire. 20,65 p. 1,000 des examinés. La faiblesse de constitution et la myopie sont les seuls chefs sous lesquels on en élimine davantage.

Veale, se livrant à une enquête minutieuse sur les causes des palpitations chez les soldats anglais, a rencontré, sur 189 cas, 26 fois la fièvre paludéenne (2), 22 fois l'intempérance, 21 fois une influence climatique,

(1) *Army med. Dep. Rep.* f. 1877. — *The British med. J.* 1884, II, p. 611.

(2) M. Julié a observé, en 1876, à Lunel, sur un escadron du train, une épidémie de maladies du cœur qui relève vraisemblablement d'une influence palustre. (*Rec. mém. méd. chir. et pharm. milit.*, 1878, p. 79.)

©BIU Santé

18 fois le surmenage dans la marche, 18 fois l'épuisement général, 15 fois l'abus du tabac (1).

III

La lésion la plus fréquemment observée, et sur laquelle il ne saurait y avoir de divergences, est l'hypertrophie cardiaque, précédée d'une phase appréciable ou non de dilatation des ventricules, qui peut d'ailleurs y rester associée d'une manière permanente, se traduisant par des souffles variés.

La pathogénie est des plus simples. Traube a fourni la preuve expérimentale que les contractions musculaires répétées augmentent la pression dans le système aortique; la paroi interne du cœur est soumise à une pression anormale sous laquelle elle cède jusqu'au moment où le muscle, contraint à un travail plus actif (biceps cardiaque) et plus abondamment irrigué par les coronaires, subit une hypertrophie qui survit irrémédiable aux circonstances qui l'avaient provoquée.

L'hypertrophie avec ou sans dilatation, accompagnée d'une augmentation de volume des faisceaux primitifs et des fibres (Foerster) ou de leur multiplication, est la forme de surmènement qui domine dans les lésions complexes auxquelles donnent lieu certaines professions, l'abus de certains exercices, le déploiement de forces dépassant les limites physiologiques. On a cité l'hypertrophie cardiaque des boulangers; Foville observe l'hypertrophie, chez les quatre cinquièmes des aliénés, comme une conséquence de leurs cris incessants. Skey et Hopes prétendent que l'exercice de la rame cause en Angleterre plus de maladies de cœur que le rhumatisme lui-même. Est-il permis de rapprocher de ces faits les remarques de Galien sur la fréquence de l'inflammation du cœur chez les gladiateurs (2)?

La profession militaire a des exigences qui l'assimilent, à un moment donné, aux plus pénibles des professions manuelles.

Après Thurn, qui semble être le premier à avoir signalé, il n'y a pas de bien longues années, l'hypertrophie du cœur chez les soldats à la suite de marches forcées (3), Frantzel publie les observations de 19 soldats ayant fait la campagne de 1870-71, et qui se plaignaient surtout d'une difficulté de la respiration survenue à la suite des fatigues de cette guerre, alors qu'ils s'étaient toujours bien portés jusque-là. Frantzel constate 10 fois l'hypertrophie excentrique du ventricule gauche, 3 fois l'hypertrophie des deux ventricules et 2 fois celle du ventricule droit isolé; enfin, 2 fois la dilatation simple du ventricule gauche et 2 fois celle du ventricule droit. L'abaissement de la température, en refoulant dans la circulation cardio-pulmonaire le sang chassé de la périphérie par les vaisseaux contractés, joue un rôle dans l'étiologie; l'entrave du jeu du diaphragme par l'ajustement du vêtement et le faix de l'équipement en joue un autre. Il y a peut-être une part à faire encore à l'abus des alcooliques et aux émotions violentes. L'auteur attache une grande importance, dans le diagnostic de l'hypertrophie cardiaque, au renforcement du deuxième bruit de la base (4).

(1) D'après *Jahresbericht*, 1884. — 1885, I, 3e p., p. 530.

(2) Voir Coustan : La prématuration militaire et le cœur surmené. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, mai, juin, juillet 1885 — et tirage à part.

(3) *Wiener med. Woch*, 1868, nos 45, 46, 47 et Berlin 1872.

(4) *Virchow's Arch.*, 1873. LVII, p. 215.

Les idées de Frantzel ont encore inspiré dernièrement, en Allemagne, la thèse inaugurale de Otto Hahn, qui traite de l'hypertrophie cardiaque de surmènement sans altération valvulaire ni maladie des reins. Villaret, qui analyse ce travail, en admettant la réalité de l'affection et le bien fondé de l'étiologie invoquée, ne croit cependant pas à sa fréquence, n'en ayant pas rencontré un seul cas authentique dans l'armée allemande en quinze ans de service. La dilatation se manifeste quand la disproportion est décidément insurmontable entre la force musculaire du cœur et l'augmentation de pression, ou si la nutrition générale est défectueuse (1).

L'hypertrophie du cœur a été également observée et signalée par Kelsch, au Val-de-Grâce, soit sur de jeunes soldats épuisés par les fatigues de l'initiation militaire, soit sur d'anciens soldats ayant fait campagne, lésions rapportées, dans l'un et l'autre cas, à la suractivité fonctionnelle de l'organe (2).

L'opinion soutenue dès longtemps par Beau, que les chasseurs à pied fournissent, à cause du pas gymnastique, de plus nombreuses maladies de cœur que les régiments d'infanterie, nous paraît plutôt inspirée de considérations théoriques que déduite de l'observation des faits.

Un récent travail de M. le médecin inspecteur Daga fera beaucoup pour accréditer, en France, une action qui a laissé jusqu'ici trop de médecins indifférents ou réfractaires. M. Daga n'a pas observé, en cinq ans, à l'hôpital militaire de Nancy, moins de 22 cas d'hypertrophie cardiaque dont la majeure partie, sinon la totalité, reconnaît l'étiologie que nous signalons. Il s'agit de jeunes soldats souffrant de palpitations, ne présentant, au point de vue des commémoratifs, ni antécédents héréditaires, ni atteinte de rhumatisme articulaire, ni affection générale, ni alcoolisme, et attribuant leur malaise à l'exercice du cheval, aux fatigues exagérées du service courant, ou des manœuvres de campagne.

Objectivement, on constate de l'augmentation de la matité cardiaque sans frémissement cataire, l'abaissement de la pointe du cœur, un choc énergique et un souffle systolique plus ou moins constant, avec foyer à la pointe ou dans son voisinage. D'ailleurs, aucun phénomène de stase; pas de cyanose, d'œdème. Ces troubles fonctionnels s'atténuaient et semblaient même disparaître complètement sous l'influence du repos et de l'administration de la digitale (3).

Mais le travail le plus considérable, le plus riche d'érudition et de faits personnels est celui qui vient d'être publié par M. le médecin-major Coustan, sous ce titre : *La prématuration militaire et le cœur surmené* (4). M. Coustan relève 19 cas de surmènement cardiaque, en quinze mois, dans une garnison qui ne compte pas 3,000 hommes.

Il observe, à un premier degré, de l'arythmie, des palpitations, des intermittences dans les battements; à un degré de plus, de la dilatation avec hypertrophie, s'accompagnant de souffles valvulaires fugaces qu'il localise le plus souvent à la base, et qu'il rapporte à un élément congestif préparant l'hyperplasie de l'organe.

(1) *Jahresbericht f.*, 1884-1885, I, 3e p., p. 550. (*Ub. die Entstehung idiopath. herzvergr.*, etc.)
(2) Th. de Paris, 1874, — Héricourt.
(3) *Arch. de méd. milit.*, 1885, I, p. 125.
(4) *Loc, cit.*

©BIU Santé

Enfin s'installent les lésions définitives de la myocardite et de l'endocardite, avec souffles permanents, entraînant comme accident ultime l'asystolie.

Nous différerons de quelques instants l'examen des faits de cet ordre pour approfondir le point de vue particulier sous lequel a été envisagée, dans ces derniers temps, la nature de l'hypertrophie cardiaque de l'adolescence (1).

(A suivre.) R. LONGUET.

BIBLIOTHÈQUE

LES BACTÉRIES ET LEUR RÔLE DANS L'ANATOMIE ET L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES DES MALADIES INFECTIEUSES, par A.-V. CORNIL et V. BABÈS. — Paris, Félix Alcan, 1885.

Le parasitisme, qui fut une des idées premières de la médecine, puisqu'on en trouve l'intuition ou l'expression dans les auteurs de tous les temps, s'est formulé de nos jours en un corps de doctrines dont on sait le retentissement et l'influence.

Le microscope, la culture et la coloration des microbes ont établi comme vérités les points suivants : 1° la matière organisée, dans la plupart de ses évolutions, a pour satellites et pour auxiliaires des infiniment petits, répandus à profusion dans la nature ; 2° ces infiniment petits sont plus nombreux, plus actifs, plus indispensables dans les évolutions régressives de la matière organisée, dans les manifestations qui s'écartent du type normal de la vie, dans celles qui ont pour aboutissants la maladie, la mort et enfin le retour au règne inorganique ; 3° certaines maladies semblent résulter toujours de l'action de certains microbes sur l'organisme ; certains microbes, en un mot, semblent franchement spécifiques et *pathogènes*.

Ces données fondamentales de la théorie parasitaire, par la précision inconnue qu'elle promettaient à l'étiologie, à la prophylaxie et à la thérapeutique, ont provoqué un mouvement scientifique dont le bilan révélerait un chiffre énorme de recherches et de publications, disséminées dans les recueils du monde entier. Le but de MM. Cornil et Babès a été de condenser et de coordonner ces immenses matériaux, de mettre à la portée des fervents et des curieux l'inventaire complet des doctrines microbiennes. Ils n'ont rien épargné pour remplir ce programme ; bibliographie, travaux personnels, soins matériels d'exécution ont également préoccupé les auteurs et l'éditeur de cet important ouvrage.

Un gros volume de texte, orné de nombreuses figures, et un atlas de planches coloriées, d'une clarté peu commune, racontent dans tous ses détails l'histoire universelle des microbes. Le volume de texte est divisé en deux parties ; la première, consacrée à la description des schizomycètes, avec l'exposé complet de la technique histologique applicable à leur étude ; la seconde, décrivant les lésions et les maladies imputables aux bactéries chez l'homme et chez les animaux. Cette seconde partie forme comme un traité d'anatomie pathologique bactérienne ; elle devra s'enrichir encore de nombreuses découvertes, la plupart des maladies comportant la présence de microbes dans l'organisme.

Toute substance organique, atteinte dans sa vitalité, devient en effet la proie de ces légions de parasites, dont on a dit avec raison qu'ils sont les maîtres du monde. Le point important pour la médecine, c'est de déterminer avec rigueur ceux qui représentent, non plus un épiphénomène banal, mais la cause essentielle des maladies. Les difficultés de ce problème sont : la profusion des parasites dans les milieux organiques altérés ; la ressemblance de leurs espèces entre elles ; la polymorphie qui fait prendre aux mêmes espèces des aspects différents, suivant le degré de leur développement et le milieu nutritif où elles sont placées ; enfin, les illusions des recherches expérimentales

(1) G. Sée : Compt. rend. Acad. des sc. (*Semaine méd.*, 1885, p. 3.)

sur les animaux, leurs aptitudes morbides créant chez eux une pathologie *à volonté*, d'où beaucoup de conclusions trop hâtivement appliquées à la pathologie humaine.

En veut-on un exemple ? Par l'injection de substances organiques putréfiées, Koch a reconnu six maladies expérimentales nouvelles chez les animaux : la septicémie de la souris avec ses fins bacilles, la septicémie du lapin avec ses grosses bactéries ovoïdes, la pyémie du lapin avec ses fins microbes ronds, la gangrène progressive des souris, etc., etc. !

Ubiquité et polymorphie, telles sont les conditions qui, d'une part, justifient la participation des microbes à tous les actes morbides, et qui, d'autre part, atténuent l'importance de leur rôle comme agents spécifiques des maladies. Avec ces restrictions, l'anatomie pathologique parasitaire n'en est pas moins fondée dès aujourd'hui, et l'ouvrage de MM. Cornil et Babès fixe solidement cette partie de la science.

Mais quand on ferme ce livre après la longue et patiente étude qu'il exige, on se sent terriblement loin du malade et de la maladie, dans leur simple et primitive acception; on reste interdit et troublé par la quantité de choses étranges qu'on a vu défiler devant soi. C'est comme un rêve ou un voyage dans quelque pays merveilleux; le nombre infini de ces petits êtres, leurs déguisements, leurs caprices, leurs méfaits donnent l'impression d'un monde agressif et redoutable; on croit avoir lu le récit d'une invasion, dont les schizomycètes seraient les nouveaux barbares. C'est bien une invasion qui a débordé sur la médecine, et dont le torrent coule encore sous nos yeux, menaçant d'emporter jusqu'aux derniers vestiges de l'antique édifice. Il semble pourtant que ces flots, d'abord impétueux et courroucés, commencent à perdre un peu de leur première violence; on se prend à espérer que le vieux monde médical, un moment ébranlé sur ses bases, va retrouver son calme et reprendre sa marche lente vers le progrès. De l'invasion dont il vient de subir le choc, il restera ce qui reste d'utile et de durable après toutes les invasions : un sang plus jeune infusé aux races anciennes, une rénovation de l'esprit et des coutumes, et enfin, çà et là, sur le territoire pacifié, des colonies prospères, où l'on reconnaîtra plus tard les descendants directs des envahisseurs, acclimatés et acceptés au milieu des premiers occupants.

Ainsi s'est établi dans l'histoire l'équilibre entre conquérants et vaincus; ainsi s'établira en médecine l'accord entre la tradition et les doctrines modernes; à celles-ci, la part restera toujours assez belle et la place assez grande pour qu'elles puissent se montrer tolérantes et faire bon ménage avec les représentants du passé.

LUBANSKI.

SUR L'HAMAMELIS VIRGINICA, par M. CAMPARDON. — Paris, 1885. O. Doin.

Cette brochure reproduit le travail dont l'auteur donnait naguère lecture devant la Société de thérapeutique. C'est un hommage rendu aux propriétés décongestionnantes de ce végétal et une tentative de vulgarisation de son emploi dans la médecine française. M. Campardon en recommande l'usage contre les troubles mécaniques de la circulation : tension artérielle, état fébrile, hémorrhagies, dilatations variqueuses, congestions. Son action étant déprimante, il la redoute dans les cas d'anémie et de lésions valvulo-aortiques. La teinture est la forme pharmaceutique qu'il préfère et qu'il administre à la dose répétée de 5 gouttes. Ce savant mémoire est un utile document dont on tiendra compte dans l'histoire thérapeutique de l'hamamelis; histoire d'ailleurs encore incomplète, comme nos lecteurs ont pu le voir l'année dernière dans un article paru dans l'*Union médicale* du mois de mars 1884. — C. E.

PEUT-ON DIAGNOSTIQUER LA MORT PAR SUBMERSION? par M. le docteur Henri BOUGIER. Delahaye et Lecrosnier, 1885.

Ce mémoire inaugural a été préparé dans le laboratoire de médecine légale, et a pour objet une question qui a toujours été discutée entre les plus autorisés des médecins légistes.

Cette question revient à se demander si on peut exactement affirmer qu'un individu a été jeté mort ou vivant dans l'eau? Pour la résoudre, M. Bougier a pratiqué des autopsies de noyés, immergé des cadavres dans l'eau fuschinée et jeté expérimentale-

©BIU Santé

ment des chiens dans des bains, essayant de reproduire les péripéties d'un suicide par submersion.

De là des conclusions affirmatives sur le diagnostic de la mort des submergés à l'état frais, même en supprimant l'un des signes, tel que la présence du liquide dans l'oreille moyenne, et la disparition ou bien l'absence de mousse dans la bouche.

Par contre, pendant la putréfaction, ce diagnostic devient incertain. Quand la putréfaction a débuté par les parties supérieures du corps, les présomptions sont motivées par la transsudation d'un liquide rougeâtre dans les plèvres et dans les oreilles moyennes. Au reste, tout en rendant justice à l'incontestable valeur de ces recherches et aux réels mérites de ce mémoire inaugural, il faut se rappeler que, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, M. Lacassagne a nettement démontré que la putréfaction des noyés vivants et celle des cadavres immergés est différente. Comme chez les poissons, leur putréfaction débute par la tête est le cou; de sorte que le savant professeur de la Faculté de Lyon trouve dans ces différences les bases d'un diagnostic médico-légal.

C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

De l'emploi des solutions concentrées de purgatifs salins cathartiques dans les effusions cavitaires et dans l'hydropisie. (*Journal of the American medical Association*, 28 mars 1885.) — L'*Union médicale* a déjà eu l'occasion de parler de la nouvelle méthode proposée par l'éminent professeur Mathew Hay, de la Faculté d'Aberdeen (Écosse), et appliquée par lui avec succès dans le traitement des différentes effusions séreuses cavitaires et dans l'hydropisie; méthode basée sur l'administration des solutions concentrées de purgatifs salins (1), et dont le but et le résultat est de soutirer rapidement à la masse du sang une très grande quantité de sérum et de déterminer, ou tout au moins de précipiter la résorption des épanchements séreux pathologiques; que la cavité intéressée soit celle de la plèvre, celle du péritoine ou celle des mailles du tissu conjonctif. Théoriquement, nous pourrions dire aussi celle d'une bourse séreuse ou d'une articulation. Il est rationnel, en effet, de penser que le premier résultat de la soustraction rapide et soudaine d'une grande quantité d'eau, hors de la masse du sang, soit la reprise par voie d'endosmose d'une égale quantité de liquide séreux passant des interstices organiques dans les absorbants et dans les racines du système de la circulation de retour. Plus la spoliation est grande, plus la restitution doit être active, et il est naturel de penser que cette restitution doit être plus rapide dans les régions où, par suite des modifications pathologiques intervenues dans la circulation locale, il y a pour ainsi dire pléthore séreuse.

Cette conception n'est pas une simple vue de l'esprit. Outre qu'elle est en parfaite concordance avec ce que nous savons des lois qui régissent les phénomènes d'osmose et de dialyse, elle a pour elle la consécration des faits qui constituent, comme disait le logicien Cournot, *la démonstration des démonstrations*.

Si cette théorie est rationnellement vraie pour tous les épanchements, on doit, comme de juste, s'attendre à voir son application produire des résultats d'autant plus appréciables que la cavité où siège l'effusion offre au travail de résorption une surface plus grande et une circulation plus active, aussi est-ce surtout au traitement de l'ascite ou de l'anasarque que le jeune et distingué professeur d'Aberdeen a d'abord appliqué sa méthode nouvelle.

Dans le mémoire que l'auteur a publié à ce sujet dès 1883, il insiste surtout sur l'efficacité de cette manœuvre dans les cas d'anasarque, et cite particulièrement, au milieu de plusieurs autres, le succès inespéré qu'il en a obtenu chez un cardiaque hydropique qui semblait arrivé à toute extrémité par suite du développement extraordinaire de son ascite et d'une anasarque généralisée qui plongeait le malade dans un état de dyspnée, de souffrance, de prostration et de cachexie déplorable.

(1) Voir l'*Union médicale*, 1884.

Les poumons étaient le siège d'un œdème que ne rendaient que trop manifeste l'intensité de l'orthopnée et l'abondance des râles sous-crépitants, fins et sibilants, disséminés dans toute la poitrine. Le malade avait épuisé la série des stimulants cardiaques et rénaux; on l'avait purgé et repurgé à maintes reprises; il semblait irrévocablement perdu.

Le professeur Hay ordonna de ne lui faire prendre, pendant la nuit, aucune nourriture ni boisson en vue de débarrasser, autant que possible, le canal alimentaire de toutes sécrétions et à permettre aux sels purgatifs de développer à sa surface toute leur énergie.

Le lendemain matin, le malade prit 3 onces anglaises (96 grammes) de sulfate de magnésie dissous dans la valeur seulement de deux cuillerées à bouche d'eau chaude. Défense expresse de prendre aucun autre liquide ensuite.

Le résultat de cette médication héroïque fut des plus satisfaisants. Les effets cathartiques du purgatif commencèrent à se manifester moins d'une heure après son administration, et, dans l'espace de quelques heures, des évacuations répétées eurent lieu avec tant d'impétuosité et d'abondance qu'il semblait, dit l'auteur, que toute l'eau qui infiltrait ses organes jaillissait hors de son corps.

En même temps, les urines furent rendues avec une abondance inaccoutumée.

L'auteur ne voit pas là seulement le résultat d'une simple soustraction, hors du sang et des tissus, de l'eau nécessaire à la dissolution ordinaire du sel purgatif dans la cavité de l'intestin. Cette spoliation aiguë, soudaine, de tant de liquide séreux, repris par la masse du sang rapidement concentrée, avait provoqué, selon lui, vers ce sang, un mouvement des liquides épanchés dans l'interstice des organes, mouvement qui se continuait pendant plusieurs heures, alors que l'action directe du purgatif avait cessé et que la quantité d'eau de composition normale du sang avait été restituée. De cet ébranlement profond de l'organisme, il résulta une reprise presque complète des liquides épanchés. En fait, l'amélioration qui suivit fut des plus marquées; elle se compléta ultérieurement sous l'influence de l'administration des solutions salines concentrées données de loin en loin. Le malade fut, pour cette fois, sauvé. Les conditions de succès par ce traitement résident dans l'abstinence, aussi complète que possible, de nourriture et de liquides quelque temps avant la prise à haute dose du sel purgatif, dissous dans la quantité d'eau la plus petite possible. En raison de sa grande solubilité, l'auteur recommande spécialement le sel d'Epsom.

Tout en la complétant, nous ne serions pas revenu ici sur cette communication, si le docteur Eggleston n'avait récemment communiqué au *Journal de l'Association américaine des sciences médicales* les détails d'un cas, appartenant à sa pratique personnelle, dans lequel la méthode de Mathew Hay donna les meilleurs résultats. Ici, il s'agit d'un épanchement pleurétique abondant chez un homme. L'état d'abattement du malade, l'abondance de l'effusion, l'intensité croissante de la dyspnée indiquaient impérieusement la ponction. Mais le malade, pusillanime, refusait absolument l'opération. Que faire? Se souvenant du mémoire de Mathew Hay, sur les bons effets de l'administration des cathartiques salins en solution concentrée, le docteur Eggleston ordonna à son malade de s'abstenir, pendant au moins douze heures, de prendre aucune nourriture ni aucun liquide; puis il donna, le lendemain, 3 onces de sulfate de magnésie dissoutes dans moins d'un demi-verre d'eau chaude.

L'effet du purgatif fut prompt; moins d'une heure après son ingestion, et pendant les heures qui suivirent, il y eut huit évacuations aqueuses très abondantes dont le résultat fut une diminution très marquée dans la quantité de l'épanchement.

Le lendemain, le malade prit, dans les mêmes conditions, une nouvelle dose de 3 onces de sulfate de magnésie à la suite de laquelle il y eut un nouvel abaissement de la ligne de matité. Le lendemain, on donna 20 gouttes d'extrait fluide de jaborandi qui produisirent une abondante transpiration. Au bout de trois jours, l'épanchement avait à peu près disparu, les poumons avaient repris leur fonctionnement normal et la dyspnée avait cessé avec tous les autres symptômes. Le malade, revu plusieurs mois après, n'avait eu aucune récidive de son épanchement.

Il est certain que cette méthode mérite d'être mise à l'épreuve et à profit. La seule

©BIU Santé

difficulté est de faire accepter au malade et à son estomac une solution saline aussi concentrée et, partant, aussi désagréable. Parmi les purgatifs salins auxquels, le cas échéant, nous donnerions la préférence, le nouveau venu, le sulfo-vinate de soude, nous paraît réunir au plus haut degré toutes les qualités requises.

Il est puissant, même à petite dose (20 grammes et moins), exceptionnellement soluble dans une petite quantité d'eau chaude. Grâce à sa fadeur, il est acceptable même en solutions concentrées, surtout si on a soin de sucrer légèrement et d'aciduler avec du jus de citron en quantité suffisante; enfin, il n'expose pas, autant que le sulfate de soude, le tartrate de potasse, le citrate ou le sulfate de magnésie, aux dangers qui résultent de l'irritation locale que le contact direct de ces solutions concentrées ne saurait manquer de provoquer dans les voies digestives supérieures. — L. Dn.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1885.

C'est encore la cocaïne qui, le 10 avril, obtenait les honneurs de la Société médicale bordelaise dans la personne de M. G. Martin, et dans sa lecture sur les *applications diverses de la cocaïne en ophthalmologie*. Il est vrai que cet ophthalmologiste distingué met une sourdine aux louanges que, d'habitude, on décerne à ce médicament nouveau. Il ne croit pas la cocaïne indiquée dans toutes les opérations de cataracte et la proscrit même quand les cataractes sont accompagnées de ramollissement du corps vitré. M. Badal ne partage pas cette opinion, car il accorde à la cocaïne la propriété de diminuer la tension oculaire,

M. Martin a aussi fait connaître l'histoire clinique d'un *mélano-sarcome de la choroïde;* néoplasme pour lequel il a pratiqué avec succès l'énucléation de l'œil. Au reste, ces deux lectures ne sont pas les seules que les ophthalmologistes de Bordeaux ont fait entendre à leurs collègues. M. Badal a soulevé aussi un important débat par la présentation d'un malade atteint d'un *chancre de la paupière inférieure*. Le diagnostic du chancre palpébral est, en effet, assez difficile à établir. Le débat scientifique que cette présentation a provoqué montre une fois de plus ses ressemblances dans cette région avec les plaques muqueuses d'aspect bombé, diphthéroïde, luisant et aux contours empâtés.

Si ces accidents spécifiques sont de diagnostic obscur, il en est de même des localisations de la syphilis sur les centres nerveux. Malgré les récents travaux du professeur A. Fournier, on le voit par le débat soulevé par M. Regis, sous la dénomination très modeste de *note sur un cas de paralysie générale à l'âge de 17 ans*.

Les accidents débutèrent, il y a quatre ans, par du ptosis de la paupière supérieure, de l'affaiblissement intellectuel et des signes indéniables de paralysie générale. M. Regis explora avec soin ses antécédents et reconnut que ce jeune homme avait été allaité par une nourrice syphilitique. Le traitement spécifique échoua cependant, mais cette impuissance ne peut infirmer le diagnostic, puisque, selon la remarque de M. Regis, il est souvent sans efficacité chez les paralytiques généraux plus âgés. Notons dans la discussion une originale remarque de l'auteur : « S'il existe, a-t-il dit, une cause de para-« lysie générale, c'est évidemment l'excès de civilisation; la syphilis, l'alcoolisme, le « travail intellectuel, etc., entrant pour des unités dans l'ensemble de ces causes pré-« disposantes. »

Un autre mémoire très étudié avait pour auteurs MM. Arnozan et Dudon, et pour objet l'*occlusion intestinale*. L'obstacle intestinal durait depuis longtemps et on avait inutilement employé tous les moyens classiques. M. Arnozan essaya, sans succès, le lavage stomacal et eut recours à l'habileté chirurgicale de M. Dudon, qui pratiqua une laparotomie, non pas de propos délibéré, mais par nécessité.

En effet, au moment de créer l'anus iliaque, il se trouva en présence d'une péritonite avec exsudat purulent. La malade mourut dans la nuit qui suivit l'opération, et, à l'au-

topsie, on reconnut l'existence d'un rétrécissement annulaire du gros intestin un peu au-dessus de l'S iliaque. Ce fait, conclut M. Dudon, prouve que, « dans les lésions an-« ciennes, dans les obstructions de longue date, quand le diagnostic anatomique « manque, la laparotomie court de grandes chances de rester impuissante, le chirurgien « ne pouvant lever l'obstacle ou réparer comme il conviendrait les désordres subis par « l'intestin. »

C'est une observation de *scarlatine chez une femme en couches* que lisait M. Troquart. Cette scarlatine était irrégulière plutôt que fruste, et sa terminaison fatale confirmait une fois de plus l'opinion de Trousseau et celle de M. Siredey, relativement à la gravité de cette complication. Cette opinion n'est pas celle de M. Hirigoyen, pour qui la scarlatine survenant « à la suite de l'accouchement est loin d'avoir la gravité qu'on lui « attribue trop souvent. »

Parmi les autres travaux du trimestre, notons encore la présentation, par M. Durand, d'*une tumeur de la main chez un enfant*; une observation, de M. Vitrac (de Libourne), sur un cas de *tétanos a frigore;* la communication de M. Mandillon, sous le titre de : *Kyste de la bourse séreuse de Boyer* et, enfin, la très importante note, de M. Segay, sur l'*amputation de la jambe par le procédé à lambeau externe par dissection, et sur la méthode par dissection appliquée aux amputations en général.* — C. L. D.

L'Epidémie cholérique de 1885.

France. — Si, à Marseille et à Toulon, la période épidémique paraît close, il ne faut pas en conclure que le choléra a définitivement abandonné la Provence. De ci et de là, sur le littoral méditerranéen, on signale des cas, en particulier à Nice, où du 2 au 9 octobre, on a constaté une dizaine de décès.

Il en est de même sur la frontière occidentale des Pyrénées ; mais la plupart des décès sont ceux de voyageurs venant d'Espagne. A Béhobie, cependant, la répétition des décès y faisait craindre la formation d'un foyer dans les premiers jours de la semaine.

Dans l'Ariège, on aurait observé des décès dans plusieurs localités et, de plus, à l'asile des aliénés de Saint-Lizier, une succession de cas suspets parmi les malades de l'établissement.

Enfin, dans le milieu parisien, et notamment à Aubervilliers, on signale quelques cas suspects et deux décès. Ce sont là des accidents isolés et, il faut l'espérer, sans importance.

En Espagne, le nombre des décès varie chaque jour entre 180 et 200, et celui des invasions entre 400 et 450. L'atténuation de l'épidémie persiste donc.

Par contre, en Italie, elle s'est généralisée dans toutes les provinces, frappant toujours de préférence celles de Ferrare et de Massa. A Palerme et dans l'île de Sicile, les décès quotidiens qui, il y a quelques jours, paraissaient moins nombreux, se sont élevés de nouveau et atteignent, le 2 octobre et les jours suivants, les chiffres de 97, 113, 130, 132, 156 et 160.

L'épidémie de 1885 a donc, à son déclin comme à son début, la même tendance à s'étendre en surface. Il semble donc à redouter qu'en l'absence de mesures de sévère vigilance, elle ne persiste pendant encore quelque temps et ne s'acclimate même sur le littoral de la Méditerranée durant une partie de l'hiver.

On est d'autant mieux fondé à craindre cette éventualité que le choléra fait des victimes, dans tout le bassin de cette mer, à la fois sur le rivage européen et sur la côte africaine. En Algérie, en effet, on continue d'observer des cas dans la province d'Oran.

En Orient, le choléra éprouve encore le corps expéditionnaire du Tonkin. En outre, on note que, sur les bords du Gange, il est en recrudescence par rapport aux épidémies des années précédentes. — C. L. D.

©BIU Santé

FORMULAIRE

DES INJECTIONS D'EAU CHAUDE DANS LA BLENNORRHAGIE. — Curtis.

Un seau d'étain, au-dessous duquel se trouve une lampe, est suspendu au plafond ; un tube de gomme, muni d'un robinet, part du seau et peut être adapté à un cathéter anglais flexible n° 8. L'eau du seau étant chauffée à une température convenable, on introduit le cathéter à un pouce de la prostate ; on y adapte le tube de gomme, et on fait passer le courant. Lorsque l'eau est assez chaude pour que l'urèthre puisse à peine la supporter, on éteint la lampe, et on continue l'irrigation à cette température, de manière à faire passer plusieurs litres d'eau dans le canal. — Cela fait, on pousse une injection astringente et chaude, préparée avec : acide tannique et iodoforme, âà 2 gr. 50 cent. ; glycérine, 30 grammes ; eau distillée, 90 grammes ; puis on retire le cathéter. — On recommence au bout de 12 ou de 24 heures suivant les cas. — Ces injections ont pour effet, selon l'auteur, de changer immédiatement la nature de l'écoulement blennorrhagique, et d'en abréger la durée des deux tiers au moins. — N. G.

COURRIER

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Un bruit fort grave, et auquel nous ne croyons pas, court depuis deux jours dans les hôpitaux. Un certain nombre de candidats à l'internat auraient été informés, avant la composition écrite, d'une des questions qui devaient être mises dans l'urne ; et cette question est précisément celle qui est tombée au sort. On nous dit même qu'un interne des hôpitaux, chef de conférence, aurait été en avertir le directeur général et réclamer de lui une enquête.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le registre des inscriptions du premier trimestre de l'année scolaire 1885-1886, sera ouvert le jeudi 15 octobre 1885. Il sera clos le samedi 21 novembre, 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 et de deuxième année de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23, samedi 24, mercredi 28, jeudi 29, vendredi 30 octobre, et les mercredi 4, jeudi 5 et vendredi 6 novembre.

La neuvième inscription de doctorat sera délivrée aux mêmes jours.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les jeudi 12, vendredi 13, mercredi 18, jeudi 19, vendredi 20 et samedi 21 novembre.

MM. les étudiants sont tenus 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 leurs inscriptions.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Tayon, professeur de zootechnie à l'École nationale d'agriculture de Montpellier, décédé ces jours derniers à l'âge de trente-deux ans.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Gaëtan Delaunay, décédé à Paris le 2 octobre 1885, à l'âge de trente-huit ans. Notre regretté confrère était depuis longtemps attaché comme rédacteur scientifique à la *République française*.

Dyspepsies. — Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez. — Exp. de MM. Archambault, Gubler, etc. (*Envoi franco échantillons*).

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. R. Longuet : Du cœur surmené. — II. J. Dubrisay : De certaines perturbations fonctionnelles au début des affections organiques de l'estomac. — III. Bibliothèque. — IV. Revue des Journaux. — V. Sociétés médicales des départements. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Du cœur surmené (1).

IV

Il résulte des recherches de Bizot et de Benecke, qu'il n'y a pas un parallélisme exact, dans le travail de la croissance, entre le développement du cœur et le développement des autres organes. De 7 à 15 ans, le volume du muscle cardiaque reste presque stationnaire; tandis que, de 15 à 20 ans, une nutrition énergique s'empare de sa fibre et lui fait acquérir dans le cours de la vingtième année ses dimensions à peu près définitives. Dans une première phase, le cœur est donc en retard sur la croissance générale, qu'il devance dans une seconde phase, puisqu'elle est loin d'être terminée à 20 ans. On peut dire, avec le professeur G. Sée, que le cœur d'un jeune homme de cet âge est, pour ainsi dire, hypertrophié normalement, puisqu'il a, dès ce moment, atteint un volume lui permettant de suffire à l'irrigation d'un organisme dont le poids et la masse s'accentuent encore. De l'hypertrophie physiologique à l'hypertrophie pathologique, il n'y a qu'un pas, franchi bientôt sous la poussée des causes occasionnelles banales.

Cette hypertrophie a pour caractères objectifs l'exagération de la matité cardiaque, l'abaissement de la pointe, un souffle systolique de la pointe, d'un caractère rugueux, l'arythmie. Cliniquement, l'hypertrophie de croissance, quelquefois silencieuse, revêt trois types fonctionnels distincts; elle se révèle par des palpitations, plus fréquentes dans la dilatation que l'hypertrophie pure : *type tachycardique*; par la dyspnée, permanente ou à l'occasion d'exercices prolongés et violents : *type dyspnéique*; enfin par une céphalée frontale dont on n'avait pas soupçonné jusqu'alors les rapports précis de causalité avec l'accroissement physiologique du cœur : *type céphalalgique*.

L'hypertrophie des adolescents est essentiellement curable ; on doit attendre cette guérison du progrès de l'âge et de l'achèvement de la croissance : la digitale, la convallarine, l'iodure de potassium sont les adjuvants de cette solution naturelle. Loin de voir une contre-indication dans l'exercice corporel, même violent, dans les efforts de l'entraînement physique, la physiologie pathologique du cœur de l'adolescent, qui n'a rien à redouter, dans l'élan de sa nutrition, de l'emploi de ses forces exagérées, en fait même un élément de la cure; aussi ne doit-on pas hésiter à ouvrir, à de tels malades, les rangs de l'armée.

Cette dernière conclusion, sur laquelle MM. Larrey, Vulpian, Daga ont formulé de justes réserves, achève de nous convaincre que les faits dont parle M. G. Sée, ne sont pas, pour la plupart, de même ordre que ceux qui nous occupent. Sans aller jusqu'à qualifier d'hypothétique, avec M. Peter, l'hypertrophie de croissance, nous devons dire qu'elle ne suffit point à rendre compte, avec son caractère provisoire et le paradoxe de sa thérapeutique hygiénique, de la grande majorité des cas soumis à notre observation, des lésions constituées et presque toujours définitives qu'ils nous pré-

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

©BIU Santé

sentent, de l'impuissance fonctionnelle qui en résulte, enfin de l'incapacité militaire absolue qu'elles comportent. Il y a cependant à tenir grand compte du moment étiologique introduit par M. G. Sée, au milieu des éléments complexes de perturbation de l'équilibre physiologique chez le jeune soldat.

V

L'hypertrophie est donc la modalité clinique la plus fréquente et la mieux démontrée du cœur surmené. L'hypertrophie, dit Pitres, est le résultat d'un acte de réparation; c'est une manifestation de la tendance générale de l'économie au rétablissement de l'équilibre fonctionnel. On est beaucoup moins fixé sur la nature intime de l'altération du cœur chez les individus dont la nutrition générale en souffrance ne permet point d'atteindre ce stade de compensation fonctionnelle qui, si souvent, dépasse les besoins. Cette lésion, d'ailleurs, n'est pas univoque; elle est commandée, dans sa complexité et suivant une loi qui nous échappe, par les conditions particulières de l'état dyscrasique ou dystrophique du patient.

La dilatation, au lieu d'être une phase préparatoire de l'hypertrophie, peut n'être pas dépassé ou ne cesser de dominer la scène, comme chez les mineurs de Cornouailles (Peacock) où on la rencontre associée à l'insuffisance mitrale, conséquence d'un travail pénible au sortir duquel il leur faut encore grimper aux échelles pendant une heure pour quitter les fosses; comme dans la population industrielle observée par Albutt; comme chez les malheureux bucherons de Tubingue (Mützinger), qui gravissent les montagnes du pays en portant de lourds fardeaux; comme chez les soldats épuisés par la diarrhée et la fièvre (Da Costa), etc.

La dégénérescence graisseuse du myocarde est une autre éventualité anatomique du cœur surmené, d'après certains auteurs : Seitz, Curschmann, etc. (1); elle serait due à l'accumulation d'acide sarcolactique et d'acide carbonique, agents stéatogènes dont l'élimination est incomplète ou retardée.

Y a-t-il une place à faire, dans ces altérations mal précisées, à un élément congestif que M. Coustan fait figurer dans les préliminaires de l'hypertrophie? Quelle part accorder à l'atrophie cardiaque avec diminution de volume des fibres du cœur (Foerster), à la désintégration des fibres musculaires (Renaut et Landouzy, Colrat et Chalot), à la sclérose du myocarde (Juhel Renoy), à l'endartérite (H. Martin)? Ici on n'est pas mieux fixé, en sommes, que sur les lésions ultimes des cachexies cardiaques de l'asystolie vulgaire. En englobant sous le terme impropre, mais accepté, de myocardites, les différentes formes anatomiques si controversées du cœur surmené en dehors de l'hypertrophie et de la dilatation simples, il nous reste à faire connaître un dernier aspect clinique de l'affection sur lequel MM. Revilliod et Peter ont insisté dans ces derniers temps (2).

VI

A un premier degré, le malade, ressentant une lassitude générale qui ne

(1) Da Costa : *The American J. of Med. sc.*, 1870, p. 17; — Seitz : *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1873, XI, p. 485-543 et 1874, p. 143 et 297; — Curschmann : *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1874, p. 193, 212; — Zunker : *Berl. klin. Woch.*, 1877, p. 225 et 244.

(2) Peter : *Traité des maladies du cœur*, 1883, p. 173. — Revilliod : *La fatigue*, Lausanne, 1880.

va même pas jusqu'à la courbature fébrile, éprouve une assez vive douleur, spontanément ou à la pression, de toute la région précordiale, avec prédominance à la pointe, et qu'on serait tenté de rapporter à une névralgie intercostale. Les paupières sont gonflées, les malléoles œdématiées ; on constate de l'albuminurie. Le cœur est arythmique; le premier bruit est dédoublé. Tel est le cas d'un jeune homme de 17 ans, qui traîne plusieurs heures par jour une lourde charrette. On doit conclure à une myocardite commençante.

Dans un second ordre de faits, on constate de la fièvre, des phénomènes pulmonaires. Ce cas est présenté à Revilliod par un misérable journalier, porteur de bois pour le moment, probablement adonné à l'alcool : Léger souffle systolique, puis bruit de galop; pouls à 140; température à 39°2. Bouffissure de la face et du tronc, albuminurie. Dyspnée, râles disséminés dans les poumons. Plusieurs récidives; dans l'une d'elles, état typhoïde durant trois semaines.

A un degré de plus, on est en présence d'un état typhique d'emblée; le choc du cœur est à peine appréciable, le pouls misérable. Les bruits cardiaques ne s'entendent qu'à l'épigastre; la mort a lieu dans l'adynamie. A l'autopsie d'un chiffonnier surmené de 52 ans, dont l'observation a présenté ces grands traits, Révilliod trouve une myocardite généralisée, plus prononcée à la pointe où il existe des thrombus multiples; il y a en même temps des infarctus hémorrhagiques du poumon.

Enfin les lésions sont celles d'une myocardite aiguë suppurée. Cas de Féréol : abcès miliaires nombreux du cœur; myocardite parenchymateuse et myocardite interstitielle.

Les faits de cette nature sont rares. Dans une observation déjà ancienne d'Abeille, dont le sujet est un jeune soldat extrêmement fatigué par l'exercice du cheval, qui mourut au milieu d'accidents fébriles, présentant de la dyspnée, de la toux avec crachats hémoptoïques, un bruit de souffle au deuxième temps; l'autopsie signale un abcès du volume d'un gros œuf de pigeon développé dans le tissu charnu du cœur; au sommet du ventricule droit, hypertrophié comme tout l'organe (poids : 820 grammes), en même temps que des concrétions polypiformes des cavités tournant à la purulence (amas de leucocytes?) (1).

Longet a publié récemment une observation d'endocardite végétante, à forme typhoïde et infectieuse, chez un soldat fatigué par une route, et il pense que les formes graves de l'endocardite sont à ajouter aux conséquences possibles du surmenage dans l'armée (2). Un malade analogue de M. Coustan, mort avec des symptômes d'endocardite infectieuse, présentait, avec de l'hypertrophie, de nombreux infarctus hémorrhagiques de la surface du cœur, sans lésion de l'endocarde et sans que l'examen histologique ait révélé d'altération profonde des fibres striées.

Rappelons encore que la myocardite aiguë joue un grand rôle dans certaines formes d'insolation, depuis les travaux d'Obernier, Claude Bernard, Vallin, etc..., à côté de la sidération nerveuse du cœur, comme causes d'accidents mortels. Certains auteurs ont même une tendance à lui subordonner la plupart des symptômes et des lésions qui se manifestent dans le coup de chaleur, opinion excessive, selon nous.

(1) *Recueil de mém. de méd. milit.*, 1848, p. 149.
(2) *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1885; I, p. 398.

SBIU Santé

Pour être complet, il faut envisager la possibilité de ruptures des valvules du cœur à la suite d'efforts considérables et prolongés, comme Thomas Oliver en citait tout dernièrement un nouvel exemple. C'est un soldat anglais qui, dans la guerre de l'Afghanistan, eut à traverser sous le feu de l'ennemi un cours d'eau profond, puis à gravir une pente assez raide, le fusil à la main, la charge ordinaire sur le dos; il ressentit tout à coup une douleur aiguë dans la poitrine, comme s'il s'était rompu quelque chose; sans cesse arrêté dans son service depuis ce moment, il mourait moins de deux ans après, présentant à l'autopsie une rupture d'une des valvules sigmoïdes de l'aorte (1). Un des derniers numéros de la *Gazette des hôpitaux* donne l'observation d'un malade chez lequel, en soulevant une lourde poutre, il se produisit également une rupture d'une valvule aortique (2).

Thurn a enfin admis que le surmenage pouvait provoquer des accès d'angine de poitrine d'origine vaso-motrice (3), et Brœmer signale l'hypoplasie du cœur dans le jeune âge comme cause de phthisie (4).

R. LONGUET.

De certaines perturbations fonctionnelles au début des affections organiques de l'estomac.

(Communication faite à la Société de médecine de Paris dans sa séance du 11 juillet 1885)

Par M. le docteur J. DUBRISAY.

Messieurs, j'ai pensé qu'il serait intéressant pour nous de connaître l'histoire d'un malade sur lequel ont été successivement portés les diagnostics de dyspepsie, diabète sucré, et enfin carcinome de l'estomac. Je dois dire que ce dernier diagnostic n'est aujourd'hui que trop confirmé et que le malade en est à la période de cachexie cancéreuse :

Jusqu'au mois de janvier 1885, M. X..., âgé de 68 ans, avait toujours joui de la plus robuste santé. D'une constitution vigoureuse, d'une intelligence au-dessus de la moyenne, M. X... avait mené une existence aussi active au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel. Il observait d'ailleurs les règles générales d'une hygiène rationnelle. Sur un seul point, il dépassait la mesure; il fumait d'une manière exagérée, de douze à quinze cigares et autant de pipes par jour.

Au mois de janvier 1885, à la fin d'un dîner très ordinaire, fait en famille, M. X... éprouva une première indisposition. Assis au milieu de ses enfants, il fut pris d'un vertige tellement intense que chaises, table, personnes semblaient tourner autour de lui, et, pour ne pas tomber, il dut se retenir d'une main à la table et de l'autre à la chaise.

Cette indisposition dura un quart d'heure et n'eut pas de suites immédiates. La digestion ne fut pas troublée et la nuit suivante fut bonne.

Le lendemain et les jours suivants, les étourdissements se reproduisirent, surtout à la suite des repas; je fus appelé près de M. X...

Un examen minutieux de tous ses organes et de leurs fonctions appela mon attention sur les trois points suivants :

1° Les vertiges déjà signalés;

(1) *The Lancet*, 1885, II, n° 5.
(2) *Gaz. des hôpit.*, 1885, 1er août, p. 697.
(3) *Deut. milit. artz. Zeit.*, 1875, VI, p. 289.
(4) *Die œtiolog. d. Chron. Lungenschw*, Berlin, 1885.

2° Un ralentissement des fonctions digestives caractérisé par une inappétence très accusée et de la constipation;

3° Un état athéromateux du système artériel révélé par un bruit de souffle intense à l'origine de l'aorte et par une résistance à la pression digitale présentée par les artères des membres. Le malade n'éprouvait d'ailleurs aucun essoufflement.

Les urines ne contenaient ni sucre, ni albumine.

Je diagnostiquai un état dyspeptique et fis une large part (au moins pour l'inappétence) à l'influence de la nicotine; mais, en présence des conditions satisfaisantes de la nutrition générale, je ne songeai nullement à l'existence d'une maladie organique des voies digestives.

Je passai plusieurs mois sans revoir mon client, qui n'était pas un sujet facile à traiter. Il croyait peu à la médecine, surtout à celle qui lui prescrivait de restreindre l'usage du tabac, et il prétendit qu'il se guérirait lui-même.

Au mois d'août, ses vertiges persistant toujours, devenant même de plus en plus fréquents, l'appétit étant toujours absent et remplacé même par de la répugnance pour les aliments, M. X... se laissa conduire par un de ses fils chez un médecin fort instruit, qui, sur l'examen des urines, diagnostiqua un diabète sucré. Il y avait, en effet, 14 grammes de glycose par litre d'urine et à peu près deux litres d'urine par vingt-quatre heures, sans la moindre augmentation de soif; il y avait de l'amaigrissement et une notable perte de forces. Le traitement par la méthode de Bouchardat fut prescrit et suivi pendant à peu près quinze jours.

Un nouvel examen des urines ne révéla plus que des quantité minimes de sucre et 2 grammes d'albumine. Mais M. X... se sentait de jour en jour plus faible, il avait encore maigri, les vertiges étaient toujours aussi intenses et aussi fréquents; il renonça à toute espèce de traitement et s'en alla à la campagne. Je dirai tout de suite que les examens des urines, répétés depuis lors à diverses reprises, n'ont plus jamais signalé la présence d'une quantité dosable de sucre ni d'albumine. Le seul renseignement à tirer de ces examens a été la diminution de la quantité d'urée tombée à 10 et 12 grammes par vingt-quatre heures, la quantité totale des urines étant de 1,000 à 1,200 grammes pour la même période de temps.

A la fin du mois de mai, je fus rappelé par mon client qui me raconta lui-même les faits que je viens d'exposer.

Il était devenu d'une extrême maigreur, très faible, d'une pâleur mate, mangeait encore quelque peu, par habitude, mais avec un profond dégoût pour tout espèce d'aliments et surtout pour la viande qu'il ne pouvait avaler; il dormait encore régulièrement, ne ressentait aucune douleur aiguë, mais il était poursuivi par les vertiges au point de ne plus pouvoir marcher sans s'appuyer sur un bras.

Un nouvel examen me fit retrouver plus accusé le bruit de souffle aortique que j'avais constaté au mois de janvier; mais, ce qui changeait absolument l'état de la question, c'était, d'une part, une infiltration œdémateuse des deux jambes; d'autre part, un empâtement de la région épigastrique. On ne pouvait encore prononcer le mot de tumeur, mais, à l'absence de la sonorité normale de cette région, à la sensation de gêne douloureuse éprouvée par le malade, on ne pouvait écarter l'idée d'une altération avec épaississement de la paroi stomacale. Rapprochant ces symptômes locaux de l'amaigrissement général, des vertiges persistants, de l'inappétence complète et surtout de l'œdème des jambes, je m'arrêtai à l'idée d'une affection organique de l'estomac et les accidents consécutifs ont confirmé ce diagnostic.

Aujourd'hui, 11 juillet, le malade présente la teinte cachectique; il est tellement affaibli qu'il ne peut plus quitter son lit; il n'a jamais eu de vomissements, mais l'inappétence est absolue, l'œdème des jambes persiste et l'empâtement épigastrique a fait place à une tumeur très nette située à l'extrémité de la grande courbure de l'estomac, près du pylore. Il n'y a pas l'anneau pylorique qui empêche le passage des aliments; les accidents locaux sont, en fait, peu prononcés, mais les accidents généraux se succèdent. De même qu'une thrombose dans les veines des membres inférieurs avait produit il y a un mois l'œdème toujours persistant, une deuxième thrombose est survenue il y a cinq jours dans les veines cérébrales, et a donné lieu à des phénomènes passa-

©BIU Santé

gers d'hémiplégie. Cette complication, qui aurait pu emporter le malade, tend à se dissiper; le cas n'en est pas moins très grave, et la terminaison fatale est assurée dans un temps très rapproché.

Le fait qui m'a paru intéressant dans cette observation, et digne de vous être signalé, est la glycosurie observée au mois d'avril, c'est-à-dire à peu près trois mois après le début des premiers accidents. Cette glycosurie persista pendant un mois tout au plus; le malade a rendu au maximum 20 à 28 grammes de sucre par vingt-quatre heures, et, à ce moment, il s'y ajoutait quelques grammes d'albumine. Je n'examinerai pas si le médecin qui fut alors consulté eut tort ou raison de diagnostiquer un diabète; bien des signes importants faisaient défaut, mais il est évident que le diagnostic était difficile à préciser.

Les deux points sur lesquels je veux insister, sont : 1° La complication exceptionnelle de glycosurie dans le cours d'une affection organique de l'estomac. J'ai fait à ce sujet quelques recherches dans les auteurs classiques, et je ne l'ai pas trouvée signalée; elle doit tout au moins être rare; 2° cette glycosurie passagère, dans le cours d'une maladie organique, est intéressante à noter au point de vue des idées nouvelles admises au sujet de la pathogénie du diabète et de la glycosurie.

Avec la théorie, dont M. Bouchardat a été le plus éminent représentant, la transformation pathologique en sucre des aliments féculents et amylacés, c'est-à-dire le sucre venant du dehors, le cas de M. X... est presque inexplicable. Pourquoi les accidents généraux se seraient-ils produits pendant plusieurs mois, mais sans qu'il y ait eu glycosurie? pourquoi cette glycosurie a-t-elle disparu puisque le traitement n'a pas été suivi?

Avec la théorie de C. Bernard, le glycogène du foie se transformant pathologiquement en sucre, les difficultés d'explication sont les mêmes; elles disparaissent, au contraire si, se basant sur les expériences physiologiques, on admet que la glycosurie est le résultat d'une maladie de la nutrition, caractérisée essentiellement par une insuffisance des actes de l'assimilation, et, en particulier, par un défaut de l'assimilation du sucre dans les éléments anatomiques.

Il n'est assurément pas de maladie qui apporte un trouble plus profond et plus général dans les fonctions de nutrition que le cancer; l'assimilation du sucre est une des grandes fonctions de la vie; la glycosurie est la conséquence de l'arrêt ou du trouble de cette fonction.

BIBLIOTHÈQUE

LE CHOLÉRA DE 1884 AUX PAVILLONS DE SAINT-JACQUES, par M. BONAMY. — Nantes, 1885; Mellinet.

Cette brochure donne le récit de l'explosion cholérique nantaise, les caractères cliniques des cas soignés à l'hôpital Saint-Jacques et l'étiologie même de cette épidémie d'après l'influence probable des facteurs pathogéniques : eau, sol, état météorologique, etc., etc. Les remarques de notre savant confrère sont, sur ces derniers points, d'intérêt local. Il n'en est pas de même des exemples de contagion qu'il cite et des faits sur lesquelles il appelle l'attention, par ce qu'ils semblent « le résultat d'une intoxication particulière due à l'agglomération des cholériques... » Cet état de malaise observé sur le personnel hospitalier « se traduisait par des étourdissements, parfois des bourdonnements d'oreilles, certaine pâleur ou teinte cyanosée du visage, par la fixité du regard, de l'engourdissement et même de la diarrhée. »

M. Bonamy se demande si ces phénomènes ne révèlent pas une intoxication ayant peut-être la surface pulmonaire pour voie d'introduction spéciale. Il rappelle aussi les observations de M. Straus, constatant la surcharge du sang des cholériques en acide carbonique, et l'analogie des troubles qu'il signale avec ceux de l'empoisonnement par les vapeurs du charbon. De là cette conclusion que le choléra est à la fois miasmatique et contagieux.

Le mémoire de notre confrère nantais possède donc la valeur d'un document à consulter par les cliniciens et par les futurs historiens du choléra en 1884. — C. E.

De l'électrolyse ou de la galvano-caustique chimique de la trompe d'Eustache, par le docteur Baratoux. — Paris, 1885 ; Delahaye et Lecrosnier.

Cette méthode semble indiquée dans les cas où la dilatation progressive de la trompe d'Eustache ne procure pas de résultats convenables. C'est donc par exception qu'on en doit faire usage dans les cas de retrécissement de ce conduit, et surtout quand ceux-ci ont pour origine des brides membraneuses ou bien l'hypertrophie des follicules lymphatiques.

Dans l'oreille, M. Baratoux l'utilise pour escharifier les végétations et les polypes, la préférant au galvano-cautère et surtout à l'anse froide dont les applications sont plus douloureuses. Il l'a encore utilisée pour obtenir une perforation permanente du tympan.

Cette petite monographie d'un procédé qui mérite d'être mieux connu consacrera, vraisemblablement, l'emploi plus fréquent de la cautérisation galvanique en otologie.

Ch. E.

Manuel pratique de médecine militaire, par M. le docteur Audet. — Paris, 1885 ; O. Doin.

Cette publication a été écrite à l'usage de nos confrères militaires, pour lesquels elle sera un aide-mémoire et un vade-mecum, et aussi pour l'instruction des médecins de la réserve et de l'armée territoriale qui y trouveront un complément de connaissances indispensables à l'heure d'une mobilisation. En effet, en dehors du savoir professionnel, l'exercice de la médecine aux armées exige la connaissance des règles d'administration et du fonctionnement du service de santé à l'intérieur ou en campagne.

L'autonomie de ce service a été d'un grand bénéfice pour nos confrères militaires; elle était bien méritée, mais il faut ajouter qu'elle leur créa des devoirs en même temps que des droits nouveaux. En réunissant toute la législature et toute la réglementation administrative dans ce petit volume, en donnant leur interprétation aussi complètement que possible, M. Audet, a fait une œuvre de grande utilité. Ce livre aura donc sa place dans la bibliothèque de tout médecin appelé à remplir des devoirs militaires, soit dans l'armée, soit dans les Sociétés de secours aux blessés. Son succès en est assuré et en le publiant l'auteur a rendu service à tous ses confrères et de l'armée. — C. L. D.

Studio statistico sul vaiolo, par M. Ercole Galvagni (de Modène), (*Etude statistique sur la variole*). — Francesco Vallardi; Bologne 1885.

Ce mémoire a pour éléments 262 cas de variole (118 hommes et 144 femmes) observés à l'hôpital de la Trinité de Bologne en 1870, 71 et 72, parmi lesquels on compte 61 décès (26,71 pour 100 parmi les hommes, 20,83 p. 100 parmi les femmes). M. Ercole Galvagni ne s'est pas borné à faire le relevé numérique, il établit la fréquence des divers symptômes, note leur proportionnalité et fournit ainsi des documents cliniques incontestablement utiles. Ce mémoire mérite donc l'attention des cliniciens et de tous ceux qui prennent intérêt à la littérature de la variole. — C. L. D.

Anévrysme variqueux de l'aorte, par M. Glasgow. — Chambers, Saint-Louis (Missouri), 1885.

Les varices anévrysmales des grosses artères sont peu communes. Aussi, à l'occasion d'un cas dont il a été témoin, M. Glasgow en donne l'historique. Au reste, ce cas était des plus nets, et on reconnaissait facilement la communication de l'aorte avec la veine cave supérieure. L'autopsie donna raison de tous les phénomènes qui avaient été notés durant la vie, et, comme on peut le voir par les planches qui accompagnent ce mémoire,

©BIU Santé

le sac anévrysmal, mesurant quatre pouces de diamètre, occupait la première portion de l'aorte. De plus, le ventricule gauche du cœur était hypertrophié, mais les valvules étaient intactes. Cette lésion confirme encore une fois la théorie de Walsh, d'après laquelle l'hypertrophie du ventricule gauche peut résulter d'un anévrysme aortique sans lésions des valvules sygmoïdes. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Du veratrum viride dans l'éclampsie puerpérale. (*The canadian practitiones.* Mars 1885.) — L'emploi du veratrum viride, dans le traitement des convulsions puerpérales, est resté jusqu'ici des plus limités et des plus exceptionnels, malgré l'autorité et l'expérience de plusieurs praticiens américains, tels que Norwood, Brodie, Matheson et autres, qui, dans plusieurs de leurs écrits, ont exposé et vanté les effets du vératrum sur le système nerveux et sur la circulation par l'intermédiaire du système vaso-moteur.

Le traitement classique, préventif d'abord par le lait, les saignées, les lavements et les purgatifs drastiques, puis actuel par les saignées, le chloral, l'éther, le chloroforme et les calmants en général, l'application du froid sur la tête, les injections vaginales très chaudes pour déterminer ou précipiter le travail, et avancer l'heure de la délivrance en permettant une prompte intervention instrumentale ou manuelle, ce traitement, disons-nous, est encore celui qui mérite le plus de confiance. Etant donné néanmoins qu'en si grave occurence, nul moyen de soulager ou de sauver la malade ne saurait être passé sous silence, dédaigné ou omis, nous ferons ici volontiers écho à un travail, publié par le docteur Henry Thayer, sur les bons effets de l'administration interne du veratrum viride contre les convulsions puerpérales.

Il est constant, dit l'auteur, que le veratrum viride est un agent efficace dans le traitement des maladies fébriles aiguës et des inflammations organiques. C'est, dit le docteur Norwood, un régulateur vasculaire, un calmant de l'éréthisme du système vaso-moteur et des centres de calorification. Les premiers effets sont de rendre au pouls sa lenteur, sa force, sa plénitude, son calme physiologique. A hautes doses, il agira sur les vaisseaux dans le même sens que l'éther. Ses effets sont permanents, continus, sans nécessiter la perte de connaissance.

Dans l'état spécial où se trouve le système nerveux dans l'éclampsie, il y aurait une tolérance spéciale de l'organisme pour le vératrum viride, en sorte qu'à doses ordinaires, thérapeutiques, il ne produirait que des effets peu marqués. Mais, à hautes doses, le veratrum calmerait rapidement l'éréthisme nerveux, et cela dans un temps fort court, variant d'un quart d'heure à une heure. L'effet persisterait pendant plusieurs heures. On verrait la température du corps s'abaisser, le pouls se calmer tout en restant fort, et enfin les convulsions cesser. L'état du pouls doit servir de guide et de critérium dans la direction du traitement et le renouvellement des doses. Si l'éréthisme circulatoire, qui est la règle dans la période d'état de l'éclampsie, cesse; si le pouls descend au-dessous de 60, il n'y a plus à craindre le retour des convulsions. On peut entretenir cet état d'accalmie pendant longtemps, en administrant de petites doses fréquemment répétées; mais, le plus souvent, cela est inutile. Le pouls peut descendre jusqu'à 50 sans qu'on ait à observer aucune tendance à la dépression. Néanmoins, la vératrine étant un poison hyposthénisant par excellence, il se peut qu'on observe, sous l'influence de l'accumulation, de l'abattement et des nausées très pénibles suivies de vomissements et de refroidissement. Il faut alors combattre ces symptômes par l'administration de l'opium ou de stimulants diffusibles.

(En tous cas, on fera bien de se souvenir de l'état précaire des fonctions d'élimination des glandes rénales.)

Le docteur Herbert Tearn (de Brooklyn) a, le premier, en 1869, rapporté devant la Société médicale de Kings County plusieurs observations favorables à l'emploi du veratrum viride à hautes doses dans l'éclampsie puerpérale (1).

(1) Travail inséré dans l'*American Journal of obstetrics.* Mai 1871.

A l'appui de sa thèse, l'auteur, le docteur Thayer, relate l'observation suivante, communiquée déjà à la Société médicale de Kings County, mais restée inédite jusqu'ici.

Il y a quelque temps, on l'envoya chercher, vers neuf heures du matin, pour voir une jeune malade en consultation. C'était une primipare de 25 ans, mariée depuis deux ans, ayant fait déjà une fausse couche, et arrivée maintenant à terme. La gestation avait été bonne; mais, depuis plusieurs semaines, les extrémités inférieures de la malade présentaient un léger œdème. Des lavements journaliers avaient régulièrement évacué l'intestin. La veille du jour même, tout allait aussi bien que possible lorsque, le soir, elle eut une indigestion.

Son médecin ordinaire, appelé en toute hâte vers dix heures du soir, la trouva en proie aux vomissements et se plaignant vivement de crampes d'estomac. L'administration d'ipéca, puis de calomel à doses purgatives, détermina un peu d'amélioration; mais, vers quatre heures du matin, une première attaque convulsive éclata, qui se répéta presque dès lors de demi-heure en demi-heure, jusqu'à neuf heures du matin.

Les accès étaient sévères et prolongés, la face alors devenait livide, la bouche écumait, la perte de connaissance était absolue. La scène se terminait par le coma avec stertor. Les accès étaient séparés par des intervalles de retour à la connaissance, pendant lesquels la malade, incapable de reconnaître aucun de ses parents, balbutiait des mots inintelligibles. Entre quatre heures du matin et neuf heures, moment auquel l'auteur vit la malade, on avait administré un vomitif à l'émétique et plusieurs lavements d'asa fœtida qui avaient été rendus et n'avaient fait que débarrasser l'intestin. On avait fait une saignée de 120 grammes et promené des sinapismes sur les différentes parties du corps. Une fois le coma dissipé, la malade était en proie à une vive agitation, se jetant d'un bord à l'autre de son lit et prononçant des discours indistincts et incohérents. Les pupilles étaient dilatées; le pouls, à 120, était dur, mais sans plénitude excessive. Le col utérin, très élevé, n'était que très légèrement dilaté et pas encore complètement effacé. Pendant l'examen, une contraction eut lieu. Il fut convenu de donner le vératrum viride à hautes doses, et, vers neuf heures quarante du matin, la malade prit près de 4 grammes de teinture de veratrum.

Vers dix heures, une nouvelle convulsion se déclara aussi violente que les précédentes; puis, à onze heures, une autre qui fut la dernière. Aussitôt sortie du coma, on lui fit prendre 20 gouttes d'extrait fluide de veratrum viride, qu'on substitua aussitôt que possible à la teinture officinale, soupçonnée de n'être pas très riche en principes actifs. Quoi qu'il en soit, il est probable que, toute appauvrie qu'elle pouvait être, elle agit favorablement, car la malade, ayant eu un vomissement après l'absorption de l'extrait fluide, ne s'en trouva pas moins soulagée. Les convulsions cessèrent peu après l'absorption du veratrum, mais, pendant près d'une heure, elles furent remplacées par des vomissements opiniâtres qui l'agitaient beaucoup. Vers midi un quart, la malade, délivrée définitivement de ses convulsions et de ses vomissements, était dans un aussi bon état que possible. Elle ne se plaignait plus d'aucune douleur de tête et n'avait plus qu'une grande tendance au sommeil. Le pouls, tranquille, était à 60. Le travail, dès lors, marcha bien, et, à deux heures et demie de l'après-midi, elle accouchait d'un enfant mort.

A cinq heures, la malade était tranquille, dans d'excellentes conditions, avec un pouls à 84.

En somme, cette observation vient à l'appui de celles déjà présentées en faveur de l'emploi du veratrum viride dans l'éclampsie puerpérale par Burge, Corey, Bunker, Pilcher, Shernell, Brodie et Mathison, Fordyce Barker, etc. Deux observations de ce dernier auteur sont consignées dans le *Buffalo medical Journal* de mars 1877.

Dans un cas de Bunker, la malade resta sans connaissance pendant plusieurs heures. On se servit de la voie hypodermique pour administrer l'extrait fluide de veratrum viride en commençant par 5 gouttes, qu'on répéta assez fréquemment pour qu'au bout de vingt-quatre heures on ait injecté jusqu'à la dose énorme de 30 grammes. La malade guérit. Dans un cas, de Hearn, d'éclampsie post-partum, il fallut donner jusqu'à 5 drachmes (près de 20 grammes) de teinture de veratrum viride, dans les dix premières heures, avant que les paroxysmes pussent être enrayés. La malade guérit. Stillé, dans sa ma-

©BIU Santé

tière médicale et sa thérapeutique, dit que les symptômes d'hyposthénie, d'abattement, de faiblesse, qui peuvent résulter de l'emploi de fortes doses de veratrum, sont combattus effectivement et rapidement par la suspension du médicament et l'administration de stimulants diffusibles, d'opium et d'alcool.

Le docteur Thayer ajoute que, depuis dix ans, le veratrum viride est employé par lui dans les convulsions infantiles avec un grand succès comme prophylactique; de même dans les fièvres éphémères des enfants nerveux sujets aux convulsions. Dans sa pratique, l'emploi du veratrum viride a depuis longtemps, sous ce rapport, supplanté l'aconit en semblables occurences. — L. Dn.

Dermatite résultant du maniement du bichromate de potasse (*L'Asclépiade*, octobre 1884). — Tandis que la peau saine, dit Richardson dans une observation à ce sujet, supporte sans inconvénients le contact d'une solution concentrée de bichromate de potasse grâce à l'intégrité de l'épiderme, on observera au contraire une douleur interne au contact d'une solution même très étendue, si le revêtement épidermique est le siège de la moindre abrasion et de la moindre solution de continuité, celle-ci ne fût-elle que le résultat d'une piqûre d'épingle. Si le contact de la plaie avec la solution saline est quelque peu prolongé, la causticité de celle-ci apparait dans toute son intensité; le tissu de la peau est désorganisé et une violente inflammation se déclare, accompagnée d'une douleur extrêmement vive, surtout en hiver et par le froid. L'action destructive du sel sur les tissus ne cesse qu'après leur destruction complète jusqu'à l'os. Les ouvriers dans les fabriques de bichromate sont assez souvent atteints d'ulcérations siégeant soit aux parties génitales soit en d'autres parties du corps, et, chose étrange, ces ulcérations ressemblent beaucoup à des ulcérations syphilitiques, comme l'ont noté plusieurs auteurs français. Richardson rapporte plusieurs observations de dermatite aigue consécutive au contact des solutions étendues à 5 ou 6 pour cent au plus. Les ouvriers des fabriques les chimistes, les électriciens, les artistes autotypistes sont les plus exposés à ces accidents La muqueuse nasale peut également être le siège de ces ulcérations par suite du contact des vapeurs du bichromate de potasse. — L. Dn.

Traitement consécutif de la pustule vaccinale d'après le docteur Atkinson, (*British Medical Journal*, novembre 1884). — Le docteur Atkinson dans un travail sur ce sujet de petite pratique journalière donne les conseils suivants : 1° Le bras rougit-il, et la région voisine menace-t-elle de devenir le siège d'un phlegmon ou d'une lymphangite, il faut couvrir la région avec une poudre absorbante telle que l'oxyde de zinc, l'amidon, etc. En tous cas, ne jamais mettre ni cataplasmes, ni compresses froides, car ces applications tendraient à convertir la pustule en une plaie ulcérée ouverte et exposée. La croûte est-elle enlevée prématurément et laisse-t-elle une plaie profonde sans tendances à la guérison, appliquer sur la plaie une pièce de lin juste de la grandeur de la plaie après l'avoir imbibée d'acide nitrique très dilué (7 gouttes d'acide pour 30 grammes d'eau), puis recouvrir avec une pièce de soie huilée.

C'est dans ces cas, selon nous, que l'on se trouvera bien d'employer une solution résorcinée légère. — L. Dn.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1885.

Une observation de M. Cottrel, externe à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, sur un *cas de fracture des lames de la neuvième vertèbre dorsale et de la neuvième côte gauche;* des notes, de M. Trepan, sur une *hernie étranglée* et sur un *abcès du cerveau* suivi de mort, vérifié par l'autopsie, mais obscur dans son étiologie; enfin, une communication, de M. Huber, sur le remarquable résultat de chirurgie conservatrice obtenu dans le traitement d'un écrasement du pouce gauche; tel a été en partie, pendant ce trimestre, le bilan chirurgical de la savante Société amiénoise.

Je signale ces observations comme documents à consulter; je m'arrête au mémoire de M. Lesenne et au rapport de M. Padieu, chargé d'en apprécier la valeur. Sous le titre modeste de *Quelques mots sur la grippe*, M. Lesenne rendait compte à ses collègues de ses judicieuses remarques sur cette affection, fort vulgaire sans doute, mais dont on connaît la physionomie clinique, toujours si mobile, et la fécondité en surprises et en incidents.

Pour M. Lesenne, la grippe présente trois degrés de gravité. Au premier degré, elle ne consiste guère qu'en frissons, courbature, enchifrènement et petit mouvement fébrile. Elle cède aux doses modérées d'opium.

Dans le deuxième, la toux devient quinteuse, mais ne s'accompagne ni de signes stéthoscopiques, ni d'expectoration bien marquée. La fièvre se redouble par des accès vespéraux. Le médicament de cette période est le sulfate de quinine. Le troisième degré est celui des congestions pulmonaires aboutissant aux broncho-pneumonies ambulantes et passagères. L'alcool et la révulsion cantharidienne sont alors indiqués.

A côté de ces dégrés, M. Lesenne admet bien une véritable fièvre catarrhale d'emblée ayant le caractère des pyrexies; il admet aussi des formes névralgiques et arrive à cette conclusion que la grippe est d'origine nerveuse.

A cette opinion, M. Padieu répond que les broncho-pneumonies de la grippe ne sont pas toujours telles qu'on les décrit classiquement. Le plus souvent, il existe de la pleurite de quelques points de la séreuse correspondant aux foyers de congestion pulmonaire. Ces complications thoraciques de la grippe mériteraient donc plutôt le nom de *congestions pleuro-pulmonaires*. M. Padieu adopte cette dénomination, partageant sur ce point, ajouterons-nous, l'opinion d'autres cliniciens.

Dans cette même séance, M. Padieu a donné aussi lecture d'un fait intéressant de *calcul salivaire volumineux du canal de Warthon*. Ce produit pathologique pesait 7 grammes 1/2 et l'origine de la tumeur salivaire qu'il produisait remontait à vingt-cinq années.

C'est encore dans le service de M. Padieu, à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, qu'un de ses élèves, M. Andrieux, a receuilli les éléments de l'histoire clinique d'une malade atteinte d'*œdème essentiel des paupières et d'une partie de la face*. L'esséntialité de cet œdème ne paraît pas démontrée; mais on outrepasserait la pensée de l'auteur en portant un diagnostic pathogénique de telles lésions. Puisque cette communication ne se termine pas par de fermes conclusions, on peut se demander si ces phénomènes, à coup sûr insolites, ne rentrent pas dans la catégorie des œdèmes dits nerveux, ou bien des œdèmes rhumatismaux?

Les deux observations de M. Roux (de Cayeux) sont aussi relatives à un fait clinique assez rare : le *ralentissement du pouls*. Chez l'un des malades de notre estimable confrère, jeune homme de 21 ans, très vigoureux et très robuste, le nombre des pulsations variait de 34 à 40, n'augmentait à aucun moment et ne pouvait être attribué à aucun état morbide local ou général. L'autre cas était celui d'une femme de 65 ans, chez laquelle on soupçonnait la dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque, chez laquelle il existait aussi des attaques épileptiformes. Les battements du pouls variaient de 26 à 28 à la minute.

Il faut signaler une note, de M. Grenet (de Cerisy-Gally), sur une *fracture comminutive de la jambe droite*, dont le fragment supérieur fut réduit par la flexion forcée et dont la guérison fut précédée d'une nécrose du corps du périnée. Ce succès fait honneur à l'habileté chirurgicale de notre confrère. Enfin, je termine en recommandant au lecteur, épris de matière médicale rétrospective et amoureux du beau style, l'élégante notice de M. Debionne sur les *préparations pharmaceutiques du XVIe siècle*. Elle montre une fois de plus que la Société médicale d'Amiens possède des membres aussi habiles à bien penser qu'experts à bien dire. — Ch. E.

FORMULAIRE

Traitement de l'ostéo-périostite dentaire. — Magitot.

Pour modifier l'état de l'alvéole, dans le cas de périostite alvéolo-dentaire, l'auteur a

BIU Santé

recours à l'acide chromique. Au moyen d'une baguette de bois taillée à plat, et chargée d'une faible quantité d'eau de déliquescence, ou d'une parcelle solide d'acide chromique, on promène doucement la substance à la partie antérieure du collet de la dent affectée, en ayant soin de soulever légèrement la gencive, et après avoir enlevé soigneusement les dépôts de tartre, s'il s'en est formé. Ainsi déposé à l'entrée de l'alvéole, l'acide chromique s'écoule aussitôt le long de la racine, et baigne les parties affectées. On applique alors pendant quelques minutes, entre la lèvre ou la joue et le point touché, une bande de charpie ou de ouate, afin de protéger les muqueuses voisines. — Chez les personnes impressionnables, on emploie d'abord une solution aqueuse ou alcoolique assez faible (parties égales) pour arriver, après plusieurs séances, à l'acide chromique pur. Tous les 6 ou 8 jours, en moyenne, on renouvelle l'application d'acide chromique, en augmentant en même temps la dose de ce dernier, afin de provoquer des effets caustiques progressivement croissants. — En outre, le malade doit prendre 6 à 8 pastilles par jour, contenant chacune 0 gr. 25 de chlorate de potasse, et les laisser fondre au contact des parties affectées. Des badigeonnages avec la teinture de cochléaria, des frictions avec des quartiers d'oranges ou de citrons constituent un adjuvant utile du traitement. — Hydrothérapie, bains de vapeur, douches sulfureuses. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le lundi 12 octobre 1885. Les étudiants pourvus de douze inscriptions sont priés de se faire inscrire à l'École pratique (laboratoire d'anatomie pathologique) pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, les mardis et vendredis, à partir du mardi 15 septembre 1885, jusqu'au mardi 17 novembre inclus, de une heure à deux heures. Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seraient refusées.

— Le lundi 30 novembre 1885, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1, à Paris, un concours pour la nomination à cinq places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la Préfecture de police).

Cas de mort par les anesthésiques dans le royaume-uni. — Ernest Jacob, médecin-adjoint à l'hôpital général de Leeds, a réuni les cas de mort, conséquence de l'administration des anesthésiques, pendant l'année qui vient de s'écouler.

Avec le chloroforme, il y a eu 9 décès pendant les opérations suivantes : 1° ablation d'un papillome lingual ; 2° excision d'un cancroïde de la langue ; 3° arthrite fongueuse de l'articulation coxo-fémorale ; 4° et 5° adhérences articulaires ; 6° et 7° extractions de dents ; 8° fracture de la jambe ; 9° blessure de la main. A l'autopsie, il y avait altération du cœur bien évidente seulement chez le malade porteur du cancroïde.

Avec le mélange de chloroforme et d'éther : 1° une hernie irréductible ; 2° exploration du rein.

Avec le méthylène : 1° opération sur le col utérin ; 2° suture nerveuse ; 3° extraction d'une dent.

Avec l'éther : 1° cancer de la lèvre ; 2° tumeur fibreuse de l'utérus ; 3° opération de bronchocèle ; 4°, 5°, 6° ovariotomie. Total 20 décès.

A propos de cette statistique, que nous trouvons dans le *Lyon médical*, nous rappellerons ce que nous avons déjà dit il y a quelques années : il est curieux de voir les anesthésiques amener aussi souvent la mort dans les mains de nos confrères anglais, alors que chez nous ces accidents sont extrêmement rares. (*France médicale.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. A.-F. de Parrel (de Dieppe) : Note sur un cas d'inversion utérine suivie de grossesse normale et de guérison. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. Le professeur Robin. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Note sur un cas d'inversion utérine suivie de grossesse normale et de guérison

Par le docteur A.-F. de Parrel (de Dieppe).

Le 25 février 1883, dans la matinée, je fus mandé par une sage-femme auprès de Mme L..., accouchée à six heures du matin, à terme, d'un enfant du sexe féminin, bien constitué. Cette femme est âgée d'une vingtaine d'années, d'une bonne constitution. Elle a éprouvé, aussitôt après la délivrance, une perte très considérable. A mon arrivée, l'hémorrhagie est arrêtée et l'état général n'est pas trop déprimé. La sage-femme me raconte que le cordon était très court et a été tiraillé au moment de l'expulsion du fœtus. Après avoir attendu la rétraction utérine, elle a délivré la femme avec une certaine difficulté : il a fallu des tractions assez énergiques pour faire venir le placenta à la vulve. En palpant l'abdomen, on sent l'utérus bien rétracté, sous forme d'une boule dure (globe rassurant des accoucheurs). Par le toucher, que la femme supporte très difficilement, on ne sent aucun fragment du placenta dans la cavité utérine. Afin de prévenir une nouvelle hémorrhagie, il est prescrit une potion avec 1 gramme d'ergotine Bonjean.

Pendant toute la nuit suivante, la malade a souffert de tranchées, elle a fait de violents efforts, elle poussait comme pour accoucher. Elle n'a pas uriné. L'examen du ventre permet, en effet, de constater que la vessie est pleine. Le cathétérisme, pratiqué aussitôt, présente une grande difficulté par suite de l'hyperesthésie de toutes les parties génitales, de l'indocilité de la femme, et aussi du déplacement utérin dont il va être question. Une grande quantité d'urine est évacuée. La femme se sent un peu soulagée, mais elle accuse encore une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et se plaint de faux besoins d'aller à la selle.

Le toucher me fait constater dans le conduit vaginal une masse globuleuse, piriforme, à petite extrémité supérieure, qui le remplit complètement sans dépasser la vulve. Le col est en haut, bien à sa place, mais l'utérus a franchi son orifice et s'est invaginé de telle sorte que c'est la paroi interne de la matrice qu'on a sous les doigts. L'étranglement des parties sous le col est très accusé. L'utérus est peu dépressible, et je juge, dès lors, la réduction déjà très difficile, bien que l'accident soit récent. Sans plus tarder, je l'essaie cependant, en enfonçant la main dans le vagin pour envelopper avec la pulpe des doigts les parties les plus voisines du col et les faire rentrer peu à peu dans la cavité abdominale. Après une séance assez longue, je n'obtiens qu'un résultat négatif.

Les mêmes manœuvres sont réitérées le lendemain sans autre résultat. Ce même jour, j'éprouve la plus grande difficulté à sonder la malade, et je sollicite le concours d'un confrère. M. le docteur Coursières se rend très obligeamment à mon appel, le 28 février dans la matinée. Le cathétérisme étant presque impossible dans le lit, nous faisons asseoir la femme sur le bord de la couche, les jambes appuyées sur deux chaises; et, dans cette position, avec l'aide de quelques personnes pour lutter contre l'indocilité de la malade, mon confrère arrive habilement à vider la vessie. Il constate ensuite avec moi la situation de l'utérus, telle qu'elle a été décrite. Nous nous donnons rendez-vous pour l'un des jours suivants, afin de tenter de nouveau la réduction à l'aide de l'anesthésie chloroformique. Nous fûmes d'avis de différer l'opération de quelques jours, pour éviter les chances de péritonite, et, en même temps, afin de laisser à l'utérus le temps de se décongestionner.

Enfin, dans les premiers jours de mars, nous tentons l'opération. Dès que la malade est endormie, j'opère avec les mains les diverses manœuvres que je crois sus-

©BIU Santé

ceptibles d'aboutir, essayant tantôt de réduire les parties les plus rapprochées du col et tantôt de comprimer le fond. Malgré mes efforts et ceux que fit après moi le docteur Coursières, après avoir tenu la femme sous le chloroforme pendant une heure, nous dûmes renoncer à l'espoir d'obtenir la réduction.

Les jours suivants, l'utérus diminua peu à peu de volume. Le cathétérisme, toujours nécessaire, devint plus facile. Puis, après trois semaines environ, la miction s'opérait aisément.

La femme put se lever au bout de six semaines, à condition de porter un pessaire à air. Depuis, sans la suivre régulièrement, je la voyais de temps à autre et j'examinais toujours l'état de l'utérus, devenu parcheminé. Il y avait, à chaque époque menstruelle, de la dysménorrhée et des ménorrhagies qui ne furent jamais inquiétantes. La marche et la station debout prolongées étaient pénibles et eussent été à peu près impossibles sans le pessaire Gariel.

Ayant fait comprendre au mari la nature et la gravité de la lésion, je l'avais engagé à ménager absolument sa femme. La suite de cette observation prouvera qu'en donnant ce conseil, je n'étais pas bien inspiré. Mais est-on jamais bien inspiré quand on donne un conseil de ce genre, c'est-à-dire un conseil destiné à n'être pas suivi?

Quoi qu'il en soit, je fus un peu étonné lorsqu'au mois de février 1884, ma malade vint me dire qu'elle se croyait enceinte, parce que l'époque menstruelle, d'ordinaire si mouvementée, venait de se passer sans que les règles eussent apparues. Le toucher, pratiqué aussitôt avec grand soin, fit retrouver l'utérus dans la même position. Le doigt, promené sur la muqueuse, ne sentit rien de particulier. Je priai la femme de revenir au bout d'un mois, mais je ne la revis que vers la fin du mois de juin. Elle allait si bien, me dit-elle, qu'elle n'avait plus besoin de pessaire pour marcher. La scène, en effet, avait bien changé. Je me trouvais en face d'une femme ayant la démarche, les traits, l'attitude d'une femme enceinte. L'auscultation de l'abdomen me fit percevoir distinctement les bruits du cœur et les mouvements actifs du fœtus. Pratiquant le toucher, je constatai que l'utérus avait quitté le vagin, et je trouvai le col haut placé, entr'ouvert, déchiqueté et mou dans une partie de son étendue; mon étonnement était à son comble. La grossesse était certaine, et l'utérus se trouvait à sa place.

Le 28 septembre 1884, on m'informe que la malade est en couches. Elle a commencé à souffrir la veille au soir. Les douleurs sont vives et rapprochées depuis huit heures du matin. Une partie des eaux vient de s'écouler par la vulve. Le toucher indique une dilatation complète et une présentation occipito-iliaque droite antérieure. A travers la paroi abdominale, on sent plus facilement que d'habitude les extrémités fœtales, qui sont très mobiles. Malgré l'achèvement de la dilatation la tête tarde à s'engager dans le canal pelvien, je me garde tout d'abord d'intervenir. Cependant, au bout de deux heures, les douleurs deviennent plus rares et moins violentes; la tête, bien que peu volumineuse, ne progresse pas dans l'excavation, et la femme se fatigue visiblement. Craignant toute espèce de violence sur l'utérus, craignant aussi l'inertie utérine au moment de la délivrance, je donne un peu d'ergot de seigle, et bientôt l'enfant est expulsé.

Au bout de vingt minutes, j'essayai quelques légères tractions sur le cordon, tandis que j'avais la main gauche appliquée sur l'utérus. Sentant une certaine résistance, sans plus insister, je pratique le toucher et sens à l'instant, à travers les parois de la matrice, se former sous mes doigts une tumeur énorme. La femme tombe au même moment en faiblesse, et, sous l'influence d'une contraction, un flot de sang, mêlé de caillots, s'échappe par la vulve et s'arrête au bout de deux ou trois secondes, pendant que je comprime fortement le ventre. N'ayant pas eu le temps de me rendre compte de la situation du délivre, je recommence mon examen qui me permet de constater un décollement partiel du placenta, inséré tout à fait au fond de l'utérus. Une seconde hémorrhagie aussi abondante, mais aussi courte que la première, se produit encore et me porte à hâter la délivrance. La partie décollée du délivre se laisse seule entraîner. Ce n'est qu'en introduisant toute la main dans l'utérus que j'arrive avec beaucoup de peine à détacher plusieurs autres gros fragments. Pour ne pas prolonger les manœuvres, je laisse en place quelques parcelles fortement adhérentes; puis je refais une

injection de la solution d'ergotine. A ce moment, sous l'influence de quelques frictions et d'une boisson cordiale, la femme est parfaitement revenue à elle.

Les suites de cet acouchement furent très simples. L'utérus resta en bonne position, le col se reforma rapidement, et, le 15 octobre, la malade put se lever. Depuis lors, elle n'a cessé de se bien porter.

Cette observation appelle quelques remarques. L'invagination de l'utérus est une affection rare et grave contre laquelle nos moyens thérapeutiques sont souvent impuissants. Lorsque le médecin n'assiste pas à la production de l'accident, ou lorsqu'il ne le reconnaît pas immédiatement, les chances de réduction diminuent. C'est, en effet, lorsque l'invagination vient de se produire qu'il peut être facile de la réduire, à l'aide des doigts ou du poing introduit dans le vagin pour repousser l'organe déplacé. Dans le cas qui nous occupe, plusieurs heures s'écoulèrent avant que l'accident ne fût constaté; c'était une circonstance défavorable.

Je laisse de côté cette question de traitement, et je passe aux autres particularités de l'observation. La lésion s'est produite comme cela arrive presque toujours, à la suite de l'accouchement. La brièveté du cordon, l'adhérence du placenta ont été des circonstances adjuvantes. La lésion a dû s'opérer graduellement par la dépression en cupule du fond de l'utérus qui s'engageait dans l'orifice du col à mesure que les tranchées portaient la patiente à faire des efforts, jusqu'à ce qu'elle eût accouché, pour ainsi dire, de sa propre matrice. La rétention d'urine prolongée, survenue ensuite, a dû être encouragée par la présence de la matrice dans le vagin et par la compression consécutive de l'urèthre et du col de la vessie. La difficulté du cathétérisme provenait de la même cause. D'autre part, la malade a été favorisée par l'absence d'hémorrhagies, de convulsions, de syncopes, qu'on voit survenir dans les cas analogues pendant les jours qui suivent l'accouchement. Elle a pu supporter facilement le pessaire à air qui lui permettait la marche et la station debout sans douleurs. Elle a même supporté, ou plutôt subi le coït ; car, de quelques renseignements que j'ai pu me procurer, il résulte que ce n'était pas sans souffrir, ni même sans lutter à main plate avec son mari.

Le fait le plus intéressant de l'observation est, sans aucun doute, cette grossesse normale. Il ne s'agit plus là, en effet, d'une grossesse tubaire comme dans le cas de Chevreuil (d'Angers), communiqué à Baudelocque.

Pouvait-on s'attendre à pareil dénouement? Il faut ici, je crois, distinguer entre grossesse et fécondation. Il semble que, dans un cas pareil, les chances, non de grossesse effective, mais de fécondation, sont aussi nombreuses que dans l'état normal; car c'est la paroi interne de l'utérus qui se trouve dans le vagin et, avec elle, l'embouchure des trompes, tout à fait à portée du sperme. C'est ce qui explique le fait, cité plus haut, d'une grossesse tubaire, la trompe ayant admis le sperme et l'ayant porté au devant de l'ovule. Mais comment concevoir une grossesse normale? L'ovule franchit l'orifice de la trompe, il tombe dans le vagin et a toutes les chances possibles d'être évacué à l'extérieur. Ne peut-il, par exception, se fixer sur la paroi de l'utérus et s'y développer jusqu'à un certain point? Dans notre cas, il n'est pas facile d'imaginer comment les choses se sont passées, si l'on n'admet pas que l'ovule, après avoir été fécondé, s'est fixé en un point de la paroi interne de l'utérus. Son développement graduel et les modifications de tissu qui se sont produites dans la matrice ont fini par repousser celle-ci dans la cavité abdominale. On ne saurait prétendre que

©BIU Santé

la lésion utérine a disparu antérieurement, car, lorsque la femme fut examinée quelques jours après l'époque menstruelle fruste, l'invagination persistait; et cependant, suivant toute vraisemblance, la fécondation était à ce moment opérée. D'ailleurs, le retour spontané de l'utérus à sa position normale, aussi longtemps après l'époque de la lésion, serait encore plus extraordinaire que le fait d'une grossesse.

Note de la Rédaction. — En lisant le travail de notre distingué confrère, un doute vient à l'esprit. S'agissait-il bien d'une inversion, ou n'était-ce pas plutôt un polype qui, à la suite du premier accouchement, a si longtemps habité la cavité vaginale?

Un polype utérin suffit pour expliquer les hémorrhagies au moment de la délivrance et tous les symptômes signalés dans la note de M. de Parrel, y compris la disparition de la tumeur, soit par une élimination restée inconnue de la malade, soit par une rétrocession dans la cavité utérine. Au contraire, il est bien difficile d'admettre qu'il y ait eu, au mois de février 1884, un commencement de grossesse *sur* un utérus retourné en doigt de gant, parcheminé, et à la surface duquel se promenait librement le doigt explorateur.

Nous ne pouvons rien affirmer, mais ce qui autorise quelques doutes, c'est que l'auteur ne nous donne pas un diagnostic différentiel précis. Il nous dit que « l'utérus a franchi son orifice et s'est invaginé », que « c'est la paroi interne de la matrice qu'on a sous les doigts »; mais il ne nous parle pas de l'absence du globe utérin au-dessus du pubis, et de la *sensibilité* spéciale de la paroi, qui est un signe différentiel de premier ordre entre un polype et une inversion.

Quoi qu'il en soit, le fait méritait d'être publié, et cela précisément parce qu'il prête à une discussion intéressante.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE OU PHARMACOGRAPHIE, ETC., par J.-B. FONSSAGRIVES. — Paris, Adrien Delahaye et Em. Lecrosnier, 1885.

Ce dernier ouvrage du professeur Fonssagrives, presque imprimé et heureusement rédigé en entier au moment où la mort est venue l'enlever à ses études favorites, termine, comme il le dit lui-même, une série d'ouvrages inaugurée il y a vingt ans environ, et qui embrasse : la thérapeutique générale, la matière médicale, la thérapeutique appliquée et un formulaire.

C'est donc une sorte d'encyclopédie thérapeutique, et l'accueil favorable qui a été fait aux premières parties de ce travail de longue haleine peut nous dispenser d'entrer dans de longs détails au sujet de la dernière.

On trouvera successivement l'étude des forces naturelles : mouvement, chaleur, lumière, électricité, magnétisme, etc., ou pharmacologie dynamique, puis des médicaments proprements dits, tirés des trois règnes : minéral, végétal, zoologique. Chaque médicament est, du reste, étudié de trois manières : dans sa description ou sa pharmacographie; dans sa physiologie, c'est-à-dire le mode suivant lequel l'économie subit ses réactions; enfin, dans sa technique, c'est-à-dire les formes et les doses suivant lesquelles il est administré. M. Fonssagrives y a joint l'indication succincte de ses attributions thérapeutiques groupées méthodiquement autour des éléments de son action physiologique ou curative.

M. le docteur Tison a bien voulu corriger les dernières feuilles et ajouter un résumé

de nos connaissances sur quelques médicaments nouveaux : la cocaïne, l'euphorbia pilulifera, etc.

AIDE-MÉMOIRE ET FORMULAIRE DU MÉDECIN PRATICIEN, par M. le docteur Léon DUCHESNE, ancien interne des hôpitaux. — Paris, Doin, 1885.

Ce petit livre, sans prétention, me paraît devoir être très utile à ceux à qui il est destiné, les médecins occupés qui n'ont pas le temps de lire les productions si multiples de la littérature médicale. M. Duchesne a résumé, sous forme de dictionnaire, les symptômes principaux des différentes maladies, suivis des formules de traitement empruntées au corps enseignant de la Faculté, aux médecins et chirurgiens des hôpitaux et aux principaux spécialistes. Sa concision en fait un recueil d'érudition médicale sans phrases. Par sa nature même, il sera obligé à de fréquentes corrections, pour se tenir au courant de la thérapeutique, qui de nos jours se transforme si rapidement; nous souhaitons donc volontiers à cet ouvrage les éditions annuelles qui lui seront nécessaires pour ne pas trop vieillir.

MICROBES ET MALADIES, *guide pratique pour l'étude des micro-organismes*, par le docteur E. KLEIN; traduit de l'anglais par FABRE-DOMERGUE. — Paris, Bernard Tignol, 1885.

Voici un autre manuel destiné aux curieux avides de savoir ce qui se passe chez les infiniment petits. Le livre de M. Klein, très estimé en Angleterre, ne peut manquer d'avoir le même succès chez nous. Il initie les chercheurs au maniement du microscope, à la préparation du matériel et des milieux de culture; aux méthodes d'ensemencement des cultures; à la morphologie des bactéries, bacilles, microbes, pathogènes ou non; en un mot à tout ce qui constitue en ce moment la science de la microbiologie.

LECTURES SUR L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE, rédigées par le docteur L. THOMAS, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1885.

Qui a beaucoup lu, dit-on, a beaucoup retenu. Mais retenir n'est pas assez, si l'on retient pour soi seul. Notre excellent collègue et ami, M. Thomas, a certainement beaucoup lu; mais il a fait mieux que de conserver pour lui-même les connaissances acquises dans ses lectures; il a voulu en faire profiter ceux qui, moins heureux que lui, n'ont le temps ni de lire beaucoup, ni de pouvoir noter et retenir ainsi la quintessence de leurs lectures.

De cette idée, tout à fait dépourvue d'égoïsme, est née une série d'articles intéressants qui ont été insérés dans l'*Abeille médicale* et que M. Thomas vient de réunir en un volume de 200 pages. Ceux qui s'intéressent à l'histoire des sciences médicales, et il en est encore, mais qui souvent la délaissent parce qu'il leur est difficile ou impossible de l'étudier dans les originaux, reliront avec plaisir les analyses critiques si bien présentées par notre collègue : sur une épidémie mexicaine au XVIIIe siècle; ils y trouveront de curieux détails sur l'organisation de l'Assistance publique et de l'hygiène à Mexico à cette époque, et sur l'épidémie elle-même, qui était vraisemblablement la fièvre jaune; — sur la chirurgie militaire au XVe et au XVIe siècle; — sur la médecine dans les œuvres de Macrobe et de Grégoire de Tours; — sur la vie d'un étudiant en médecine, il y a 900 ans; — sur l'antiquité de la syphilis démontrée par Sanchez; — enfin sur le merveilleux en pathologie.

Je ne cite que les têtes de chapitre, désireux de faire lire le livre lui-même, et persuadé que les lecteurs y trouveront à la fois plaisir et profit. — L.-H. PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'emploi thérapeutique du savon vert, par SENATOR. — Les observations de Kapesser ont déjà attiré l'attention sur l'efficacité du savon mou employé en frictions contre les adénites scrofuleuses en particulier. L'expérience pleine d'autorité de Senator confirme absolument ces résultats et élargit même d'une façon notable les indications de l'emploi de ce moyen.

©BIU Santé

Dans le lymphome et le lympho-sarcome, les résultats sont nuls, comme on devait s'y attendre. Les adénites syphilitiques chroniques ont présenté de l'amélioration 6 fois sur 8. De nombreuses observations montrent l'efficacité inattendue des onctions savonneuses dans les épanchements des cavités séreuses, de la plèvre, du péritoine, des synoviales. Dans 5 cas, elles sont parvenues à triompher d'exsudats péricardiques rhumatismaux anciens et rebelles.

2 cas de péritonite diffuse subaiguë donnent 2 succès remarquables de la méthode.

Enfin, la pneumonie elle-même en serait justiciable; c'est ce qui ressort d'une observation dans laquelle le malade était atteint d'une pneumonie gauche avec dyspnée intense, œdème des extrémités inférieures, albumine dans les urines, compliquée un peu plus tard d'une pleurésie exsudative du côté droit. On avait employé sans succès le salicylate de soude, les ventouses scarifiées, le quinquina, les injections morphinées. Deux frictions savonneuses, matin et soir, en vinrent rapidement à bout. La pneumonie entrait en résolution, l'œdème disparaissait, l'épanchement se résorbait, et, trois semaines après le début du traitement, le malade pouvait quitter l'hôpital.

Chez les malades timorés et sensibles, Senator emploie, de préférence au savon vert, le savon blanc de potasse, relevé de quelques gouttes d'alcoolé de lavande.

Il admet que la médication savonneuse emprunte son efficacité à une action physiologique complexe : friction, massage, irritation légère de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, stimulation consécutive de la circulation lymphatique; enfin, action résolutive spécifique due à la potasse (*Berl. klin. Woch.*, 1882, 38). — R. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 septembre 1885. — Présidence de M. Duplay.

Sommaire : Présentation. — Rapport sur un travail intitulé : *De la déformation des projectiles sur les pièces du squelette; indications que l'on peut tirer de ces déformations relativement au diagnostic des fractures.* — Communication d'une observation de taille périnéale suivie de succès; discussion. — Lecture.

M. Verneuil dépose sur le bureau, au nom de M. Ollier (de Lyon), membre correspondant, un exemplaire de la première partie d'un *Traité des résections*. M. Verneuil saisit cette occasion de rendre hommage à l'habileté et au talent hors ligne de l'auteur, et de se défendre contre l'accusation d'être l'adversaire des résections. Ce que M. Verneuil a toujours combattu, ce n'est pas l'emploi des résections, mais l'abus que l'on a fait de ces opérations. qui sont excellentes quand elles sont pratiquées sur des indications judicieuses. A cet égard, il est heureux de se trouver en parfaite conformité d'opinion avec l'auteur même de l'ouvrage dont il s'agit, auteur dont on ne saurait suspecter le témoignage, puisqu'il doit en partie sa grande et légitime notoriété chirurgicale à l'habile et judicieuse application qu'il a su faire de sa méthode des résections sous-périostées.

— M. Chauvel donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Bousquet, médecin-major, professeur agrégé à l'Ecole du Val-de-Grâce intitulé : « De la déformation des projectiles sur les pièces du squelette; indications que l'on peut tirer de ces déformations relativement au diagnostic des fractures ».

Le diagnostic exact des lésions osseuses produites par les projectiles, est souvent d'une difficulté extrême, si l'on ne veut recourir à des débridements et à une exploration directe du foyer de la fracture. L'introduction du doigt ne suffit même pas, dans certains cas, pour apprécier l'étendue des désordres. Il y a donc un intérêt puissant à utiliser, pour arriver à ce but, toutes les indications. De nos jours où les débridements sont presque universellement rejetés, où l'exploration des plaies d'armes à feu est considérée par nombre de chirurgiens comme extrêmement dangereuse, c'est dans les signes extérieurs qu'on se trouve naturellement porté à chercher les éléments d'un diagnostic suffisant.

L'examen des balles, arrêtées au sein des tissus, après avoir frappé l'une des pièces du squelette, peut-il aider au diagnostic des lésions osseuses ? Telle est la question que s'est posée M. le docteur Bousquet et à laquelle il répond par l'affirmative. Il suffit de jeter les yeux sur les figures qui accompagnent le mémoire de M. Bousquet, sur les balles déformées, déposées au Musée du Val-de-Grâce, par MM. Delorme et Bousquet, sur les planches de l'*Histoire chirurgicale de la guerre de Sécession*, et de la brochure plus récente de Von Beck, pour pouvoir affirmer que les projectiles modernes subissent, par le choc sur les os, des déformations remarquables. Signalées déjà par les anciens, relevées depuis quelques années avec plus de soins, ces déformations, comme l'indique M. Bousquet, peuvent être rapportées à deux types principaux : les déformations *des pointes*, et les déformations *latérales*.

M. Bousquet a eu le mérite de bien étudier ces types et de rechercher s'il existe entre les déformations et les lésions osseuses un rapport plus ou moins constant.

De nombreux examens cadavériques lui ont démontré que les diverses sortes de fractures si bien décrites par Borhampt, par Delorme, et retrouvées depuis par les autres expérimentateurs, correspondaient assez exactement aux divers degrés des deux types de déformations.

Les déformations *de pointe* sont en rapport, suivant leur degré, avec les simples empreintes, les fractures à grandes esquilles latérales, les fractures en sac de noix. Aux déformations latérales répondent des empreintes simples ou avec fêlures, des fractures sans disjonction des fragments. Quand, agissant sur le tissu spongieux, le projectile a creusé une gouttière, ou fait une perforation complète, les rayures de sa surface externe permettent aisément de l'affirmer.

Comme M. Bousquet, M. le rapporteur croit que, toutes les fois qu'une balle sera restée dans les parties molles et que son extraction pourra être faite *sans inconvénient*, le chirurgien ne devra jamais manquer d'examiner les déformations qu'elle a subies. Mais le cas se présentera-t-il souvent sur les champs de bataille? Les partisans de la non-exploration répondront que les recherches nécessaires pour trouver le projectile, les manœuvres indispensables pour son extraction sont une source de dangers et une porte ouverte à l'infection du foyer. Les rares défenseurs de l'exploration directe *quand-même* trouveront plus sûrs les renseignements fournis par le doigt. Qu'on accepte l'occlusion immédiate antiseptique, qu'on se range du côté des incisions, des lavages, de la simplification, de la désinfection énergique du foyer, l'examen du projectile sera toujours chose secondaire. Dans les cas seulement où la balle est restée dans les vêtements, dans les cas où elle est placée immédiatement sous la peau, directement sous les doigts, son extraction sera permise, le chirurgien pourra tirer de ses déformations des indications avantageuses au point de vue de la nature, de l'étendue des lésions et de la conduite à tenir. Encore faut-il se demander si ces déformations n'ont pas été produites avant l'entrée de la balle dans les tissus, par le choc contre un corps solide, une pièce de l'armement ou de l'équipement du soldat.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser des remerciements à M. Bousquet pour son intéressante communication ; 2° de publier intégralement son mémoire dans les *Bulletins;* 3° d'inscrire son nom, dans un rang honorable, sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. (Adopté.)

— M. Desprès communique une observation de taille périnéale qu'il a pratiquée avec succès pour extraire un corps étranger (tige de bois) introduit dans la vessie par le canal de l'urèthre, chez un marin qui avait pris l'habitude de la masturbation « à la mode chinoise ». Une tentative d'extraction au moyen de l'uréthrotomie externe et de l'introduction, par cette voie, du brise-pierre à cuillère, ayant échoué, M. Desprès pratiqua la taille périnéale en prenant le soin d'éviter les accidents qui rendent cette opération dangereuse, tels que la lésion du bulbe et celle des plexus veineux et nerveux prostatiques. Pour cela, il eut recours à la taille prérectale bilatérale par le procédé de Nélaton, se contentant de faire au col de la vessie une incision de 1 centimètre destinée à favoriser la dilatation de l'orifice. L'incision faite, il introduisit, comme on doit toujours le faire en pareil cas, le doigt indicateur à travers la plaie périnéale, jusque

©BIU Santé

dans la vessie, et sentit aussitôt le morceau de bois qui était placé en travers de la cavité vésicale. Une injection à grande eau dans cette cavité, à l'aide d'un irrigateur, suffit pour entraîner au dehors, au bout de quelques instants, le corps étranger. De simples pansements avec le vulgaire cataplasme de farine de graine de lin, sans autre antiseptique, suffit pour amener la guérison complète au bout de vingt-huit jours. A aucun moment, la température, après l'opération, ne dépassa 38° C.

M. Desprès met sous les yeux de ses collègues les pièces à conviction, c'est-à-dire la tige de bois, en même temps qu'une épingle recourbée en crochet, avec laquelle le malade avait tenté de retirer lui-même le corps étranger et qui, à son tour, lui avait échappé, formant ainsi un nouveau corps étranger.

La conclusion que l'auteur croit devoir tirer de son observation, c'est que, si la taille hypogastrique est incontestablement, de tous les procédés de taille, le meilleur quand il s'agit d'extraire des corps étrangers volumineux, la taille périnéale mérite d'être conservée pour les cas de corps étrangers de petit volume comme celui dont il s'agit ici.

— M. le docteur Guermonprez (de Lille) donne lecture d'une observation de thoracocentèse pour l'évacuation d'un foyer purulent de la cavité pleurale.

Nous reviendrons sur ce travail, à l'occasion du rapport de la commission chargée de l'examiner, et dont le rapporteur est M. Lucas-Championnière.

— La séance est levée à cinq heures. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 octobre 1885. — Présidence de M. Vidal.

Sommaire : *La paraldéhyde. — Les fractures de côtes par action musculaire. — Les rétrécissements de l'œsophage consécutifs aux ulcérations non cancéreuses* (discussion). — *Dilatation stomacale considérable, consécutive à un rétrécissement du duodénum par péritonite circonscrite. — Anévrysme rétrotrachéal.*

M. Desnos fait hommage d'un mémoire qu'il a publié sur la paraldéhyde ; il conclut à la réelle valeur de ce médicament, comme hypnotique. Les quelques inconvénients qu'il présente sont faciles à conjurer ; il est préférable au chloral, quoiqu'il soit moins anesthésique, parce qu'il est aussi moins nuisible pour le cœur. Dans les maladies fébriles, la paraldéhyde peut être employée, sans qu'on ait à craindre d'entraver la marche naturelle du processus.

M. Desnos lit ensuite un mémoire sur les *fractures de côtes indépendantes du traumatisme* ; il préfère pour elles la dénomination de fractures *par action musculaire* à celle de fractures spontanées. En effet, sauf dans une observation recueillie par M. Porack, dans laquelle on trouva une fracture spontanée des côtes, à l'autopsie d'un sujet cancéreux qui présentait beaucoup d'autres lésions cancéreuses du squelette, toujours les fractures indépendantes du traumatisme reconnaissent pour cause une contraction violente des muscles.

En 1855, M. Hérard communiquait à la Société des hôpitaux un cas de fracture de côtes survenue chez une femme enceinte dans un effort de toux.

Malgaigne n'avait relevé que huit cas de fractures de côtes en dehors des fractures par traumatisme. M. Paulet, dans un article du *Dictionnaire encyclopédique* en a publié six cas ; M. Mazuyer, quelques autres dans un travail récent. En tout, c'est donc une trentaine de cas que la science possède ; c'est peu si on songe que, d'après Demarquay, les fractures de côtes par traumatisme forment la moitié des fractures en général. M. Desnos a eu la bonne fortune d'en observer deux cas à court intervalle.

La première fois, il s'agissait d'un homme de 30 ans, emphysémateux, sujet aux accès d'asthme, qui entra à l'hôpital avec une bronchite aiguë et une dyspnée intense. Il éprouvait une douleur très vive dans le côté gauche, et disait s'être cassé une côte en toussant, il affirmait avoir entendu le craquement, que sa sœur placée près de lui aurait aussi perçu. M. Desnos fut d'abord tenté de se récrier. Mais il dut bientôt se convaincre

de la réalité de la fracture, qu'attestait une crépitation produite par la pression de la neuvième côte en avant de son angle ; M. Hardy la constata aussi. L'auscultation révélait à ce niveau des râles sous-crépitants de congestion. Après un traitement par les opiacés et le kermès, l'application d'une cuirasse de diachylon faisant une fois et demi le tour du thorax et journellement resserrée, la guérison fut complète en six semaines ; aucun cal n'était appréciable. La marche de l'affection fut accidentée par des accès de dyspnée violents qui furent combattus par les injections de morphine.

Le second malade était un vieillard de 66 ans, emphysémateux, sujet à des quintes de toux violentes pendant l'une desquelles il entendit un craquement sec, au moment où il éprouvait une violente douleur, dans un côté de la poitrine. Les vibrations vocales amoindries, l'obscurité de la respiration, une légère égophonie, un souffle doux révélaient un faible épanchement pleural. Quelques râles de bronchite étaient disséminés dans les deux poumons. Au niveau de l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs, la pression de la huitième côte déterminait de la crépitation. L'épanchement disparut, ainsi que la bronchite, sous l'influence des opiacés ; la cuirasse de diachylon immobilisa la fracture et le malade sortit guéri avec un cal peu considérable.

Outre la toux, les causes des fractures de côtes indépendantes du traumatisme peuvent être l'éternuement, un effort pour se redresser, pour monter à cheval. On a parlé des efforts de l'accouchement, mais leur influence reste douteuse.

Ces fractures sont plus fréquentes dans la deuxième moitié de la vie, chez les hommes. Elles requièrent probablement l'existence de modifications du tissu osseux, comme il en existe dans la grossesse (on a des observations de fractures de côtes spontanées chez des femmes enceintes); l'ostéoporose, qui accompagne certaines maladies du système nerveux central, l'ossification des cartilages costaux chez les vieillards ont été invoquées. L'influence de la syphilis, du cancer n'est pas démontrée. Il existe en revanche des lésions certaines du tissu des arcs costaux chez les emphysémateux : teinte jaune, disposition fibrillaire des cartilages, lacunes du tissu osseux.

Malgaigne s'était trompé en croyant que ces fractures n'existaient que du côté gauche et sur la moitié antérieure des côtes. Elles occupent plus souvent les côtes inférieures que les supérieures; on les a vues pourtant sur les deuxièmes côtes.

Le mécanisme est celui des fractures traumatiques dites indirectes, par exagération de la courbure normale. Dans l'effort des muscles expirateurs, il y a rapprochement excessif du sternum et du rachis, et l'arc costal, trop incurvé, éclate.

Le diagnostic doit éviter plusieurs causes d'erreur : certaines crépitations que produit quelquefois le chevauchement des cartilages costaux inférieurs dans les grands efforts; la névralgie intercostale, — la pleurésie, qui peut d'ailleurs coexister avec une fracture. La douleur limitée, la crépitation seront les signes les plus utiles; il faudra tenir compte du bruit perçu par le malade au moment de l'accident.

Le pronostic est favorable, puisque la seule malade qui ait succombée, celle d'Hérard, est morte d'accidents puerpéraux. Le traitement de cette variété *médicale* de fractures de côtes consiste en une cuirasse de diachylon et les calmants de la toux.

M. Debove lit une note sur une forme de *rétrécissement primitif de l'œsophage*, c'est-à-dire de *rétrécissement non cancéreux*. Il a déjà, en avril 1883, communiqué à la Société médicale des hôpitaux un cas semblable; ces cas ne seraient rares qu'en apparence et parce qu'on les a méconnus jusqu'ici.

Un homme de 55 ans est apporté, dans le service de M. Debove, en état de coma, avec congestion de la face et des veines du cou, sans paralysie ni albuminurie, avec émission involontaire de l'urine et des matières. Le retour de la connaissance s'effectue en peu de jours et l'on apprend les antécédents du malade. Habitudes anciennes d'intempérance, puis hématémèses abondantes à dix ans d'intervalle, digestions difficiles, vomissements, amaigrissement. Amélioration considérable de la gastrite par le lavage de l'estomac. Un jour, le malade, qui s'introduisait lui-même la sonde, s'aperçoit qu'il ne peut plus y réussir. Une hématémèse survient, suivie de perte de connaissance pendant laquelle deux attaques convulsives. Le malade, revenu à lui, est soumis au

©BIU Santé

cathétérisme; la sonde rencontre, à la partie tout à fait inférieure de l'estomac, un rétrécissement infranchissable.

M. Debove, pour arriver au diagnostic, écarte l'idée d'une cicatrice par ingestion de substance caustique dont il n'existe aucun souvenir chez le malade, celle d'un cancer par suite de la lenteur de l'évolution et de l'état de santé relativement conservé. Il est amené ainsi à penser que la cause du rétrécissement est une ancienne ulcération de l'œsophage guérie. Il se décide à tenter la dilatation forcée avec un cathéter qu'il a autrefois présenté à la Société des hôpitaux. On réussit à franchir l'obstacle en déployant un effort considérable; un peu de sang s'écoule, mais un verre de lait est dégluti aussitôt sans difficulté. A partir de ce moment, le cathétérisme, avec des olives successivement plus grosses, est pratiqué deux fois par jour et la déglutition reste facile.

Ainsi, il faut rejeter l'opinion classique d'après laquelle tous les rétrécissements de l'œsophage seraient cancéreux, lorsqu'ils ne succèdent pas à l'ingestion de liquides caustiques. Au point de vue de l'intervention thérapeutique, il est bien important de connaître l'existence de ces rétrécissements causés par la cicatrice d'une ancienne ulcération simple.

Quant à l'état comateux dans lequel le malade se trouvait à son entrée, il existe probablement non pas une simple coïncidence entre cet état et le rétrécissement de l'œsophage, mais un rapport d'effet à cause.

M. Hayem désire savoir sur quels signes on peut établir le diagnostic entre le rétrécissement simple et celui qui accompagne le cancer. Il existe fréquemment des rétrécissements par cancroïde sans cachexie, sans retentissement ganglionnaire appréciable.

M. Debove : Les deux caractères du rétrécissement consécutif aux ulcérations simples sont : 1° la longue durée de l'affection; 2° la marche, qui se compose de deux périodes : période d'ulcération que signalent les hémorrhagies, puis période de rétrécissement.

M. Millard pense que ce rétrécissement, causé par des ulcérations simples, mériterait plutôt le nom de retrécissement *consécutif* que celui de primitif, employé par M. Debove.

M. Debove a adopté la classification des traités classiques et a voulu différencier les rétrécissements causés par les ulcérations simples de ceux qui sont consécutifs à l'ingestion des caustiques.

M. Millard : On pourrait alors les appeler cicatriciels ou fibreux.

M. Debove se rallie à l'épithète de rétrécissement consécutif aux ulcérations.

M. Millard se demande si l'ulcération, dans le cas de M. Debove, siégeait bien dans l'œsophage et non pas sur le pourtour du cardia. Ce qui le ferait pencher vers cette dernière opinion, c'est que le malade n'avait jamais éprouvé de dysphagie, et que d'ailleurs les ulcères de l'œsophage sont excessivement rares.

M. Debove pense que l'ulcération siégeait certainement plus haut que le cardia. D'ailleurs, le malade n'avait pas eu non plus de gastralgie.

M. Dumontpallier demande si on a noté des ulcères simples siégeant au cardia.

M. Bucquoy sait qu'on a vu des cas où, en même temps que l'ulcère du cardia, existaient des ulcérations de l'œsophage.

M. Debove rappelle qu'il existe un mémoire de Quincke sur l'*ulcus œsophagi ex digestione*, que cet auteur explique par le reflux des liquides gastriques irritants jusque dans l'œsophage Quincke a cité un cas de rétrécissement fibreux cicatriciel de la fin de l'œsophage constaté à l'autopsie.

M. Hayem a vu, chez un alcoolique atteint de cirrhose et de gastrite ulcéreuse, des ulcérations siégeant à quelques millimètres au-dessus du cardia. L'explication pathogénique de Quincke ne s'appliquerait pas à de tels cas.

M. Debove convient que l'uléus ex digestione n'est encore qu'une hypothèse théorique.

— Hayem communique un cas de *dilatation stomacale considérable consécutive à un rétrécissement du duodénum par péritonite circonscrite hépatico-duodénale.*

Le malade, qui a succombé après quatre ans de séjour dans le service de M. Hayem, avait eu, au début, des douleurs et du melæna. Il était jeune. L'absence d'hématémèse conduisit à admettre un ulcère duodénal.

Des accidents cholériformes accompagnés de contracture des extrémités, de tétanie, se reproduisirent à diverses reprises quand l'estomac très dilaté contenait une grande quantité de liquide. C'est dans une attaque de ce genre que la mort est survenue.

A l'autopsie, on constata bien la cicatrice indubitable d'un ancien ulcère duodénal, mais on put se convaincre que cette cicatrice n'était pas la cause du rétrécissement. En effet, le duodénum avait conservé à ce niveau son calibre normal, mais une bride constituée par des néomembranes fibro-vasculaires fixait à la partie inférieure du foie et maintenait suspendu, comme par une anse, le duodénum au niveau de l'union de sa première et de sa deuxième portion. En ce point, la paroi inférieure du duodénum formait une sorte de valvule empêchant le passage des aliments et réalisant une espèce de rétrécissement intestinal par vive arête. La bride néomembraneuse était vraisemblablement le résultat d'une ancienne péritonite circonscrite causée autrefois par l'ulcération duodénale. Cette péritonite s'était propagée même le long de la grande courbure de l'estomac jusqu'à l'épiploon, qui avait contracté des adhérences dans le voisinage du pubis. L'estomac énorme descendait ainsi jusqu'au pubis tendu entre ses points d'attache supérieurs et ces adhérences épiploïques. Le paquet des circonvolutions intestinales était logé en partie au-dessus de la petite courbure. Pendant la vie, malgré la forme que semblaient dessiner sous la paroi abdominale les contractions de l'estomac hypertrophié, on avait cru la dilatation de cet organe beaucoup moindre, la courbure ne paraissant pas descendre à plus de deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Quel traitement eût-on pu faire pour prolonger la vie du malade, si on eût pu deviner cette singulière disposition anatomo-pathologique? La gastrotomie suivie d'une dilatation forcée du duodénum, à laquelle M. Périer et M. Hayem avaient songé un moment, n'eût donné aucun résultat. Peut-être aurait-on pu favoriser le passage des aliments de l'estomac dans le duodénum et au delà de l'obstacle en prescrivant au malade de se placer la tête en bas pendant la digestion. Cette gymnastique excentrique serait peut-être rationnelle dans certaines dilatations de l'estomac.

— M. A. Robin présente au nom de M. Deroi, professeur à l'École de Dijon, une pièce anatomique : *anévrysme volumineux siégeant derrière la trachée*, ayant déterminé la compression de cet organe au point de nécessiter la trachéotomie et s'étant rompu subitement au moment de l'introduction de la canule. — P. L. G.

Le professeur Robin.

Nous reproduisons les principaux passages d'une notice que M. le docteur Corlieu vient de consacrer au professeur Robin dans la *France médicale :*

Né le 4 juin 1821 à Jasseron, petite ville du département de l'Ain, à quelques kilomètres de Bourg, Charles-Philippe Robin vint à Paris à l'âge de 19 ans pour y faire ses études médicales, et fut nommé interne des hôpitaux au concours de 1843. Tout en s'occupant de médecine, il se sentit porté de bonne heure vers les sciences anatomiques et naturelles, et il fut, à la Faculté, l'un des premiers à s'adonner à la microcraphie et à la biologie. Il se fit recevoir docteur en médecine le 31 août 1846, docteur ès sciences en 1847, et il concourut la même année pour l'agrégation dans la section d'histoire naturelle. Sa thèse sur les *Fermentations* fut très remarquée.

Une fois nommé, Robin ouvrit un cours d'anatomie pathologique et il organisa, dans l'ancienne mairie du XIe arrondissement, un laboratoire d'anatomie comparée où il passa cinq grandes années à travailler pour lui et à faire travailler sous sa direction un certain nombre d'élèves d'élite. Son cours particulier obtint un tel succès que le professeur libre fut tout naturellement désigné pour la chaire d'histologie, créée par un décret impérial du 19 avril 1862.

Robin avait embrassé de bonne heure la doctrine positiviste d'Auguste Comte, dont

©BIU Santé

Littré était alors un fervent disciple. Les opinions positivistes de Robin amenèrent quelques troubles pendant ses premières leçons, mais grâce à son énergie, à son sang-froid, il triompha vite de cette cabale organisée contre ses opinions mais non contre le savant.

Robin était membre de l'Académie de médecine depuis le 11 mai 1858, dans la section d'anatomie pathologique. Il faisait partie de presque toutes les sociétés savantes de France et de l'étranger. Le 15 janvier 1866, il remplaçait Valenciennes à l'Institut de France, dans la section d'anatomie et de zoologie.

Les travaux de Robin sont considérables et il est impossible de les énumérer tous ici. Nous nous contenterons de citer les principaux. Ce sont les suivants :

Mémoire sur l'existence d'un œuf ou d'un ovule chez les mâles comme chez les femelles des végétaux et des animaux (1848). — *Observations sur le développement de la substance et du tissu des os* (1849). — *Du microscope et des injections* dans leur application à l'anatomie et à la pathologie (1849), 3e éd. 1876). — *Tableaux d'anatomie*, contenant l'exposé de toutes les parties à étudier dans l'organisme de l'homme et dans celui des animaux (1851). — *Traité de chimie anatomique et physiologique normale ou pathologique*, en collaboration avec Verdeil (1853). — *Histoire des végétaux parasites* qui croissent sur l'homme et les animaux vivants (1853). — *Mémoire sur les modifications de la muqueuse utérine* pendant ou après la grossesse (1861). — *Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux*, commencé en 1864. — *Leçons sur les substances amorphes et les blastèmes* (1866). — *Leçons sur la substance organisée* et ses altérations (1866). — *Leçons sur les humeurs normales et morbides* de l'homme (1867 et 1875). — *Leçons sur les vaisseaux capillaires et l'inflammation* (1868). — *Anatomie microscopique des tissus* et des éléments anatomiques (1868). — *Traité du microscope* (1871).

Robin a refondu, en collaboration avec Littré, le *Dictionnaire de Médecine* de Nysten, depuis la dixième jusqu'à la quatorzième édition. Il a en outre publié de nombreux travaux dans les Mémoires de l'Académie des sciences.

Dans la vie privée, Robin était un homme d'un commerce très agréable et dans lequel on reconnaissait difficilement le professeur si redouté des élèves qui l'avaient comme examinateur.

FORMULAIRE

PILULES HÉMOSTATIQUES. — Huchard.

Ergotine.....	ää	2 grammes.
Sulfate de quinine.....		
Digitale pulv.....	ää	0 gr. 20 cent.
Extrait de jusquiame.....		

F. s. a. 20 pilules.

De 5 à 8 et 10 par jour, dans diverses formes d'hémorrhagie, telles que métrorrhagie, épistaxis, hémoptysie. — N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lucien Papillaud, de Saujon (Charente-Inférieure) et de M. le docteur Tayon, professeur de zoologie et de zootechnie, à l'École nationale de Montpellier.

— La séance générale publique annuelle de l'Académie des sciences, pour la proclamation des récompenses à décerner en 1885, a été fixée lundi dernier, au 21 décembre prochain.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Ch. Eloy : La contagiosité et le parasitisme de l'impétigo au point de vue thérapeutique et prophylactique. — II. Lettres de Belgique. — III. Revue des Journaux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

La contagiosité et le parasitisme de l'impétigo au point de vue thérapeutique et prophylactique.

I

Depuis les efforts de Willan pour donner une individualité clinique à l'impétigo, l'étiologie de cette affection a traversé de nombreuses vicissitudes. Dans ces temps derniers, la phase des agitations semblait néanmoins terminée et les dermatologistes avaient prisplace dans deux camps.

Les uns, avocats de la théorie de l'irritation exercée par les agents externes, plaçaient, toute en dehors, l'étiologie de cette dermatose; les autres, plus nombreux, partisans des influences diathésiques, regardaient l'impétigo comme une manifestation du scrofulisme ou bien de l'herpétisme, et, en un mot, comme la signature cutanée de ces états désignés par les anciens sous la vague dénomination « de vices internes. »

On avait bien aussi, récemment, essayé de formuler une autre opinion : celle de l'impétigo fièvre éruptive. Cette hypothèse, assez osée, était une œuvre d'imagination et non d'observation. Elle attend toujours la justification que la clinique s'obstine à lui refuser.

Le débat s'était donc circonscrit entre les adhérents des deux premières théories. Actuellement, il menace de s'élargir par la mise en discussion d'une autre doctrine qui, petit à petit, a fait son chemin dans la dermatologie contemporaine.

Modeste d'allures, mais grosse de conséquences pratiques, elle est le renouveau des idées naguère émises par Devergie, et vivement combattues par Bazin sous le nom de théorie de la contagiosité et du parasitisme de l'impétigo. Quels qu'en soit la valeur définitive et l'avenir, elle mérite déjà mieux qu'oubli et que dédain.

Toutefois, avant de pénétrer les arguments qui la motive, évitons tout malentendu et ouvrons une parenthèse pour nous entendre sur la valeur de cette rubrique : impétigo parasitaire.

On a qualifié de ce nom la variété d'impétigo consécutive aux irritations cutanées provoquées par des parasites, le *pédiculus* ou l'*acarus*. On faisait alors intervenir ces insectes à la manière des autres irritants : leur action était mécanique et tout leur rôle pathogénique incident.

L'impétigo dont il est ici question n'est ni contagieux, ni parasitaire de cette manière ; un microphyte lui sert d'agent de transmission, et ce microphyte, qui fut aperçu pour la première fois par Tilbury Fox, il y a déjà vingt ans passés, a été décrit par Kohn, entrevu par Piffard et mieux étudié par M. Dewèvre dans un mémoire sur la *nature contagieuse et parasitaire de l'impétigo*, publié dans le n° 18 des *Archives de médecine et de pharmacie militaires* de cette année.

La doctrine de la contagiosité et du parasitisme de l'impétigo est donc en gestation. Comment ses parrains espèrent-ils faire agréer des praticiens ses conséquences thérapeutiques et prophylactiques ?

©BIU Santé

II

Voici un premier argument. Il est tiré d'une observation clinique sur laquelle l'accord est universel ; à savoir que cette dermatose appartient surtout à la pathologie infantile. En dehors de la puérilité, dans l'âge adulte ou la sénilité, elle est rare et a pour supports des individus mal nourris, mal soignés.

Délicate et richement vascularisée, la peau de l'enfant constitue, selon l'expression d'un auteur : « Une terre vierge et féconde pour la plupart des « affections parasitaires. » Cette prédilection de l'impétigo pour l'enfance rentre donc dans une loi commune aux autres dermatoses par cause animée : la teigne par exemple.

Sans grands efforts de réflexion, on est conduit, dès l'abord, à faire intervenir l'état général comme cause prédisposante de l'impétigo parasitaire et contagieux. Il ne faudrait donc pas se hâter de bannir à jamais les diathèses de la pathogénie de cette maladie. L'avènement du parasite impétigineux fût-il un fait acompli, elles auront encore un rôle considérable : celui de préparer le terrain aux ensemencements microbiques. Vraiment c'est aller bien loin de mettre en dernière liquidation la théorie de l'impétigo de cause générale et d'écrire qu'il ne relève d'aucune diathèse! Il y a place sur le terrain pathogénique pour une véritable conciliation entre les théoriciens des diathèses et les contagionnistes.

Un autre fait clinique vient aussi à l'appui de l'hypothèse de la contagiosité de l'impétigo; c'est la fréquence de l'éruption sur les individus récemment vaccinés, soit enfants, comme tous les auteurs le remarquent, soit adultes comme les soldats inoculés par M. Dewèvre, et sa prédilection pour les parties découvertes du corps. Ici le témoignage des praticiens est presque unanime, et tous les dermatologistes ont en mémoire les relevés de Devergie, qui, dans une série de 284 cas, notait la localisation de la dermatose 152 fois sur la face, la tête ou les mains, 59 fois sur les avant-bras, les jambes, les pieds ou la poitrine, parties plus rarement découvertes, et deux fois seulement sa dissémination sur la totalité de la surface du corps. Cette distribution des impétigines sur les régions découvertes rappelle la prédilection des autres dermatoses parasitaires.

Les démangeaisons de l'impétigo ressemblent-elles au prurit des dermatoses parasitaires? Les contagionistes répondent affirmativement. Le grattage consécutif à ce prurit devient, pour l'impétigineux, l'occasion toujours renaissante d'autres inoculations, et, pour son entourage, l'origine de contamination par les doigts chargés de produits morbides et mis en contact avec des érosions accidentelles de la peau. C'est ici le lieu de rappeler la fréquence bien connue de cette dermatose dans les agglomérations enfantines : le grand nombre des impétigineux au printemps, à l'automne et dans certaines années; leur rapide multiplication dans les écoles, et parfois la nécessité de leur éloignement pour enrayer l'extension de la maladie. N'est-ce pas là des présomptions favorables à l'idée de la contagiosité? Plusieurs fois, pour ma part, j'ai pu, depuis cinq ans, vérifier l'efficacité de cette mesure prophylactique dans des milieux scolaires où l'impétigo était la dermatose de tous les jours. Ces notions ne possèdent donc pas seulement un intérêt pathogénique ; elles sont encore d'importance hygiénique pour les médecins chargés de l'inspection des écoles.

Dans l'espèce, voici les témoignages de Tilbury Fox, Kaposi, Duhring,

Piffard, Van Herlingen, Wœsten Beach et de M. Breynaert (de Dunkerque). Ils sont unanimes à enregistrer des épidémies impétigineuses de familles, de maisons et de pensionnats.

Devergie avait signalé la transmission tantôt de l'enfant à sa mère, puis de la mère au mari, tantôt de la mère à l'enfant ou de l'enfant à d'autres enfants. A la page 675 de l'édition française de ses *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, Hénoch mentionne le cas d'un enfant contagionnant sa sœur qui avait l'habitude de soutenir sa tête avec la joue et le bras. Ce serait naïveté d'insister plus longtemps sur ces faits et sur ceux où, comme l'écrivait Devergie, la transmission s'exerce « de bouche à bouche ». Avec quelque peu d'attention, on en multiplierait aisément le nombre.

III

Après ce plaidoyer en faveur de la vraisemblance de la doctrine contagioniste de l'impétigo, il reste encore à en affirmer la validité. Pour cela, j'en appelle aux recherches expérimentales, c'est-à-dire aux inoculations des produits pathologiques des impétigineux et à la connaissance morphologique du contage.

L'inoculabilité de l'impétigo a été prouvée, il y a quelques années, par les auto-inoculations pratiquées par M. Vidal, en 1876, et les essais aussi heureux de Fox et de Taylor. En 1883, au Congrès de l'Association américaine de dermatologie, Piffard, Graham, Hardaway, n'hésitaient pas à proclamer la virulence de la sérosité des pustules impétigineuses. Déjà, auparavant, Rilliet et Barthez, en avance sur les contagionistes contemporains, reconnaissaient à cette sécrétion le privilège d'inoculer « la maladie aux parties de la peau sur lesquelles elle tombe. » Cette auto-inoculation spontanée n'est-elle pas comparable aux auto-inoculations provoquées par l'expérimentation?

Néanmoins, la question restait en suspens, et les essais de M. Dewèvre, sur l'homme et sur les animaux, ont eu pour but de la résoudre. Quelle est leur valeur? Leur économie ne consistait pas seulement à vérifier l'inoculabilité de l'impétigo, mais bien aussi à déterminer la virulence relative des différents produits pathologiques des éruptions impétigineuses, sérosité de la vésico-pustule initiale, poussière des croûtes, pus sous-crustacé et matière obtenue par le raclage de l'ulcération préalablement détergée.

En voici les résultats : les produits du raclage donnent des inoculations fécondes dans 5 cas sur 5; ils sont donc les plus virulents. Le pus sous-crustacé occupe le deuxième rang dans l'échelle de la virulence, et son inoculation a été suivie de 4 succès sur 5. La poussière des croûtes paraît moins fertile, puisque son inoculation n'a réussi que 2 fois sur 5. Enfin, le liquide de la vésico-pustule est moins virulent encore; il n'a produit aucun résultat dans 4 expériences sur 5.

Cette série d'expériences est une victoire pour les contagionistes. Pour la compléter, M. Dewèvre a voulu prouver la véhiculation du contage par l'air. Imitant le dispositif adopté, pour montrer la transmission par l'air des spores charbonneuses, notre estimé confrère a placé des croûtes d'impétigo dans un tube de verre à travers lequel on projeta un courant d'air peu rapide. A la sortie du tube, on dirigeait l'air ainsi contaminé sur une plaie vive dont la surface devint le siège d'une éruption impétigineuse nettement caractérisée. En portant le tube à la température de

©BIU Santé

80 degrés, on stérilise l'air qui le traverse, le contage perd sa virulence, et l'impétigo expérimental fait défaut.

De tels résultats ne s'obtiennent pas en opérant sur les animaux, le cheval, le chien, le lapin et le cobaye étant constamment réfractaires aux inoculations. Bien que négatives, ces tentatives et celles, plus anciennes, de M. Vidal possèdent une signification : elles permettent de soupçonner l'influence exercée par le terrain sur l'implantation et le développement des parasites impétigineux. N'expliquent-t-elles pas aussi la prédilection de l'impétigo pour « une constitution assez bonne, et, comme l'a écrit « M. Dewèvre, pour une peau encore pleine de vitalité. Au contraire du « muguet, il n'aime pas les cachectiques; il n'aime pas plus les arthri- « tiques qu'il n'aime les vieillards, chez lesquels il avorte souvent ou évolue « d'une façon rapide et incomplète. »

Après cela, ne serait-il pas osé de faire table rase de la théorie diathésique et prétentieux de la mettre hâtivement en démolition pour édifier sur ses ruines une étiologie absolument nouvelle? On n'y est pas autorisé, ce me semble, à l'heure actuelle.

D'ailleurs, l'accord est loin d'être parfait sur la morphologie du parasite de l'impétigo, et les descriptions de Kohn, Piffard, Gibert et M. Dewèvre ne concordent pas toujours. Le microphyte étudié par ce dernier ressemble moins aux corps ovoïdes et en baguettes de Piffard qu'aux spores et aux tubes de mycélium de Kohn. En employant les procédés de M. Balzer, il a constaté l'abondance de ces micro-organismes dans le corps muqueux de Malpighi, et cette localisation est en rapport avec la plus grande virulence des produits récoltés par le raclage des ulcérations.

La théorie contagioniste enlève toute raison d'être à la division de l'impétigo en deux variétés : l'impétigo contagiosa et l'impétigo vulgaris. Cette distinction, motivée sur de fugaces et inconstantes nuances morphologiques, était d'ailleurs loin d'obtenir l'adhésion unanime. De plus, si elle se justifie par le contrôle d'autres travaux, cette doctrine aura des conséquences thérapeutiques et des applications hygiéniques dont on entrevoit aisément l'importance. D'une part, l'indication locale consistera désormais dans l'emploi des germicides et, en particulier, du sublimé, qui n'a plus à faire ses preuves de puissance parasiticide. D'autre part, les médicaments classiques des diathèses, les agents modificateurs de l'état général restent l'indispensable complément de ce traitement local.

Au point de vue de la médecine préventive, cette notion conduit à l'éloignement des impétigineux, à leur isolement, dans les milieux scolaires et militaires, et, conséquemment, à l'adoption de la prophylaxie, déjà en usage contre la contagion des autres dermatoses parasitaires.

Que la doctrine du parasitisme et de la contagiosité de l'impétigo soulève des objections. Nul n'en doute; par contre, elle a les apparences de la fécondité en résultats cliniques. Les praticiens auraient donc tort de s'en désintéresser; car, si elle doit enrichir définitivement la botanique dermatologique d'un microphyte de plus, ce qui importe peu; d'autre part, elle prépare, dans une certaine mesure, une thérapeutique et une prophylaxie efficace de l'impétigo, ce qui importe beaucoup. Encore incomplète et imparfaite, si elle a les défauts d'une récente naissance, ou mieux d'une tardive renaissance, elle en possède aussi les futures espérances.

Ch. ÉLOY.

Lettres de Belgique.

Dans notre dernière *Lettre de Belgique* (voy. n° 26, 19 février 1885), nous accusions déjà le choléra d'être l'objet de toutes les préoccupations et d'absorber à son profit l'attention universelle. A sept mois de date, et à la suite d'une accalmie, plus apparente toutefois que réelle, c'est lui encore qui est partout à l'ordre du jour, dans les Académies comme dans les Congrès.

L'*Union médicale* a déjà rendu compte, dans son numéro du 17 septembre, de la réunion scientifique qui s'est tenue à Anvers, le 28 août dernier et les jours suivants, sous les auspices de la *Société de médecine publique de Belgique*, et qui portait à son ordre du jour « la question des conditions de la défense des frontières belges contre les « invasions cholériques ». Nous y renvoyons, non toutefois sans y ajouter quelques considérations qui nous sont personnelles.

Après la « Conférence de Rome », le « Congrès d'Anvers », applaudissant à ses conclusions, a décrété le remplacement des cordons sanitaires et des quarantaines, terrestres et fluviales, par l'observation et la désinfection méthodiquement organisées, dans les stations frontières, par lesquelles les voyageurs des grandes lignes internationales pénètrent d'*un pays infecté dans un pays indemne*.

M. Brouardel, quant aux quarantaines maritimes, — vivement attaquées par M. Strauss comme inutiles et mêmes dangereuses, — a soutenu qu'il fallait faire en sorte d'interdire le passage de la maladie et que, dans ce but, les quarantaines maritimes, bien faites, rendaient d'immenses services.

Les orateurs qui se sont ralliés à cette opinion, et le Congrès, — en décidant que les quarantaines maritimes sont *applicables en Belgique*, — ont implicitement reconnu que la situation topographique des divers pays peut et doit seule décider de cette applicabilité. Il y a tel lieu et telles circonstances où les quarantaines maritimes, surtout si elles sont mal comprises dans leur application, peuvent, ainsi que l'a dit M. Strauss, contribuer à propager les maladies infectieuses. Les différentes nations devront donc, ainsi que vient de faire la Belgique, étudier leur propre topographie et y accommoder leur façon de se prémunir.

Pour les quarantaines terrestres *internationales*, leur condamnation est sans appel et ce sera justice. La France semble avoir été la première à la faire entrer dans le domaine des faits accomplis, et le monde intelligent lui en saura gré. Lors du Congrès d'Anvers, nous avons eu l'occasion de serrer la main, à Bruxelles, à un vieil ami, le docteur Cervera (de Madrid), qui, parti trois jours auparavant de l'Espagne, avait pu entrer en France et arriver en Belgique sans que ni lui ni ses bagages n'eussent eu à subir aux frontières ni temps d'arrêt, ni autres vexations d'aucune sorte.

Que nous sommes loin du temps où, sous prétexte du choléra de Marseille et de Toulon, il fallait, pour pénétrer soit en Espagne, soit en Italie, subir les mille chinoiseries des quarantaines, des lazarets et des désinfections. Et l'on sait avec quel succès : il n'est pas de pays qui aient plus souffert des atteintes du fléau que l'Italie et que l'Espagne.

Dix mille ouvriers italiens, disait-on, travaillant à Marseille, fuyaient l'épidémie, et on ne les retenait pas; bien au contraire, on les dirigeait sur la frontière, à Vintimille, où des lazarets improvisés, on sait de quelle façon, les retenaient au passage. Cette digue accumulait ainsi toute une population suspecte et vivant dans la plus complète promiscuité. C'était horrible, mais l'affolement ne connaissait pas de bornes; aussi la digue fut-elle fidèlement gardée, et, lorsque le choléra éclata à Gênes, on put se convaincre que ce n'est pas en passant par le lazaret de *Pian di Latte* qu'il y était arrivé. De plus, dans toute cette population suspecte, pas un cas ne s'était déclaré. Chinoiserie, et rien que chinoiserie! Il semblait naturel que San-Remo, qui était *en aval* du courant parti de Marseille, fût épargné, et il n'y avait plus qu'à louer l'autorité de l'efficacité de son barrage. Mais il en fallut rabattre quand on s'aperçut que Menton, située *en amont* du barrage et dont il avait fallu traverser le territoire pour arriver au lazaret de Pian di Latte, avait été tout aussi épargnée que San-Remo. L'immunité de cette dernière

©BIU Santé

ville s'explique, selon nous, par la pureté des eaux servant aux usages domestiques et venant directement de la montagne, par des canaux de fonte qui n'admettent aucun affluent, et garantissent de la sorte, contre l'influence contaminante la plus universellement admise aujourd'hui, celle d'eaux impures, les populations qui s'en abreuvent.

*
* *

La question Ferran a été à peine affleurée au Congrès d'Anvers. Il n'en a été parlé que très succinctement, et cela dans la dernière séance, à l'occasion d'un rapport sommaire fait, par M. Van Ermengem, à la demande du président du Congrès, sur des pièces, banales d'ailleurs et appartenant déjà au domaine public, que le médecin espagnol lui avait fait parvenir. Après un très court échange de vues, portant spécialement sur la personnalité de M. Ferran et qui, par cela même, ne pouvait avoir d'issue, le Congrès s'est séparé en manifestant, sur le principe de la vaccination anticholérique, un doute philosophique que personne ne sera tenté de lui reprocher.

Les lecteurs de l'*Union médicale* ont eu sous les yeux toutes les pièces du procès, et notamment le rapport que M. Van Ermengem a adressé à son gouvernement, à la suite de la mission en Espagne que celui-ci lui avait confiée. (Voy. 1885, nos 109, 110 et 111.) Ce rapport, ils se le rappellent, se terminait par une série de propositions résumant les idées scientifiques qui y étaient développées. Ces propositions n'ont rien de ce qui constitue les conclusions pratiques qu'on aurait voulu y trouver. Dans un exposé de cette nature, toutefois, il n'en pouvait être autrement. M. Van Ermengem a dû se borner à poser des jalons, et il l'a fait avec une très grande discrétion et une sagesse non moins grande. Pour lui, la vaccination anticholérique ne repose sur aucune donnée scientifique certaine. Sans doute, la vaccination dans le charbon symptomatique, dans la pleuropneumonie épizootique, le fait de l'immunité contre la variole procurée par des injections intra-cellulaires de liquide vaccinal ou variolique, sans qu'aucune manifestation intérieure ou extérieure en donne la justification, sont des éléments avec lesquels il y a à compter; mais que d'inconnues n'y a-t-il pas à dégager de ces faits, avant de pouvoir les accepter et les faire intervenir à titre d'axiomes dans la circonstance actuelle? On pourra trouver l'exigence un peu sévère; on se gardera de la critiquer.

En résulte-t-il que M. Van Ermengem soit opposé à la vaccination ferranienne? Il ne le dit pas expressément, mais on peut le lire entre les lignes de son rapport : scientifiquement, il ne saurait la conseiller. Pratiquement, empiriquement, il saura attendre patiemment des statistiques bien faites et bien expérimentées. D'ici là, il n'y a pas lieu à violenter les consciences, puisque, appliquées avec le soin voulu et avec des liquides convenablement et scrupuleusement titrés, les injections ferraniennes sont inoffensives à ceux qui les subissent. Le sont-elles au même degré aux personnes de l'entourage, en d'autres termes lesdites injections ne peuvent-elles pas *semer le choléra*? A travers l'organisme humain, non, car elles ne développent jamais à leur suite le syndrome cholérique capable de faire fonction de semence; à côté de l'organisme humain, oui; il suffit pour cela que le liquide à virgules soit traité sans la prudence voulue, répandue sur des linges, dans les lavoirs, sur les tapis, ce qui lui permettra d'y proliférer et d'y faire office de semence. Conclusion : avant de recommander ou même d'autoriser les vaccinations anticholériques publiques, il serait peut-être prudent de créer des équipes de praticiens ayant fait leurs preuves et auxquelles l'autorité en confierait l'application, à l'exclusion de toutes personnes manquant de l'expérience voulue (1).

Telles sont, nous pouvons l'affirmer, les idées du bactériologue belge. Nous y ajouterons un seul mot : l'inoculation préventive de la pleuropneumonie épizootique à son aurore manquait, comme l'inoculation anti-cholérique, de bases scientifiques; il lui a fallu, à cause de cela sans doute, près d'un demi-siècle pour creuser son sillon; elle y est parvenu cependant, et, aujourd'hui, elle paraît solidement assise dans la pratique. L'inoculation ferranienne expurgée et perfectionnée n'aura-t-elle pas la même destinée? L'avenir et les statistiques l'apprendront à nos descendants.

(1) Le dernier épisode des inoculations du docteur Ferran, raconté dans le numéro du 6 octobre, ne confirme que trop l'indispensable nécessité de ces précautions.

*
* *

1. La question des eaux alimentaires a été étudiée dans une autre assemblée : le *Congrès international de pharmacie*, qui vient de se tenir également en Belgique, ne s'est séparé qu'après avoir décidé qu'il y avait lieu de créer une nouvelle pharmacopée internationale. Ce sera la tâche d'une prochaine session.

Le Congrès, à l'unanimité, a décidé que l'eau, pour être potable, doit satisfaire aux conditions suivantes :

1° Elle doit être limpide, transparente, incolore, sans odeur, exempte de matières en suspension ;

2° Elle doit être fraîche, d'une saveur agréable ; sa température ne doit pas varier sensiblement et ne pas dépasser 15° centigrades ;

3° Elle doit être *aérée* et tenir en solution une certaine quantité d'acide carbonique. L'air qu'elle renferme doit contenir plus d'oxygène que l'air ambiant ;

4° La quantité de matières organiques ne doit pas dépasser 20 milligrammes par litre : elle ne doit pas être azotée ;

5° La matière organique azotée, brûlée par une solution alcaline de permanganate de potasse ne doit pas fournir plus de 0 milligramme 1 d'azote albuminoïde par litre d'eau ;

6° Elle ne doit pas contenir plus de 5 dixièmes de milligramme d'ammoniaque par litre ;

7° Un litre d'eau ne doit pas contenir plus de 0 gramme 5 de sels minéraux,

60	milligrammes	d'anhydride sulfurique,
8	—	de chlore,
2	—	d'anhydride azotique,
200	—	d'oxydes alcalino-terreux,
30	—	de silice,
3	—	de fer ;

8° L'eau potable ne doit renfermer ni nitrites, ni hydrogène sulfuré, ni sulfures, ni sels métalliques précipitables par l'acide sulfhydrique ou sulfhydrate ammonique, à l'exception de traces de fer, d'aluminium ou de manganèse ;

9° Elle ne peut acquérir une odeur désagréable, après avoir été conservée dans un vase fermé ou ouvert ;

10° Elle ne doit pas contenir de *saprophytes*, de *leptothrix*, de *leptomites*, d'*hyphéotrix* et *autres algues blanches*, de *nombreux infusoires*, de *bactéries* ;

11° L'addition de sucre blanc ne doit pas y développer des *fungus* ;

12° Cultivée avec de la gélatine, elle ne doit pas donner production à d'innombrables bactéries liquéfiant la gélatine en moins de huit jours.

2. Un troisième Congrès, celui de *médecine mentale*, a été tenu à Anvers, pendant la durée de l'Exposition. Un rapport de M. Semal en a été le clou : il concerne les relations entre la criminalité et la folie. L'auteur y fait remarquer, en termes saisissants, les conformités physiques qui rapprochent les criminels des aliénés ; aussi, d'après lui, les criminels sont-ils, pour la plupart, des fous qui raisonnent, s'il est permis d'associer ces deux expressions.

« Je sais bien, a ajouté l'honorable rapporteur, que la magistrature n'est pas favorable à cette manière de voir, mais la médecine légale n'en doit pas moins persévérer dans la voie qu'elle s'est tracée. Il importe donc qu'elle poursuive ses études avec ardeur ».

En conséquence, M. Semal a formulé la proposition suivante :

« En présence des faits anatomiques, cliniques et physiologiques démontrant l'analogie qui existe entre une catégorie d'aliénés et certains criminels, émet le vœu que le gouvernement continue à favoriser l'enquête entreprise par la Société de médecine mentale, en lui adjoignant une commission composée d'un magistrat judiciaire, d'un médecin et d'un administrateur des prisons. »

M. Benedikt (de Vienne) a appuyé le vœu de M. Semal. Il a cherché à prouver, par

©BIU Santé

de nombreux exemples, que chez certains individus il existe dès la naissance une faiblesse nerveuse qui, sous l'empire de certaines conditions sociales, doit fatalement les conduire au mal. Voici, par exemple, un enfant qui, dès qu'il peut travailler, éprouve une sensation de fatigue ou de malaise. Il est clair qu'il en résultera une aversion pour le travail qui, s'il est né dans un milieu pauvre, le mènera droit au vagabondage. D'autres formes de cette neurasthénie peuvent engendrer un goût immodéré pour le plaisir. Le malheureux atteint de cette prédisposition pourra devenir un voleur, un assassin, et rien ne le corrigera.

Le Congrès a adopté la proposition de M. Semal en y associant un vœu présenté par M. Benedikt et tendant à la création de cliniques de criminalité.

3. Nous citerons pour mémoire le Congrès *sur l'abolition de l'alcoolisme* et celui de la *Société de moralité publique,* dont le but est connu. Nous ne ferons pas le même honneur à une réunion d'énergumènes qui, sous le nom de *Convent,* sont venus en Belgique, armés de tamtams et d'éteignoirs. Erostrate, lui du moins, tenait un flambeau.

Bruxelles, 15 septembre 1885. Dr Warlomont.

REVUE DES JOURNAUX

Observations de pleurésies hémorrhagiques, par M. Sorel. — Sous ce titre, l'auteur rapporte six cas de pleurésie hémorrhagique, ayant pour origine un facteur commun; l'état de dénutrition de l'organisme conséquent à la misère, au surmènement, à l'alcoolisme ou à une maladie antérieure. Cette influence dyscrasique préparait l'hémorrhagie, qu'un incident provoquait par la rupture des fragiles vaisseaux embryonnaires des néo-membranes.

Le diagnostic, ici d'ailleurs comme dans les autres cas, n'était éclairé par aucun signe pathognomonique et seule la ponction put l'assurer. Quant à la relation de l'hémorrhagie avec une pachy-pleurite simple, elle n'a d'autres symptômes que le degré d'abondance et de rapidité de reproduction de l'épanchement.

La gravité du pronostic résulte de l'état de la nutrition générale plutôt que de la nature hémorrhagique de l'épanchement. Cette note clinique intéressante se termine par des considérations thérapeutiques qui consistent surtout à établir la nécessité de modifier l'état général. (*Arch. de méd. militaire,* 1er janv. 1885, p. 1. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 octobre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. Besnier demande à répondre quelques mots aux observations de M. Jules Guérin sur le travail présenté à l'Académie, dans l'une des dernières séances, au nom de M. Teissier (de Lyon).

En présentant ce travail, M. Besnier avait signalé deux points principaux: 1° l'immunité de la ville de Lyon pour le choléra; 2° l'absence de constitution prémonitoire ou pré-épidémique, dans cette ville, en 1884.

Sur le premier point, la conclusion du travail de M. Teissier est le résultat d'une enquête minutieuse faite par M. Teissier. Les nombreux documents qu'il a compulsés, dans cette enquête, démontrent qu'il n'y a eu, en 1832 et 1835, à Lyon, aucun cas de choléra. Si M. Jules Guérin connaît des faits contradictoires, M. Teissier et M. Besnier lui seraient reconnaissants de vouloir bien les signaler.

Sur le second point, il résulte également, de l'enquête faite par M. Teissier, qu'avant le premier cas de choléra observé en 1884, à Lyon, il n'y avait pas eu de constitution prémonitoire ou pré-épidémique, mais de simples diarrhées concomitantes.

M. Jules Guérin répond, sur le premier point, qu'il est difficile de trouver des docu-

ments démontrant qu'il y ait eu, à Lyon, en 1832, une épidémie de choléra, puisque, à cette époque, on ne connaissait pas le lien qui unit la cholérine au choléra. Mais il paraît certain, d'après la notoriété publique, qu'il y a eu, à Lyon, en 1832, une véritable épidémie de cholérine ou de choléra atténué.

Sur le second point, M. Jules Guérin fait observer qu'une constitution particulière intestinale a existé dans la cité de Lyon, en 1884, de l'aveu même de M. Teissier, puisqu'il admet qu'elle a été concomitante des cas de choléra observés dans cette ville.

M. Besnier réplique, sans vouloir insister, d'une part, que M. Teissier, après une enquête minutieuse, n'a pas trouvé trace de choléra, dans la ville de Lyon, en 1832 et 1835; d'autre part, que le même observateur n'a pas trouvé trace de constitution prémonitoire en 1884, avant les cas de choléra observé dans cette ville.

M. le Secrétaire perpétuel offre en hommage une série de manuscrits laissés par son père, Pierre Béclard, sur divers points de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

M. Mathias Duval dépose une brochure sur le déterminisme.

M. Dujardin-Beaumetz présente, de la part de M. le docteur Bardet, une note relative à des expériences sur la diélectrolyse; les résultats de ces expériences ont été tous négatifs.

M. Dechambre, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, et de la communication de M. Germain Sée sur le traitement de l'obésité, communique les résultats d'observations qu'il lui a été donné de faire au sujet de l'influence des saignées sur l'obésité. Ces résultats sont confirmatifs de l'opinion exprimée sur ce point par M. Germain Sée. M. Dechambre a vu souvent la coïncidence de l'augmentation de la graisse avec le nombre et l'abondance des saignées.

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Charles Robin; il rend hommage à la grande valeur scientifique de ce savant éminent dont l'œuvre, quel que soit le jugement que l'on porte sur elle, a été l'une des plus considérables qu'il ait été donné à un seul homme d'accomplir, et qui fut l'initiateur, en France, de l'histologie normale et pathologique.

M. Vidal fait une communication sur la contagion de la lèpre. Après avoir rappelé le rapport de M. Constantin Paul sur un travail de M. le docteur Zambaco, médecin à Constantinople, rapport et travail qui concluaient à la non-contagion de la lèpre, M. Vidal déclare ne pouvoir partager cette opinion et fait connaître les raisons qui plaident en faveur de la transmissibilité de la maladie.

Comme pour la syphilis, dit-il, cette transmission peut se faire par hérédité ou par inoculation. Il ne s'arrêtera pas sur le premier mode de transmissibilité, l'hérédité qui est généralement admise; il dit seulement qu'elle n'est pas fatale. Il résulte d'une enquête faite par M. Zambaco que ce n'est que sur un quatorzième des cas que la maladie a paru directement ou indirectement héréditaire.

Dans ces conditions, pour expliquer comment, sur 14 lépreux d'Orient, 13 sont affligés de la maladie sans transmission héréditaire, M. Zambaco pense que, chez eux, la lèpre, nécessairement d'origine extérieure, est acquise. Bien qu'il déclare n'avoir pas observé d'exemple authentique de contagion, les défenseurs de la transmissibilité par inoculation trouveraient, dans le chapitre *étiologie* de son mémoire, des arguments des plus sérieux à l'appui de leur opinion. M. Zambaco admet que le lymphatisme et le scrofulisme prédisposent à la lèpre.

Ces individus, ajoute M. Vidal, débilités par la misère la plus abjecte, vivant en promiscuité avec les lépreux, ne sont-ils pas dans les conditions les plus favorables de réceptivité? Au contact du sang, du pus suintant des ulcérations d'un lépreux, la peau de ces individus, qui est déjà excoriée, ouverte à l'inoculation, ne peut-elle pas être infectée ? C'est la transmission par inoculation, le mode de contagion que rend très vraisemblable la découverte du *bacillus lepræ*, parasite qu'on trouve dans les tubercules des lépreux, ainsi que dans le sang extrait des tubérosités néoplasiques.

©BIU Santé

La question serait définitivement jugée, si la lèpre était inoculable aux animaux. Malheureusement les expériences faites en ce sens n'ont jamais réussi. Mais la syphilis, elle non plus, n'est pas transmissible aux animaux, et cependant qui pourrait nier, pour l'homme, sa contagion par inoculabilité ?

Cette théorie de la contagion par inoculation accidentelle est admise par la plupart des médecins de l'Amérique du Nord; la propagation est telle que la doctrine de l'hérédité ne pourrait en rendre compte et que la contagion seule peut l'expliquer. C'est dans les pays jusque-là indemnes de la lèpre qu'on peut étudier la contagion, comme, par exemple, dans les états américains et dans le Canada, dans les îles Hawaï, les îles Sandwich, où la lèpre était inconnue jusqu'en 1848, époque à laquelle y arriva un Chinois lépreux qui vécut en communauté avec les indigènes. En 1861, 6 de ces indigènes étaient atteints de lèpre; ils se disséminèrent dans l'Archipel où on put les suivre dans les centres de lèpre qu'ils formèrent. En 1864, il y avait déjà 250 lépreux; en 1876, on en comptait plus de 2,000.

Si on veut nier la contagion, quelle cause invoquer dans un pays dont les conditions climatériques n'ont pas varié, dont les habitudes hygiéniques n'ont pas été modifiées? Les médecins de l'île de la Réunion et de l'île Maurice croient à la contagion. C'est à l'idée de contagion et à la création des asiles pour les lépreux qu'on a dû l'extension de la lèpre dans les pays où elle était regardée autrefois comme endémique. C'est ainsi qu'en trente ans, en Norwège, on a obtenu une diminution de moitié dans les cas de lèpre due à l'excellente prophylaxie qui a été mise en œuvre et à la parfaite installation des léproseries. On comprend que, dans des conditions hygiéniques si bien comprises, la contagion devient très difficile et ne puisse se faire que dans des cas exceptionnels.

En admettant la doctrine de la contagion, s'ensuit-il qu'on doive approuver les mesures de coërcition prises autrefois contre les lépreux ? Non certes. Les mesures de prophylaxie doivent être proportionnées au degré de civilisation des peuples. Les précautions, les soins de propreté, les pansements antiseptiques, l'établissement de léproseries dans des conditions de bien être qui puissent exciter les lépreux à y entrer, et à y séjourner de leur plein gré, semblent suffire pour y empêcher la contagion qui ne paraît pas possible par tout autre voie que par inoculation.

M. Hardy admet avec M. Vidal que la lèpre est contagieuse dans les pays où elle règne habituellement ; elle ne l'est pas dans les pays où elle ne règne pas habituellement. M. Hardy a eu l'occasion de voir à Paris un grand nombre de lépreux, et il n'a pas observé un seul cas de contagion. Il semble établi que, pour que la contagion puisse s'exercer, il faut certaines conditions parmi lesquelles viennent en première ligne celles du climat.

M. Dujardin-Beaumetz a eu l'occasion de visiter la léproserie de Constantinople, contenant environ 200 malades ; parmi les employés de cet établissement, constamment occupés à soigner les malades, on n'a jamais observé un seul cas de contagion. Il en est de même parmi les 200 lépreux qui vivent en liberté dans la ville en contractant des mariages, soit avec d'autres lépreux, soit avec des personnes saines. Jamais, parmi ces dernières, il n'a été observé un seul cas de contagion, malgré l'enquête la plus minutieuse faite par M. Zambaco à ce sujet.

La lèpre est-elle héréditaire ? M. Dujardin-Beaumetz l'admet, en ayant vu, par lui-même, plusieurs exemples pendant son séjour à Constantinople.

Il semblerait, étant donné que la lèpre est une maladie microbienne, qu'elle doit être nécessairement contagieuse. Mais une maladie peut être microbienne, sans être contagieuse, témoin la fièvre paludéenne.

En résumé, suivant M. Dujardin-Beaumetz, la lèpre n'est pas contagieuse, mais elle est peut-être transmissible par hérédité.

M. Constantin Paul rappelle qu'il a été fait de nombreuses tentatives d'inoculations de la lèpre et qu'elles ont toujours échoué. Tous les médecins européens, qui ont eu l'occasion d'observer la lèpre, sont unanimes à déclarer qu'ils n'ont pas vu un seul cas de contagion. Cette contagion n'est donc pas admissible jusqu'à preuve du contraire.

M. Le Roy de Méricourt rappelle l'opinion du docteur Brassac, médecin de la marine, qui avait eu l'occasion d'observer longtemps la lèpre en Orient. Cet observateur distingué déclare que, pour lui, la lèpre n'est contagieuse ni dans les climats d'Europe, ni dans les climats chauds.

M. Lagneau remarque que la lèpre est une maladie de tous les climats ; mais, au moyen-âge, on admettait généralement que la maladie avait été introduite en Europe par des hommes du Nord, les Langobards ou Lombards, lorsque ces peuples envahirent le Nord de l'Italie.

M. Larrey rappelle que son père, qui avait observé la lèpre en Egypte, n'admettait pas la contagion de cette maladie ; de même Clot-Bey niait absolument la contagion de la lèpre.

M. Vidal demande encore une fois, si l'on n'admet pas la contagion de la lèpre, quelle peut être la cause de cette maladie, puisque ni le climat, ni le régime, ni aucune autre cause extérieure ne sont capables de l'expliquer? De ce qu'elle est difficilement inoculable ou transmissible, il ne faudrait pas conclure qu'elle n'est pas contagieuse. La diphthérie n'est pas inoculable et cependant tout le monde sait combien elle est contagieuse. On a longtemps nié la contagion de la tuberculose, que tout le monde admet aujourd'hui.

M. C. Paul fait remarquer que M. Vidal ne donne aucune observation probante de contagion de la lèpre.

M. Dujardin-Beaumetz ajoute que, de ce que la cause de la lèpre est encore inconnue, il ne faut pas conclure à la contagion de cette maladie. Il rappelle que, sur un nombre extrêmement considérable de mariages entre lèpreux et personnes saines, à Constantinople, il n'a été observé aucun cas de contagion. Les prétendus faits de contagion, cités par certains auteurs, sont, à y regarder de près, plutôt des faits de contagion de la syphilis. Il faut reconnaître, d'ailleurs, qu'entre la syphilis et certaines manifestations de la lèpre, le diagnostic est extrêmement difficile.

M. le docteur Rouvier (de Toulon) lit un travail sur les injections intra-veineuses dans le traitement du choléra. Voici les conclusions de ce travail :

1° La transfusion est formellement indiquée dans le choléra, quand le stade asphyxique s'est produit malgré l'emploi de tous les autres moyens thérapeutiques. Elle nous a donné dans ces conditions une proportion de guérison de 33 p. 100.

2° Elle doit être alors employée le plus tôt possible;

3° Elle doit être tentée dans tous les cas, quelqu'imminente que paraisse la terminaison fatale ;

4° L'injection doit être renouvelée toutes les fois que le collapsus se reproduit;

5° Il faut continuer l'injection jusqu'à ce que le pouls soit facile à compter et que le malade ait repris l'intégrité de ses sens et de son intelligence;

6° L'opération est d'une innocuité absolue;

7° L'injection intra-veineuse de sérum artificiel ne peut être considérée que comme un moyen de réaction, mais c'est sans contredit le plus puissant de tous;

8° Elle est sans action sur l'infection cholérique elle-même;

9° Après son emploi, l'évolution du choléra s'opère comme après toute autre réaction; il faut alors, comme auparavant, obvier à toutes les indications qui se présentent.

Le travail de M. Rouvier est renvoyé à l'examen de M. Le Roy de Méricourt.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Traitement de l'hémoptysie cardiaque. — G. Sée.

Si l'hémorrhagie est considérable, l'auteur prescrit l'extrait aqueux de seigle ergoté, à la dose de 4 à 5 grammes dans les vingt-quatre heures, associé à 0 gr. 10 ou

©BIU Santé

0 gr. 15 centigr. d'opium. On peut aussi pratiquer des injections hypodermiques d'ergotine, quand elles ne provoquent pas d'abcès. Le sirop et les capsules de térébenthine constituent également un moyen efficace ; mais il faut surtout viser à augmenter l'énergie du cœur, au moyen des préparations de digitale. — 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 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.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Amphithéâtre d'anatomie* (année 1885-1886). — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 19 octobre, à l'amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les élèves de deuxième année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'École pratique, 15, rue de l'École de médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à 4 heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 19 octobre 1885, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Dechilly, décédé à Vaucouleurs (Meuse), le 28 août, à l'âge de 78 ans. Très estimé parmi ses confrères, le docteur Dechilly était médecin de la Compagnie des chemins de fer de l'Est, et membre de la Société médicale du département de la Meuse.

COURS D'ACCOUCHEMENT. — MM. Bar et Auvard commenceront leur cours d'accouchement, complet en 42 leçons, le vendredi 6 novembre à quatre heures et demie du soir. Le cours a lieu tous les soirs à quatre heures et demie, 5, rue du Pont de Lodi. MM. les étudiants sont exercés aux manœuvres obstétricales.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire s'adresser soit à M. le docteur Bar, 4, rue Saint-Florentin, soit à M. le docteur Auvard, 21, rue de Lille, les lundi, mercredi et vendredi à une heure et demie.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — Répartition, pour 1885, de la subvention municipale à l'École pratique des hautes-études. — Des subventions, des bourses d'études et de voyage sont accordées, pour l'année 1885, aux élèves de l'École pratique des hautes-études de la section des sciences naturelles, dont les noms suivent : MM. Audollent, Cuénot, Abadie, Bovier-Lapierre, Chudzinski, Vialleton, Guitel, Roussy, Beauregard, Kilian, Lacroix.

L'ALIÉNATION CHEZ LES MÉDECINS FEMMES. — Il est curieux de constater par la statistique l'influence désastreuse des études médicales sur les facultés intellectuelles de la femme. Lors du recensement fait en Angleterre, en 1881, le nombre des femmes qui exerçaient la médecine était de 25, et sans doute leur nombre est accru depuis. De 1880 à 1884, huit avaient été placées dans des asiles d'aliénés, et à la fin de l'année passée trois étaient en traitement. (*Lyon médical*)

On demande un **DOCTEUR EN MÉDECINE** pour une localité de l'Ouest, où l'unique médecin actuel est à toute extrémité. Position *garantie* : 8 à 10,000 fr., susceptible d'augmentation. S'adresser au docteur Bouffé, 37, rue de Rome, Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Panas : Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil. — II. Correspondance. — III. L'Epidémie cholérique de 1885. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie.

Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil (1),

Par M. le professeur PANAS,

Recueillies par E. Blanc, interne des hôpitaux.

De l'ophthalmoplégie. — A côté des paralysies limitées à un des nerfs moteurs, il n'est pas rare de rencontrer la paralysie de deux ou plusieurs nerfs d'un même œil ou bien une paralysie qui frappe des muscles aux deux yeux simultanément, et l'on donne depuis quelques années le nom d'*ophthalmoplégies* aux paralysies qui revêtent cette physionomie clinique.

L'ophthalmoplégie peut affecter non seulement les muscles extrinsèques, mais encore les muscles intrinsèques de l'œil, c'est-à-dire le sphincter irien et le muscle ciliaire, qui sont également innervés par la troisième paire. Hutchinson a donc divisé l'ophthalmoplégie en *ophthalmoplégie externe, interne et mixte,* suivant que les muscles intrinsèques de l'œil sont respectés par la paralysie, qu'ils sont seuls atteints, ou encore qu'ils sont compris dans une paralysie qui frappe également les muscles extrinsèques du globe oculaire. Les mots externe et interne prêtent à confusion, et nous préférons les remplacer par les termes *extrinsèque* et *intrinsèque*, ou, comme le propose Mauthner, par *extérieure* et *intérieure*.

Nous dirons donc qu'il y a *ophthalmoplégie extérieure* ou *extrinsèque*, quand la paralysie est limitée aux muscles qui font mouvoir le globe oculaire.

Nous dirons qu'il y a *ophthalmoplégie intérieure* ou *intrinsèque*, quand la

(1) Suite. — Voir les numéro des 22 septembre et 6 octobre 1885.

FEUILLETON

CAUSERIE

Pro barbâ.

L'armée française est en proie à une vive émotion, dont la cause intéresse assez l'hygiène pour mériter une place dans ces causeries. Les journaux ont annoncé que le ministre de la guerre songeait à autoriser le port de la barbe dans l'armée; qu'il avait demandé là-dessus l'avis des généraux pour le 1er novembre, et que, personnellement, il inclinait vers cette innovation. Il y avait bien de quoi répandre dans l'armée l'émotion dont je parlais tout à l'heure; si le ministre de la guerre adopte, en effet, la mesure à laquelle on le prétend disposé, ce sera un des progrès que l'armée aura le plus ardemment souhaités, et qu'elle aura attendus aussi le plus longtemps.

Ce n'est pas que tout le monde, ni parmi les civils, ni parmi les militaires, soit partisan du port de la barbe dans l'armée. Il y aura, au contraire, une opposition formidable au projet du ministre, et je vais indiquer tout de suite les principaux éléments de cette résistance. Ce sont : 1° les vieux militaires, d'un grade élevé, ennemis naturels de tout changement; 2° les officiers en retraite, pour lesquels la moustache et la barbiche sont les derniers insignes du métier, et qui n'auraient plus rien de militaire le jour où les officiers en activité porteraient toute leur barbe; 3° enfin, les officiers de

©BIU Santé

paralysie se traduit uniquement par la perte de l'accommodation et par des modifications dans le diamètre de la pupille (myosis ou mydriase).

Enfin, l'*ophthalmoplégie est mixte* lorsqu'il existe une paralysie qui englobe à la fois les muscles extrinsèques et les muscles intrinsèques de l'œil.

On conçoit parfaitement qu'une foule de lésions peuvent détruire ou comprimer les nerfs en différents points de leur trajet, et donner lieu à des paralysies multiples, à de l'ophthalmoplégie. Dans la paroi du sinus caverneux notamment, ou au niveau de la fente sphénoïdale, une lésion unique, même de minime étendue, peut intéresser à la fois plusieurs troncs nerveux; mais, si on fait abstraction de ces faits, qui, en définitive, sont des exceptions en clinique, on constate que, dans l'immense majorité des cas, l'ophthalmoplégie relève d'une lésion plus profonde, telle que l'altération des noyaux bulbaires, si bien qu'aujourd'hui, par abus de langage, on a fait du mot ophthalmoplégie le synonyme de paralysie nucléaire. Pour comprendre la valeur de ce dernier terme, rappelez-vous qu'au point de vue du siège de la lésion, on peut diviser les paralysies des muscles de l'œil comme suit :

I. Paralysies *extra-crâniennes* ou orbitaires.

II. — Paralysies *intra-crâniennes*.

a. Basilaires.

b. Intra-cérébrales,
Corticales,
Fasciculaires ou sous-corticales,
Nucléaires (noyaux bulbaires).

Jadis, comparant les branches nerveuses à des troncs d'arbres qui se divisent ensuite en rameaux, nous professions que, plus une paralysie était dissociée et partielle, plus elle était ramusculaire et plus il fallait en rechercher la cause vers la périphérie. Des notions anatomiques plus exactes, la connaissance des noyaux bulbaires et des centres moteurs

---

la réserve et de l'armée territoriale, qui portent la barbe comme ils veulent, mais qui poussent des cris de paon dès qu'on leur parle d'étendre cette latitude à toute l'armée. Comme le ministre, pour s'éclairer sur son projet, ne recueillera que l'opinion d'un petit nombre de personnes, et précisément de personnes peu favorables aux nouveautés de tout genre, il est certain que les encouragements lui feront complètement défaut; par cette opposition, l'armée risque de voir encore lui échapper cet affranchissement du rasoir, qu'elle appelle de tous ses vœux.

Les ennemis de la barbe dans l'armée ont beaucoup d'arguments pour défendre leur cause. Le premier de ces arguments, quand on met devant eux cette question sur le tapis, consiste à s'écrier : « Ah! par exemple! Jamais de la vie!! » Si vous les poussez davantage, beaucoup ne peuvent pas vous en dire plus long, et se bornent à modifier leur première phrase, en ajoutant : « Non, non! Ça ne se peut pas. Ce serait ridicule. « J'espère qu'on ne verra jamais cela. »

D'autres consentent à fournir des raisons à l'appui de leur manière de voir. Étudions donc ces raisons.

D'abord, disent-ils, il est plus propre pour les soldats d'être rasés que de porter leur barbe. Et pourquoi donc plus propre? Est-ce que tous les gens qui ont de la barbe sont forcément sales? Le soldat aura la figure, avec un peu de barbe, aussi propre que la tête avec les cheveux courts. Sans cela, il faudrait prescrire aux soldats d'avoir la tête rasée comme ils ont les joues; on n'y a pas encore songé, et pourtant, en leur transformant la tête en bille de billard, on aurait bien plus de garanties de propreté qu'avec la

corticaux, nous font adopter aujourd'hui une opinion diamétralement opposée, et nous disons : En thèse générale, plus une paralysie est dissociée, plus son origine doit être cherchée dans les centres, du côté des circonvolutions ou des noyaux bulbaires, c'est-à-dire au sein de la substance où sont éparpillées les racines qui se réuniront plus tard pour former les troncs nerveux.

L'interprétation, vous le voyez, a changé du tout au tout, puisque les paralysies *ramusculaires* de jadis sont devenues des paralysies *radiculaires*.

Des lésions corticales peuvent donc donner lieu à de l'ophthalmoplégie ; mais, jusqu'à présent, les observations en sont très rares. M. Landouzy en a rapporté dernièrement (1) plusieurs exemples remarquables. Une de ses malades, avec une paralysie du facial inférieur, avait du ptosis sans paralysie des autres muscles de l'œil. Or, le facial supérieur et le facial inférieur ne se séparent qu'au delà du bulbe, et il y a lieu de croire que le centre cortical du facial inférieur est voisin du pli courbe. Ce centre fut trouvé altéré à l'autopsie. De là cette notion, qui nous sert à nous oculistes, qu'une des branches de l'éventail représenté par les racines centrales de la troisième paire est situé au niveau du pli courbe. Cette question des paralysies oculaires d'origine corticale est encore fort mal connue cliniquement, et on ne peut, dans l'état actuel de la science, en donner une description dogmatique.

D'une manière générale, cependant, vous diagnostiquerez *ophthalmoplégie par lésions corticales*, en l'absence de phénomènes basilaires ou bulbaires, chez un malade qui sera atteint d'une paralysie limitée à un des muscles de l'œil, surtout s'il s'agit du releveur, en même temps qu'il présentera, soit des troubles intellectuels, soit une monoplégie par lésion de quelque autre centre cortical. Les centres psycho-moteurs des muscles de l'œil n'ont pu encore, à l'exception de celui du releveur de la paupière, être

(1) *Archives générales de médecine*, 1877.

moindre chevelure. On peut donc avoir de la barbe comme on a des cheveux, et les tenir propres tous deux. On aura soin, d'ailleurs, que la barbe reste toujours dans des dimensions modérées; le règlement, qui dit aujourd'hui que les cheveux ne doivent former ni touffes, ni boucles, empêchera aussi la barbe de former des volutes par trop fantaisistes; il est évident qu'on ne devra pas voir dans l'armée des barbes comme celles d'Anatole de la Forge ou de Meissonnier, pas plus qu'on n'y voit des cheveux comme ceux de Charles Garnier ou d'Albert Lambert fils.

Si l'on accorde que les soldats pourront être propres malgré la barbe, on objecte alors qu'elle ne les rendra pas beaux. Il n'est d'abord pas nécessaire que le soldat se préoccupe beaucoup de sa beauté; mais, tel qu'il est aujourd'hui, est-il réellement beau? Hélas! je le trouve plutôt laid; malgré l'affection sincère que j'éprouve pour le dernier de nos troupiers, je suis forcé de reconnaître qu'ils ne paient pas de mine. N'êtes-vous pas frappé, quand vous voyez passer un régiment dans la rue, de l'aspect chétif et souffreteux de la plupart des hommes? C'est que ces hommes sont des enfants, un peu jeunes et souvent trop faibles pour leur métier, et je crois qu'un peu de barbe corrigerait heureusement l'air peu martial qu'on voit à nos soldats. Il me semble qu'elle les embellirait au lieu de les enlaidir, à l'encontre de ce qu'allèguent les partisans d'une certaine esthétique de convention.

Au point de vue de l'art, il n'y a rien d'absolu ni pour ni contre la barbe. Les antiques n'en ont point; l'Apollon du Belvédère est aussi glabre qu'une jeune fille; je le regrette pour lui, car cette figure imberbe et joufflue lui donne justement cet air niais

©BIU Santé

démontrés au niveau de l'écorce cérébrale; ils sont tout au moins fort éparpillés dans les circonvolutions et ne pourraient être altérés simultanément, à moins de lésions corticales fort étendues, incompatibles avec l'intégrité des fonctions intellectuelles et même avec l'existence. En présence d'une ophthalmoplégie généralisée à plusieurs muscles, vous écarterez donc la pensée d'une lésion corticale pour chercher l'origine de la paralysie, soit dans le bulbe, soit à la base du cerveau.

On n'a aujourd'hui encore que des données fort incomplètes sur les *paralysies fasciculaires ou sous-corticales* des nerfs moteurs de l'œil, c'est-à-dire sur les paralysies consécutives à la destruction des fibres qui des centres psycho-moteurs se rendent aux noyaux bulbaires, et vous ne diagnostiquerez paralysie fasciculaire que lorsque d'autres symptômes vous permettront de localiser la lésion dans la masse cérébrale, entre le bulbe et les circonvolutions. Certaines déviations conjuguées des yeux appartiennent très probablement à cette classe de paralysies.

J'ai hâte d'en arriver, Messieurs, à l'histoire des *paralysies nucléaires* et de vous en donner la symptomatologie qui est étayée aujourd'hui par des faits cliniques, nombreux et précis, permettant de dire d'un malade atteint de telle ou telle variété d'ophthalmoplégie : c'est un bulbaire.

Je viens d'examiner devant vous une malade qui occupe actuellement le lit n° 2 de notre salle Sainte-Agnès. Cette femme, âgée de 45 ans, a toujours joui d'une excellente santé et ses antécédents pathologiques sont négatifs, notamment au point de vue de la syphilis. Il y a trois mois, la malade s'est aperçue assez brusquement, dans les vingt-quatre heures, que sa paupière supérieure du côté gauche ne pouvait plus se relever, qu'elle voyait double et qu'elle avait une déviation de la face qui était attirée vers la droite. Tous ces phénomènes se produisirent, j'insiste sur ce fait, Messieurs, sans accompagnement de maux de tête, sans vertiges, sans perte de connaissance. Depuis son début, la maladie est demeurée stationnaire, sans manifester aucune tendance vers la guérison. Aujourd'hui la paralysie du facial inférieur est très prononcée, l'asymétrie faciale est évidente et la malade

---

et godiche, qui n'est point rare parmi les chefs-d'œuvre de la statuaire antique. Croyez-vous que le Moïse de Michel-Ange n'exprime pas quelque chose de plus vigoureux que tous les Apollons et tous les Mercures de la Grèce? Du reste, les dieux qui représentaient la puissance et la force avaient toujours de la barbe, Jupiter et Hercule, par exemple. C'étaient les dieux de boudoir, les dieux pour dames qui étaient rasés; aux autres, on se gardait bien d'enlever du menton l'emblème de la virilité. Pourquoi en priver les soldats, qui doivent être les plus virils de tous les hommes?

Parmi les hommes de guerre célèbres de tous les temps, on en trouve aussi pour tous les goûts : Alexandre, César, Napoléon, étaient rasés; Charlemagne, François Ier, Henri IV portaient la barbe, et ne s'en comportaient pas plus mal sur les champs de bataille. De nos jours, nous connaissons, pour notre malheur, des gens que la barbe n'empêche pas d'être de rudes soldats.

***

Il ne faut pas se le dissimuler, il y a là, chez nous, une affaire de routine et d'entêtement; on veut que le soldat et l'officier soient rasés, parce qu'ils l'ont été jusqu'à présent. Et voyez la logique! Aussitôt que l'armée touche à sa véritable destination, aussitôt qu'elle fait la guerre, tout le monde y laisse pousser sa barbe; ce qui était défendu en temps de paix devient l'uniforme en temps de guerre.

Le port de la barbe dans l'armée se recommande par des motifs très sérieux, qui font espérer aux intéressés le triomphe de leur cause.

ne peut ni siffler, ni souffler une bougie. Vous avez constaté avec moi un ptosis très marqué, tel que la pupille est recouverte par la paupière supérieure que la malade ne peut relever que par un effort considérable, en faisant appel à l'action élévatrice accessoire de son muscle frontal, comme vous le démontrent les rides nombreuses qui sillonnent la partie correspondante de son front, pendant ce mouvement. D'ailleurs, si, par une pression assez forte exercée avec le pouce sur l'arcade orbitaire, on supprime l'influence du muscle frontal, on voit la paupière demeurer immobile, malgré d'énergiques appels de la volonté. Tous les muscles extrinsèques de l'œil innervés par la troisième paire, droit supérieur, droit interne, droit inférieur et petit oblique sont complètement paralysés et demeurent immobiles malgré les efforts de la patiente. L'œil, porté en bas et en dehors, n'obéit plus qu'à l'action des muscles droit externe et grand oblique, dont l'innervation est demeurée intacte. Enfin, notez ce point, Messieurs, les réflexes pupillaires sous l'influence de la lumière et de l'accommodation persistent encore, peut-être affaiblis. Il y a tout au plus parésie des muscles intrinsèques de l'œil, tandis qu'il y a paralysie complète, totale, absolue des muscles extrinsèques, innervés par l'oculo-moteur. Nous n'avons trouvé aucune lésion à l'ophthalmoscope, et le très léger affaiblissement de la vue de l'œil paralysé s'explique par l'inaction relative de la rétine depuis la déviation oculaire. Enfin, le cœur de cette femme est normal, son système vasculaire paraît intact et on ne trouve ni sucre, ni albumine dans les urines. Il n'y a aucun trouble sensitif et la santé générale est excellente.

Quel siège assignerons-nous, sur le trajet du facial et du moteur oculaire commun, à la lésion qui a déterminé la paralysie de ces deux nerfs, chez cette femme? Ecartons tout d'abord l'hypothèse d'une double lésion basilaire, qui atteindrait isolément le tronc de chacun de ces nerfs. Cette explication serait inadmissible puisque aucun de ces nerfs n'est paralysé en totalité et que nous voyons persister l'innervation du facial supérieur et des filets intra-oculaires de la troisième paire. Le siège de la paralysie est certainement intra-cérébral, et, comme le facial supérieur est intact, on pourrait penser à

Pourquoi d'abord forcer les gens à se faire une autre tête que celle que la nature leur a donnée? S'il nous vient de la barbe au menton, c'est pour la laisser pousser; il n'y a que les acteurs qui soient obligés de se raser, et c'est un fâcheux assujettissement que les soldats partagent jusqu'ici avec les comédiens.

Dans cette réglementation de la barbe pour l'armée, il y a un reste de l'esprit de caste qui n'est plus de mise de nos jours. Il y a aussi des traces de courtisanerie, qui s'adaptent encore plus mal à notre époque. La moustache et la barbiche, qui sont aujourd'hui les seuls appendices tolérés dans l'armée, nous viennent de Napoléon III, que l'on se plaisait à copier quand il était le chef de l'Etat et de l'armée. Se faire la tête de l'empereur était autrefois le rêve d'une foule d'officiers; je n'insisterai pas davantage sur le peu d'opportunité et d'agrément qu'on peut trouver encore dans cette imitation.

En fait de caste, il en était une bien plus rigoriste que l'armée, et à laquelle il semblait sacrilège de laisser pousser sa barbe : c'est la magistrature. On rend maintenant la justice toute barbe déployée; on s'y est accoutumé et les effarouchements de la première heure n'ont duré qu'un instant. L'avocat général Bernard prononce ses magnifiques réquisitoires avec une belle barbe noire, et la Cour de cassation a eu quelque temps à sa tête, comme premier président, un magistrat à la barbe particulièrement hirsute. N'est-il pas humiliant pour l'armée de se voir encore astreinte à ces vieilles minuties de forme et de convention, alors que la magistrature, le corps par excellence des traditions et de l'immobilité, a déjà accompli sous ce rapport sa révolution?

©BIU Santé

une lésion corticale ou fasciculaire. Cette opinion n'aurait rien d'absolument invraisemblable. Rappelez-vous cependant l'absence totale de troubles cérébraux, tels que vertiges, maux de tête ou perte de connaissance. L'intelligence est parfaite et il n'y a point eu de convulsions. De plus, il n'y a pas d'exemple de paralysie corticale complète de l'oculo-moteur, et celle-ci ne pourrait exister sans des altérations très étendues des circonvolutions qui se traduiraient par de graves symptômes d'ordre intellectuel et moteur. Enfin, la malade n'est ni tuberculeuse, ni syphilitique ; sa paralysie n'a pas été amendée par l'iodure de potassium ; ceci encore ne plaide pas en faveur d'une lésion corticale. Reste l'hypothèse d'une lésion bulbo-protubérantielle, et c'est à celle-là que nous nous rallions, tout en ne nous dissimulant pas qu'elle explique mal l'intégrité du facial supérieur, mais ne voyons-nous pas la paralysie labio-gloso-laryngée, maladie essentiellement bulbaire, respecter également les filets orbitaires du facial et n'intéresser que le noyau inférieur de ce nerf ?

Nous avons, d'ailleurs, des observations plus nettes de paralysies nucléaires. Tel est le malade couché actuellement à la salle Saint-Julien, et qui est entré dans nos salles pour une paralysie du releveur et de l'affaiblissement de la vue. C'est un ataxique, les réflexes sont abolis et sa pupille commence à s'atrophier. Parmi les muscles extrinsèques de l'œil, seul le releveur de la paupière est paralysé. Nous notons, en outre, que la pupille rétrécie ne réagit plus sous l'influence de la lumière, mais passe, sous l'influence des efforts d'accommodation, par des alternatives de rétrécissement et de dilatation. Cet homme a donc de l'ophthalmoplégie mixte : les filets extrinsèques de son oculo-moteur (releveur) d'une part, les filets intrinsèques (muscle ciliaire) d'autre part, sont partiellement atteints. Or, cette dissociation de la paralysie implique une dissociation des lésions qui ne peut se produire qu'en un point où les fibres originelles de l'oculo-moteur sont elles-mêmes dissociées, c'est-à-dire au niveau des noyaux bulbaires. Au point de vue ophthalmologique, ce malade est donc un bulbaire.

Vous avez assisté à l'examen d'un malade, qui nous a été envoyé par le

---

Pour raser les soldats, il faut avoir dans les régiments un personnel de barbiers, avec le matériel *ad hoc;* ce qui entraîne pour l'État une dépense assez forte. Voilà une économie facile à réaliser et qui ne fera de tort à personne, au contraire. C'est aussi une dépense pour les officiers, et c'est surtout pour eux une perte de temps et une sujétion, que beaucoup supportent avec une extrême impatience. C'est le cauchemar de bien des nuits, que d'avoir à se raser en se réveillant; on perd un grand quart d'heure à se racler la figure, quand il serait si simple de supprimer cette corvée et de se mettre rapidemant à la besogne, après les autres opérations de la toilette, qui toutes sont un plaisir, tandis que se raser est un ennui mortel, uue source quotidienne de contrariété et de bougonnement, une cause d'irritation dont l'aptitude au travail subit le contre-coup.

*
* *

Ce rasoir omnibus, que le perruquier de la compagnie promène sur toutes les figures, est l'agent provocateur de beaucoup de maladies chez le soldat. C'est par lui que se transmettent les affections contagieuses de la barbe, c'est lui qui développe les affections purement inflammatoires et traumatiques; les unes et les autres, une fois installées, sont connues pour leur ténacité, leur résistance à tous les traitements; de sorte qu'après avoir commencé par raser le soldat, pour lui faire une jolie figure, on finit quelquefois par l'épiler pour venir à bout des maladies qu'on lui a infligées en le rasant. Le plaisir et le bénéfice sont fort clairs dans ces cas, qui ne sont point des plus rares.

Enfin, si nous avons de la barbe, c'est pour nous en servir, et, sans doute, ce n'est

professeur Vulpian. Nous avons constaté une double paralysie de la troisième paire coïncidant avec tous les symptômes d'une paralysie labio-glosso-laryngée. L'anatomie et la physiologie nous apprennent que ce malade est également un bulbaire, et que ses noyaux de la troisième paire sont en voie de destruction sous l'influence de la même maladie qui est en train d'atrophier les noyaux de l'hypoglosse, du glosso-pharyngien et du facial.

Plus intéressant encore, si possible, est le malade qui nous a été adressé par le professeur G. Sée. Nous lui avons trouvé, outre une paralysie incomplète des deux moteurs oculaires communs, une parésie du facial et de l'hypoglosse qui rend les mouvements des lèvres et de la langue très difficiles. Enfin, ce malade nous apprend qu'il a eu à plusieurs reprises du sucre et de l'albumine dans l'urine. Actuellement il est facile d'y retrouver cette dernière substance en abondance et on le soigne pour son albuminurie. Comme ce malade ne présente aucun signe de néphrite interstitielle et notamment pas de bruit de galop ni de rétinite, nous sommes en droit d'attribuer l'albuminurie et la glycosurie à des lésions du plancher du quatrième ventricule, de même que nous rapportons l'ophthalmoplégie et la diminution de motilité des lèvres et de la langue à des lésions qui intéressent les noyaux moteurs de la troisième, de la septième et de la douzième paire. Ce malade est donc également un bulbaire.

Quels sont donc les signes qui permettent de rapporter à une lésion du bulbe une ophthalmoplégie? Quelle est, en un mot, la caractéristique générale des bulbaires? On la trouve dans le mode d'évolution de la maladie, dans la forme de l'ophthalmoplégie et dans les phénomènes bulbaires concomitants.

Et d'abord, dans l'immense majorité des cas, l'ophthalmoplégie nucléaire débute lentement, s'installe progressivement et frappe symétriquement les deux yeux. Le début est lent : ceci ressort de la nature même des lésions génératrices de l'ophthalmoplégie nucléaire. Autant les lésions brutalement destructives, telles que l'hémorrhagie ou le ramollissement, sont fréquentes

---

pas pour rien que la nature nous a pourvus de cet ornement. La barbe est le foulard naturel qui préserve le cou des refroidissements, garantit le larynx et la trachée, et, par cette protection des premières voies, est utile pour prévenir les angines, les laryngites et les bronchites, qui sont si fréquentes dans l'armée, où elles ont pour aboutissant presque fatal la tuberculose pulmonaire. Je n'hésite pas à déclarer que le port de la barbe aura, pour le soldat, une action prophylactique contre la phthisie, qui décime notre armée. Si minime qu'on suppose cette influence, elle n'en est pas moins à considérer; elle est réelle, sinon considérable, et je pense que tous les hygiénistes seront d'accord avec moi sur ce point. La protection du cou et du menton par la barbe est surtout importante en raison des efforts de voix auxquels se livrent dans l'armée tous ceux qui instruisent et qui commandent, efforts qui constituent une prédisposition certaine aux angines et aux laryngites, première étape des maladies consomptives de l'appareil respiratoire. Que dirait-on si une statistique venait démontrer que les sapeurs sont beaucoup moins sujets à la phthisie pulmonaire que les autres soldats? Si l'on faisait cette recherche, elle conclurait peut-être victorieusement en faveur de la barbe. Les plus grands effets tiennent par des fils invisibles aux plus petites causes. Et ces sapeurs eux-mêmes, puisque j'en parle, ne sont-ils pas la preuve vivante que la barbe n'est pas incompatible avec l'état militaire? Mais gageons que, dans notre pays, où l'on ne jure que par progrès et liberté, M. le ministre de la guerre aura de la peine à accorder à l'armée cette simple et risible liberté : la liberté de la barbe!

P. DUBRAY.

©BIU Santé

dans le cerveau, autant les maladies à évolution lente les scléroses, les inflammations chroniques prédominent dans le pathologie des noyaux bulbaires. Pensez aux lésions de la paralysie labio-glosso-laryngée qui s'étendent quelquefois aux noyaux moteurs des muscles de l'œil. C'est une inflammation cellulaire chronique entre toutes, au moins dans la majorité des cas, analogue à la polyomélite chronique des cornes antérieures de la moelle, qui produit l'atrophie musculaire progressive.

Dans d'autres cas, nous verrons survenir l'ophthalmoplégie nucléaire au cours d'une sclérose en plaques, qui est également un type de maladie à évolution lente : ophthalmoplégie et sclérose marcheront de pair, et, par conséquent, les paralysies ne se développeront que graduellement et ne se compléteront qu'à une époque tardive.

Vous reconnaîtrez également l'ophthalmoplégie à la coïncidence de phénomènes bulbaires, qui impliquent une atteinte portée à la vitalité des autres noyaux. Fréquemment, un examen attentif du malade vous révèlera quelque trouble dans le fonctionnement de l'hypoglosse, du pneumo-gastrique, du glosso-pharyngien ou du facial. Tantôt ce sera de la gêne de la parole ou de la déglutition, tantôt une légère déviation des traits de la face, qui se joindront à l'ophthalmoplégie et trahiront son origine bulbaire. Dans d'autres cas, vous verrez de l'albumine ou du sucre apparaître dans l'urine par le fait de la lésion du plancher du quatrième ventricule. On a décrit, Messieurs, les paralysies des muscles de l'œil qui surviennent chez les diabétiques. Je crois qu'une observation plus attentive fera interpréter différemment dans quelques cas la succession des phénomènes, et dire que quelques-uns de ces prétendus diabétiques sont des bulbaires qui, par le fait de leurs lésions du quatrième ventricule, présentent à la fois de l'ophthalmoplégie et de la glycosurie, analogue à la glycosurie expérimentale que Cl. Bernard déterminait par la piqûre du quatrième ventricule. Dans des cas plus rares, on aura, pour la même raison, non plus du sucre, mais de l'albumine dans l'urine, comme chez le malade de M. G. Sée.

Un caractère négatif, dont la valeur est grande pour le diagnostic des paralysies nucléaires, c'est l'absence ordinaire de phénomènes cérébraux, tels que maux de tête, vertiges ou troubles intellectuels. Ce fait s'explique par la localisation des lésions dans une région presque exclusivement motrice et par le peu réactionque détermine une inflammation chronique, une sclérose ou une atrophie pigmentaire sur les parties voisines.

Un autre caractère important et presque pathognomonique des paralysies nucléaires, c'est qu'elles frappent simultanément plusieurs nerfs, soit du même œil, soit des deux, pour donner lieu à de l'ophthalmoplégie. Cette généralisation fréquente de la paralysie résulte de la proximité des noyaux moteurs les uns des autres, de sorte qu'une seule et même lésion pourra facilement anéantir plusieurs d'entre eux.

De plus, quand il s'agit de la troisième paire, il est de règle que la paralysie soit partielle, limitée à un ou plusieurs filets de ce nerf, quand elle est commandée par un processus bulbaire. En pareil cas, les filets destinés au sphincter de l'iris et au muscle ciliaire demeurent souvent indemnes. Bref, on se trouve en face d'une paralysie dissociée, et parmi les muscles extrinsèques de l'œil, innervés par l'oculo-moteur, on peut constater que les uns continuent à fonctionner régulièrement, tandis que les autres sont plus ou moins frappés d'impuissance motrice. Avant qu'on eût connaissance de l'éparpillement intra-cérébral des origines de la troisième paire,

on ne pouvait concevoir une pareille dissociation dans la paralysie qu'en lui supposant une origine intra-musculaire ou orbitaire. Aujourd'hui, on sait que, dans l'immense majorité des cas, ces paralysies dissociées relèvent d'une lésion du bulbe ou de la protubérance, régions où les fibres, qui se réuniront plus tard pour constituer la troisième paire, ont chacune leur centre moteur particulier. (*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Paris, 16 octobre 1885.

Monsieur le rédacteur en chef,

Les reporters de journaux ont entouré le récit de l'incident qui me concerne d'appréciations et d'arabesques dont je ne prends aucunement la responsabilité.

Voici le récit authentique de l'incident, comme du reste je vous l'avais exposé quelques jours auparavant :

L'interne de mon service, après avoir assisté à l'ouverture du concours de l'internat, se rendit, aussitôt la question connue, dans un café du voisinage, et là il se crut permis, pensant faire une plaisanterie de salle de garde, de dire en riant qu'il connaissait la question dès neuf heures du matin, qu'il l'avait télégraphiée et fait savoir encore par un autre moyen. Or, il ne m'avait pas quitté jusqu'à dix heures trois quarts, heure à laquelle il est rentré à la salle de garde pour déjeuner, ce qui a été démontré sans difficulté par l'enquête. En arrivant à midi au concours, il a dit à quelques-uns de ses amis de se méfier de certaines questions, conseil purement platonique à l'heure où il jugeait convenable de le donner, et qui n'aurait comporté aucune gravité, s'il n'avait trouvé plaisant d'y mêler, à la brasserie voisine, le roman auquel j'ai fait allusion plus haut.

En somme, conseil enfantin, au moment de l'ouverture d'un concours, et ne reposant que sur des conversations sans portée de chef à interne, roman plaisant et déplorable de ce dernier dans un café. Voilà avec quoi l'on m'a attaqué. Pour moi, maintenant, c'est fini, et cela a trop duré.

Agréez, etc. A. Gouguenheim.

L'Épidémie cholérique de 1885.

La fin d'une épidémie.

En France, on pourrait considérer l'épidémie comme terminée, s'il n'était question, cette semaine, de l'explosion cholérique à bord de la *Couronne*, en rade de Toulon; du foyer de Nice et des décès journaliers dans les localités du département des Basses-Pyrénées, qui, comme Béhobie et Hendaye, touchent à la frontière espagnole.

Ailleurs, dans les départements de l'Aude, de l'Ariège, de l'Hérault et du Gard, les cas suspects sont disséminés çà et là, et de jour en jour plus rares.

L'origine des cas observés, parmi l'équipage de la *Couronne*, est mal déterminée, car les premiers cholériques de ce navire étaient des matelots détachés de la division de l'océan Atlantique. A Nice, nous informe-t-on, la maladie s'est cantonnée dans les rues étroites de la vieille ville. Au reste, après s'être aggravée, il y a quelques jours, elle s'atténue, définitivement sans doute, d'après les derniers renseignements.

En Italie, on observe toujours des cas dans les diverses parties de la péninsule. Cependant, le foyer principal ne se déplace pas; il comprend toujours les environs, et surtout la ville de Palerme. Le 11 octobre, on y enregistrait 132 invasions et 45 décès, dont 115 des premières et 45 des secondes dans la ville. Le lendemain, les cas s'élevaient à 125 et les décès à 59. L'épidémie reste donc stationnaire, à en juger par les documents officiels, qui, au reste, sont peu complets.

En Espagne, l'amélioration augmente, car, après avoir mentionné 325 cas et 134 décès

©BIU Santé

le 11, et 417 invasions avec 131 décès le 12, on ne signale plus que 253 cas et 109 décès le 13 octobre, et 211 cas et 104 décès le 14.

Depuis quinze jours, aucun décès cholérique n'a été enregistré à Madrid, dont l'épidémie actuelle a frappé 1,654 habitants, parmi lesquels 1,051 ont succombé, depuis le mois d'avril jusqu'au 30 septembre. Ce chiffre obituaire est relativement élevé, puisque, pendant la même période et dans les trente-cinq provinces espagnoles contaminées, le nombre des cas fut de 266,323, et celui des décès de 97,382.

Il y a donc lieu d'espérer que l'épidémie cholérique de 1885 touche à son terme en France, et bientôt aussi en Espagne et en Italie. Elle aura surtout été localisée aux rivages de la Méditerranée. Puisse-t-elle s'y éteindre définitivement pendant l'hiver, ne pas y éclater de nouveau au printemps et ne pas nous obliger alors à renouveler périodiquement, à cette même place, ce même *Bulletin* que nous clôturons aujourd'hui.

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. LE PRÉSIDENT propose de fixer au lundi 21 décembre 1885, la séance publique de l'année 1885. Cette date est acceptée.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Edmond Boissier, correspondant de la section de botanique, décédé à Valeyre (Suisse), le 25 septembre 1885, dans sa soixante-seizième année.

M. J. JANSSEN lit une note sur l'*analyse spectrale des éléments de l'atmosphère terrestre*.

« Je viens rendre compte à l'Académie de la reprise de mes études sur les éléments gazeux de l'atmosphère terrestre.

« L'étude des propriétés spectrales des gaz et des vapeurs qui constituent l'atmosphère terrestre est une des plus importantes de la physique astronomique. Elle constitue une des bases principales sur lesquelles la science s'appuie pour asseoir ses déductions sur la composition des atmosphères planétaires et stellaires.

« Cependant nos connaissances sur les spectres d'absorption du gaz sont encore peu avancées, même pour les plus importants. La cause en réside dans les difficultés toutes particulières de ces études. Il faut monter des tubes de longueur considérable, résistant à de hautes pressions et donnant passage à des faisceaux lumineux de grande intensité.

« Pour aborder un travail de ce genre, l'observatoire de Meudon offre des ressources toutes spéciales. Nous possédons des locaux qui permettent d'installer, dans une même salle, une ligne d'expériences de 120 mètres de long, et nous avons, en outre, des facilités spéciales pour l'emploi de la lumière solaire, électrique, etc. J'ai donc pensé que l'étude de ces questions, si importantes pour l'astronomie physique, nous incombait naturellement, et c'est une des principales raisons qui m'ont conduit à la reprendre.

« Nous avons actuellement installé quatre tubes, dont un de 60 mètres de longueur. L'hydrogène, l'air atmosphérique, l'oxygène sont en expérience. Pour l'hydrogène, nous avons déjà pu nous convaincre qu'il faudra recourir à des épaisseurs énormes de ce gaz pour obtenir son spectre d'absorption. L'oxygène est étudié dans des tubes de 20 mètres et de 60 mètres de longueur, pouvant supporter de hautes pressions. Quand, dans le tube de 60 mètres, on part des basses pressions pour s'élever peu à peu, on constate, comme d'habitude, l'apparition successive de raies, ou faisceaux de plus en plus nombreux. Ce sont d'abord les raies et faisceaux du rouge que M. Egoroff, qui les a reconnus le premier, considère comme étant les raies A et B du spectre solaire. Mais, en élevant la pression, nous avons déjà obtenu une pression de 27 atmosphère, et, surtout en augmentant considérablement par des dispositions spéciales le pouvoir lumineux de notre source, nous avons pu constater des phénomènes d'absorption au delà de A. Entre A et

B, B et C il paraît exister des raies qui ont besoin d'une pression encore supérieure pour être sûrement constatées. Enfin nous avons vu apparaître, avec les fortes pressions, trois bandes obscures : une dans le rouge, près de α ; une dans le jaune-vert, près de D ; une dans le bleu. Le spectre solaire ne présente pas de bandes semblables : i serait donc difficile d'attribuer à l'oxygène, dans l'état où il existe dans l'atmosphère terrestre, l'existence de ces bandes. Nous aurons à revenir sur l'origine du phénomène.

M. Bouley présente une note, de M. Larreguy de Civrieux, *sur l'invasion du mildew, dans le nord de la Touraine, en 1885.* (Renvoi à la commission du phylloxera.)

« En 1883, et surtout en 1884, le mildew s'était montré dans nos vignes, atteignant exclusivement nos cots (cépages rouges originaires de Cahors) et réduisant notre vendange d'un tiers. Mais, en 1885, quand, au mois de juillet, nous avions les plus belles espérances, le désastre a été complet pour le cot; en outre, les autres cépages (pineau d'Aunis, groleau, bourgogne, gros noir, etc.) ont été partiellement et très sensiblement atteints, les vignes blanches seules restant indemnes.

« C'est au lendemain même d'un violent orage et d'une pluie torrentielle, survenus le 5 juillet, à cinq heures du soir, et suivis d'un soleil ardent, que le mildew, le 8 ou 10 juillet, apparut soudainement sur toute la bande de terrain parcourue par cet orage, et très nettement délimitée du sud-ouest au nord-est, sur une largeur de 4 kilomètres à 6 kilomètres et sur une longueur de 20 kilomètres.

« Le même phénomène s'est reproduit, de la même façon et dans les mêmes conditions, sinon avec la même orientation, sur plusieurs autres points du département d'Indre-et-Loire.

« En ce qui me concerne, huit jours après et malgré une sécheresse prolongée, mes 10 hectares de cots en chaintres, situés sur le plateau, étaient détruits en tant que feuilles et grappes, et, quinze jours après, toutes mes autres vignes, ou pleines ou plantées à 2 mètres, sises sur le même plateau ou en coteau, subissaient le même sort, sauf, comme je l'ai dit plus haut, la résistance partielle ou plus longue des cépages autres que le cot.

« Mais ici se place une remarque singulière : tous les rejets, jeunes pousses et branches basses de chêne de mon parc, qui longe au nord-est mes vignes, ont été pris à leur tour, à l'exclusion de toutes autres essences. Pendant un mois, j'ai pu suivre, dans le parallélogramme de ce parc de 15 hectares, la marche régulièrement progressive du mildew qui, aujourd'hui, a envahi toute cette superficie jusqu'à la limite du nord-est.

« Le mildew se retrouve maintenant, d'ailleurs, sur les basses pousses et les basses branches des chênes de tous les bois du pays, voisins des vignes et compris dans la bande de terrain sus-mentionnée. »

M. Diamilla-Muller écrit, à M. Faye, une lettre *sur des tourbillons observés par des aéronautes.*

« M. Victor Angius, professeur à l'Université de Cagliari, correspondant de l'Académie des sciences de Turin, étudiait, il y a plus de trente ans, le problème de la direction des aérostats, et avait inventé une machine qu'il avait appelée *autome aérien*, avec laquelle il avait fait plusieurs essais de direction, avec des résultats plus ou moins heureux. Son ballon avait la forme oblongue.

« En 1854, il publia, dans la *Gazette officielle* du royaume de Sardaigne d'abord, et ensuite en une brochure, que j'ai sous les yeux, une relation très détaillée de ses expériences.

« A la page 92, il dit qu'une fois il se trouva tout à coup pris dans un tourbillon descendant qui fit tourner son ballon, malgré sa forme, en lui imprimant une giration de droite à gauche, en lui faisant perdre son gouvernail et tout espoir de pouvoir diriger l'aérostat pendant ce voyage. Il rappelle qu'un phénomène semblable était déjà arrivé à Paris, le 21 octobre 1783, au ballon parti de la Muette, près du bois de Boulogne, où Pilâtre du Rozier se trouva pris dans un mouvement de rotation très violent. Il ajoute :

« Lesquelles expériences démontrent ce que l'on connaît seulement par le raisonne-

©BIU Santé

ment, c'est-à-dire que, quelquefois, en une même couche atmosphérique, l'air arrive de directions opposées, dont le choc, les forces étant égales, doit produire un tourbillon; *comme il arrive dans le canal d'une vallée profonde, où les eaux des torrents, se rencontrant venant des versants contraires, se retournent en tourbillons.* »

FORMULAIRE

POMMADE ET COLLYRE CONTRE LA BLÉPHARITE CHRONIQUE. — Panas.

Bi-oxyde de mercure.....	0 gr. 05 centigr.
Vaseline.....	10 grammes.
Extrait de Saturne.....	5 gouttes.

F. s. a. une pommade, avec laquelle on graisse la paupière soir et matin, dans le cas de blépharite chronique. — Dans la journée, laver plusieurs fois avec une infusion astringente aromatique. — Porter des conserves bleues.

Dans le même cas, l'auteur conseille également le collyre suivant :

Nitrate d'argent cristallisé.....	0 gr. 05 centigr.
Eau distillée	10 grammes.

Faites dissoudre. — A l'aide d'un pinceau trempé dans cette solution, on touche, deux fois par semaine, les paupières enflammées. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *École pratique.* — M. le docteur Tuffier, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 20 octobre 1885, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves.

Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter le plus tôt possible, à partir de lundi 12, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, de une heure à quatre heures, au bureau du chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires.

— MM. les docteurs Gombault et Cadiat sont délégués dans les fonctions de conservateurs des musées Orfila et Dupuytren pendant l'année scolaire 1885-1886.

MM. Hache et Beurnier sont maintenus dans les fonctions d'aides d'anatomie, du 1er octobre 1885 au 30 septembre 1886.

— Des travaux importants vont être prochainement entrepris dans les hôpitaux de la Pitié, Saint-Antoine, Necker, Beaujon et Laënnec, pour la construction de pavillons spéciaux destinés aux grandes opérations chirurgicales.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — La Faculté de médecine de Lille vient de décerner les récompenses suivantes :

A. *Médecine.* — Première année : Prix, M. E.-H. Baude. — Deuxième année : Prix, M. T.-A. Bertaux ; mention honorable, M. P. Choteau. — Troisième année : Prix, M. A. Schwinghedauw. — Quatrième année : Prix, M. H. Surmont ; mention honorable, M. G.-H. Dumont.

B. *Pharmacie.* — Première année : Prix, M. J. Baelen. — Deuxième année : Prix, M. A.-D. Bevière ; mention honorable, M. E. Flament. — Troisième année : Prix, M. A. Berquet ; première mention honorable, M. B. Mayeur ; deuxième mention honorable, M. A. Verclytte.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

L. GELLY : De la fétidité dans les affections des voies respiratoires. — II. REVUE DES JOURNAUX. — III. INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de chirurgie. — V. Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. — VI. COURRIER.

De la fétidité dans les affections des voies respiratoires.

Par le docteur GELLY, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Bar-le-Duc.

La leçon très intéressante de M. Lancereaux sur la *bronchite fétide*, publiée par l'*Union médicale* (numéro du 26 septembre), m'a rappelé quelques faits présentant avec ceux qui s'y trouvent relatés une très grande analogie. Mais je crois pouvoir en tirer des déductions qui diffèrent un peu de l'opinion que professe M. Lancereaux sur ce sujet encore peu étudié.

I. — Un vigoureux cultivateur, âgé de 46 ans, surmené par un travail exagéré joint à des habitudes alcooliques, vient me consulter le 30 juin 1880. Langue saburrale. Inappétence. Apyrexie. Il tousse depuis quelque temps déjà ; mais, depuis quelques jours seulement, il souffre d'une douleur à la pointe de l'omoplate droite. Râles sonores, sibilants et ronflants, dans toute l'étendue de la poitrine.

Le 2 juillet, après l'administration d'un ipéca et l'application de ventouses scarifiées, la langue est nette, la toux s'est amendée, le point de côté a disparu, les râles ont notablement diminué.

Le 5 juillet, à la suite de l'ingestion de bière très froide, la toux reparaît, la langue redevient saburrale, les ronchus se reproduisent. Apyrexie.

Le 7, l'haleine et l'expectoration présentent une odeur très marquée. Le 9, elles deviennent horriblement fétides ; les crachats sont abondants et noirâtres. Oxymel scillitique ; sirop phéniqué.

Les jours suivants, l'expectoration est un peu moins fétide, mais l'haleine l'est toujours autant ; les crachats sont grisâtres, ronchus graves généralisés.

Le 13, l'appétit renaît, les crachats sont moins abondants et moins fétides ; les râles ont à peu près disparu.

Le 17, la toux et les râles reparaissent et persistent plusieurs jours, malgré les révulsifs et les calmants. Les crachats ont peu d'odeur, mais l'haleine est horriblement fétide et incommode le malade lui-même.

Le 22, les crachats deviennent sanguinolents, puis complètement rouges. Les signes stéthoscopiques ont disparu. Ils reparaissent, le 26, au niveau de la pointe de l'omoplate droite, puis ont disparu de nouveau le 28. — Le 30, hémoptysie considérable, non spumeuse et rutilante, mais sous forme de caillots noirâtres ; elle cesse le lendemain.

Le 2 août, les crachats sont de nouveau sanguinolents ; ronchus graves généralisés. Le 5, les crachats sont grisâtres et ne présentent qu'une fétidité intermittente. L'état général s'améliore ; l'appétit se relève. Le 9, les crachats reparaissent sanguinolents, mais ils sont moins abondants et rarement fétides. Les râles ont disparu.

Dans la nuit du 16 au 17, se déclare une nouvelle hémoptysie, d'un demi verre environ, à la suite de laquelle l'amélioration se dessine rapidement, et, le 5 septembre, le malade peut être considéré comme guéri.

Ce fait présente, avec le premier de ceux qu'a relatés M. Lancereaux, une très grande ressemblance, sauf en ce qui concerne les hémoptysies, que M. Lancereaux dit d'ailleurs être rares dans l'affection à laquelle il donne le nom de *bronchite fétide*. Je dois même déclarer que l'apparition de ce symptôme, succédant à des crachats hémoptoïques d'une odeur repoussante, m'avait fait considérer mon malade comme atteint de gangrène

©BIU Santé

pulmonaire, et m'avait conduit à porter un pronostic extrêmement défavorable. Je puis ajouter aujourd'hui que, depuis cinq ans, sa santé s'est maintenue excellente.

II. — Le 5 novembre 1879, un employé des postes de Bar-le-Duc, âgé de 43 ans, d'une forte constitution, après avoir été mouillé en chasse, est pris d'une douleur vive du côté droit, au niveau de la dixième côte, dans une région intermédiaire entre la ligne axillaire et la région postérieure du thorax. Inappétence ; état saburral. Fièvre modérée. Pas de toux. Ce n'est que le 11 novembre qu'une auscultation attentive permet de constater un léger épanchement dans la plèvre droite. Malgré l'application réitérée de vésicatoires volants et l'administration de dérivatifs intestinaux, l'épanchement augmente toujours, et le 20 novembre, la matité, avec diminution considérable du murmure vésiculaire, remonte jusqu'à la pointe de l'omoplate. Le 25 novembre, le bruit respiratoire est totalement aboli dans toute l'étendue du tiers inférieur du poumon droit, très affaibli dans le tiers moyen.

Sous l'influence de vésicatoires multipliés, de diurétiques énergiques, alternant avec des dérivatifs intestinaux, l'épanchement diminue lentement. Vers le milieu de décembre, le murmure vésiculaire s'entend, mais très affaibli encore, jusqu'à la base du thorax. Le malade a recouvré un peu d'appétit, mais la fièvre n'a pas cédé complètement.

Le 20 décembre survient une toux sèche, non quinteuse, mais presque incessante et très fatigante. Quelques râles muqueux disséminés derrière l'épanchement. Le 25, la fièvre augmente, l'appétit se perd de nouveau, l'épanchement reste stationnaire, la toux persiste, sans expectoration ; l'haleine du malade présente, par moments, lorsqu'il tousse, une odeur extrêmement fétide qui devient, les jours suivants, constante, franchement gangréneuse, et incommode fortement l'entourage. L'état général s'aggrave, des sueurs profuses se produisent chaque nuit, et parfois dans le jour. Toniques et préparations phéniquées à l'intérieur.

Dans les premiers jours de janvier, le pouls devient encore plus fréquent et plus faible. Le malade se cachectise. Les signes locaux ne s'amendent nullement. Le 7 janvier, pendant les secousses de toux, on entend vers la base droite, outre le murmure vésiculaire affaibli, des bruits cavitaires très caractérisés. L'odeur gangréneuse, perçue seulement pendant la toux, ne l'est plus d'une façon aussi constante.

Du 10 au 30 janvier, les mêmes signes stéthoscopiques sont constatés à plusieurs reprises. La toux est toujours sèche, sans expectoration.

Malgré l'emploi des toniques et des antiseptiques, l'état général va toujours s'aggravants; outre les sueurs profuses, surviennent de la diarrhée colliquative, de l'œdème péri-malléolaire et du décubitus. Le malade, présentant toujours les mêmes signes locaux, sans expectoration ni vomiques, succombe le 10 février.

Cette seconde observation peut être mise en parallèle avec le troisième fait rapporté dans la leçon de M. Lancereaux : pleurésie séreuse dans le cours d'une gangrène bronchique. Mais il n'est pas contestable que, dans le cas que j'ai observé, la pleurésie a précédé la bronchite. C'est seulement, en effet, six semaines après le début de la pleurésie que mon malade a présenté les signes d'une bronchite qui a pris rapidement un caractère gangréneux confirmé par la terminaison fatale.

III. — Vers la fin de 1873, un cultivateur aisé de Vavincourt, près Bar-le-Duc, âgé de 37 ans, vient me consulter pour une bronchite datant, me dit-il, de plus d'un an.

Détérioration générale très marquée. Inappétence. Transpirations nocturnes. Toux quinteuse, fatigante. Dyspnée. Matité prononcée, souffle amphorique et gargouillements sous la clavicule gauche. Submatité, expiration soufflée et prolongée dans la fosse sus-épineuse du même côté. Le malade n'a jamais eu d'hémoptysies, tandis que sa femme, tuberculeuse depuis plusieurs années, en a de fréquentes et d'abondantes.

Sous l'influence d'un traitement rationnel, l'état local restant stationnaire, l'état général s'améliore; le malade reprend même un embonpoint très prononcé.

Vers la fin de juin 1874, l'appétit se perd de nouveau, la toux redouble de violence; le malade et son entourage se plaignent de ce que l'expectoration présente une odeur insupportable.

Le 2 juillet, je trouve les mêmes signes stéthoscopiques que précédemment; mais il y a de la fièvre; les crachats sont abondants, d'un gris sale, d'une odeur extrêmement repoussante, rappelant celle de la carie dentaire, mais plus fétide encore. L'haleine présente la même particularité. Ce n'est que vers le commencement d'août que, par l'usage prolongé de préparations phéniquées et de l'essence de térébenthine administrées à l'intérieur, cette fétidité diminue, mais sans disparaître complètement. Elle se reproduit avec la même intensité vers la fin du mois d'août, en même temps que l'état général va toujours s'aggravant. En septembre, surviennent des évacuations colliquatives, de la fièvre hectique; les crachants, toujours fétides, deviennent hémoptoïques et s'accompagnent même de véritables hémoptysies. Le malade succombe le 20 octobre.

L'histoire de ce malade peut être rapprochée de la deuxième observation de M. Lancereaux, avec cette différence, toutefois, que les signes cavitaires, occupant la base gauche chez le malade de M. Lancereaux, ont été rapportés à une excavation par dilatation bronchique, tandis que les signes cavitaires présentés par mon malade siégeaient au sommet gauche et ne pouvaient être rapportés qu'à une caverne tuberculeuse.

Les faits rapportés par M. Lancereaux l'autorisent-ils, plus que ne m'y autoriseraient ceux qu'il m'a été donné d'observer, à conclure à cette entité morbide nouvelle qu'il désigne sous le nom de *bronchite fétide*?

Je ne le pense pas. Il n'y a, dans les faits qu'il a observés comme dans les faits que j'ai eus sous les yeux, qu'un symptôme commun, propre d'ailleurs à accaparer l'attention, tant il impressionne vivement et désagréablement le malade, l'entourage et le médecin ; c'est la fétidité de l'haleine et de l'expectoration. Ce phénomène excepté, tous les signes diffèrent chez nos malades. Chez l'un, ce sont tout simplement les signes d'une bronchite ordinaire, et encore ces signes sont peu accentués ou inconstants. Chez l'autre, c'est une pleurésie survenant au cours d'une bronchite gangréneuse, ou bien une bronchite gangréneuse au cours d'une pleurésie. Chez un troisième, enfin, c'est une excavation pulmonaire, due soit à une dilatation bronchique, soit à une fonte tuberculeuse.

Il ne me semble donc pas que, tout intéressante qu'elle soit, la leçon professée par M. Lancereaux ait grandement élucidé ce sujet de pathologie des voies respiratoires, abordé par Briquet dès 1841, par Traube en 1857, et par Lasègue sous le titre de gangrène curable du poumon. Je fais des vœux pour que de nouvelles recherches apportent bientôt un peu d'ordre et de clarté à cette question encore peu travaillée de la fétidité dans les diverses affections des voies respiratoires.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS.

Les hernies de l'ovaire. — Note clinique et considérations de M. le professeur Andréa Ceccherelli, directeur de la Clinique de l'Université de Parme. (In *Bolletino delle scienze mediche*; numéros de juillet et d'août, fascicules 1° et 2°.) — Une femme de 38 ans, mariée, entre à la Clinique chirurgicale de Parme, le 19 mai 1885, pour une grosseur survenue la veille dans le pli inguinal droit en même temps que les règles apparaissaient. L'examen révèle, au niveau du triangle de Scarpa, une légère tuméfac-

©BIU Santé

tion à large base un peu plus grosse qu'une noix, mobile et tant soit peu douloureuse. Le soir même, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, le chirurgien pratique la kélotomie et reconnaît aussitôt, en présence de la hernie, tous les caractères anatomiques de l'ovaire (ligament utéro-ovarien, artère ovarique, trompe de Fallope et aussi une vésicule de de Graaf). L'organe est réintégré à l'intérieur avec beaucoup de peine, puis la plaie est réunie par quelques sutures et recouverte d'un Lister. La malade, moins de quinze jours après, quittait l'hôpital parfaitement guérie.

Nous avons cru devoir citer le travail de M. le professeur Ceccherelli à cause des recherches et des remarques que son observation lui a suggérées. C'est une monographie complète des hernies de l'ovaire, où toutes les observations publiées jusqu'à ce jour sont soigneusement classées et analysées. Il s'agissait, en outre, de savoir si, étant donnée une hernie de l'ovaire nettement reconnue, il y avait lieu ou non d'en pratiquer l'ablation. Boinet, sur 9 cas où cette opération a été faite, a noté 8 guérisons, ce qui n'empêche pas M. le professeur Ceccherelli de ne conseiller l'oophorectomie qu'autant que des altérations évidentes de l'ovaire apparaîtraient au chirurgien au moment même de l'opération, ce qui est l'exception.

L'actinomycose broncho-pulmonaire primitive chez l'homme, par M. le docteur Pietro Conti. (In *Rivista Veneta*, août 1885.) — Depuis les travaux de Lebert, qui, le premier en France, en 1857 (*Traité d'anat. pathol.*), a fait connaître la nature parasitaire de certaines affections, le nombre des cas où la présence des helminthes a été reconnue chez l'homme est assez important, puisque M. le docteur Pietro Conti a pu en réunir 51 cas, établissant par ces faits, d'une façon incontestable, la priorité des travaux français sur les observations étrangères, quoiqu'en ait écrit récemment, en Allemagne, le docteur James Israël (Berlin, 1885).

La note clinique que publie le journal vénitien est fort intéressante; on y voit un homme de 48 ans, très fatigué par son métier de maçon, et surtout par des excès alcooliques, mais n'ayant pourtant jamais été sérieusement malade, malgré une tendance à tousser. Depuis huit mois environ, après être resté couché quelques nuits sur du foin sec et avoir respiré la poussière de ce fourrage, il est pris de toux, mais n'y prend pas garde et continue à travailler, à boire et à négliger sa santé. La toux étant devenue plus fréquente, en même temps que l'expectoration était plus abondante, il reçoit des soins pour un catarrhe bronchique de forme chronique. On relève déjà, à cette époque, de l'obscurité du son au sommet gauche, ce qui fait penser à une évolution tuberculeuse, le malade en offrant du reste quelques signes extérieurs, mais n'ayant pourtant ni accès fébriles, ni modifications thermiques.

A quelque temps de là, il est pris d'une douleur atroce dans la partie gauche de la poitrine, qui lui semble être perforée d'avant en arrière; cette douleur est aiguë, continuelle, lancinante; l'individu se sent mourir dans cet accès d'angine de poitrine qui dure plusieurs heures et ne disparaît complètement qu'au bout d'un mois. La toux continue toujours, accompagnée d'expectoration spumeuse mélangée de stries sanguinolentes, puis, peu à peu, elle devient purulente; avec cela, point de fièvre, régularité des autres fonctions, mais inappétence et aversion pour la viande.

La fosse sus-claviculaire gauche est tendue, dure et douloureuse à la pression; on y voit quelques nodosités glandulaires; les mouvements respiratoires sont normaux. On trouve en arrière, correspondant à la partie interne de la fosse sous-épineuse, une tuméfaction oblongue, transversale, d'environ 5 à 6 centimètres de diamètre, douloureuse à la pression, élastique et non fluctuante. On rencontre encore, dans le creux axillaire, des ganglions hypertrophiés, et l'articulation de l'épaule apparaît plus maigre qu'à droite. L'auscultation fournit peu de signes certains. On note cependant, dans la fosse sus-épineuse gauche, une abolition absolue du murmure vésiculaire; l'inspiration est dure, rugueuse; l'expiration est prolongée; il existe un souffle doux en arrière; à l'expiration, quelques râles humides s'entendent en bas. Le côté droit est normal. Tous les autres organes sont sains.

Le catarrhe bronchique était évident, mais était-il primitif ou secondaire? L'idée d'un

néoplasme pouvait être admise et s'appuyer avec vraisemblance sur l'état du sujet, sur la longue durée de la maladie, la nature des douleurs pectorales, l'apyrexie, la faiblesse et l'aspect cachectique du patient. En outre, l'examen physique révélait : l'obscurité du sommet gauche, l'empâtement de la fosse sous-claviculaire; l'hypertrophie des glandes lymphatiques axillaires et cervicales; des phénomènes de compression continue sur l'artère sous-clavière (petitesse du pouls radial) et, en outre, des douleurs qui s'irradiaient du thorax vers la nuque et l'épaule (accès pseudo-sternalgiques); enfin, et toujours du côté gauche, existait une tuméfaction apparente du dos; tous ces phénomènes pouvaient donc faire croire à l'existence d'une néo-production.

L'examen des crachats montrait leur ressemblance extérieure avec ceux de la pneumonie, dont ils avaient la consistance, la viscosité et la transparence vitreuse; ils étaient, pour quelques-uns, comme ceux décrits par Stokes sous le nom de gelée de groseilles, et que cet auteur donne comme la caractéristique du cancer pulmonaire; il n'existait aucun bacille de Koch.

Le diagnostic de cancer aurait donc prévalu, si le docteur P. Conti n'eût pas poussé plus loin ses investigations microscopiques, et bien lui en prit, car d'autres recherches lui révélèrent la présence de nouveaux corpuscules qu'un examen attentif permit de reconnaître comme étant formés par les éléments de l'actinomyces bovis. La nature parasitaire bien établie, le diagnostic éclaire le champ clinique d'un nouveau jour et, comme conséquence, le traitement est institué d'une façon vraiment classique. Néanmoins, il ne devait pas amener la guérison, car le malade mourait dans le marasme, juste un an après le début de sa maladie, sans avoir présenté de métastases viscérales, mais après avoir vu s'établir au sommet de la poitrine des trajets fistuleux donnant issue à du pus de mauvaise nature, mélangé de mucosités et de sang. Il est à regretter que l'autopsie n'ait pu être faite.

Sur la technique et sur la valeur de la méthode de Krause pour l'interruption de la grossesse, et sur une nouvelle cause pathogénique capable d'exciter la contraction utérine, par M. le professeur Tibone (In *Rivista clinica e terapeutica;* septembre 1885.) — La méthode de Krause, qui consiste, comme on sait, dans l'introduction dans l'utérus d'une sonde de trousse qu'on laisse en place jusqu'au moment où le travail d'expulsion ne peut plus être suspendu, a été modifiée par M. le professeur Tibone de la façon suivante : Toutes les précautions antiseptiques étant prises, le col utérin est découvert au moyen du spéculum, puis on procède à l'introduction d'un autre variété de sonde. L'auteur donne la préférence aux bougies pleines de fabrication anglaise (nos 10 ou 12). La sonde a été tenue un moment dans une solution mercurielle chaude et s'est peu à peu ramollie; elle est alors introduite dans le col et poussée en haut lentement, graduellement, en restant toujours à proximité de l'orifice externe jusqu'à ce qu'elle ait complètement disparu dans la matrice. On met alors sur l'orifice utérin un gros tampon d'ouate imbibé d'une solution antiseptique, puis l'opérée a la permission de se lever, en attendant le commencement du travail. Ce moyen est peut-être un peu long, mais il est sûr et n'expose pas, comme les autres procédés, à cause de la mollesse de la tige employée, aux brusques décollements de l'œuf et aux graves lésions placentaires qui en sont la conséquence. L'auteur a répété nombre de fois cette petite opération et en a toujours retiré de réels avantages.

Millot-Carpentier.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MÉDECINS DE NUIT ET MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE.

Le *Bulletin municipal* vient de publier le rapport de M. Desprès, sur la proposition demandant que le service médical de nuit ne soit plus confié aux médecins des Bureaux de bienfaisance. L'initiative de ce projet appartenait à M. Cattiaux, qui, on le sait, n'a pas une grande tendresse pour le personnel médical de l'assistance à domicile.

©BIU Santé

Quant au rapporteur, il a pris la plume au nom de la huitième Commission du Conseil municipal et usé de ménagement dans la forme, sinon dans le fonds, vis-à-vis de nos confrères dont la dignité, nul n'en doute, est bien au-dessus des récriminations bellevilloises.

Après audition de l'auteur de cette proposition, la Commission, écrit M. Desprès, « a décidé qu'elle ne chercherait point dans une enquête, à coup sûr blessante pour « les médecins du Bureau de bienfaisance qui font régulièrement leur service, « des preuves d'abus présumables, preuves qu'il eût été pénible de produire et qui « auraient, d'ailleurs, exigé l'intervention immédiate du directeur de l'Assistance « publique. »

Les preuves directes n'étaient cependant pas superflues. Les produire, c'eût été faire la lumière sur des accusations passionnées, établir les responsabilités des coupables, si coupables il y a, rendre justice au dévouement des autres et enlever pour longtemps tout prétexte aux attaques dirigées contre un personnel médical, justement estimé.

Au lieu d'interroger les personnes, la Commission interroge les chiffres administratifs, et, à l'aide des renseignements de la préfecture de police, elle constate, ce que nul n'ignorait, la progression croissante des visites de nuit : « de 3,616 en 1876 à 8,712 en 1884 ». Puis, comparant ces relevés aux statistiques de l'assistance à domicile, elle découvre, — ce qui était encore à prévoir, — que « le nombre des visites de jour des médecins du « Bureau de bienfaisance, par tête d'indigent malade, a diminué de presque le tiers ». Après cela, la Commission se déclare convaincue : il lui semble « patent que le plus « grand nombre des visites de nuit est fait aux malades indigents et nécessiteux ».

Comment donc pourrait-il en être autrement, quand les indigents sont les plus nombreux dans la catégorie des individus ne possédant pas de médecins de famille et demandant les secours de nuit? Il semblait que ce service avait été institué en leur faveur bien plutôt que pour venir en aide aux personnes aisées; la philanthropie de la Commission avait à se réjouir et non à s'étonner de ce fait.

Par contre, en qualité de contribuable, on s'associe plus volontiers aux idées d'économie que propose la Commission, en diminuant le nombre trop élevé des visites faites à des individus atteints de légères indispositions, ou bien « de rhumatismes, de bron« chites chroniques, de maladies du cœur, d'orchites, d'uréthrites, etc., etc., » qui, rarement, sont pris au dépourvu. On s'associe également à ses observations sur l'exagération du nombre des accouchements déclarés difficiles, puisque, dans l'espace de trois mois seulement, les sages-femmes ont fait appel plus de deux cents fois au médecin de nuit. Certes, il y a là des abus, mais on remarquera qu'ils sont le fait de l'organisation actuelle du service de nuit, ou des malades mêmes, et non pas des médecins qui, au moment où on les requiert, ignorent la maladie des requérants.

Au reste, tous ces abus auraient depuis longtemps disparu, si l'Administration avait opéré les réformes sollicitées par les médecins eux-mêmes et dont l'*Union médicale* a donné un aperçu, il y a quelques mois, en signalant une pétition adressée au préfet de police par la *Société médicale du XVIIe arrondissement*. Ce document dort-il avec d'autres dans les cartons officiels? La Commission municipale l'a-t-elle eu sous les yeux? Émané de l'initiative de l'une des plus importantes Sociétés médicales de Paris, il méritait mieux que le silence.

Des résolutions terminent le rapport de la huitième Commission. Elles intéresseront les 180 médecins des Bureaux de bienfaisance et nos nombreux confrères du service médical de nuit. En voici le texte :

Art. 1er. — Les médecins du Bureau de bienfaisance doivent à leurs malades leurs soins la nuit comme le jour.

Art. 2. — Les médecins du Bureau de bienfaisance, inscrits pour le service médical de nuit, et requis pour une visite de nuit auprès des malades du Bureau de bienfaisance de leur circonscription en cours de traitement, même s'il s'agit d'accouchement, ne seront pas payés.

Art. 3. — Il en sera de même lorsque le médecin, convoqué pour une visite la nuit, aura été mandé avant quatre heures.

Art. 4. — Les médecins d'une circonscription voisine ne peuvent être requis qu'en

cas de maladie ou d'absence du titulaire de la circonscription du Bureau de bienfaisance.

Art. 5. — Les médecins des quartiers populeux, où le chiffre des visites de nuit serait relativement considérable, pourront être admis à obtenir une augmentation sur leurs appointements.

L'article 6 concerne le recouvrement administratif du prix des visites de nuit requises par des malades non indigents. Je ne m'y arrête pas, et je termine par cette conclusion que, si ces réformes sont utiles au budget municipal, ce que tout contribuable doit souhaiter, elles ne donnent guère satisfaction aux plus légitimes réclamations des médecins et ne remédient pas aux défauts d'une boiteuse organisation. C'est dire que la campagne reste ouverte et qu'il serait inopportun de désarmer. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 septembre 1885. — Présidence de M. Duplay.

Sommaire : Présentation. — Rapport sur diverses observations adressées par le professeur Bruch (d'Alger). — Observation de brûlure étendue de la partie supérieure du thorax ; cicatrisation vicieuse ; adhérence du bras avec le thorax ; opération ; drainage et ligature élastique ; guérison. — Essai sur la pathogénie des érysipèles à répétitions. — Présentation d'instrument : trachéotome dilatateur.

M. Paul Reclus offre en hommage, de la part de M. le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant, une brochure intitulée : *Traitement prophylactique et curatif du choléra asiatique.*

— M. Le Dentu fait un rapport sur diverses observations adressées par M. le docteur Bruch, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Alger, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Mustapha.

En tête de la série de ses observations, M. Bruch place la statistique complète de tous les cas qui lui ont passé sous les yeux pendant l'année scolaire 1883-1884, montrant ainsi, dit M. le rapporteur, « à quel degré d'activité est parvenue la chirurgie hospitalière dans la capitale de notre belle colonie africaine ».

Comme le défaut d'espace ne nous permet pas d'exposer cette statistique dans ses détails, nous devons nous borner à la résumer en disant que le nombre des malades observés a été de 313 partagés en 200 hommes et 113 femmes, et que le chiffre de la mortalité sur l'ensemble a été de 13, soit une proportion de 4,16 p. 100 sur le service pris en bloc.

Dans le nombre d'observations contenues dans le travail de M. Bruch, M. le rapporteur a dû se borner à en choisir quelques-unes sur lesquelles il a appelé plus particulièrement l'attention de ses collègues, réservant les autres pour un rapport ultérieur.

L'une de ces observations a pour titre : « Écrasement du bras et de la jambe ; désarticulation de l'épaule et amputation de la jambe, guérison ». — Elle présente ceci de particulier, que l'amputation de la jambe a été pratiquée et suivie de guérison, malgré un emphysème sous-cutané remontant jusqu'à la racine du membre.

On sait que cette complication a été longtemps la terreur des chirurgiens jusqu'à une discussion soulevée par Broca, en 1863, à la Société de chirurgie, et qui montra que la gravité de l'emphysème traumatique dépend bien plutôt de la blessure que de cette complication.

M. le rapporteur signale ensuite deux autres observations, dont l'une est intitulée : « Gangrène diabétique du pied gauche, amputation, mort » ; la seconde : « Gangrène spontanée, amputation de la jambe gauche suivie de l'amputation de la cuisse du même côté, guérison ».

Les deux sujets sont des paludiques ; tous les deux présentent les lésions de la dégénérescence athéromateuse des artères. Le premier urine du sucre depuis longtemps

©BIU Santé

en quantité notable, et, chez lui, la gangrène a été provoquée par un léger traumatisme ; elle est presque spontanée.

Chez le second, dont l'urine est normale, la gangrène est tout à fait spontanée. Entre eux deux il y a donc des points de contact et des oppositions sur lesquelles M. le rapporteur croit devoir attirer l'attention de ses collègues, parce que, suivant lui, la question de l'influence du traumatisme sur les états constitutionnels et les dyscrasies ne peut que gagner en clarté à la publication de faits nouveaux aussi nombreux que possible.

En matière d'amputation, dans les cas de gangrène, on sait combien l'accord est impossible entre les chirurgiens. En dépit du précepte d'abstention prêché jadis par les auteurs du *Compendium de chirurgie*, pour réagir contre la tendance générale de leur époque ; en dépit des réserves formulées par M. Verneuil et de la proscription absolue de toute amputation dont Demarquay avait fait la règle de sa conduite, l'intervention s'est montrée favorable dans un certain nombre de gangrènes spontanées, diabétiques ou non diabétiques. Il n'en a pas fallu davantage pour tout remettre en question et pour démontrer qu'un absolutisme trop rigoureux n'était pas acceptable. Du moins une notion précise s'est dégagée de cette longue série de travaux, dont les racines plongent dans le passé de la chirurgie française, à savoir l'aggravation du pronostic chez les diabétiques, et, d'une façon générale, le danger des interventions opératoires quelconques lorsque chez eux la gangrène est franche et exempte de toute combinaison avec le phlegmon diffus.

Deux autres observations de M. Bruch sont relatives à des « résections », l'une du coude, l'autre de la hanche.

Le sujet de la première observation est un enfant de 15 ans. Une fistule persistante à la fesse droite, consécutive à un abcès froid, des bronchites ou des rhumes fréquents, des antécédents de famille font craindre qu'il ne soit sous la menace d'accidents tuberculeux pulmonaires ou localisés ailleurs qu'au coude. Néanmoins, les conditions de l'arthrite développée dans cette région légitiment la résection que M. Bruch pratiqua, le 6 mars 1884, en présence de M. Notta (de Lisieux), par le procédé de M. Ollier et avec une antisepsie rigoureuse.

La réunion immédiate manque, mais, le 10 mai, la cicatrisation est complète, sauf quelques petits bourgeons charnus qu'on réprime avec le crayon de nitrate d'argent. Le 14 mai, un peu plus de deux mois après la résection, l'enfant est pris de méningite tuberculeuse et meurt bientôt. A l'autopsie, on trouve, outre les granulations des méninges, des tubercules crus dans les poumons et un point de carie dans l'os iliaque.

A ce propos, M. Bruch se demande si l'amputation n'eût pas été préférable. M. le rapporteur répond : oui, d'une manière générale, une opération radicale est préférable, chez un tuberculeux, à une opération dont le succès exige un processus de réparation d'une plus grande énergie et d'une plus longue durée ; mais, dans le cas présent, l'amputation n'eût pas prévenu davantage la complication méningitique, attendu que des foyers de tuberculose existaient déjà dans l'os iliaque et dans les deux poumons. En admettant, ce qui est encore loin d'être démontré, que la *métastase* des anciens auteurs, ou que la généralisation des lésions tuberculeuses soit due toujours ou ordinairement à la migration des bacilles d'un foyer primitif vers d'autres points de l'économie, par l'amputation ou la résection M. Bruch fût intervenu trop tard pour conjurer l'accident terminal.

D'ailleurs, la méningite suit souvent de si près la suppression du foyer primitif que, pour un certain nombre de cas, M. Le Dentu persiste à croire à l'influence fâcheuse de cette suppression, indépendamment de toute inoculation de la plaie pendant le cours de l'opération ; mais, comme les circonstances où cette fâcheuse influence se manifestent sont exceptionnelles, il pense que la crainte de la méningite ne doit occuper qu'une place restreinte dans les contre-indications opératoires.

Cependant, lorsqu'il s'agit d'un enfant dont les parents ont des antécédents tuberculeux certains et graves, il lui paraît impossible de ne pas faire à cette condition une part plus large.

C'est sous le coup d'une appréhension de cette sorte que M. Le Dentu a fait, à Alger, avec M. Bruch, en décembre 1883, la résection de la hanche, chez une petite fille de

moins de six ans, née de parents tuberculeux, et qui est aujourd'hui complètement guérie, après un séjour à Strasbourg pendant l'été et une saison aux bains d'Eaux-Mères à Kreuznach.

M. le rapporteur propose, en terminant : 1° de déposer aux archives une partie du travail de M. Bruch et d'insérer dans les *Bulletins* quelques-unes de ses observations; 2° d'inscrire le nom de l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. (Adopté.)

M. Verneuil se félicite de voir que ses idées sur l'influence du traumatisme, sur les états diathésiques et réciproquement, ne cessent de gagner du terrain tant en France qu'à l'étranger, et qu'un nombre de plus en plus grand d'excellents praticiens s'y rallient.

Il fait remarquer, au sujet des opérations pratiquées chez les gangréneux diabétiques, qu'il y aurait lieu de substituer, dans certains cas, les débridements avec le thermocautère et la pulvérisation phéniquée. L'expérience lui a démontré que l'emploi du fer rouge dans le traitement des anthrax diabétiques donna des résultats infiniment supérieurs à ceux de l'incision avec le bistouri.

Quant à l'apparition de la méningite à la suite d'opérations pratiquées chez les tuberculeux, elle a été signalée, par bon nombre d'excellents observateurs, parmi lesquels d'éminents chirurgiens de l'Allemagne. Il résulte d'observations remarquables, publiées par ces derniers, que des opérations partielles chez des tuberculeux ont donné fréquemment naissance à la généralisation de la tuberculose, probablement, dans quelques cas, par le mécanisme de l'auto-inoculation, mais surtout par suite de l'aggravation subite de l'état diathésique par le traumatisme opératoire.

M. Desprès demande à M. Le Dentu pourquoi, dans son rapport, il a cherché à établir une sorte de relation entre la fièvre intermittente et la gangrène? Pour lui, il ne saurait admetre de relation entre ces deux états.

M. Le Dentu répond que la question de l'influence de la fièvre palustre sur la production de la gangrène est encore à l'étude; des observations dignes d'intérêt ont été publiées à Paris par M. Verneuil ; à Lyon, par M. Tessier; mais, s'il a cru devoir mettre en relief, dans son rapport, cette circonstance étiologique, M. Le Dentu s'est bien gardé de la prétention de résoudre cette question très intéressante, mais encore très obscure.

Quant à la question de la méningite survenue à la suite d'opérations pratiquées chez des tuberculeux, M. Le Dentu a observé trois cas dans lesquels il a cru reconnaître clairement une relation de cause à effet entre la suppression d'un foyer tuberculeux dans une articulation (hanche, genou, etc.), et l'apparition de la méningite tuberculeuse.

En particulier, dans un cas de coxalgie commençante chez une petite fille, l'application d'un vésicatoire fut suivie d'une amélioration extraordinaire dans l'état de l'articulation; mais, huit jours après, éclatait une méningite qui emporta rapidement la petite malade.

M. Richelot a opéré dernièrement, dans le service de M. Verneuil, un jeune homme atteint d'arthrite fongueuse du genou, mais ne présentant aucune autre localisation tuberculeuse; au bout de quelques jours, ce malade offrait tous les signes d'une généralisation tuberculeuse à laquelle il a succombé.

M. Trélat dit que, chez des malades en puissance de tuberculisation, l'intervention chirurgicale est toujours chose périlleuse, parce que l'on peut toujours voir se produire des manifestations variées de la maladie en évolution. Ce n'est pas une raison de se lier les mains, puisque l'on voit assez souvent l'intervention chirurgicale être suivie de succès en pareil cas. C'est une question de tact et de mesure.

— M. le docteur Guerlain (de Boulogne-sur-Mer) communique une observation intéressante de brûlure étendue de la partie supérieure de la région thoracique, suivie de cicatrisation vicieuse et d'adhérence du bras avec le thorax. Ce chirurgien a pratiqué le drainage de l'aisselle et fait une sorte de ligature élastique. L'opération a été suivie de guérison.

©BIU Santé

— M. Verneuil fait une communication importante sous le titre « d'Essai sur la pathogénie des érysipèles à répétition. » C'est la seconde partie ou la continuation d'un travail lu devant la Société de chirurgie, en février 1882, et intitulé : « De l'influence des érysipèles antérieurs sur le traumatisme. » Dans ce travail, l'éminent chirurgien de la Pitié se demandait si un premier érysipèle, traumatique ou non, créant une sorte de dyscrasie ou de diathèse, aurait tendance à reparaître en cas de blessure nouvelle. M. Verneuil ne put résoudre la question à cette époque, mais il y a depuis souvent pensé, et c'est le fruit de de ses réflexions et de ses observations sur ce sujet qu'il vient exposer aujourd'hui devant ses collègues.

M. Verneuil a cru devoir adopter, comme base de la pathogénie de l'érysipèle à répétition, les résultats des recherches modernes qui établissent la provenance extérieure de l'érysipèle et sa nature parasitaire ou microbique. Cette doctrine, malgré les desiderata qu'elle présente encore, lui paraît mieux que toute autre rendre compte des faits.

Pour le premier érysipèle, dit-il, la pathogénie est peu compliquée. Il s'agit, en effet, de découvrir la provenance des germes, d'une part, et, de l'autre, la voie qui leur a livré passage. Un blessé entre à l'hôpital, où l'érysipèle est endémique ; il est atteint de la maladie parce que les microbes flottant dans l'atmosphère ou adhérents aux objets de pansement sont déposés sur la plaie ; l'inoculation a lieu et l'infection s'en suit.

La contagion est parfois plus malaisée à saisir pour la variété dite médicale. Cependant, quand un individu est pris d'un érysipèle prétendu spontané du visage, on arrive ordinairement, avec un peu de soin, à retrouver dans les parties profondes ou cachées de la face ou du cuir chevelu l'exulcération ou l'écorchure initiales ; puis on découvre que le malade a été en rapport direct ou indirect avec un autre érysipélateux. Au cas même où ce rapport semblerait difficile ou impossible à établir, on est en droit de l'admettre aujourd'hui, d'après les lois qui régissent la genèse des maladies infectieuses, leur développement spontané, y compris celui de l'érysipèle, n'étant plus acceptable.

Le premier érysipèle guérit sans laisser de traces ; au bout d'un temps qui varie de quelques semaines à plusieurs années, il se montre de nouveau. Alors on doit se demander s'il existe une relation quelconque entre les deux attaques ; si la seconde, tout à fait indépendante de la première, s'est produite accidentellement par le mécanisme habituel de la contagion du dehors ; ou bien si elle résulte d'une disposition de l'organisme devenu plus apte à contracter, une fois encore, une maladie qu'il a déjà acceptée, en un mot d'une diathèse dans le sens littéral du mot.

Dans certains cas, il est bien évident que la diathèse n'a pas besoin d'être invoquée ; on a un second érysipèle comme on a eu le premier, par l'effet du hasard.

De même, lorsqu'un individu réside pendant plusieurs mois dans une salle où l'érysipèle n'est pas rare, qu'il porte une plaie ouverte et que, de temps à autre, cette plaie est exposée à des irritations, rien de plus naturel que la reproduction de l'érysipèle.

De même encore un individu est opéré à l'hôpital ; il y contracte un érysipèle traumatique, en guérit et quitte l'établissement. Il y revient quelques mois ou quelques années plus tard pour une blessure ou pour subir une nouvelle opération. Les germes érysipélateux existant dans les salles contaminent une fois encore les plaies et font renaître la maladie. Ici, pas plus que dans le cas précedent, la diathèse n'a à intervenir.

L'explication commence à être moins aisée quand le malade n'est pas à l'hôpital, car, à chaque nouvelle attaque, il faut trouver une nouvelle source de contagion. Si le sujet réside dans une grande ville où l'érysipèle est endémique, on conçoit à la rigueur qu'il puisse être infecté par son médecin ou son chirurgien, ses parents ou ses voisins et que, se trouvant en rapport immédiat ou médiat avec des érysipélateux, il puisse contracter la maladie à diverses reprises. Mais la chose devient bien difficile en rase campagne où l'on observe cependant l'érysipèle à répétition comme dans les grands centres.

Dans ce cas, il a été possible à M. Verneuil de rattacher la reproduction de l'érysipèle à la présence habituelle d'un eczéma de la face ou du cuir chevelu. Voici comment il explique, dans ces conditions, la réapparition de la maladie. Une première invasion de l'érysipèle a lieu par un mécanisme inconnu ; le microbe élit domicile en permanence

dans le cuir chevelu ou la barbe ; de temps à autre, à la faveur des solutions de continuité cutanées crées par l'eczéma, le prurit et sans doute les micro-traumas occasionnés par les ongles, se produisent des inoculations nouvelles et successives.

Si partant de ce fait et acceptant l'interprétation précédente, on admet comme possible la permanence des germes érysipélateux sur un point de la surface du corps, on explique facilement un certain nombre de récidives sans faire intervenir ni contagion nouvelle venue du dehors, ni dyscrasie, ni diathèse, par le simple fait d'une sorte d'auto-inoculation.

Au lieu de vivre sur des parties saines, les microbes peuvent d'ailleurs, suivant toute probabilité, végéter sur les surfaces granuleuses et dans les sécrétions des plaies et y séjourner pendant un temps plus ou moins long, s'y fixer même, en quelque sorte, en permanence.

Si l'on ne répugne pas à croire que le microbe érysipélateux peut, non seulement s'acclimater sur les parties découvertes saines et sur les surfaces malades exposées, mais peut encore habiter indéfiniment certaines cavités naturelles profondes, la pathogénie, jusqu'ici fort obscure, de certains érysipèles à répétition, devient fort claire. On comprend, par exemple, comment les scrofuleux, avec les croûtes impétigineuses de la lèvre supérieure et des narines, sont si sujets aux érysipèles multiples, la moindre écorchure ouvrant la porte aux inoculations.

On explique tout aussi bien ces attaques réitérées de la variété dite médicale survenant sans trauma antérieur, partant de l'arrière-gorge ou des fosses nasales, précédées d'angine, de coryza, d'épistaxis, apparaissant soit à l'orifice nasal, soit aux points lacrymaux, soit au conduit auditif externe ; l'herpès guttural, affection si commune, sert à créer la porte d'entrée en détruisant le rempart épidermique protecteur.

Il devient même possible, avec cette hypothèse, de comprendre les érysipèles périodiques survenant chez certaines femmes à chaque époque menstruelle. L'herpès, cette affection encore si paradoxale, revient volontiers à des époques fixes. Si cette disposition à l'herpès guttural existe chez un sujet dont le pharynx est habité par le microbe érysipélateux, on pourra voir apparaître, tous les mois, une attaque d'érysipèle.

Il reste un dernier point à examiner. Si le microbe érysipélateux est capable de séjourner indéfiniment sur le cuir chevelu, sur les surfaces suppurantes et granuleuses, sur les points de la peau envahis par les dermatoses impétigineuses, eczémateuses, psoriasiques, etc. ; sur les muqueuses nasales et pharyngiennes, etc., peut-il vivre et s'acclimater dans le sang, dans la lymphe, dans les espaces conjonctifs et y être toléré? Aucun fait concluant n'autorise à l'admettre. A coup sûr, le microbe érysipélateux pénètre dans l'économie, circule avec le sang et la lymphe, puisqu'on le trouve jusque dans les parenchymes glanduleux. Donc, l'intoxication érysipélateuse et la dyscrasie temporaire existent. Dès lors, bien que tout porte à croire que, dans l'immense majorité des cas, l'économie succombe sous les coups du parasite ou parvient à s'en débarrasser plus ou moins vite et complètement, mais qu'elle ne se prête pas à la colonisation intérieure permanente, on peut cependant se demander si, en certaines circonstances et chez certains sujets, le séjour dans les interstices anatomiques ou le système vasculaire lymphatique ou sanguin ne pourrait pas se prolonger et même s'éterniser. Le fait est probable, mais non démontré.

La conclusion pratique de cette discussion est que, pour l'érysipèle pathologique spontané, par exemple, au lieu de renvoyer les érysipélateux de l'hôpital dans leurs foyers ou en convalescence le plus tôt possible, et à moitié guéris, on devrait les désinfecter, les purifier, les nettoyer, comme on désinfecte, purifie et nettoie un wagon, un navire contaminé. Non seulement le linge, les vêtements seraient soumis aux pratiques appropriées, mais le corps serait baigné, frotté et débarrassé, *à capite ad calcem*, de tous les débris épidermiques. Les régions pileuses seraient surtout l'objet d'une attention spéciale ; la barbe et les cheveux seraient, sinon rasés, du moins coupés courts et les téguments pilifères seraient lotionnés minutieusement et itérativement avec les solutions parasiticides.

Si l'érysipèle était parti des régions profondes, de la cavité naso-pharyngienne, par exemple, on chercherait à modifier la muqueuse correspondante par des injections

©BIU Santé

nasales ou par des inhalations capables de détruire le microbe, de modifier les sécrétions, sans altérer la structure et les propriétés de la membrane. Bref, il serait du devoir du médecin de ne remettre l'érysipélateux en circulation qu'avec une patente nette.

Pour prévenir l'érysipèle opératoire, il faudrait installer le malade à la campagne, dans une localité écartée et salubre, l'opérer avec des instruments neufs ou soigneusement nettoyés, employer les topiques à action microbicide avérée, exiger des aides, au moment de l'opération et pendant toute la durée du traitement, l'observance rigoureuse de l'antisepsie.

En terminant, M. Verneuil demande qu'il soit tenu compte, à l'avenir, dans la pathogénie, la prophylaxie et la thérapeutique de l'érysipèle, non seulement des deux facteurs bien connus, l'agent infectieux et la plaie servant de porte d'entrée, mais aussi d'une troisième condition moins bien dégagée jusqu'ici, savoir : l'habitation prolongée et latente de l'économie par le microbe de l'érysipèle. Il désire, en un mot, qu'une place soit réservée aux érysipélateux dans la classe des sujets auto-toxifères.

La discussion de la communication de M. Verneuil est mise à l'ordre du jour. — A. T.

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Séance du 9 octobre 1885.

M. Dujardin-Beaumetz rend compte de deux cas présumés de rage observés l'un à l'hôpital Lariboisière, l'autre à l'hôpital Saint-Antoine.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une enfant qui avait été mordue à la lèvre, le 14 juillet dernier, par un chien de race terre-neuve ; la morsure n'avait été cautérisée que le lendemain matin avec de l'acide phénique. L'enfant ressentit les symptômes caractéristiques de la rage le 28 août, et succomba le 30.

Quant au malade qui avait été transporté à l'hôpital Saint-Antoine, il n'était pas, en réalité, atteint de rage.

Il avait été mordu quarante-cinq jours auparavant par un chien reconnu enragé, mais la morsure avait porté sur la jambe recouverte du pantalon. Transporté à l'hôpital le 1er septembre, dans une période de crise épileptique, crise causée par l'émotion qu'il avait ressentie à la suite de cet accident, il fut complètement remis au bout de quelques jours.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — A partir du 1er novembre 1885, le nouveau régime d'études médicales, établi par décret du 20 juin 1878, sera seul en vigueur. Conformément à la circulaire ministérielle du 26 avril 1884, la situation des étudiants en médecine appartenant à l'ancien régime qui, à cette date, n'auraient pas terminé leurs études, sera fixée par les dispositions transitoires suivant chacune des catégories dans lesquelles ces étudiants seront classés.

— Un de nos confrères désire céder plusieurs collections de journaux et publications périodiques de grande valeur qu'il possède.

Parmi ces collections figurent : les *Bulletins de la Société anatomique*, de la *Société de biologie*, de l'*Académie de médecine*, la *Revue des sciences médicales de Hayem*, la *Revue mensuelle de médecine*, le *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, le *Journal de Brown-Séquard*, les *Archives de physiologie*, les *Archives générales de médecine*, les *Archives de tocologie*, les *Annales de gynécologie*, etc.

S'adresser au bureau du journal.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. Moricourt : Métallothérapie. — III. Bibliothèque. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Courrier. — VI. Feuilleton. — VII. Formulaire. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

M. Kirmisson a raison de dire qu'un voyage à Londres n'est plus un phénomène extraordinaire (1) comme en 1814, lorsque Roux passa la Manche et rapporta d'Angleterre ses impressions chirurgicales. Une excursion chez nos voisins n'est plus qu'une banalité, et je ne pense pas que notre excellent collègue, en nous faisant part de ce qu'il a vu dans le service de Lister et de l'accueil que lui ont fait Thompson, Thornton et Bantock, ait eu la prétention de découvrir les hôpitaux de Londres, comme Alexandre Dumas la Méditerranée. Mais il est des choses banales qu'il est utile de recommencer, des sentiers battus qu'il est bon de fouler encore, des vérités cent fois éditées qu'il faut crier aux oreilles de nos administrateurs.

Tous ceux d'entre nous qui ont visité Londres en rapportent les mêmes remarques, les mêmes doléances, les mêmes comparaisons humiliantes pour notre pays. Et cependant tous en reviennent la conscience raffermie, pénétrés de ce sentiment que les chirurgiens français n'ont pas dégénéré, qu'ils font toujours bonne figure en Europe et peuvent dédaigner l'ignorance ou la jalousie de quelques étrangers qui les dénigrent. Ce n'est pas nous qui restons en arrière du progrès, c'est notre outillage et notre organisation. Nous félicitons notre collègue de l'avoir dit une fois de plus, et nous désirons comme lui qu'une « agitation salutaire » hâte l'application des réformes que réclament l'intérêt des malades et l'honneur de la chirurgie française.

(1) Kirmisson, *Relation d'un voyage chirurgical à Londres, fait dans le courant du mois de juin 1885*, Revue de chirurgie, octobre 1855.

FEUILLETON

En vacances. — Voyage circulaire de Paris à Paris, en passant par Pougues, Vichy, Grenoble, Aix-les-Bains, etc. (1)

J'ai jusqu'alors peu parlé de Grenoble. Et cependant, si cette ville est surtout visitée par les touristes, elle devrait l'être aussi beaucoup par les savants; car, ainsi que nous le dit le volume de *Notices sur Grenoble*, rédigé spécialement pour les membres du Congrès par plusieurs savant Grenoblois, la capitale du Dauphiné n'est plus exclusivement, comme autrefois, une ville de Parlement, peuplée de magistrats et de procureurs, elle est avant tout une ville d'études.

L'enseignement supérieur est, en effet, représenté à Grenoble, siège d'une Académie dirigée par un recteur, par les trois Facultés de droit, des sciences et des lettres.

« Une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie permet aux étudiants des départements de l'Isère, de la Drôme, des Hautes-Alpes, de l'Ardèche, de la Savoie, de la Haute-Savoie et de l'Ain, de prendre douze inscriptions avant de se rendre dans une des grandes Facultés de médecine ; cet établissement a le double avantage d'élever le niveau du corps médical de notre ville et de fournir à nos hôpitaux civils et militaires un personnel d'internes dévoué et compétent. »

(1) Suite. — Voir les numéros des 29 août et 8 septembre 1885.

©BIU Santé

Parmi ces desiderata, M. Kirmisson signale notre personnel d'infirmiers et d'infirmières, insuffisant comme nombre et comme instruction.

Il demande la création de salles d'isolement pour les affections contagieuses et pour les grandes opérations; questions actuellement à l'étude, il faut le reconnaître.

Il demande l'amélioration de nos amphithéâtres, mal éclairés, mal nettoyés et dépourvus de lavabos et d'armoires.

Il demande, enfin, la suppression des brancards ou lits provisoires dans les salles; et, pour atteindre ce but, la « création, quand le besoin s'en ferait sentir, de services temporaires de chirurgie, confiés aux chirurgiens du Bureau central ».

Ici, notre auteur laisse passer le bout de l'oreille. Nous l'avons, pour notre part, laissé passer tout entière un assez grand nombre de fois, pour ne pas craindre d'accentuer la pensée trop discrète de M. Kirmisson. Je ne conçois pas très bien le mécanisme de ces « services temporaires, quand le besoin s'en ferait sentir »; et je pense qu'aussitôt créés, ils deviendraient permanents, car, pour les malades et pour nous, le besoin s'en ferait toujours sentir. J'ai dit maintes fois combien il est absurde que les chirurgiens du Bureau central, par un vice d'organisation, puissent rester dix ans sur le pavé sans devenir titulaires, tandis que, dans certains hôpitaux, les malades voient passer devant leurs lits, tous les huit jours, un chirurgien trop pressé pour s'approcher d'eux. On nous a reproché de vouloir désorganiser les services, diminuer les situations acquises, empiéter sur des droits respectables, et on nous a cité les hôpitaux d'Allemagne et leurs services de 300 lits, oubliant qu'il y a dans ce pays des chirurgiens en chef qui prélèvent leur part, et des assistants qui ont leur besogne et leur responsabilité. Nous avons répondu qu'en Allemagne comme en France, la bonne chirurgie est celle qu'on fait soi-même, en touchant et en regardant les malades, et que, dans ces conditions, les services qui dépassent 60 lits sont au-dessus des forces humaines; que dans nos hôpitaux d'enfants, à Saint-Louis, à Lariboisière, etc., il serait facile d'en créer de nouveaux sans rien

---

L'enseignement secondaire est donné dans un lycée de garçons qui actuellement contient 374 internes et 358 externes, et dans un collège de jeunes filles qui, ouvert en 1882, jouit déjà d'un certain succès. L'enseignement primaire, professionnel, etc., est aussi amplement représenté.

Les établissements eux-mêmes sont bâtis avec un luxe très grand. Je citerai, comme m'ayant particulièrement intéressé : le palais des Facultés, qui a donné asile à la plus grande partie des sections du Congrès; — le nouveau lycée, qui n'est pas encore terminé, mais qui pourra contenir un jour un milier d'élèves; enfin, le *Musée-Bibliothèque*, dont la ville est justement fière. Ce monument, dit la *Notice*, construit de 1865 à 1872 sur les plans de M. Charles Questel, forme un vaste parallélogramme de 84 mètres 65 de long, sur 47,15 de large. Il a coûté 1,667,000 francs. Peu de villes de province peuvent abriter leurs richesses artistiques et littéraires dans une plus somptueuse demeure; il est vrai de dire que, si l'écrin est splendide, les joyaux qu'il renferme ne méritaient pas moins. » Il n'y a rien d'exagéré dans cette appréciation d'un citoyen de Grenoble, et son musée-bibliothèque est certainement un des plus beaux que nous ayons vus dans nos pérégrinations de congressistes.

La partie méridionale de l'édifice est consacrée à la bibliothèque; celle-ci comprend d'abord une grande salle pouvant contenir 80,000 volumes, sur des rayons occupant toute la hauteur de la salle, et desservis par trois ou quatre galeries circulaires placées les unes au-dessus des autres, à hauteur de main. Sa longueur est de 62 mètres et sa largeur de 13 mètres 68. Elle est divisée dans toute sa hauteur en 5 travées couvertes

bouleverser ni porter ombrage à personne. Nous répondrons aujourd'hui en citant une phrase qui nous a frappé dans le récit de M. Kirmisson, alors qu'il résume l'impression que lui ont laissée les opérations de Lister : « Et c'est dans un service de 30 lits qu'on peut voir toutes ces belles choses ! » — L.-G. R.

Métallothérapie (1).

Des injections hypodermiques de sels métalliques dans les cas d'aptitudes métalliques dissimulées. — Nouveau procédé rapide de métalloscopie pendant le somnambulisme provoqué. — Confirmation de la loi de Burq d'après laquelle les sujets somnambules ou magnétisables sont sensibles au cuivre ou à l'or. — Un mot des doses auxquelles les préparations métalliques doivent être administrées intérieurement.

Par le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Depuis que la Société de biologie, après avoir nommé une commission composée de MM. Charcot, Luys et Dumontpallier, rapporteur, a reconnu l'exactitude de faits avancés par le docteur Burq, la métallothérapie a pris place définitivement dans la thérapeutique des maladies nerveuses en général et dans celle de l'hystérie en particulier.

Le problème consiste généralement à trouver un métal qui, appliqué sur la peau, fasse revenir la sensibilité. Etant donnés plusieurs malades atteints de la même maladie, ce métal varie pour chacun d'eux. Mais il peut arriver que, chez certains sujets, l'application externe des métaux pendant plusieurs heures et même plusieurs jours ne ramène pas la sensibilité. (Aptitudes métalliques dissimulées, de Burq.)

Il faut alors injecter sous la peau une petite quantité de sel métallique. Burq l'a indiqué depuis longtemps, et, en 1883, il a eu l'honneur de présenter à l'Académie des sciences, en son nom et au mien, l'observation

(1) Travail présenté à l'Académie des sciences, par M. le professeur Bouley, le 6 juillet 1885.

---

par des coupoles plates au milieu desquelles sont pratiqués les châssis qui répandent une lumière égale dans toutes les parties de ce vaisseau. Les travées sont séparées par des colonnes accouplées supportant les grands arcs doubleaux et les pendentifs des coupoles.

Les boiseries des corps de bibliothèque qui reçoivent les volumes sont en chêne sculpté et d'un très bel effet; mais, pour moi, c'est un luxe tout à fait inutile, car je ne conçois pas une grande bibliothèque faite avec d'autres matériaux que la pierre et le fer. Il faut, avant tout, être à l'abri des incendies.

Outre cette grande salle, sont d'autres pièces servant de réserve, une salle de lecture distincte, avec fauteuils et tables séparés pour les lecteurs, éclairée à volonté, fraîche en été et chauffée en hiver; enfin, à côté de la grande bibliothèque dont elle reste absolument distincte, une *bibliothèque circulante* a été créée le 24 février 1883; elle est destinée au prêt des livres, compte actuellement 2,430 volumes et a consenti, depuis sa création jusqu'au 1er janvier 1885, 34,050 prêts. C'est assez dire qu'on travaille à Grenoble.

Cette bibliothèque fut fondée en 1771, après la mort de l'évêque de Grenoble, Jean de Caulet, par un groupe de citoyens de la ville qui acquirent, moyennant 45,000 livres, la riche bibliothèque de ce prélat qui ne contenait pas moins de 34,000 volumes. A ce premier noyau vint s'ajouter, quelques années après, la bibliothèque de l'ordre des avocats, soit 6,000 volumes. Pendant la Révolution, elle s'enrichit des dépouilles des communautés religieuses et notamment d'une importante collection de manuscrits et d'incu-

©BIU Santé

d'une aboyeuse guérie par l'aluminium *intus et extra*, chez laquelle la sensibilité métallique avait été déterminée par l'injection sous-cutanée de quelques gouttes d'une solution d'alun à 1 p. 200.

Dans le cas particulier de sujets léthargiques, cataleptiques ou somnambules, de même que chez les sujets hypnotisables ou magnétisables, le problème se simplifie, Burq ayant montré qu'alors, neuf fois sur dix, le métal approprié est le cuivre ou l'or. Il suffit donc d'injecter successivement ou même simultanément, sur deux points séparés de la peau, quelques milligrammes de sulfate de cuivre ou de chlorure d'or.

C'est ce que j'ai fait avec succès à l'hôpital Cochin, sur trois malades de M. Dujardin-Beaumetz.

Sur deux d'entre elles, totalement anesthésiques, atteintes d'accès de léthargie et de catalepsie, mais difficilement hypnotisables, l'injection de sulfate de cuivre fut sans effet, tandis que, avec l'injection de chlorure d'or, la sensibitité revint : chez l'une (salle Briquet, n° 14), en moins de dix minutes, et chez l'autre (salle Briquet, n° 19), après quarante-huit heures, il est vrai, et seulement au voisinage de la piqûre. Elle disparut au bout de quelques jours, comme c'est la règle dans les anesthésies non organiques; mais l'idiosyncrasie métallique n'en était pas moins déterminée.

Chez la troisième, au contraire (salle Blache, n° 11), totalement anesthésique à gauche, sujette à des crises d'hystérie et facilement magnétisable, l'injection de chlorure d'or fut sans effet, tandis que l'injection d'un demi-centigramme de sulfate de cuivre détermina, au bout de vingt minutes, le retour de la sensibilité et une hyperalgésie des plus douloureuses pendant plusieurs jours.

Chez cette malade, avant de recourir aux injections sous-cutanées, j'avais employé un procédé rapide de métalloscopie, qui m'a déjà réussi plusieurs fois dans des cas analogues, et qui peut rendre de grands services lorsqu'on n'a pas sous la main ce qu'il faut pour faire des injections sous-cutanées.

Pendant qu'elle était en somnambulisme, état dans lequel on la mettait facilement, je lui avais appliqué successivement, pendant quelques minutes,

---

nables provenant de la Grande-Chartreuse. Depuis cette époque, un certain nombre de généreux donateurs, dont les noms sont gravés sur deux plaques de pierre placées dans le vestibule, ont accru cette collection et en ont fait une des plus complètes bibliothèques de province.

Actuellement, elle ne possède pas moins de 7,000 manuscrits, 640 incunables et 170,000 volumes imprimés, dont les plus rares et les plus précieux sont exposés dans les vitrines de la grande salle, qui contiennent encore les reliures les plus remarquables, portant sur leurs plats les armes des principaux bibliophiles célèbres; une intéressante collection d'autographes; un médailler, encore riche malgré les vols dont il a été victime, et une collection d'antiques provenant en grande partie de l'abbaye de Saint-Antoine.

Les Sociétés savantes, complément indispensable de tout centre scientifique, sont au nombre de neuf, savoir :

1° L'Académie delphinale, la plus ancienne, fondée en 1772, à la suite de la création de la bibliothèque, à la prospérité de laquelle elle a puissamment contribué, est composée de cinquante membres résidants et d'un nombre illimité de membres correspondants. Depuis sa réorganisation, en 1836, elle a publié, sous le titre de *Bulletin de l'Académie delphinale*, 26 volumes de mémoires et 3 volumes de documents inédits relatifs à l'histoire du Dauphiné, qui est le principal objet de ses études.

2° La Société de statistique des sciences naturelles et des arts industriels du départe-

les différents métaux sur l'avant-bras gauche. Sous l'influence du cuivre, elle avait accusé un fourmillement spécial plus marqué dans le petit doigt de la main, et qu'elle distinguait nettement d'un fourmillement qu'elle ressentait habituellement pendant le sommeil magnétique.

Avec l'or, ce fourmillement était infiniment moindre et tenait vraisemblablement à la petite quantité de cuivre de l'alliage. Les autres métaux n'avaient donné lieu à aucune sensation. De plus, le cuivre, appliqué sur le front et promené sur la figure, l'avait réveillée en sept à huit minutes. J'avais, en conséquence, conclu à une sensibilité cuivre. L'injection sous-cutanée de sulfate de cuivre, en faisant revenir la sensibilité, en donna la démonstration et confirma, une fois de plus, la loi de Burq.

Les somnambules sont généralement d'une grande sensibilité à l'action des métaux. Les uns leur causent des sensations désagréables de froid ou, au contraire, de brûlure. Le cuivre est un de ceux qui leur sont le plus antipathiques et qui les réveillent le plus vite. L'or les réveille souvent aussi, mais il leur est plutôt agréable et elles se plaisent à le tenir dans la main.

Je dirai, en passant, que ces trois malades sont restées insensibles à l'aimant et au soi-disant hypnoscope de M. Ochorowicz, dont j'avais déjà eu l'occasion d'observer l'inertie complète sur une autre malade, facilement magnétisable, et d'une grande sensibilité au cuivre et à l'or.

Je demande à l'Académie, en terminant, la permission de dire un mot des doses auxquelles les métaux, et notamment le cuivre et l'or, doivent être administrés à l'intérieur ou en injections sous-cutanées.

D'après Burq, la dose d'un métal qui peut être tolérée à l'intérieur est d'autant moindre que son action externe a été plus intense. Cette loi s'est vérifiée sur la troisième malade dont je viens de parler (salle Blache, n° 11), chez laquelle une pilule de bioxyde de cuivre de 1 centigramme produisit des vomissements et de la diarrhée qui empêchèrent de continuer la médication cuprique à cette dose.

Bien qu'il arrive quelquefois que la tolérance s'établisse assez vite, le

---

ment de l'Isère, a été fondée en 1838, et le nombre de ses membres est illimité. Son bulletin annuel en est à son vingt-quatrième volume.

3° La Société des sciences naturelles du Sud-Est, créée en juillet 1881, a pour but l'étude de la zoologie, de la botanique, de la géologie et de la minéralogie de la région.

4° La Société des Amis des arts, fondée en 1832, a pour but de favoriser les progrès des beaux-arts et d'en propager le goût par des expositions périodiques.

5° La Société des touristes du Dauphiné ; 6° la section de l'Isère du Club-Alpin français ; et 7° la Société de l'Union des touristes Dauphinois. Ces trois Sociétés, dont les études sont peut-être plus pittoresques que scientifiques, ont de nombreux adeptes, et il suffit de voir un instant la contrée pour comprendre combien leur création était forcée et combien les sujets d'études doivent être intéressants et sans cesse renouvelés. Il y a encore certains points des Alpes Dauphinoises qui n'ont pas été explorés, entre autres trois pics, que pour cette raison on a baptisés du surnom donné autrefois à Jeanne d'Arc. Tous les touristes les regardent avec envie, mais aussi avec respect.

8° La Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de l'Isère, fondée en 1804, sous le titre de Société de santé, de Grenoble, qui a pour organe le *Journal de la Société de médecine et de pharmacie.*

9° La Société de pharmacie du Dauphiné et de la Savoie, fondée en 1882.

Après les Sociétés savantes, nous mentionnerons aussi quelques institutions charitables qui intéressent le médecin.

Le plus ancien, comme le plus important, est l'hôpital civil, fondé au XVe siècle, par

©BIU Santé

mieux, en pareil cas, après quelques jours de repos, est de recommencer à dose moindre et d'adjoindre au métal, pour le faire tolérer, un peu d'opium, de noix vomique, de gentiane, etc...

Je ne serais pas éloigné de croire que le sulfate de cuivre est mieux toléré que le bioxyde du même métal en pilules.

Quant aux injections sous-cutanées, notamment avec le sulfate de cuivre et le chlorure d'or, je crois qu'on ne doit pas dépasser 5 à 10 gouttes d'une solution à 1/500e ou même à 1/1,000e avec le citrate de fer, et surtout le nitrate d'argent.

Conclusions. — 1° Un certain nombre de névropathes présentent une anesthésie absolue que l'application externe des métaux ne fait pas disparaître. (Aptitudes métalliques dissimulées, de Burq.) Dans ces cas, on détermine l'idiosyncrasie métallique et on fait revenir la sensibilité par l'emploi des injections sous-cutanées de sels métalliques.

2° Les sujets atteints de léthargie, de catalepsie ou de somnambulisme spontanés, de même que les sujets hypnotisables ou magnétisables, sont presque toujours (9 fois sur 10) sensibles au cuivre ou à l'or, quelquefois à ces deux métaux. On s'en assure par l'injection sous-cutanée de quelques milligrammes de sulfate de cuivre ou de chlorure d'or.

3° Le cuivre et l'or sont (9 fois sur 10) les véritables révélateurs de la sensibilité hypnotique, à l'exclusion de l'aimant et du prétendu hypnoscope de M. Ochorowicz.

4° Lorsque les sujets peuvent être mis en état de somnambulisme, un procédé rapide de métalloscopie consiste à leur mettre successivement dans la main ou sur l'avant-bras, pendant quelques minutes, les différents métaux. Le métal qui leur fait éprouver la sensation la plus forte est celui qui doit leur être administré intérieurement. On trouve, 9 fois sur 10, que c'est le cuivre ou l'or.

5° La dose du métal administré intérieurement doit être d'autant plus

---

Aymon de Chissé, évêque de Grenoble ; il contient 315 lits. Son grand âge explique les défauts qu'il possède, et dont nous avons parlé déjà dans notre compte-rendu du Congrès, à propos de la communication de M. Girard, chirurgien de l'hôpital. La seule grande réparation moderne qui y ait été faite, a été la réédification de la façade, exécutée en 1863. Mais il est question de bâtir un nouvel hôpital, ce qui vaudra certes mieux que de réparer l'ancien.

A l'hôpital est annexé un hospice de 450 lits ; enfin, l'hôpital militaire en comprend 351. L'hôpital-hospice civil a un budget qui s'élève, en recettes et en dépenses, à environ 500,000 francs ; le produit de la dotation atteint en moyenne 200,000 francs. Il est desservi par 40 religieuses de la Congrégation autorisée de Saint-Thomas de Villeneuve.

La Société de patronage des vieillards, fondée en 1837, sous le nom de Société pour l'extinction de la mendicité, distribue des secours aux vieillards qui ne veulent ou ne peuvent être admis à l'hospice. Son budget s'élève à 11,470 francs ; elle secourt annuellement 174 individus.

A l'opposé de la vie, il existe une crèche ou nursery, ouverte il y a à peine un an ; c'est une salle d'asile pour les enfants de deux à trente mois, que leurs mères occupées durant la journée dans des ateliers ne peuvent soigner dans leur domicile. Cet établissement compte actuellement 34 berceaux.

Citons enfin la Société alimentaire, fondée en 1851, par M. Frédéric Taulier, alors maire de Grenoble, et qui, d'après la notice à laquelle nous empruntons tous ces renseignements, est une des plus belles institutions qu'ait inspirées depuis un siècle le

faible que celui-ci a agi plus énergiquement en applications externes ou en injections hypodermiques.

En cas d'intolérance gastrique, il faut diminuer la dose du métal et lui adjoindre, au besoin, un peu d'extrait thébaïque, d'extrait de gentiane, d'extrait de noix vomique, etc.

6° Les injections sous-cutanées doivent être faites avec des solutions à 1/500e et même à 1/1,000e pour les sels de fer (citrate), et surtout d'argent (nitrate).

BIBLIOTHÈQUE

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DU CHOLÉRA ASIATIQUE, par le docteur DUBOUÉ (de Pau), membre correspondant de l'Académie de médecine. — G. Masson; Paris, 1885.

Ce nouveau travail, de M. Duboué, dont le nom est si justement apprécié dans le public médical, est pour ainsi dire le complément ou le corollaire de l'important mémoire qu'il publiait en 1876 *sur la physiologie pathologique du choléra*. C'est donc une œuvre mûrement réfléchie et consciencieusement étudiée que vient de publier le savant médecin de Pau, dont la plume autorisée cherche à résoudre une question toute d'actualité : le meilleur mode de traitement du choléra morbus.

La méthode nouvelle qu'il préconise présente un réel intérêt pour le praticien, et constitue un plan complet de traitement, divisé en trois grands chapitres :

1° *Traitement prophylactique;*
2° *Traitement de la période prodromique ou de la diarrhée dite prémonitoire;*
3° *Traitement du choléra confirmé, se subdivisant en :*

a) Traitement de la période algide;
b) Traitement de la période de réaction.

Nous laisserons de côté les deux premiers chapitres, dans lesquels l'auteur insiste sur l'utilité et l'efficacité des mesures d'hygiène publique et privée, de désinfection, etc., pour arriver d'emblée à la partie vraiment originale du travail. Toutefois, M. Duboué, outre les moyens conseillés par la plupart des médecins, recommande l'emploi du tannin (préparé à l'éther par le procédé Pelouze) à la dose de 0,50 centigrammes à

---

sentiment de la bienfaisance. Son but est ainsi expliqué dans l'article premier de ses statuts : L'Association alimentaire de la ville de Grenoble est constituée par une réunion de personnes ayant le droit de venir acheter, au moyen de jetons acquis à l'avance, des aliments préparés dans une cuisine commune, soit pour les emporter à leur domicile, soit pour les consommer dans des réfectoires mis à leur disposition.

La Société, ne devant pas faire de bénéfices et étant en outre déchargée d'un certain nombre d'impôts, peut vendre les aliments à peu près au prix de revient; il en résulte qu'elle donne pour soixante-dix centimes un repas substantiel et relativement abondant.

Le nombre annuel des jetons distribués était, en 1851, année de la fondation, de 882,874, et en 1856, de 1,310,715 ; actuellement, il est d'environ 1,400,000. La population ouvrière de Grenoble n'est donc pas trop à plaindre au point de vue de la nourriture.

Il n'en serait pas de même au point de vue de l'hygiène, d'après le travail que M. Girard a rédigé pour la notice.

L'aménagement et la propreté des égouts et de tout ce qui touche aux vidanges laisse fort à désirer, surtout dans la vieille ville. Heureusement, Grenoble est, à ce point de vue, en pleine période de transformation. Sa superficie, très resserrée par les fortifications, vient d'être considérablement augmentée, et les habitations pourront perdre en hauteur ce que la ville gagnera en surface; les égouts et les rues, grâce au ciment qu'on fabrique près de là, pourront être reconstruits suivant les données de l'hygiène moderne et remédier à deux des fléaux qui déciment la ville, le paludisme et les affections

©BIU Santé

1 gramme par jour, comme traitement préventif, et à la dose de 2 à 3 grammes en cas de diarrhée.

Le traitement du choléra confirmé, et en particulier celui de la période algide : voilà ce dont s'est surtout préoccupé l'auteur, faisant en cela comme la plupart des thérapeutistes dont le zèle, d'ailleurs des plus louables, est attesté par le grand nombre des traitements proposés. Voici, brièvement résumées, les théories physiologiques qui ont conduit M. Duboué aux indications du traitement :

« *L'absorption fait entièrement défaut dans la période algide du choléra*, et ce défaut d'absorption est dû à deux grands faits qui sont d'observation pour ainsi dire vulgaire : d'une part, *la réplétion de tout le système veineux général*, à l'exception de l'artère pulmonaire qui ne contient que quelques caillots fibrineux; et, d'autre part, *la vacuité absolue du système artériel*, y compris les veines pulmonaires. Il suit de là qu'il n'y a qu'une seule indication dominante à remplir dans cette période algide : *rétablir au plus vite la circulation interrompue*..... Or, c'est en pratiquant des injections intra-veineuses de liquides à composition variable que M. le professeur Hayem, et tous ceux qui l'ont précédé dans cette voie ont cherché à remplir cette indication dominante. »

La méthode de M. Duboué n'est, en réalité, que l'application du principe de l'injection intra-veineuse, pratiquée par un procédé différent, que l'auteur croit être d'une exécution plus sûre et plus rapide. Se fondant sur la grande propriété d'absorption des veines pulmonaires chez l'animal et même chez l'homme à l'état sain, il a été conduit par analogie à remplacer le *sérum artificiel injecté dans le torrent circulaire* par de *l'eau pure injectée directement dans les voies aériennes*. « L'absorption me paraissant non seu- « lement possible, mais facile par cette voie unique, il est permis d'espérer, dit M. Du- « boué, que de l'eau injectée dans la trachée pénétrera rapidement, *par absorption*, dans « les veines pulmonaires, et de là dans le cœur gauche et l'aorte. »

Quant au procédé opératoire, il consiste à pratiquer une trachéotomie, ou plutôt une *trachéocentèse :* une fois l'opération terminée et la canule fixée, comme après la trachéotomie, on versera graduellement le liquide, d'abord goutte à goutte, puis en augmentant progressivement la quantité. « Le malade, ainsi opéré, pourra donc absorber désormais par cet orifice toute l'eau qui lui sera nécessaire, et cet orifice peut rester béant aussi longtemps qu'on le jugera utile, c'est-à-dire tant que l'algidité persistera même à un très faible degré, ou qu'on n'aura pas acquis la preuve certaine du retour de l'absorption dans le système veineux général et surtout dans le système porte-abdominal, lequel joue un rôle si important dans la grande fonction de la nutrition et,

---

typhoïdes, entretenues par la stagnation des eaux sales et l'infection des nappes d'eau souterraines qui s'étendent sous la ville et qui servent en partie à son alimentation. Les eaux potables vont être amenées en si grande abondance à Grenoble que chaque habitant pourra disposer de plus de 1,000 litres d'excellente eau par jour. Naturellement, le lavage des rues et des égouts en profitera. Heureux Grenoblois!

Malheureusement, la phthisie fait de grands ravages dans la population, car, dans ces quinze dernières années, sur 50,000 habitants, on compte que la mortalité de ce chef a atteint le chiffre de 2,888; auquel il faut ajouter encore 885 morts de bronchites et 1,610 morts de pneumonie. Les causes de ces affections sont : l'humidité de l'atmosphère, due au voisinage de deux rivières, à la nappe d'eau souterraine, qui avoisine le sol, aux nombreux fossés et ruisseaux qui sillonnent la plaine, etc. — Les changements brusques de température, résultant du voisinage des glaciers recouvrant les Alpes dauphinoises d'où descendent des courants d'air froid; enfin, la vie, dans un air confiné, d'un trop grand nombre d'ouvriers en chambre, imposée par la cherté des loyers.

A ces causes, il faut encore en ajouter une qui m'a paru très puissante à Grenoble, et qui dépend des chaussées macadamisées; par les temps de sécheresse, et quand le vent du Nord-Ouest souffle (c'est le vent régnant), la boue se transforme en une poussière insupportable, aveuglant les passants, envahissant les magasins et les appartements, et fatiguant beaucoup tous les malades atteints d'affections des voies respiratoires, ainsi que j'ai pu m'en convaincre personnellement. Et notez que la surface des rues et places publiques macadamisées est de 47 hectares sur 59. Et ce n'est pas, toujours selon

par conséquent, dans toutes les réparations morbides qui ne peuvent se faire que par elle. » En résumé, injecter dans les voies aériennes de l'eau pure préalablement bouillie, à la température normale du corps de 37 à 38 degrés, en quantité variable, suivant les cas, et dès que la circulation générale sera suffisamment rétablie, administrer par la bouche une potion au tannin à la dose de 6 ou même 8 grammes par jour : tel est, d'après M. Duboué, le meilleur mode de traitement du choléra confirmé et, en particulier, de la période algide.

Nous n'insisterons pas sur l'appareil instrumental et le manuel opératoire décrits longuement par l'auteur. Il nous semble qu'il y aurait avantage à pratiquer la ponction au niveau de l'espace crico-thyroïdien, dont la membrane serait toujours moins dure à perforer avec le trocart qu'un anneau de la trachée, qui peut être plus ou moins ossifié, comme cela s'observe parfois chez le vieillard. Peut-être aussi pourrait-on simplifier un peu l'appareil instrumental? Mais ce sont là de légères critiques de détail.

Il n'y a que la pratique et l'application de la méthode, — qu'on serait tenté d'appeler « le traitement chirurgical du choléra », — qui puissent apprendre les modifications utiles à apporter aux ingénieuses conceptions de l'auteur, et vérifier la valeur du procédé; si c'est là le point faible de cet intéressant mémoire plein d'érudition, il appartient aux praticiens et aux savants de laboratoire de combler cette lacune, d'appliquer le *traitement de Duboué*, et de juger en dernier ressort de sa valeur thérapeutique. D'ailleurs, en supposant même que les résultats ne soient pas conformes aux prévisions de l'auteur, on ne peut qu'admirer la logique scientifique et la puissance d'induction du savant, qui rentre dans la catégorie des chercheurs laborieux et modestes, si rares de nos jours. Nous n'avons pas oublié que M. Duboué a, le premier, avant M. Pasteur, déterminé théoriquement, dans un remarquable mémoire *sur la rage*, le siège exact du virus rabique dans le bulbe rachidien. A cette merveilleuse découverte, qui n'était qu'une hypothèse, comme à la méthode nouvelle que M. Duboué préconise dans le traitement du choléra, il manquait la confirmation expérimentale, la consécration clinique; nous espérons que, dans le cas actuel, elle pourra facilement être faite, sinon en France, au moins à l'étranger, où le choléra sévit toujours. En attendant, on ne peut qu'applaudir à l'effort de l'auteur, qui a développé ses idées avec autant de conviction que de bonne foi, dans l'intérêt de la science et pour le plus grand bien des malades.

M. N.

M. Girard, le seul inconvénient du macadam. Lorsqu'il est neuf, son imperméabilité est à peu près parfaite, l'eau s'écoule assez vite dans les rigoles et, de là, dans les égouts. Mais les chaussées ainsi pavées se déforment assez rapidement, le macadam se fissure, et, pour peu que la réparation se fasse attendre, les eaux qui séjournent pénètrent lentement le sous-sol. Comme le terrain est à peu près imperméable et qu'il n'est pas drainé, le sous-sol, toujours humide, donne asile à des milliards d'infiniment petits qui, lancés dans l'atmosphère lors des remuements de terrain, engendrent des fièvres intermittentes ou même la phthisie.

Cependant, il est bon de remarquer qu'on n'a pas observé, à Grenoble, d'épidémies bien meurtrières depuis la fièvre typhoïde de l'an VIII. Mais la mortalité par fièvre typhoïde, évaluée d'après la moyenne prise dans ces quinze dernières années, est encore supérieure à celle de Londres et de Paris, car, à Londres, elle est de 2,9 pour 10,000 habitants, à Paris de 2,5, et à Grenoble de 3. Pour les soldats de la garnison, elle est bien plus considérable encore, puisqu'elle est, en moyenne, de 16 pour 10,000 soldats. Le choléra a fait, en 1853, une trentaine de victimes seulement, bien que la plupart des cantons montagneux voisins aient été assez éprouvés.

On songe heureusement à améliorer cet état de choses en modifiant, comme je l'ai dit, le système des égouts, et en remplaçant le macadam par le ciment, qui a sur tous les autres modes de pavage beaucoup d'avantages, et sinon aucun inconvénient, du moins très peu, grâce aux perfectionnements apportés à la manière de s'en servir et d'en confectionner des dalles, par M. Thiervoz, l'habile et infatigable directeur de la voirie

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre 1885. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur Mauricet (de Vannes), qui sollicite le titre de membre correspondant.

M. Proust dépose sur le bureau le rapport du directeur des opérations du bureau municipal d'hygiène de la ville du Havre, pour les années 1883 et 1884.

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage le onzième fascicule de son *Dictionnaire de thérapeutique et de matière médicale*.

M. Germain Sée présente, de la part de M. le docteur Fieuzal, médecin en chef de l'hospice des Quinze-Vingts, la traduction d'un ouvrage du docteur E. Fusch, intitulé : *Causes et prévention de la cécité*.

M. Yungfleisch offre en hommage : 1° en son propre nom, un ouvrage intitulé : *Manipulations de chimie*, guide pour les travaux pratiques de chimie; — 2° le deuxième fascicule du tome VI de l'*Encyclopédie chimique*, intitulé : *Alcools et phénols*, par M. Prunier.

M. Maurice Perrin présente, de la part de MM. les docteurs Ferron et Coustan, médecins de la marine, une note manuscrite intitulée : *De l'abcès tropical du foie*. (Comm. : MM. Maurice Perrin et J. Rochard.)

M. Guéniot présente, de la part de M. Léon Lallemand, un volume intitulé : *Histoire des enfants abandonnés et délaissés ; Etudes sur la protection de l'enfance aux diverses époques de la civilisation*.

M. Lancereaux offre, de la part de M. le docteur Guelliot, chirurgien de l'hôpital de Reims, une brochure intitulée : *Du caféisme chronique*.

M. Tillaux dépose, au nom de M. le docteur Guermonprez (de Lille), une brochure intitulée : *Du crin de Florence et de son action thérapeutique*.

M. le Président dit qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section de théra-

---

et des eaux de Grenoble, comme l'appelle M. Girard. Il est juste de dire aussi que ces améliorations seront dues en grande partie à M. Girard lui-même, qui depuis longtemps a étudié à fond les parties faibles de l'hygiène de la ville, et les moyens d'y remédier. On peut s'en rendre compte par le travail si consciencieux qu'il a fait insérer dans le recueil de notices que nous avons déjà maintes fois cité.

(*A suivre.*) L.-H. Petit.

Traitement de la conjonctivite purulente rhumatismale.

Maurice Perrin.

Pour combattre la conjonctivite purulente rhumatismale, qui offre tous les caractères cliniques et la gravité de la conjonctivite blennorrhagique, lorsque l'existence de manifestations articulaires, les commémoratifs, l'influence héréditaire et l'absence de tout écoulement uréthral ont affirmé le diagnostic, il est indiqué d'adjoindre aux cautérisations locales, par le nitrate d'argent en solution au 50e, des lotions ou des pulvérisations très fréquentes avec l'eau alcoolisée à 25 p. 100. Il y a lieu, en outre, d'administrer à l'intérieur, des médicaments anti-rhumatismaux et spécialement du salicylate de soude.

N. G.

---

peutique et d'histoire naturelle médicale, par suite du décès de M. Noël Gueneau de Mussy.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Germain Sée, répondant à M. Dechambre qui lui avait reproché d'avoir omis, dans sa communication relative à l'influence de la saignée sur l'obésité, les expériences physiologiques faites sur ce sujet, cite un passage de son livre sur les *maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon*, dans lequel se trouvent les lignes suivantes : « Tous les médecins, tous les physiologistes ont noté l'engraissement, les uns dans les chloro-anémies, les autres sur les animaux qui ont subi plusieurs hémorrhagies artificielles; Bauer, Vulpian et Dechambre ont insisté sur ce fait. »

M. Charpentier fait un rapport sur deux envois de Mlle Baudins, sage-femme à Vannes : l'un consiste en une dent qu'elle a enlevée à un enfant de 4 jours; l'autre en un fœtus qui, au dire de la sage-femme, aurait succombé vers le quatrième ou cinquième mois de la grossesse et aurait été conservé dans la cavité utérine jusqu'au terme normal.

M. Le Roy de Méricourt a la parole sur la contagiosité de la lèpre. Il termine de la façon suivante :

En résumé, dit-il, pour moi, le cas du Chinois Aïa, qui serait l'importateur de la lèpre aux îles Sandwich, n'a pas la portée qu'on a voulu lui attribuer. On sait avec quelles mauvaises dispositions est accueillie l'immigration envahissante des Chinois dans plusieurs régions du globe, en Californie en particulier. Peut-être existe-il aux Sandwich quelque question d'ordre social qui a pu grossir l'importance de la présence d'un Chinois lépreux dans cet Archipel. Il faut le reconnaître, depuis que la doctrine parasitaire joue un si grand rôle dans la pathogénie, le vent souffle à la contagion.

Chaque jour voit apparaître un bacille ou microbe de plus. Depuis la pneumonie jusqu'au furoncle, la plupart des maladies sont qualifiées contagieuses, inoculables. Si, à mesure que les micro-organismes sont signalés, la thérapeutique nous fournissait les moyens de les détruire, ce serait un avantage immense. Mais, le plus souvent, la notion du parasite n'a pour résultat que d'apporter la perturbation dans les relations sociales. Bientôt il faudra autant de pavillons d'isolement que de genres de maladies, et, en ce qui concerne la lèpre, on verra peut-être se relever ces terribles asiles où les malheureux trouvaient la mort civile que la science faisait peu à peu disparaître chez les nations civilisées.

M. Vidal, pour répondre à cette objection que, dans bien des cas, la syphilis a pu dégénérer en lèpre, fait observer qu'il est bien établi aujourd'hui que ces affections sont absolument distinctes ; il a pu, lui-même, constater l'existence de la syphilis chez des lépreux. M. Dujardin-Beaumetz, ajoute-t-il, a comparé la lèpre avec la malaria relativement à l'existence d'un microbe coïncidant avec la non-contagiosité de la maladie. A ce sujet, M. Vidal rappelle que plusieurs expérimentateurs, ayant injecté du sang de paludique dans les veines d'hommes sains, ont déterminé chez ces derniers des accès de fièvre, présentant tous les caractères de la fièvre paludéenne, jusqu'à l'hypertrophie de la rate.

M. Le Roy de Méricourt pense que l'existence récente de la lèpre dans les îles Sandwich n'est pas admissible puisqu'un observateur des plus compétents, Guoy, l'y a rencontrée en 1819.

M. Rochard appuie cette opinion, en ajoutant que tous les faits négatifs qui lui sont opposés ne sauraient prévaloir contre un fait affirmatif de cette valeur.

M. Vidal donne lecture du passage du livre de Guoy auquel font allusion MM. Le Roy de Méricourt et Rochard, et il fait observer que les assertions émises par M. Guoy peuvent laisser planer un certain doute sur le caractère lépreux de la maladie qu'il dit avoir observée.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Vulpian sur le prix Barbier.

©BIU Santé

COURRIER

Par décrets, en date du 16 octobre 1885 :

M. Proust, agrégé de la Faculté de médecine, est nommé professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris.

M. Tédenat, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Grynfelt, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier.

ÉCOLE D'INFIRMIÈRES DE LA SALPÊTRIÈRE. — L'École d'infirmières de la Salpêtrière a ouvert ses cours le jeudi 15 octobre, à huit heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration : M. Le Bas. — Éléments d'anatomie : M. Gautiez. — Éléments de physiologie : M. P. Regnard. — Pansements : M. Poirier. — Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveaux-nés : M. Budin. — Hygiène : M. Féré. — Petite pharmacie : M. Yvon.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA LOIRE ET DE LA HAUTE-LOIRE. — La réunion générale annuelle a eu lieu le dimanche 27 septembre dernier, à Saint-Étienne. Elle présentait un grand intérêt, soit en raison des questions à l'ordre du jour, soit à cause de la nomination d'un nouveau président en remplacement du vénéré docteur Maurice, démissionnaire pour raison de santé et qui a été acclamé président honoraire. Le docteur Vibert, du Puy, a été nommé président ; MM. Rimaud, de Saint-Étienne, Rey, de Montbrison, Plassard, de Roanne, et Vissaguet, du Puy, sont nommés vice-présidents ; MM. Fleury et Chavanis, de Saint-Étienne, secrétaire et vice-secrétaire. Le banquet a été des plus gais et des plus animés.

INSTITUT ODONTOTECHNIQUE DE FRANCE. — *École et clinique dentaire de France*, 3, rue de l'Abbaye, Paris. — L'ouverture des cours pour l'année 1885-1886, est fixée au mardi 3 novembre.

Tout dentiste désireux de suivre ces cours doit adresser, à M. le directeur de l'École, une demande avec : 1° Son acte de naissance ; 2° un certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° une ou plusieurs pièces justifiant depuis quand il pratique comme élève assistant ou patenté ; 4° l'engagement de payer à l'Institut les droits dus à l'École aux époques fixées par les statuts.

Les inscriptions sont reçues au siège de l'Institut odontotechnique de France.

HÔPITAUX DE LYON ; CONCOURS. — Le concours pour l'internat de Lyon, commencé le lundi 12 octobre, s'est terminé par la nomination des candidats suivants :

1° Loison, 2° Chaintre, 3° Jamain, 4° Vincent, 5° Orcel, 6° Sigaud, 7° Adenot, 8° Lecreux, 9° Givre, 10° Mollard, 11° Péchadre, 12° Alombert, 13° Proby, 14° Denarié.

A la fin du concours, M. le président de l'Administration des hôpitaux a rappelé la perte douloureuse faite par l'internat pendant l'année qui vient de s'écouler en la personne de M. Roullet, mort des suites d'un phlegmon diffus contracté en soignant les malades ; puis il a remis le prix Bonnet, consistant en une trousse, à M. Loison, reçu le premier. Le discours de M. le président et le succès de M. Loison ont été vivement applaudis par l'assistance. (*Lyon médical*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 24 octobre 1885. — *Ordre du jour :* 1. M. Deligny : De l'eczéma chez les goutteux. — 2. Communications diverses.

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, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Maurice Notta : Note sur un tænia solium fenestrata. — Des avantages qu'il y aurait à lui substituer le nom de tænia scalariforme. — II. Bibliothèque. — III. Thérapeutique. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie. — VII. Formulaire.

Note sur un tænia solium fenestrata. — Des avantages qu'il y aurait à lui substituer le nom de tænia scalariforme.

Par M. Maurice Notta, interne des hôpitaux.

Des fragments de cestoïde, qui ont été présentés à la Société anatomique, et qui dans leur totalité mesurent une longueur d'environ 2 mètres 25 centimètres, ont été rendus à la suite de l'administration d'un tænifuge. Les particularités suivantes ont attiré notre attention : sur une longueur d'environ 0,20 centimètres, au niveau des plus gros anneaux, la partie centrale de chaque cucurbitain est détruite, et donne au ver l'aspect d'*une véritable échelle*. On remarque, en outre, sur un certain nombre de cucurbitains, qui font suite à ces anneaux perforés, un commencement « d'ulcération » visible seulement sur l'une des faces. Enfin après une longueur d'environ 50 centimètres, qui présente des anneaux pleins et normaux, l'ulcération centrale sur une des faces reparaît, et est assez peu étendue pour simuler, au premier abord, le pore génital du bothriocéphale ; elle est en réalité comparable à une piqûre d'épingle.

En résumé cet helminthe comprend dans ses diverses portions des parties fenêtrées ou à anneaux perforés, d'autres à anneaux amincis ou ulcérés, d'autres enfin à anneaux pleins ou normaux. Faut il voir là une variété spéciale de tænia, ou une altération, une maladie propre à ce ver ? C'est ce que nous allons examiner.

Un premier fait acquis et indiscutable est la variété à laquelle appartient ce tænia. Malgré l'absence de la tête, la disposition latérale, irrégulièrement alternante des pores génitaux, ne laisse pas de doute sur le genre de cet

FEUILLETON

CAUSERIE

La chirurgie antiseptique dans les hôpitaux de Londres et dans ceux de Paris.

Nos confrères et amis, M. le docteur Kirmisson, chirurgien du bureau central et professeur agrégé à la Faculté de médecine, et M. le docteur Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, ont visité récemment les hôpitaux de Londres. Le but de ce voyage était surtout d'y étudier sur place les procédés de la méthode antiseptique employés par Lister et par d'autres chirurgiens anglais devenus partisans de cette méthode. Au cours de leurs visites, nos jeunes compatriotes ont été vivement frappés de l'installation excellente, toute disposée en vue de l'application de la méthode antiseptique, qu'on rencontre dans ces hôpitaux. La comparaison de ce qu'ils venaient de voir avec ce qui existe encore dans nos hôpitaux, leur a montré les nombreuses et importantes lacunes qui se trouvent dans ceux-ci, lacunes bien connues, à la vérité, de tous les chirurgiens français qui ont visité les hôpitaux étrangers, mais sur lesquelles on n'a sans doute pas encore assez attiré toute l'attention qu'elles méritent, ni signalé suffisamment non plus la nécessité des réformes qu'elles exigent, puisqu'on n'a pu les faire disparaître. D'ailleurs, on paraît s'être petit à petit habitué à vivre avec elles ; les chirurgiens, chefs de service, réclament de temps en temps, l'administration résiste longtemps, cède enfin

©BIU Santé

helminthe qui ne peut être qu'un *tænia solium* armé ou inerme. Quoi qu'il en soit, c'est déjà un fait rare que de rencontrer un tænia solium à anneaux perforés : la plupart des tænias fenêtrés appartiennent aux *bothriocéphales*, dont les perforations, comme les caractères normaux, sont absolument distincts.

Dans la variété de bothriocéphale, dite *tænia fenestrata*, la disposition des perforations n'est pas la même que dans le cas présent : elles tendent à s'étendre en longueur suivant l'axe du ver confondant ainsi plusieurs anneaux en une fente unique (V. *Traité des entozoaires*, de Davaine, p. 76), tandis qu'ici les perforations sont toutes isolées l'une de l'autre, et presque toujours partent du centre de chaque anneau, nettement limitées par le pourtour de l'anneau qui persiste.

Si l'on considère les différents degrés de l'altération qui aboutit à la perforation des anneaux, on constate au début une simple diminution de l'opacité des anneaux, une sorte d'ulcération d'une des faces ; à un degré plus avancé, une perte de substance centrale comme une piqûre d'épingle ; enfin une véritable perforation, aux dernières limites de laquelle il ne reste plus que le cadre de l'anneau constitué par ses bords. La marche de la perforation (de dedans en dehors) prouve que le point de départ de la perte de substance a presque toujours été central, et sa marche régulièrement centrifuge. Or il est difficile d'attribuer cette perte de substance à la distension et à la rupture des ovaires et de l'oviducte, qui, par leur situation latérale, ne peuvent avoir aucun rapport avec le point de départ du travail pathologique.

Le mécanisme de l'altération des anneaux est donc chez le tænia solium bien différent de celui qu'on observe chez le bothriocéphale, dont l'oviducte s'ouvre au centre même des cucurbitains, d'où la marche naturellement excentrique de l'ulcération et de la perforation, dues dans ce cas à la rupture de l'appareil génital, dans la variété de bothriocéphale appelée *fenestrata*.

Ainsi, le tænia fenestrata nous paraît être un tænia solium fenêtré, iden-

---

sur un petit point accessoire, et bientôt, quoique mécontents les uns des autres, administrateurs et administrés abandonnent, de guerre lasse, les choses à elles-mêmes.

Il faut donc de temps en temps revenir à la charge, *frapper sur le clou* ; l'article que M. Kirmisson vient de publier dans la *Revue de chirurgie* aura certainement un grand retentissement dans notre monde chirurgical, car il s'appuie sur des faits trop convaincants pour qu'on n'en tienne pas compte. Espérons qu'il sera plus efficace que ceux qui l'ont précédé. Nous ne pouvons mieux faire pour mettre nos lecteurs au courant de la question, que de citer quelques passages de cet intéressant article ; nous compléterons ainsi le *Bulletin* publié par notre rédacteur en chef, dans le numéro précédent de l'*Union médicale*.

« En assistant aux opérations de Samaritan Hospital, nous avons été émerveillé de la propreté des salles, de l'heureuse disposition des aides et de l'instrumentation. L'opéteur a constamment auprès de lui deux infirmières, dont l'une lui passe les éponges propres et reçoit dans un bassin les éponges sales, que la seconde infirmière prend et lave au fur et à mesure dans l'eau phéniquée tiède. Les instruments, baignant dans des vases plats remplis d'eau phéniquée, sont à la portée de l'opérateur, qui les prend lui-même, sans qu'ils aient à passer par d'autres mains, ce qui évite les chances de contamination septique. Tous les objets nécessaires à la suture et au pansement sont préparés à l'avance. Jamais l'opérateur n'attend un objet; il n'a même pas besoin, le plus souvent, de le demander. Les assistants, attentifs et silencieux, préviennent son désir; pas une infraction n'est faite à l'antisepsie; c'est, en un mot, un outillage merveilleux.

tique à celui qu'a présenté M. le professeur Colin, en 1875, à la Société médicale des hôpitaux (1). Dans la description qu'en a faite le savant professeur du Val-de-Grâce, nous avons retrouvé tous les caractères propres à celui qui fait l'objet de cette note, et, comme cet auteur, nous croyons qu'il ne s'agit ni d'un ver nouveau, ni d'un ver détruit par l'usure, mais d'une altération pathologique spéciale du tænia solium.

Quant à la dénomination de tænia solium fenêtré, nous proposons de la remplacer par celle de *tænia solium scalariforme* (en échelle), puisque l'épithète de fenêtré paraît plutôt spécialement consacrée au petit nombre de bothriocéphales qui ont présenté des perforations, caractérisées chez eux par des fentes plus ou moins longues et irrégulières, et dues à la simple maturité des anneaux, et à la rupture consécutive des parois des ovaires. En réservant exclusivement l'épithète de scalariforme au tænia solium, on éviterait toute confusion et l'on consacrerait ainsi la distinction capitale qui existe entre la nature des altérations qui produisent la perforation des anneaux chez le bothriocéphale et chez le tænia solium. L'un est probablement un ver malade, l'autre un ver vieux et usé ; en réservant pour ce dernier l'épithète de *fenêtré*, et en appelant l'autre *scalariforme*, on indique d'emblée le genre de l'helminthe et le mécanisme de la perforation. Qui dit *tænia fenêtré* parle d'un bothriocéphale dont les anneaux arrivés à maturité se sont rompus en un point quelconque de l'oviducte ; qui dit *tænia scalariforme* indique un tænia solium dont les anneaux se sont perforés sous l'influence d'un travail pathologique centrifuge, qui paraît respecter les bords de chaque anneau, mais dont la véritable nature reste encore aujourd'hui méconnue. Tels sont les avantages qui nous ont déterminé à proposer cette substitution de noms, qui ne peut que faciliter la classification et l'étude des helminthes perforés (2).

(1) V. *Bull. Soc. médic. des hôp.*, 2e série, t. XII, p. 320.

(2) Nous nous proposons de compléter cette étude par l'examen histologique des anneaux : peut-être trouvera-t-on sous le champ du microscope la solution du problème pathogénique, la vraie cause de l'ulcération ?

Nous avons cru tout d'abord que c'était là un fait particulier à cet hôpital spécial, nous pensions que, vu la délicatesse même des opérations de gastrotomie qui y sont journellement pratiquées, il jouissait d'une organisation exceptionnellement favorable, mais nous avons pu bientôt nous convaincre que cette propreté exquise et cette bonne organisation étaient un fait absolument général. Nous avons visité les principaux hôpitaux de Londres : Guy's Hospital, Saint-Bartholomew, Saint-Thomas, Saint-Georges, Morfill's Hospital, l'hôpital pour les femmes de Soho Square, etc. Partout nous avons été frappé de la propreté et de l'excellente tenue des services chirurgicaux. »

Nous reviendrons plus loin sur cette propreté et cette excellente tenue des services chirurgicaux. Arrêtons-nous, pour le moment, à l'assistance si intelligente et si attentive donnée aux opérateurs par leurs élèves. Cela tient à certaines particularités de l'organisation de l'enseignement médical pratique qui existent à l'étranger, notamment en Angleterre, en Allemagne, en Danemark, en Suède, et qui resteront encore longtemps à l'état de *desiderata* en France.

Dans ces pays, en effet, les services sont beaucoup plus morcelés que chez nous ; si un service contient un grand nombre de lits, le chef de service n'en conserve que la direction et la responsabilité, laissant la plus grande partie de la besogne à ses assistants immédiats. Ceux-ci ne sont plus des étudiants proprement dits ; ce sont des docteurs, qu'on pourrait assimiler à nos agrégés, à nos chirurgiens du bureau central ; ils suivent depuis plusieurs années le même chef de service, ont un certain acquis comme praticiens, car ils font eux-mêmes œuvre de chefs, connaissent sur le bout du doigt le

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

LES INSTITUTIONS SANITAIRES EN ITALIE : Ouvrage publié par la *Société royale italienne d'hygiène*. — Milan, 1885. Civelli.

En écrivant ce magnifique volume, les membres de la Société royale italienne d'hygiène, n'entendaient pas seulement donner un aperçu des institutions sanitaires de la péninsule ; ils voulaient encore convaincre les autres nations des progrès considérables qui ont été entrepris et réalisés dans ces dernières années, sous leur inspiration et sous la direction des autorités officielles dociles à cette impulsion.

Ce but était donc à la fois scientifique et patriotique. C'est dire que l'œuvre actuelle ne témoigne pas seulement de l'excellence de la typographie italienne, mais aussi de la sollicitude des pouvoirs publics transalpins pour l'hygiène et la médecine publique.

On en trouve la preuve dans le premier chapitre où, sous la rubrique bibliographie hygiénique, M. Corradi énumère les travaux d'hygiène publiés en Italie, durant les dix années écoulées de 1872 à 1881. Ce catalogue ne comprend pas moins de 108 pages, grand in-octavo et sur deux colonnes. Il donne donc une idée complète de la multiplicité de ces publications, et surtout des mémoires ayant pour objectif les applications pratiques de l'hygiène. C'est là le principal mobile des écrivains et le but des œuvres de la littérature médicale contemporaine en Italie.

Certes, tout n'y est pas au mieux et je conviens que, dans le nombre, il y a, en Italie comme en France, des travaux et des individualités dont il vaudrait mieux laisser les noms dans le silence. Cet inconvénient est celui des index bibliographiques très complets où le hasard et l'ordre alphabétique compromettent les œuvres les plus honorables à côté de méfaits scientifiques.

Cette abondance de documents n'étonne pas dans un pays où la médecine possédait tant d'illustres représentants. Depuis les temps les plus reculés, l'hygiène y était en honneur ; M. Charles Zucchi l'a montré en écrivant le chapitre *sur la législation sanitaire en Italie*, et en conduisant le lecteur dans l'histoire, depuis le berceau des peuples latins à travers les institutions sanitaires du temps des Romains, celles de XVIIe siècle et du commencement de notre ère jusqu'à l'époque actuelle, c'est-à-dire à l'organisation actuelle de la médecine publique dans l'Italie définitivement unifiée.

L'espace nous fait défaut pour énumérer toutes les questions qui ont été magistralement étudiées dans ce gros volume par nos confrères italiens. En voici un aperçu

---

modus operandi de leurs maîtres, et font des aides parfaits lorsque ceux-ci pratiquent des opérations.

Entre ces assistants immédiats sont répartis les élèves, qui vont d'un service à l'autre, jusqu'à ce que les premiers d'entre eux s'attachent à un chef dont ils deviennent l'assistant.

Mais, si cette organisation n'existe pas chez nous, je dois ajouter, et ceci a déjà été dit maintes fois dans ce journal, que rien ne serait plus facile que de la créer. Le personnel ne manque pas. Tous nos jeunes agrégés, tous nos chirurgiens du bureau central, dont la plupart, comme M. Kirmisson, ont été étudier à son berceau la chirurgie antiseptique, rompus aux délicatesses de la médecine opératoire, préparés à la pratique par quatre années d'internat et ce qui s'en suit, restent là, les bras croisés, sans que l'administration songe à utiliser ces forces vives. Qu'on institue à Paris, comme à Londres, des services de 30 lits, où M. Lister fait de si belles choses ; qu'on les donne à ces jeunes chirurgiens, et tout le monde en profitera : les malades, auxquels ils pourront consacrer plus de temps ; les élèves qui, trop nombreux autour d'un même chef de service, ne peuvent assister que de loin, et infructueusement, à l'examen des malades, aux grands pansements faits par le chef de service et aux opérations ; enfin, les chefs de service eux-mêmes, qui pourront s'occuper davantage des élèves, les initier avec plus de soin aux mille détails qui constituent le fond de la chirurgie moderne, et qui, par compensation, trouveront en eux des aides plus instruits, plus attentifs, sachant rester silencieux et prévenir leurs désirs aux cours d'une opération.

d'après quelques-unes des têtes de chapitre : *Du corps et du service de santé militaire en Italie*, par M. P. Manoyra ; la *Croix rouge*, par M. Maggiorani ; l'*Enseignement de l'hygiène publique*, par M. Sormani ; les *institutions d'hygiène pour les enfants, écoles des rachitiques, hospices maritimes*, etc., par M. G. Pino ; les *hôpitaux*, par Cuzzoni ; les *médecins communaux en Italie*, par Roseri ; la *gymnastique*, par Pagliani, etc., etc.

Ce livre, qui est écrit en français, fera bien connaître « aux autres nations, les insti- « tutions hygiénico-sanitaires de l'Italie, dont elles n'ont généralement qu'une notion « inexacte et insuffisante ». Tel est le but atteint par cet ouvrage, que MM. Corradi et Pini ont su, par leurs soins et leur vigilance, mener à bon terme avec la plume habile et l'activité scientifique de leurs savants collaborateurs. Livre d'opportunité, il arrive à temps pour rappeler aux administrateurs des autres pays, ce que les pouvoirs publics font de l'autre côté des Alpes. Enfin, véritable monument élevé à la science italienne, il attire à la vaillante Société et à ses membres un nouveau titre à la sympathie et aux remerciements du monde savant. — C. Eloy.

THÉRAPEUTIQUE

Perversion de la nutrition.

L'intégrité des fonctions digestives est une des conditions les plus impérieuses du maintien de la santé : « toute l'économie digère par l'estomac » a écrit un physiologiste de Montpellier. Dans les conditions d'existence actuelle, cette intégrité est rare, mais les troubles de l'appareil gastro-intestinal qui jouent un rôle étiologique si important dans un grand nombre de maladies, ne sont pas toujours évidents ; souvent, il faut beaucoup de sagacité de la part de l'observateur et du praticien pour en reconnaître l'existence, en apprécier la nature et choisir le médicament approprié.

Les faits suivants viennent à l'appui des considérations qui précèdent, et ils jettent un jour nouveau sur l'intervention des ferments de la digestion comme agents thérapeutiques, nous voulons parler de quelques applications heureuses que le docteur Festraërts, rédacteur en chef du *Scalpel* de Liège, a fait de la pancréatine dans des affections qui ont pour origine une altération de la nutrition.

Mme X..., âgée de 57 ans, bien que d'une bonne constitution, était sujette depuis un grand nombre d'années à des attaques d'érysipèle extrêmement fréquentes ; la

---

La disposition des salles et des lits a une autre importance, peut-être moins grande, car elle est plus facile à réaliser, mais dont il faut bien tenir compte. Voyons ce qu'elle est à Londres.

« Les salles des malades ont un aspect riant; çà et là des fleurs, des gravures suspendues aux murs, des cages d'oiseaux. L'aspect rappelle aux malades bien plutôt l'intérieur d'une maison humble, mais bien tenue, que celui d'une salle d'hôpital triste et froide. Aucune odeur désagréable, aucun objet sale; tous les objets du mobilier, tous les ustensiles du service, le plancher même, sont d'une propreté parfaite. Sans doute, les lits sont un peu bas; mais, si cela présente un inconvénient pour le chirurgien obligé de se courber pour examiner et panser les malades, c'est plutôt un avantage pour ces derniers, qui n'ont qu'un petit effort à faire pour monter dans leur lit. En revanche, ces lits sont largement espacés les uns des autres, propres, sans rideaux. »

Roux, lors de son voyage à Londres en 1814, avait été choqué presque de cet état de choses. « L'intérieur des salles des hôpitaux de Londres, dit-il, ne présente pas l'aspect imposant des salles de la plupart des nôtres; cela tient à ce que les lits y sont bas, étroits, mal garnis, sans rideaux, ou avec de très petits, qui, placés à la tête de chaque lit, ne servent qu'à une mesquine décoration. »

Heureusement pour les malades, on se préoccupe peu maintenant de l'aspect majestueux et imposant des salles, et les rideaux sont à peu près universellement condamnés, comme réceptacles de germes et de poussières.

M. Kirmisson n'est pas moins enchanté de la disposition des amphithéâtres, voisins

©BIU Santé

moindre cause faisait naître cette maladie. Parfois à l'érysipèle succédait une éruption eczémateuse et alors la guérison se faisait attendre longtemps. Mme X... avait été soumise à un régime très rationnel et très sévère ; elle avait suivi des traitements très variés ; entre autres médications, elle avait fait usage des préparations arsenicales pendant plus d'une année. Tous les traitements prophylactiques et curatifs étaient restés sans résultat. La situation de la malade était très pénible, car elle n'était jamais certaine, en se couchant le soir, de ne pas se réveiller le lendemain matin avec un visage rouge, brûlant et gonflé.

Nous remarquâmes à plusieurs reprises que l'invasion érysipélateuse, traitée énergiquement par les vomitifs et les purgatifs, était généralement enrayée et de durée moins longue, et de plus qu'entre les attaques d'érysipèle la malade éprouvait des aigreurs à la gorge, une sorte de pyrosis. Il nous paraît évident, d'après ces faits, que l'état morbide, si rebelle de Mme X..., était sous la dépendance d'un trouble des fonctions digestives et d'une assimilation viciée. On sait, du reste, quelles relations étroites existent entre les conditions fonctionnelles du tube digestif et les manifestations cutanées du visage. Cette considération nous donna l'idée de recourir à la pancréatine, comme agent thérapeutique capable de modifier avantageusement le travail imparfait de la digestion stomacale et nous prescrivîmes à Mme X... les pilules de Defresne à la dose de quatre pilules à chacun des principaux repas, d'ailleurs sans aucun changement de régime.

Depuis cinq mois que cette prescription est scrupuleusement exécutée, on n'observe plus la moindre apparence d'érysipèle ; il y a bien des années que notre cliente n'avait joui d'une aussi bonne santé. Récemment un accident, qui n'a pas eu de suites, est venu confirmer d'une manière remarquable la solidité de la guérison ; sous l'influence d'une sorte d'indigestion, Mme X... a été prise de vomissements et de garde-robes nombreuses ; avant le traitement par la pancréatine, une pareille indisposition ne pouvait se produire sans devenir une cause déterminante d'érysipèle au visage, or, cette fois-ci, la peau de cette région n'a pas présenté même une rougeur.

Mme F. L..., 48 ans, d'un tempéramment lymphatico-nerveux fut prise, il y a vingt-deux mois, d'une sciatique du côté gauche qui l'a tenue au lit pendant un laps de temps considérable. Elle a subi tous les traitements internes et externes imaginables sans succès. A quelques jours d'amélioration, succédaient bientôt le retour des douleurs dans toute l'étendue du membre, avec gonflement considérable et grande sensibilité des articulations du pied, du genou et de la hanche, de façon à faire croire à une extension de l'affection primitive à ces parties. — Perte de l'appétit. — Comme cela arrive parfois

---

des salles, de sorte que les malades peuvent y être transportés sur des lits roulants, sans être cahotés sur un brancard ou obligés de traverser des cours; éclairés par en haut, ce qui permet à l'opérateur de voir clair, les élèves ne masquant pas le jour; etc. Et il se résume en ces termes :

« C'est avec tristesse, après avoir étudié tous ces détails qui ont aujourd'hui une si haute importance dans la pratique de la chirurgie, qu'on fait un retour sur soi-même, et qu'on constate l'état d'infériorité réelle dans lequel se trouvent actuellement nos hôpitaux de Paris. Le personnel d'infirmiers et d'infirmières y est absolument insuffisant comme nombre et comme instruction. Aussi, la propreté et tous les détails relatifs aux pansements et à l'exécution des opérations y laissent-ils grandement à désirer. La situation s'aggrave encore de l'habitude d'entasser les malades sur des lits provisoires ou des brancards, de sorte qu'une salle, qui normalement doit contenir 30 à 40 malades, arrive à en renfermer 50, et même davantage. Comment un personnel, qui est déjà manifestement insuffisant en temps ordinaire, pourra-t-il faire face aux occupations excessives que lui impose une pareille situation? Ajoutez à cela que ce personnel manque totalement des connaissances nécessaires à la pratique de l'antisepsie.

« On consomme des torrents de solutions phéniquées, des montagnes de gaze préparée et de mackintosh ; mais ce serait se faire une illusion complète que de croire que nous pratiquons toujours ainsi des pansements rigoureusement antiseptiques. Grâce à l'insuffisance numérique et à l'ignorance du personnel hospitalier, nous opérons trop

en pareilles circonstances, un eczéma généralisé des plus douloureux avait fait irruption. Rien non plus n'opérait contre cette complication qui rendait l'état de la patiente insupportable et la privait même de sommeil. Ce que notre pauvre malade a souffert pendant ce long espace de temps est incroyable, et un dépérissement marqué s'en était suivi. En dépit de notre confiance dans sa constitution et dans sa résistance morale, nous étions à bout de nos moyens, puisque nous les avions tous essayés, sans succès. Nous attendions que la nature nous vînt en aide, quand nous eûmes l'idée d'agir directement au moyen de la *pancréatine*, dans le but de modifier la nature des matériaux fournis à l'absorption et à la nutrition. Nous prescrivîmes donc quatre pilules de pancréatine Defresne, aux principaux repas : au bout de quelques jours, l'allure des digestions fut changée, l'appétit revint et se régularisa ; une quinzaine de jours suffirent pour amener un changement radical dans l'état de la malade. L'eczéma s'éteignit sensiblement, les ongles des pieds et des mains grandissaient blancs, ils portaient en travers une ligne de démarcation attestant le moment où la nutrition s'était améliorée ; le sommeil reparut, la sensibilité du membre diminua progressivement dans toutes ses parties, ainsi que la tuméfaction, enfin la sciatique et les complications qu'elle avait fait naître ont en quelque sorte disparu, et il reste seulement à ramener l'usage du membre, qu'une inaction aussi prolongée avait porté à l'état de paralysie à peu près complète. Dès ce moment, les mouvements passifs, exercés sur la jambe malade, l'ont assouplie, et nous espérons une guérison prochaine, étant en possession, grâce à la pancréatine, du moyen d'empêcher le retour des principaux phénomènes morbides.

Ces observations nous montrent qu'il ne faut pas s'étonner de voir attribuer, à tel ou tel médicament, la propriété de guérir un certain nombre de maladies qui n'ont guère de rapport entre elles. Cela ne se comprend pas aisément à première vue et la pancréatine causerait la même surprise si on lui accordait des vertus aussi complexes, sans en expliquer l'action d'une façon plus ou moins physiologique. Il faut donc avoir présent à l'esprit l'importance de la digestion, au point de vue de la nutrition ; car une bonne digestion fournit des produits sains à l'absorption, tandis qu'une digestion faussée ou déviée donne des résultats tout opposés qui se traduisent par des états morbides, permanents ou diathésiques. Partant de cette idée, nous sommes parvenu, on le voit, à faire disparaître des prédispositions fâcheuses, ou à guérir des maladies dont une thérapeutique d'un sens rationnel apparent ne parvenait pas à triompher, et cela en ramenant tout simplement la digestion à son état physiologique au moyen de la pancréatine.

Dr Labastide.

---

souvent dans un milieu malpropre et nous employons un appareil de pansement qui n'a d'antiseptique que le nom.

« Sans doute, les chirurgiens des hôpitaux ne sauraient être rendus responsables d'un pareil état de choses; mais c'est à eux, croyons-nous, qu'il convient d'éclairer l'administration de l'Assistance publique et de lui dire : La méthode antiseptique a réalisé une véritable révolution chirurgicale; l'ancien ordre de choses encore debout dans les hôpitaux n'est plus en rapport avec les besoins de la chirurgie moderne; des réformes sont nécessaires; elles son urgentes. »

Tout ceci n'est pas très flatteur pour notre administration hospitalière; mais ce n'est pas en cachant les plaies qu'on les guérit; il faut les montrer jusqu'à ce qu'on se décide à les voir et à les traiter antiseptiquement; il en est ainsi malheureusement depuis trop longtemps pour nos hôpitaux, et il faut le dire et le répéter, et même le crier très haut, jusqu'à ce qu'on y remédie.

M. Kirmisson a indiqué les moyens à prendre; ils ont été mentionnés par notre rédacteur en chef, nous n'y reviendrons pas. Insistons cependant sur la nécessité et sur les difficultés d'instruire le personnel infirmier. L'école de la Salpêtrière a déjà fait beaucoup, mais c'est loin d'être suffisant, et il est surtout une chose qui lui manque, ce sont les exercices pratiques dans les salles de chirurgie et au lit des malades. C'est une éducation toute spéciale, qui ne s'acquiert qu'à la longue, en montrant au jour le jour, aux infirmières, les mille détails de la chirurgie antiseptique et leur extrême importance; pour que cela pût être réalisé, il faudrait que les services de chirurgie fussent

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Bouley présente une note de M. F. Laulanié : *Sur les phénomènes intimes de la contraction musculaire, dans les faisceaux primitifs striés.*

« Les résultats qui sont exposés dans cette note ont été obtenus à l'aide d'une méthode qui n'est pas nouvelle assurément, mais que j'ai utilisée de manière à pouvoir observer directement au microscope des faisceaux primitifs maintenus vivants, dans leur milieu naturel, leurs connexions et leurs attaches, c'est-à-dire dans les conditions de leur vie normale et des manifestations régulières de leur activité.

« Pour les invertébrés, il suffisait de faire choix d'un bon objet d'étude. Je l'ai trouvé, il y a dix ans de cela, dans les larves aquatiques si gracieuses et si transparentes du *Corethra plumicornis*. Je suis récemment parvenu à réunir des conditions presque aussi favorables pour l'étude de la contraction chez les vertébrés, en utilisant un petit appareil que j'appellerai volontiers le *myoscope*, et au moyen duquel je puis provoquer et observer à loisir les contractions dans les faisceaux primitifs des muscles hyoïdiens de la grenouille, maintenus dans leurs rapports avec la circulation capillaire. J'ai pu ainsi m'attacher à résoudre les problèmes relatifs à la forme des contractions élémentaires, aux modifications intimes qu'elles apportent dans la structure apparente du faisceau primitif, et tirer de là une théorie nouvelle et fort simple de la contraction musculaire.

« Je m'arrêterai seulement, dans la présente note, sur le premier et le moins grave de ces deux points :

« La contraction élémentaire, la secousse est-elle successive et ondulatoire ou simultanée ? La secousse est-elle une onde plus ou moins rapide, ou bien la secousse et l'onde sont-elles deux modes distincts de l'activité du faisceau primitif ? Telle est la question si controversée et souvent si complaisamment obscurcie par les auteurs qui confondent l'onde élémentaire dont il est ici question avec la contraction ondulatoire que l'on peut artificiellement provoquer dans un muscle par les procédés classiques d'Aeby et de Marey.

« Examinons les faits : Tant que le vaisseau dorsal bat régulièrement dans les larves du *Corethra plumicornis*, les secousses spontanées ou provoquées qui agitent les faisceaux primitifs apparaissent avec un caractère de simultanéité indiscutable. *Les deux*

---

organisés antiseptiquement, et fonctionnassent comme ceux qu'a visités M. Kirmisson. Combien y en a-t-il à Paris?

Ces réformes nécessaires seront-elles exécutées ? M. Kirmisson ne se fait aucune illusion sur les difficultés de toutes sortes qu'elles soulèvent ; mais, ajoute-t-il, elles sont cependant plus faciles à réaliser et plus immédiatement nécessaires que l'édification de nouveaux hôpitaux. Il espère beaucoup que M. Peyron, qui, accompagné de M. Nicaise, a visité récemment les hôpitaux de Londres, hâtera l'accomplissement de ces réformes, qui occupent aujourd'hui, dans notre monde chirurgical, tous les esprits. M. Kirmisson paraît décidé à agiter vigoureusement le grelot qu'il vient d'attacher sur cette question capitale ; il est sûr de trouver, parmi la grande majorité de ses collègues, — nous dirions même l'unanimité, si nous ne connaissions un dissident forcené, — des partisans convaincus ; et nous faisons les vœux les plus sincères pour que de cette agitation sorte la solution rapide de cette question.

Simplissime.

Pommade contre le psoriasis syphilitique. — Mauriac.

Huile de cade	2	grammes.
Onguent napolitain	2	—
Vaseline	30	—

Mêlez. — Onctions soir et matin, contre le psoriasis syphilitique palmaire et plantaire. — N. G.

bords du faisceau s'écartent au même instant de la même quantité dans toute l'étendue de l'élément. La même constatation se fait aussi aisément sur les faisceaux des muscles hyoïdiens de la grenouille observés au *myoscope*.

« Mais, au bout d'un temps variable (de quelques heures à quelques jours), la circulation devient languissante, le vaisseau dorsal bat d'une manière irrégulière et intermittente. A ce moment, on voit apparaître les ondes musculaires. Rares et rapides tout d'abord, elles prennent naissance à l'une des extrémités du faisceau primitif, sous la forme d'un renflement transversal ou oblique, et en parcourent toute l'étendue. Très fréquemment une onde se développe à chaque extrémité ; les deux renflements progressent l'un vers l'autre et s'annihilent réciproquement comme par une sorte d'interférence. Circonstance très remarquable, tel faisceau parcouru par une onde est agité, au même instant, par une ou plusieurs secousses sans que la progression de l'onde soit en rien modifiée. A mesure que la déchéance va s'accentuant, les ondes se multiplient et deviennent de plus en plus lentes jusqu'à la disparition complète de la contractilité.

« Sur les vertébrés (grenouille), l'onde élémentaire est un phénomène exceptionnel et propre à certains faisceaux qui, par leur gracilité, leur couleur sombre, le vague de leur striation témoignent de leur supériorité organique et fonctionnelle. Ces ondes musculaires sont toujours, quel que soit le moment de leur production, d'une lenteur prodigieuse qui favorise singulièrement l'étude des modifications histologiques qui y sont attachées. On peut en exagérer le nombre et la vitesse par des séries d'excitations faibles ou les faire disparaître et leur substituer des secousses ou des tétanos par des excitations fortes.

« Le renflement caractéristique de l'état de contraction et constituant l'onde musculaire n'est d'ailleurs pas nécessairement mobile dans les faisceaux primitifs de la grenouille : on le voit souvent rester stationnaire au point où il a pris naissance et donner lieu à un état de contraction partielle localisé et immobilisé en un point quelconque d'un faisceau primitif.

« L'activité des faisceaux primitifs se présente sous trois modes distincts : 1° la secousse ou contraction totale et simultanée ; 2° la contraction partielle (intéressant seulement un des points du faisceau primitif) ; 3° l'onde musculaire ou contraction partielle et progressive.

« La secousse est l'expression d'une activité normale se développant dans des conditions qui assurent aux éléments la pleine possession de leur excitabilité.

« L'onde musculaire annonce la déchéance générale de l'organisme survenant après l'arrêt de la circulation et l'amoindrissement de l'excitabilité des faisceaux primitifs. Elle est le mode d'activité propre aux éléments musculaires qui se séparent de la vie collective et entrent dans cette période d'anarchie qui sépare la mort apparente de la mort réelle.

« Dans une prochaine Note, je décrirai les modifications histologiques qui accompagnent l'activité dans les faisceaux primitifs et j'exposerai la seule théorie de la contraction musculaire qu'elles puissent autoriser. »

M. Bouley présente encore une note de M. S. Arloing : *Marche des lésions consécutives à l'inoculation de la tuberculose de l'homme chez le lapin et le cobaye. Application à l'étude de l'inoculation et de la réinoculation de la tuberculose.*

« I. L'envahissement progressif du système lymphatique par les substances infectieuses qui pénètrent dans l'économie par effraction, le gonflement inflammatoire des chaînes ganglionnaires, jalonnant pour ainsi dire la route suivie par les virus, sont des notions anciennement acquises à la pathologie. Dans ces dernières années, M. Colin et M. Toussaint ont fait des applications spéciales de ces connaissances : le premier, au mode de progression du virus tuberculeux ; le second, à la détermination du siège de l'infection dans le sang de rate. Pourtant, si l'infection de l'organisme s'établit généralement de cette manière, on serait dans l'erreur de croire qu'elle procède toujours ainsi sur toutes les espèces animales.

« Au cours des nombreuses inoculations que nous poursuivons depuis longtemps pour étudier les relations qui peuvent exister entre la tuberculose humaine et la scro-

©BIU Santé

fule, nous avons relevé, sur la propagation du processus tuberculeux, chez le lapin et le cobaye, des différences intéressantes dont il bon d'être averti.

« II. Plusieurs auteurs ont déjà remarqué l'extrême sensibilité de l'organisme du cobaye au virus tuberculeux ; mais personne n'a assez insisté, à notre avis, sur la faible réceptivité relative du lapin. Soient deux groupes de cobayes et de lapins inoculés simultanément et avec des doses proportionnelles de virus ; au bout de deux mois, tous les cobayes offriront des signes nombreux et étendus d'infection générale, tandis que, parmi les lapins, quelques-uns échapperont aux suites de l'inoculation, alors que les autres présenteront des lésions moins nombreuses que les cobayes et parfois un seul tubercule pulmonaire. Loin donc de devenir tuberculeux à propos de tout, comme on l'a dit autrefois, le lapin oppose même une résistance assez grande au virus de la tuberculose humaine.

« III. La différence la plus importante porte sur la propagation de l'infection.

« Chez le cobaye, le virus se propage par la voie lymphatique avec une régularité parfaite. Inocule-t-on cet animal à la face interne d'une cuisse, les ganglions inguinaux correspondants deviennent volumineux et durs du dixième au quinzième jour; quelques jours plus tard, les ganglions sous-lombaires du même côté se tuméfient, la rate se tuberculise ensuite, puis le ganglion rétro-hépatique, enfin les poumons et les ganglions bronchiques. L'infection reste unilatérale jusqu'à la région diaphragmatique; à partir de ce point, elle se répand indistinctement à droite et à gauche. En deux mois, l'infection est complète. Quand l'inoculation est faite à la base d'une oreille, le virus marche vers a poitrine en sens inverse, mais en frappant successivement les ganglions lymphatiques situés sur son trajet. De sorte qu'il n'est, pour ainsi dire, aucun cobaye inoculé sous la peau qui ne présente une tuberculose ganglionnaire.

« Chez le lapin, au contraire, nous n'avons jamais vu de tuberculose ganglionnaire vraie après l'inoculation de la tuberculose humaine. Les lésions locales sont souvent nulles, ou bien elles consistent en une petite plaque de granulations ou en un abcès caséeux ; les lésions viscérales sont pulmonaires ou pleurales ; mais, entre la cuisse et ces organes, pas le moindre engorgement lymphatique. Dans deux cas, cependant, où les altérations locales étaient accompagnées de vastes abcès, nous avons trouvé des ganglions hypertrophiés ; mais l'inoculation a démontré que cette lésion n'était pas spécifique.

« En résumé : sur le lapin, tuberculisation viscérale sans lésions ganglionnaires; sur le cobaye, traces immanquables du passage du virus dans le système lymphatique.

« IV. Nous avons cherché si la cause de cette différence résidait dans l'état physique de la matière infectante. Dans ce but, nous fîmes des injections sous-cutanées avec du virus tamisé et filtré et des inoculations à la lancette avec des tubercules grossièrement écrasés. Le nombre des tuberculisations fut moins considérable dans le second cas ; quant à la propagation du processus, son mode fut toujours semblable. Il faut donc attribuer cette différence à des caractères organiques propres aux espèces animales.

« V. Il résulte des faits précédents que le cobaye est préférable au lapin pour faire ressortir la nature tuberculeuse d'une lésion. Si l'on employait le lapin, il faudrait chercher les altérations avec soin et savoir se contenter de lésions viscérales peu nombreuses. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 octobre 1885. — Présidence de M. DE BEAUVAIS.

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

La correspondance imprimée comprend les journaux et revues parus depuis le mois d'août : le *Progrès médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal des sages-femmmes*, le *Journal des Sociétés scientifiques*, etc., le n° 9 du vol. XXVIII du *Pacific medical and Surgeon Journal and Western Lancet*, publié à San-Francisco; le programme du Congrès des

Sociétés savantes qui doit se tenir à la Sorbonne en 1886 (envoi du ministère de l'instruction publique); le programme des questions que la Société industrielle d'Amiens met au concours pour l'année 1885-1886.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le docteur Gamon, de Pont-Saint-Maixence (Oise), par laquelle il sollicite le titre de membre correspondant; il envoie, à l'appui de sa demande, un mémoire intitulé : *Note sur l'étiologie de la fièvre typhoïde à Pont-Saint-Maixence*. Cette candidature est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Durozier, Dubuc et Delefosse, rapporteur.

Une lettre d'un médecin espagnol qui prétend avoir trouvé un remède contre le choléra. Le gouvernement espagnol n'ayant pas jugé à propos de récompenser l'inventeur, celui-ci s'adresse à la Société de médecine de Paris, dans l'espoir qu'elle voudra le recommander au gouvernement français (ordre du jour).

M. Perrin : J'ai l'honneur de déposer sur le bureau, au nom de M. le docteur Moncorvo, de Rio-de-Janeiro, membre correspondant, un nouveau mémoire intitulé : *De la coqueluche et de son traitement par la résorcine*. Comme dans le premier mémoire sur le même sujet, dont nous avons eu l'honneur d'entretenir la Société, l'année dernière, les nouvelles observations, au nombre de quarante, rapportées dans celui-ci, tendent à démontrer l'efficacité remarquable des badigeonnages répétés plusieurs fois chaque jour, et pratiqués sur l'orifice supérieur de la glotte, à l'aide d'une solution aqueuse de résorcine, à 1 ou 2,50 p. 100. Sous l'influence de ces applications topiques, les quintes de coqueluches ne tardent pas à diminuer, comme nombre et comme intensité, pour cesser bientôt tout à fait au bout de douze à quinze jours en moyenne.

M. le docteur Moncorvo insiste d'une manière toute particulière sur la nécessité d'apporter le plus grand soin dans le choix de la résorcine que l'on rencontre dans le commerce sous plusieurs variétés d'inégale valeur. Selon lui, on doit donner la préférence, sous peine de mécomptes inévitables, à celle qui est désignée sous le nom de résorcine *médicinale*, parce qu'elle est chimiquement pure et obtenue par l'excellent procédé de Monnet, de Genève. Elle est d'une blancheur remarquable, cristallisée en aiguilles d'un blanc argenté, très soluble dans l'eau et sans aucun goût désagréable.

Notre distingué collègue, avec beaucoup d'autres médecins, considérant la coqueluche comme une affection de nature parasitaire, dans laquelle les germes ou microbes font particulièrement élection de domicile à l'entrée des voies aériennes, croit pouvoir trouver, dans cette circonstance, l'explication toute naturelle des bons effets de l'emploi de la médication *topique* et *antiparasiticide* qu'il conseille et dont il a eu constamment à se louer jusqu'à ce jour : *Adhuc sub judice lis est.*

M. le Président annonce à la Société que depuis sa dernière réunion un certain nombre de ses membres ont reçu des distinctions honorifiques : M. Larcher a été nommé officier de l'instruction publique; M. Henri Bergeron, officier d'Académie. M. le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant, a été également nommé officier d'Académie. Puis il ajoute :

J'ai la douloureuse mission de vous annoncer que, pendant les vacances, nous avons perdu deux membres de la Société :

M. Guichard de Choisity, médecin en chef des hôpitaux de Marseille, nommé membre correspondant en 1875;

Et M. Lunier, mon affectionné condisciple d'internat en 1844, nommé membre titulaire de la Société de médecine de Paris en 1865, élu président en 1873, membre honoraire en 1881, mort le 5 septembre, à l'âge de 63 ans. M. Lunier s'était acquis une notoriété légitime par des travaux importants sur la pathologie mentale, dont l'Académie de médecine a consacré la valeur en admettant avec faveur, au nombre de ses membres, l'ancien inspecteur général du service des aliénés en France. C'était un travailleur actif et infatigable, un confrère très estimé, un collègue dont les rapports étaient pleins d'aménité et de cordialité. Il était le neveu de notre vénéré doyen, M. Baillarger. M. Lunier laisse parmi nous les meilleurs souvenirs et les plus vifs regrets.

©BIU Santé

Je signalerai aussi la fin prématurée et profondément regrettable d'un jeune confrère, M. le docteur Gérardin, qui devait nous lire un mémoire, quand il fut envoyé au Tonkin, où il vient de succomber.

On procède à l'élection d'une commission de cinq membres pour le prix Duparcque. Sont nommés au scrutin et à la majorité des suffrages, MM. Leblond, Thevenot, Polaillon, Duroziez et Richelot.

M. Thorens lit un rapport sur les travaux de la Société de médecine de Strasbourg (1884-85). Cette lecture est accueillie par des marques nombreuses d'assentiment.

M. Antonin Martin dépose sur le bureau différents échantillons de sparadraps faits en vue de compléter la médication antiseptique : ce sont des sparadraps au phénol, à l'acide borique, au thymol, à l'acide salicylique. C'est un pharmacien de Paris qui a su réaliser ce progrès.

M. Gillebert d'Hercourt demande si l'un de ses collègues a eu occasion d'expérimenter la *terpine*, dans les cas d'hémorrhagie pulmonaire ou bronchique. Ce médicament a été vanté par différents observateurs, entre autres M. G. Sée. Il l'a vu réussir dans un cas où tous les autres remèdes avaient échoué.

M. Duroziez lit un travail sur l'*étiologie du rétrécissement mitral pur par l'intoxication saturnine*. (Sera publié.)

M. Coignard : Dans les cas que vient de citer M. Duroziez, a-t-on fait l'examen des urines? N'y a-t-il pas toujours un degré plus ou moins avancé de sclérose rénale?

M. Duroziez : L'attention ne s'est pas portée sur ce point. Il n'y a, du reste, chez ces malades, aucun des symptômes qui décèlent l'albuminurie; il est certain, néanmoins, que les accidents rénaux peuvent survenir, comme phénomènes ultimes, à la dernière période.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr Christian.

COURRIER

Concours pour l'internat des hopitaux de Paris. — La nouvelle composition écrite, qui a dû être faite par suite de l'annulation de la précédente, a eu lieu le lundi 19; elle portait sur les sujets suivants : *Circonvolutions cérébrales de la convexité des hémisphères. — Causes et symptômes de l'hémiplégie cérébrale.*

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gross, ancien médecin à Strasbourg, père de l'honorable professeur de la Faculté de Nancy, décédé dans cette ville, à l'âge de soixante-quatorze ans; — celle de M. Bach, ancien doyen des Facultés des sciences de Strasbourg et de Nancy, frère du professeur honoraire Bach, de la Faculté de médecine de Nancy, décédé à Marlenheim (Alsace), à l'âge de soixante-douze ans; — et celle de M. le docteur Aubry, médecin en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Blois, décédé le 13 courant, à l'âge de soixante-seize ans.

— Le mercredi 28 octobre 1885, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du XXe 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.

Dyspepsies. — Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez. — Exp. de MM. Archambault, Gubler, etc. (*Envoi franco échantillons*).

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Germain Sée : Des infiltrations et transformations graisseuses du cœur. — II. Masson : De l'origine du sang en médecine légale. — III. Bibliothèque. — IV. Revue des Journaux. — V. Variétés. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Des infiltrations et transformations graisseuses du cœur (1)

I. *Infiltration graisseuse.* — Sous le nom de cœur gras, il faut distinguer deux états morbides : l'un qui est l'effet d'une cause générale, à savoir l'adipose corporelle, ne se voit que chez les obèses, et fait partie d'une polysarcie plus ou moins prononcée; la graisse se trouve de préférence sur le péricarde pariétal ou sous l'épicarde, surtout le long des gros vaisseaux, parfois dans les sillons interventriculaires. A un degré plus avancé, la graisse est à l'état d'infiltration dans les parois, dans les muscles papillaires qui soutiennent les valvules du cœur, dans le tissu interstitiel, et dans les fibres elles-mêmes qui sont comprimées pendant que le cœur reste normal anatomiquement ou s'hypertrophie; le fonctionnement est alors gêné par l'interposition de la graisse dans les interstices connectifs des muscles, mais il n'est pas aboli par ces infiltrations (Virchow).

II. *Transformation graisseuse.* — La transformation ou dégénérescence graisseuse du cœur constitue une deuxième forme, bien autrement grave, qui est de cause locale; la graisse envahit les fibrilles musculaires sous forme de gouttelettes huileuses, qui peuvent augmenter au point de couvrir entièrement les noyaux et les stries des fibrilles. Ces granulations graisseuses sont souvent accompagnées de granulations albumineuses, d'un état trouble des muscles, lequel disparaît par l'addition de l'acide acétique. Dans la dégénération très étendue, on la constate, même à l'œil nu, sous forme de stries ou d'étoiles jaunes ou de marbrures sous l'endocarde, sur les travées et les muscles papillaires des valvules. Arrivée à ce point, la substance organisée se transforme elle-même en graisse et cette métamorphose dénature la texture chimique nécessaire au fonctionnement (Virchow).

Il y a sans doute des dépôts pathologiques de graisse sans la perte de la fonction; il y a aussi des dépôts qui n'arrivent qu'après une autre lésion, soit inflammatoire, soit scléreuse, soit atrophique qui a déjà compromis la texture de l'organe; dans ces cas, la stéatose ne précède pas, elle suit la perte des fonctions.

La dégénérescence vraie ou régressive se voit souvent chez les vieillards, particulièrement dans le cœur, dans les muscles de l'œil (Canton, Quain), s'y traduit non pas seulement par la confluence des gouttelettes huileuses (Virchow), mais par le trouble de la fonction, la flaccidité du tissu, la désagrégation des cellules, la mollesse du stroma, la perte de la couleur et la striation des fibres, avec ou sans anémie locale. Or, chaque fibre transformée est perdue pour le fonctionnement du cœur, qui ne manque pas dans ce cas de subir la dilatation avec perte de consistance ou une hypertrophie qui n'est ni durable ni utile.

Une autre lésion presque toujours mortelle, c'est le cœur scléro-graisseux des athéromateux, surtout de ceux qui ont les artères nourricières du cœur (artères coronaires) altérées, indurées, rétrécies (Leyden). En der-

(1) Extrait du troisième volume des *Maladies du poumon*, par le professeur Germain Sée.

©BIU Santé

nière instance, il s'agit du cœur *forcé*, dilaté ou hypertrophié, qui est la résultante fatale de ces diverses altérations, ou bien d'un surmènement fonctionnel du cœur.

CAUSES ET MÉCANISME DES TRANSFORMATIONS GRAISSEUSES DU COEUR.

I. *Histoire clinique des myopathies du cœur.* — Il arrive très souvent que les malades vivent et meurent comme des cardiaques atteints de lésions orificielles, sans que pendant la vie ni après la mort on trouve la moindre modification dans la texture des valvules, le moindre changement dans les dimensions des ouvertures de communication entre les diverses cavités du cœur. Ces études, que j'ai publiées en 1880, sur le diagnostic des maladies anomales du cœur, sont consacrées à ces maladies non valvulaires, non perceptibles par les signes d'auscultation; l'expérience m'a démontré, depuis ce temps, que la majorité des cardiopathies échappe aux lois communes de la séméiologie classique, c'est pourquoi je les ai dénommées maladies anomales. Tantôt elles se rattachent à une lésion du myocarde avec ou sans dilatation du cœur, tantôt aux troubles fonctionnels ou nerveux du cœur dont nous parlerons dans le paragraphe 89. Parmi les premières se trouvent les hypertrophies et les dilatations du cœur, qui se bornent rarement à ces changements de capacité et se compliquent presque toujours d'altérations profondes du tissu musculaire lui-même, particulièrement de dégénérescences scléreuses partielles ou générales de l'organe; c'est dans cette même catégorie de myopathies que viennent se placer les multiples changements de texture qu'on a désignés sous le nom collectif de myocardites chroniques.

II. *Histoire anatomique des myocardites chroniques.* — Qu'est-ce que la myocardite chronique? C'est tout, excepté une inflammation; on y trouve les désintégrations musculaires décrites par Renaut (de Lyon), les scléroses signalées pour la première fois par Debove et Letulle, puis par Rigal et Juhel-Renoy; on y trouve des dégénérescences granulo-graisseuses, tout ce qui est, en un mot, le contraire de l'inflammation. Mais ce qui signale surtout ces processus rétrogrades, c'est leur cause, c'est leur base anatomique. Il est rare qu'ils soient primitifs, la plupart du temps ils se rattachent à l'altération générale de tout le système artériel, qu'elle soit sous l'influence de l'âge ou de l'alcoolisme, de la misère physiologique ou de la syphilis.

III. *Causes locales de la transformation graisseuse du cœur. — De la sténose coronaire,* — Une lésion souvent mortelle, c'est l'altération des artères nourricières du cœur. Lorsque l'athérome ou la sclérose envahit les artères périphériques ou viscérales, celles du cœur, c'est-à-dire les artères coronaires, n'échappent jamais au sort commun; elles peuvent même subir cette transformation fibreuse sans que le reste du système soit atteint. Or, dès qu'il y a une réduction quelconque des vaisseaux intra-musculaires du cœur, le sang ne peut plus alimenter en quantité suffisante le muscle le plus important de l'organisme; le cœur devient anémié, exsangue; sa nutrition est compromise; il dégénère; c'est là ce qu'on a appelé la myocardite chronique. Il y a quelques années, Tautan (1878), Weigert, Ziégler, Huber, etc., ont démontré que la fameuse myocardite n'existe presque jamais sans l'artériosclérose ou sans la transformation athéromateuse des artères coronaires; désormais toute observation de myocardite, c'est-à-dire

de dégénérescence musculaire, ne sera valable qu'après l'examen attentif du calibre et de la texture des coronaires.

Le rétrécissement des vaisseaux de ce nom peut aller jusqu'à provoquer la formation de thrombus dans une branche artérielle et de véritables infarctus des parois cardiaques ; on voit alors ces fibres perdre leurs noyaux et tomber dans un détritus grumeleux ou caséeux ; on voit aussi se former un tissu connectif intermusculaire, qui constitue de véritables tractus ou de vraies cicatrices scléreuses dans l'épaisseur du parenchyme. Mais tant que l'afflux du sang dans le vaisseau est suffisant, soit directement, soit par une circulation collatérale, pour nourrir une partie ou la totalité du muscle, la musculature reste intacte ; la prolifération interstitielle manque alors, même en présence de l'induration des vaisseaux coronaires.

IV. *Lésions locales combinées. — Hypertrophie et dégénérescence du cœur.* — Quand, par suite d'un obstacle quelconque, le myocarde s'hypertrophie, il arrive un moment où la musculature, épuisée par le travail, subit une dénutrition, une régression graisseuse qu'on voit surtout sur les muscles papillaires qui sont le plus exposés aux effets de la pression sanguine intracardiaque. Dans soixante-quinze cas d'hypertrophie d'origine mécanique, Wagner a constaté vingt-cinq fois la dégénérescence graisseuse des parois hypertrophiées.

V. *Lésions locales combinées. — Sclérose et dégénérescence.* — Il est un autre état local qui est plutôt contemporain que producteur de la régression graisseuse, c'est la transformation fibreuse ; chaque fois que le travail musculaire n'est plus possible par défaut de sang, le muscle s'atrophie et se sclérose. C'est une série de dégénérations fibro-graisseuses contre lesquelles, malgré la rage pyrotechnique, les fameux cautères et les pointes de feu n'ont plus rien à faire qu'à aggraver le mal. Tous les processus, l'hypertrophie en déshérence, la dénutrition par sténose coronaire, la transformation fibreuse, conduisent fatalement à l'annihilation du muscle cardiaque, à l'atrophie de ses éléments histologiques, à sa transformation graisseuse, partant à sa décadence fonctionnelle.

V. *Combinaison de la polysarcie avec les infiltrations et avec les transformations graisseuses du cœur.* — La dégénérescence graisseuse peut elle-même s'allier non seulement avec les processus locaux, ainsi avec la sténose coronaire, avec l'état hypertrophique, la dégénération fibreuse du cœur, mais encore avec la polysarcie. Il y a des obèses qui meurent par la transformation fibreuse du cœur, souvent suite de la sténose coronaire.

Dans dix-huit cas mortels de polysarcie, Kish a trouvé huit fois l'hypertrophie totale du cœur, trois fois la dilatation du cœur droit, quatre fois la dégénération graisseuse seule du myocarde, treize fois l'artériosclérose générale ou coronaire ; il a noté en outre huit cas d'épaississement des valvules aortiques et de la mitrale sans compter toutes les altérations consécutives des poumons, des reins, de l'encéphale, du foie et de la rate.

CAUSES DE L'INFILTRATION GRAISSEUSE DU COEUR.

L'infiltration graisseuse, qui n'est qu'un degré plus avancé de la surcharge graisseuse, ne reconnaît d'autres causes que celles de la polysarcie, qui envahit surtout les organes dont la texture cellulaire se prête au dédoublement des albuminates en graisse ; l'analyse rigoureuse des causes de

©BIU Santé

l'obésité générale s'adaptera de plein droit à celle du cœur ; une simple énumération suffira pour en faire comprendre l'importance et en même temps pour faciliter le diagnostic des infiltrations graisseuses de l'organe central de la circulation. Sans parler des origines toxiques (intoxication phosphorée) ou infectieuses, qui produisent des dégénérations plutôt que des infiltrations, nous devons tenir compte des dyscrasies anémiantes, de la chlorose, de l'anémie post-hémorragique, des oligaimies par la saignée, ou plus simplement des circonstances anti-hygiéniques, soit débilitantes, soit excessives. La polysarcie, abstraction faite de l'hérédité, provient ordinairement de l'excès d'alimentation, de l'abus proportionnel des aliments graisseux, féculents et sucrés, d'une aération insuffisante, de l'absence d'exercice musculaire, etc. ; c'est surtout lorsqu'il y a défaut d'oxygénation que les albuminates se dissocient en graisse qui se dépose. Dans l'embonpoint, dont la limite pathologique est difficile à préciser, il est rare que le cœur échappe à l'invasion de la graisse et que les interstices intermusculaires restent indemnes ; ce sera la forme bénigne de l'état graisseux, mais, quel qu'il soit, sa causalité se confond avec celle de l'obésité, et cette étude exige de grands développements pour nous permettre de formuler les règles physiologiques du traitement des corps et des cœurs gras.

SIGNES DES INFILTRATIONS GRAISSEUSES DU COEUR. MÉCANISME DES SYMPTÔMES.

I. *Mécanisme des symptômes principaux.* — Il y a des faits dominants dans l'histoire des cœurs graisseux chez les polysarciques ; c'est outre la faiblesse musculaire générale, la déchéance du cœur, et l'insuffisance des forces respiratoires.

a. *Faiblesse musculaire générale.* — Une première remarque est relative aux muscles du corps ; quand ils sont chargés de graisse, ils perdent leur énergie contractile, de manière à rendre les obèses incapables de tout effort et de tout exercice musculaire ; ces muscles de la vie de relation présentent en effet le même trouble granuleux, la même flaccidité que le cœur ; on peut en conclure que la musculature cardiaque et corporelle se trouve chez les obèses dans les mêmes conditions défavorables, peut-être par suite d'un état anormal du sang, que Cantani a décrit sous le nom de lipohydrémie.

b. *Insuffisance respiratoire par le refoulement du diaphragme.* — La force contractile des muscles respirateurs subit les mêmes atteintes, par suite sans doute des mêmes altérations que celle de tout le système musculaire ; de là la tendance à l'oppression.

c. *Débilitation du cœur.* — C'est la débilitation du cœur qui constitue le danger, et détermine, de connivence avec la faiblesse générale des muscles, la formation de l'asthme cardiaque.

Stases pulmonaires. — Plus tard, les catarrhes prédominant, il se produit un asthme cardiaque permanent, puis des stases rénales et l'asthme urémique.

II. *Mécanisme des phénomènes cardiaques des infiltrations et dégénérescences graisseuses.*

Première période. — La formation de nouveaux vaisseaux dans la masse sous-cutanée adipeuse, dans le mésentère et dans d'autres organes, détermine de la résistance à l'action du cœur. Le cœur étant lui-même sur-

chargé et pénétré de graisse jusque dans ses fibrilles musculaires, la circulation cardiaque devient plus difficile. Tant que l'infiltration graisseuse est modérée, les malades n'éprouvent rien, ou tout au plus une difficulté de respirer après les repas copieux ou par des exercices, ou par des impressions nerveuses qui vont au bulbe.

Deuxième période. a. — Plus tard, le ventricule *gauche* s'épaissit et se dilate, et, si cette *hypertrophie* ou cette dilatation ne compense pas les obstacles, les veines se distendent, et cette distension mène à l'hypertrophie du *cœur droit*. Chez ces malades, on note des palpitations, de la dyspnée par les efforts d'ascension et des vertiges. Le cœur est mat, dans une plus grande étendue, en longueur et en largeur; la pointe du cœur est poussée vers l'extérieur, les bruits sont sourds, quoique purs, et parfois accompagnés d'un léger souffle systolique ou du dédoublement d'un des bruits.

b. Le *pouls* est fréquent, petit, rarement ralenti; mais sa courbe indique presque toujours le caractère du *pulsus tardus* (Kish).

Troisième période. — Si les artères périphériques et coronaires se sclérosent, leur élasticité ainsi que la contractilité se perdent, le cœur augmente de volume, en même temps que l'énergie augmente; le deuxième ton aortique est parfois plus marqué; le pouls devient plein, large, parfois rapide; il présente alors une saillie plus haute, avec extension de la première élevure élastique au sphygmographe.

Quatrième période. — Arrive alors la déchéance et la fatigue du cœur; il survient de l'arythmie ou un ralentissement considérable de la circulation; le *pouls* devient faible, petit, dépressible, très fréquent, parfois intermittent ou très irrégulier et plus rarement retardé. Le tracé donne alors des courbes du sous-dicrotisme avec une irrégularité complète; il y a bradycardie : on trouve la courbe anacrote du *pulsus tardus*.

III. *Résumé des signes cardiaques.* — Il n'y a pas de signes caractéristiques; il n'y a que des indices rationnels de l'altération du cœur. Parfois on le trouve dilaté et la matité se prononce surtout du côté droit. Il est rare que la dilatation soit telle que la pointe du cœur gauche soit abaissée.

L'auscultation ne fournit pas de donnée plus précise; ordinairement les bruits du cœur sont assez sonores et distincts : ils ne deviennent décidément faibles qu'à une période avancée de la maladie; alors la faiblesse porte sur le ventricule gauche; mais ce que j'ai constaté bien plus fréquemment, c'est un bruit systolique très bref et surtout une arythmie persistante, avec un pouls irrégulier, fréquent, faible; ces manifestations proviennent du ventricule *gauche*, qui ne devient gras qu'après le ventricule droit.

La lésion droite semble d'abord ne se traduire par aucun signe qui lui soit propre; si toutefois on tient compte de l'essoufflement habituel et initial du malade polysarcique, on est porté à incriminer le cœur droit; l'impulsion cardiaque et le pouls sont alors à l'état normal, le pouls veineux se fait parfois sentir et voir. La lésion du cœur gauche et l'état du pouls au sphygmographe, le *pulsus tardus*, puis irrégulier, puis sous-dicrote, la faiblesse d'impulsion, les cyanoses, constituent le *weakened-heart*.

IV. *Signes comparatifs de l'asthme cardiaque et de l'asthme nerveux — Première période.* — Sous l'influence du développement du ventre et de la faiblesse musculaire générale et locale; plus tard, de la déchéance du

©BIU Santé

cœur, la dyspnée s'établit en permanence, augmente après les repas, surtout la nuit. Le malade en arrive au point de ne pouvoir ni se redresser ni se lever; quand il plie le corps, la cavité thoracique se rétrécit au point que le diaphragme et les côtes ne se meuvent plus.

Au début, pas de traces de bronchite, et cela suffit pour distinguer cette dyspnée continue et paroxystique des accès d'asthme à sa période d'évolution.

Deuxième période. — Puis l'asthme cardiaque se développe sous l'influence de quatre causes : *a.* la diminution des propriétés actives du ventricule gauche, de là la dyspnée par la musculation et persistant longtemps à cet état; *b.* les catarrhes répétés qui s'ajoutent aux étouffements; *c.* le ralentissement du cours du sang dans les poumons, qui trouble les échanges gazeux; *d.* enfin, l'augmentation du catarrhe et le gonflement de la muqueuse bronchique, qui produisent des stases et augmentent l'asthme.

V. *Causes anatomiques et circonstances étiologiques.* — L'*artériosclérose* est la plus puissante des causes de l'asthme cardiaque, d'où l'hypertrophie dite idiopathique du cœur, les altérations de l'orifice aortique et les néphrites (asthme urémique). Souvent, enfin, le ventricule gauche hypertrophié ou dilaté devient graisseux ou fibreux; sinon la dyspnée est ordinairement due à la faiblesse ou à la fatigue du cœur ou à un état troublé de l'appareil nerveux.

Résumé et diagnostic d'avec l'asthme nerveux. — *a.* Dans l'asthme cardiaque, il n'y a pas d'expiration prolongée; *b.* la dyspnée prend les deux temps; *c.* le diaphragme ne s'abaisse pas; *d.* l'auscultation donne des râles fins; *e.* pas d'expectoration spéciale; *f.* parfois le bruit de galop du cœur; *g.* plus tard, l'hydropisie; *h.* enfin, le trouble respiratoire de Cheyne-Stokes. *(A suivre.)*

De l'origine du sang en médecine légale.

Par le docteur Masson, pharmacien major.

Voici une de ces questions sur lesquelles les manuels et même les traités faisant autorité ont une réponse toute faite, précise, mathématique ; il semble bien, après les avoir lus, qu'il suffit de s'assimiler les procédés d'une technique, d'ailleurs fort simple, pour être en mesure de satisfaire au programme de l'expertise la plus exigeante. En réalité, le médecin légiste s'exposerait à de singuliers mécomptes comme savant, et encourrait de graves responsabilités dans sa spécialité professionnelle, en acceptant sans réserves les données courantes, qui ne mènent qu'à des solutions incomplètes et ambiguës. M. Masson a eu le premier mérite de reconnaître cette insuffisance ; mais nous lui devons surtout d'avoir entrepris une série de patientes recherches aboutissant à des conclusions fermes qui fourniront à l'expert les éléments d'une réponse positive aussi éloignée, dans ses sages réserves, de tout expédient dilatoire que d'esprit d'aventure.

C'est en 1829 que Barruel montra pour la première fois la possibilité de distinguer le sang de l'homme du sang des animaux ; ses procédés, d'ailleurs, tenus en suspicion par Raspail et Orfila, étaient aussi bizarres qu'insuffisants. Barruel voulait reconnaître l'origine du sang, en appréciant l'odeur d'un principe particulier, mis en liberté par l'acide sulfurique. Tous les nez ne peuvent cependant pas servir de réactifs, disait Raspail.

La découverte de Prévost et Dumas, relative aux globules de forme et de dimension différentes, le travail de Mandl sur les différences morphologiques des globules des ovipares et des mammifères, les recherches de Robin, sont des étapes vers les procédés définitifs, adoptés de nos jours. La solution est uniquement une question de mensuration des globules ; mais les avis se partagent sur les dimensions physiologiques des glo-

bules propres à telle ou telle espèce, sur les limites de leurs variations, sur la nature des liquides les plus favorables à la conservation des hématies, les causes et les conséquences de leur altération.

D'après les recherches de M. Masson, le liquide de Vibert est celui qui altère le moins les globules de sang frais (Hg Cl ². 0,5 — Cl Na. 2 — eau 100) ; mais lorsqu'on dispose de sang frais, il vaut encore mieux recourir à l'examen direct d'après le procédé de Welcker, basé sur ce principe qu'une dessiccation rapide fixe subitement les globules dans leur forme primitive ; il suffit de déposer une goutelette de sang sur une lamelle porte-objet, chauffée à 60°, et de l'étendre en couche mince avec une aiguille tenue horizontalement.

Si on a affaire à des taches de sang desséché formant croûte sur du bois, du fer, du papier, il convient de s'adresser au liquide de Virchow (Solution de potasse à 30 p. 100). Il en est de même, s'il s'agit d'un tissu non mouillé par le sang, de la laine ; tandis que, si c'est un tissu mouillé par le sang (distinction capitale et que les auteurs ont omise, ce qui explique leurs divergences), le coton, le lin, le chanvre, la rétraction et la déformation des globules rendent fatalement tout résultat problématique, à quelque procédé qu'on s'adresse ; la présence des noyaux peut seulement permettre de prononcer entre le sang des ovipares et celui des mammifères.

La cause majeure de l'altération du globule de sang frais réside dans l'humidité du milieu, s'opposant à l'évaporation de l'eau du plasma. Dans le sang désséché, le globule résiste beaucoup plus longtemps aux causes d'altération ; aucun liquide ne peut régénérer les globules altérés.

Dans la mensuration des globules au microscope, on peut atteindre une approximation de 1/5 de micromillimètre, mais, en fait, une variation de cette quantité infinitésimale ne permet aucune différentiation. De plus, vu la grande variabilité des dimensions globulaires dans une même espèce à l'état physiologique (Hayem), et surtout à l'état pathologique, (Kelsch les trouve augmentés de volume dans l'impaludisme, et Malassez dans la chlorose ; d'après ce dernier auteur, ils se réduisent dans le cancer) il faut pratiquer un grand nombre de mensurations et prendre des moyennes.

Il convient de faire au minimum cinq séries de trente mensurations, en cinq séances et sur cinq préparations différentes. On a opéré sur le sang désséché, traité par le liquide de Virchow. Dans ces conditions, les conclusions de l'expert ne peuvent être que les suivantes :

Le diamètre moyen des hématies étant supérieur à 1/130 de millimètres, le sang peut appartenir à l'homme, au cobaye, au chien, au lapin. Au-dessous de 1/135 de millimètres, le sang n'appartient très probablement pas à l'homme, mais bien à l'un des animaux qui, après lui et le cobaye, possèdent les plus grands globules. Au-dessous de 1/140 de millimètres, le sang n'appartient certainement pas à l'homme. — R. L.

BIBLIOTHÈQUE

LE CRIN DE FLORENCE ET SA VALEUR THÉRAPEUTIQUE, par M. le docteur GUERMONPREZ (de Lille). — Paris, Doin, 1885.

Petite monographie du crin de Florence, qui n'est pas une nouveauté thérapeutique, ce mémoire en fait connaître la nature, les avantages et les inconvénients.

M. Guermonprez fixe les indications de son emploi, d'après sa pratique chirurgicale et celle des chirurgiens éminents. Pour cela, il doit, dit-il, remplir deux conditions : l'élimination de ses extrémités et la macération pendant six semaines au minimum dans un liquide aqueux antiseptique. C'est alors le meilleur fil à suture ; car il n'a pas l'inconvénient d'ulcérer les tissus comme le fil de chanvre, de lin ou de soie, ni de faire saigner ou de gratter, comme le fil d'argent. S'il ne peut remplacer le catgut pour les ligatures à fil perdu des petits et des moyens vaisseaux, il rend autant de services que la soie phéniquée pour la ligature des gros vaisseaux et du pédicule des tumeurs. Notre estimé confrère termine cette monographie, de haut intérêt clinique, par cette phrase

©BIU Santé

aphoristique : « Pour avoir un bon fil chirurgical, il faut en passer par la macération « de quatre à six semaines, et pour s'en bien servir, il faut faire le nœud du chirur- « gien. » — Ch. E.

DISEASES OF THE SPINAL CORD : (Maladies de la moelle épinière), par BYROM BRAMWELL. 1884. Edimbourg-Pentland.

Deuxième édition d'un ouvrage dont j'ai, naguère, donné compte rendu à cette même place, et aux mérites duquel hommages ont été accordés ; le livre actuel a été complété, depuis la dernière édition, par des considérations plus complètes sur les troubles fonctionnels, et par l'adjonction de deux chapitres importants sur la *commotion spinale* et les *railway cases*.

Le succès de la première édition n'a pas été oublié. Des traductions française, allemande et russe, l'ont vulgarisée hors de son pays d'origine. Conséquemment, il y a tout lieu de prédire un aussi favorable accueil à cette seconde édition. Ce sera justice, car l'œuvre de M. Byrom Bramwell est de celles qui imposent l'estime, la méritent et la conservent. — Ch. ELOY.

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement de la hernie étranglée par les irrigations d'éther. (*Russkaia meditzovo*, n° 3, 1885, et *The Practitioner*, vol. XXIX, p. 365. — Le docteur BARTOSZ écrit à la *Russkaia meditz.* que, dans ces deux dernières années, il a appliqué avec un brillant succès les irrigations d'éther à la réduction de tous les cas de hernie étranglée qu'il a eu à soigner, et qui ne s'élèvent pas à moins de 17.

L'irrigation était faite d'après la méthode de Finkelnstein, laquelle consiste à verser sur la tumeur, de demi-heure en demi-heure, la valeur d'une grande cuillerée à bouche d'éther et à la laisser s'évaporer lentement. La hernie disparaissait spontanément ou, dans les pires cas, sous l'influence d'un léger taxis dans l'espace de quatre à cinq heures au plus. La date de l'étranglement variait, dans les différents cas, de quelques heures à *quelques jours*. L'auteur rapporte aussi l'observation d'un cas d'occlusion intestinale chez une femme âgée de 60 ans, avec constipation absolue depuis neuf jours, vomissements fécaloïdes incessants, tympanite, pouls filiforme, etc., dans lequel, après l'essai infructueux de tous les moyens anodins connus, l'irrigation d'éther sur toute la surface de l'abdomen détermina, au bout d'une heure et demie, l'expulsion de selles extrêmement abondantes et la guérison de la malade.

La méthode d'irrigation préconisée par Bartosz pourrait, sans inconvénient, être remplacée par la pulvérisation d'éther ou par l'évaporation, à l'aide d'un soufflet, d'éther versé goutte à goutte sur la tumeur. En somme, quel que soit le moyen adopté, l'éther agit ici, comme le sac de glace, par la réfrigération que son évaporation produit. Le moyen proposé n'est donc qu'une amélioration pratique d'un moyen employé depuis longtemps. On peut y recourir, parce qu'il est d'un emploi facile, mais nous nous garderons bien de le préconiser dans ces cas d'étranglement datant de *plusieurs jours*, comme quelques-uns de ceux où l'auteur a osé l'employer. Agir ainsi, c'est s'exposer à réintégrer dans l'abdomen une anse d'intestin enflammée, altérée, gangrenée, déjà perforée ou sur le point de se rompre.

Pour qui a assisté aux perplexités d'un chirurgien attentif, quand il s'agit de rentrer dans le ventre une anse sur l'intégrité de laquelle l'examen le plus attentif n'a pas levé tous les doutes, la méthode de taxis par réfrigération, après plusieurs jours d'étranglement, alors même qu'elle devrait réussir spontanément, semblera une grande imprudence qu'aucun praticien n'osera commettre.

Dans ces cas, réintégrer après avoir dûment constaté est déjà audacieux ; mais réintégrer à l'aveuglette, sans même regarder, est inqualifiable.

On trouvera, sur cette méthode de réduction par l'éther, des articles de Kravosky et de Filatoff dans le *London medical Record* d'avril 1884, p. 149, et de mai 1884, p. 197.

L. Dn.

VARIÉTÉS

LES PROJETS D'ASSAINISSEMENT DE TOULON.

Pour la seconde fois, en deux ans, l'épidémie cholérique visite Toulon et justifie cruellement les critiques depuis longtemps formulées contre l'insalubrité de ce grand port méditerranéen. Malgré les avertissements les plus autorisés, les pouvoirs publics en sont encore à la période des hésitations et des retards. Et cependant, depuis le 11 avril dernier, les cartons officiels donnent l'hospitalité au magistral rapport dans lequel MM. Brouardel et Bruniquel exposent les résolutions des hygiénistes et des ingénieurs qui, en janvier et en avril dernier, s'étaient, sur la demande de la municipalité toulonnaise, réunis en commission d'études.

Depuis quelques jours seulement, ce rapport a vu le grand jour de la publicité et a pu déjà recevoir l'adhésion de tous les hygiénistes. C'est beaucoup, sans doute, mais ce n'est pas assez. Puisse-t-il, dans le prochain Parlement, et dans un jour de trêve politique, trouver l'appui de quelques députés! Ce sera, pour nos confrères qui y siégeront, le moyen de vaincre les objections que soulève leur empressement à solliciter le suffrage universel et de justifier leur présence au Palais-Bourbon.

Au point de vue scientifique, le seul dont il soit question dans ces colonnes, ce document mérite plus qu'une mention. Il servira certainement de modèle aux hygiénistes chargés de missions semblables, parce qu'il expose avec précision les multiples faces du problème de l'assainissement des villes et donne la solution réellement pratique de ses multiples difficultés.

L'économie de ces mesures sanitaires repose, d'une part, sur l'amélioration de la distribution des eaux; d'autre part, sur l'établissement du drainage destiné à la rapide évacuation des matières usées : eaux salies et vidanges.

Toulon reçoit ses eaux de trois sources; toutes trois ont le caractère des eaux potables, d'après les essais chimiques de M. Girard et les analyses microbiologiques de M. Roux. La transformation consistera à en augmenter la distribution et, par un accroissement de pression, à en assurer l'élévation à tous les étages des habitations. Dans l'espèce, ces conclusions sont conformes aux avis souvent formulés, à Paris, par les diverses commissions municipales.

Le système que les rapporteurs recommandent aux pouvoirs publics revient à l'assainissement de la maison par une rapide évacuation des matières usées, et la projection des eaux ménagères et des vidanges dans la canalisation générale ; le sous-sol, par la suppression des puits perdus ; la rue par des égouts étanches et par la suppression du ruisseau de l'Abattoir, de l'égout du Mourillon, du fossé de la Rose et de celui du Parti. En un mot, ce système revient à faire circuler l'eau partout et à en prévenir la stagnation.

Toutefois, après l'exécution de ces mesures et l'ouverture de deux rues destinées à assurer la démolition des immeubles qu'il est impossible d'assainir, l'œuvre sera encore inachevée. Il faudra pourvoir à l'assainissement des matières véhiculées par les collecteurs. Leur débouché se trouvant près de la Porte Neuve, à une faible altitude, on construira une machine élévatoire, à l'instar de celles de Berlin et d'autres villes, pour refouler les eaux impures au delà de la presqu'île Cepet et sur le rivage de la Méditerranée. Les déversera-t-on définitivement et directement dans la mer, sur un point de la côte où les courants ne pourront les entraîner au voisinage des endroits habités ?

La Commission préfère le régime du filtrage à travers des terrains de culture « estimant, d'un avis unanime, que l'épuration des eaux-vannes par l'irrigation peut être « admise sans inconvénient. »

Cette conclusion doit satisfaire les partisans du tout à l'égout. Il est vrai que, si les commissaires l'adoptent avec ces conséquences diverses, ils y mettent les conditions, qui ailleurs font défaut, d'un rapide écoulement des liquides à travers des égouts abondamment lavés et construits avec des pentes rapides.

On le voit donc, ce document n'est pas seulement d'intérêt scientifique local, il mérite les méditations de tous les hygiénistes. Est-ce à dire qu'il provoquera enfin les

©BIU Santé

efforts sanitaires sérieux de l'administration ? En tout cas, il ne laisse guère place à l'équivoque, les pouvoirs publics ne peuvent plus plaider l'ignorance. Les savants ont fait leur devoir ; il serait temps, ce me semble, que, ce document en main, on les mît en devoir de faire le leur. — C. L. D.

FORMULAIRE

PRISES CONTRE LA DYSURIE. — Mallez.

Cubèbe pulv.....	30 grammes.
Belladone pulv.....	de 0 gr. 20 à 0gr. 30 centigr.

Mêlez et divisez en 30 paquets. — 5 ou 6 par jour, dans des cachets de pain azyme, en ayant soin de les ingérer à des intervalles réguliers et suffisamment éloignés, pour que l'urine soit toujours imprégnée du principe balsamique. Ces prises sont recommandées contre la dysurie, la strangurie et la cystite du col. On prescrit en outre des suppositoires calmants et des bains. — N. G.

COURRIER

CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination de quatre élèves internes à la Clinique ophthalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts. Le titre d'externe dans les hôpitaux est exigé des candidats. Le registre d'inscription est ouvert tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures du matin à quatre heures du soir, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, jusqu'au 15 novembre 1885.

Les candidats devront déposer, à l'appui de leur demande, un certificat de leur chef de service et leur acte de naissance.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS. — L'École dentaire de Paris, située, 23, rue Richer, et dirigée par M. le docteur Th. David, rouvre ses cours le 2 novembre prochain.

La séance solennelle d'ouverture aura lieu le vendredi soir, 30 octobre, à huit heures et demie, sous la présidence de M. Brouardel, dans la salle des fêtes du IXe arrondissement.

MM. les médecins et étudiants sont invités à y assister.

— Le ministre du commerce vient de décerner une médaille d'honneur en or à M. le docteur Gibert, médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre, en récompense du dévouement dont il a fait preuve au cours de l'épidémie du choléra qui a sévi dans la commune d'Yport, en 1884.

— La séance de distribution des prix aux élèves de l'École municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Salpêtrière, pour l'année scolaire 1884-1885, a eu lieu le mardi 20 octobre, à trois heures, dans une des salles de l'établissement.

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 fr. 50.

Au moment de mettre sous presse, l'un de nos agents nous apporte le prospectus que nous reproduisons à la page suivante. Après l'avoir examiné attentivement, nous n'avons pas hésité à ouvrir nos colonnes à ce document qui nous paraît devoir intéresser le corps médical tout entier. Nul, mieux que les médecins et pharmaciens, n'est à même de suivre le développement qu'ont pris les Eaux minérales, et la faveur dont elles jouissent en France, et nul, à plus forte raison, n'est plus apte à reconnaître dans la gamme complète qui lui est offerte sous 2 ou 3 dénominations seulement, les qualités des Eaux et le choix si judicieux qui en a été fait. Nos lecteurs pourront donc, en connaissance de cause, prendre part à une affaire dont leur compétence spéciale leur permettra d'apprécier le brillant avenir.

SOCIÉTÉ HYDRO-MINÉRALE

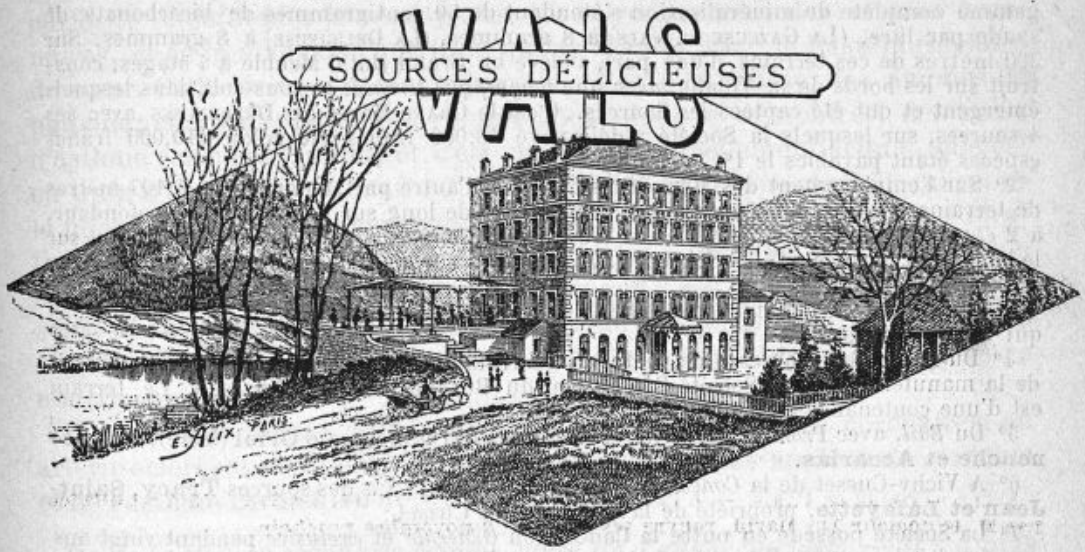
SOCIÉTÉ ANONYME. — CAPITAL : FR. 200,000

SIÈGE SOCIAL : 37, RUE DE ROME, PARIS

Augmentation du CAPITAL SOCIAL de 200,000 francs à 500,000 francs
Par la création et la mise en souscription de 600 actions de 500 francs.

Les fonds provenant de l'émission seront versés à la **Société générale de Crédit industriel et commercial**, *banquiers de la Société : à Paris, 72, rue de la Victoire.*

PROPRIÉTÉS DE LA SOCIÉTÉ :
LE GRAND HOTEL ET LES SOURCES DÉLICIEUSES



5 Sources les **Délicieuses de Vals** *à 1-3-6-8 gr.*
6 Sources les **Meilleures de Vals** : *La Gazeuse, Henriette* (2 *gr.*), *Béatrix* (4 *gr.*), *La Royale, Du Rocher, De Floux.*
*Les ferrugineuses d'***Oriol** (Isère). — Sources Bardonenche **Accarias.**
Paris 1879. — Médaille d'or.

Concessionnaire des **Eaux de Vichy** (*Sources Tracy, Saint-Jean et Lafayette*) à Cusset près Vichy.
Concessionnaire de la vente en France et ses Colonies des Eaux sulfureuses de **Schinznach**, canton d'Argovie (Suisse).
Concessionnaire exclusif de la vente en France et aux Colonies des Sels extraits des **Eaux de Moura** (Portugal).

Dépôt et vente des Eaux de la Société, gros et détail : A PARIS, 37, RUE DE ROME.

NOTICE

Depuis plusieurs années, l'emploi des Eaux Minérales Naturelles est devenu un besoin universel, surtout aux périodes épidémiques. Leur application intelligente a produit une amélioration telle dans la santé publique, que leur consommation s'est accrue d'année en année dans des proportions inattendues.

Pour nous qui avons étudié les Eaux Minérales, depuis bientôt 15 ans, nous n'hésitons pas à le dire : « **L'avenir est aux Eaux Minérales** » et toute affaire sagement administrée comme la nôtre, *et non majorée*, doit non seulement rémunérer son capital, mais lui donner de larges bénéfices.

La France, particulièrement riche en sources d'une grande valeur hygiénique et médicinale, devait plus que tout autre pays, recueillir le bénéfice de cet état de choses. En conséquence, les entreprises bien dirigées, ayant pour but l'exploitation des Eaux Minérales Naturelles devaient forcément, malgré le calme général des affaires, arriver à des résultats satisfaisants.

C'est ce qui a eu lieu pour la **Société Hydro-Minérale, 37, rue de Rome**, qui, constituée seulement en novembre 1883, a su (grâce à sa sage administration, offrir au

©BIU Santé

choix du médecin, une gamme complète d'Eaux, en Vals, Vichy et Oriol, soit des Alcalines et des Ferrugineuses), et au public, des Eaux irréprochables, qui n'ont pas tardé, ainsi doublement recommandées, à prendre une place importante dans la thérapeutique et dans la consommation.

Le développement a été tellement rapide, que la Société se trouve aujourd'hui moralement obligée d'augmenter ses moyens d'action et, par conséquent, son capital.

Cette augmentation sera de 300,000 francs, divisée en 600 actions de 500 francs, dont la souscription sera ouverte dès le **20 octobre courant.**

Ces actions seront payables comme suit :

Un quart, soit 125 francs

sur Avis de la Clôture de l'Emission par le Conseil d'Administration.

GARANTIES. — La Société est propriétaire :

1° A *Vals-les-Bains* de 4,400 mètres de terrains environ, de **11 sources** d'eaux minérales, divisées en deux groupes, dont la variété de graduation est telle qu'elle offre une gamme complète de minéralisation s'étendant de 50 centigrammes de bicarbonate de soude par litre, (LA GAZEUSE DE VALS) à 8 grammes, (LA DÉLICIEUSE) à 8 grammes. Sur 300 mètres de ces terrains, d'une part, s'élève un Grand Hôtel Meublé à 4 étages, construit sur les bords de la Volane, avec une *magnifique terrasse* et sous-sols dans lesquels émergent et ont été captées les Sources. C'est le GRAND HÔTEL DES DÉLICIEUSES avec ses 4 sources, sur lesquels la Société a déjà payé 40,000 francs ; le solde 110,000 francs espèces étant payables le 1er novembre 1893.

2° Sur l'emplacement des MEILLEURES DE VALS, d'autre part, comprenant 4,107 mètres de terrains, s'élève une *Manutention* de 27 *mètres* de long sur 11 mètres de profondeur, à 2 *étages*, avec *bureau de direction* et *d'administration*, *écuries* et *remises* ; s'étendant sur le boulevard Farincourt, des *Kiosques* avec *Buvettes* sur les sources HENRIETTE, la GAZEUSE et BÉATRIX.

3° Enfin la source LATINE avec le terrain sur lequel elle est captée et les constructions qui y sont élevées.

4° Du bail, avec promesse de vente, d'un terrain au lieu dit le Champ Long, au-dessus de la manutention de la Société Générale et du Bosquet de la Saint-Jean. Ce terrain est d'une contenance de 3,800 mètres environ.

5° Du *Bail*, avec *Promesse de Vente* des sources ferrugineuses d'**Oriol** (Isère), **Bardonenche et Accarias.**

6° A Vichy-Cusset de la *Concession générale* PENDANT 18 ANS des sources **Tracy**, **Saint-Jean et Lafayette**, propriété de la commune de Cusset ;

7° La Société possède en outre la Concession *Générale* et *exclusive* pendant vingt ans avec faculté de renouvellement, de la vente en France et ses Colonies, et d'expédition dans le monde entier des Eaux Sulfureuses de **Schinznach**, canton d'Argovie (Suisse).

8° De la *Concession Générale* et *Exclusive* pour la France et ses Colonies, de la vente des **Sels extraits des Eaux de Moura** (Portugal).

9° Enfin la vente annuelle assurée par contrats de 40 à 100,000 bouteilles, pendant une période de 3 à 10 ans et ce *en dehors de sa vente générale*.

10° Des *contrats de publicité* payés *d'avance* dans le Journal l'*Union médicale* ;

11° Un Dépôt des Eaux de la Société où la vente se fait en gros et en détail et où le public est assuré d'en trouver constamment à sa disposition, lequel Dépôt, situé 37, rue de Rome, à Paris, voit augmenter sa clientèle chaque jour.

12° Des correspondants dans les principales villes de la France et de ses Colonies du monde entier.

RÉSULTATS. — L'exercice finissant fin décembre 1884 a donné 20 °/₀ qui ont été reportés à nouveau. Depuis, malgré la crise qui sévit sur les affaires, la faveur du public n'a cessé de se porter sur nos Eaux.

En raison de ce qui précède, c'est-à-dire des beaux résultats obtenus par de faibles moyens et presque exclusivement par des efforts individuels, notre affaire sera certainement considérée comme une entreprise de tout repos.

Les capitaux qui nous seront confiés seront employés à la réalisation de certaines de nos promesses de vente et à un grand développement à nouveau de la publicité nécessaire, afin d'assurer une extension considérable aux affaires. Ils seront très largement rémunérés quand nous posséderons les éléments voulus pour procéder à toute cette publicité et faire face à toutes les exigences matérielles d'une bonne affaire en plein développement. C'est en vue de ce développement que nous faisons appel aux capitaux, certains d'avance que les moyens d'action qui nous ont fait défaut jusqu'à ce jour, tels que grande publicité et autres, assureront à notre Société une prospérité égale à celle des Compagnies similaires.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Germain Sée : Des infiltrations et transformations graisseuses du cœur. — II. Revue des Journaux. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Formulaire. — V. Courrier.

Des infiltrations et transformations graisseuses du cœur (1)

SIGNES ET MÉCANISME DE L'ASTHME ET DE L'ANGINE CARDIAQUES PAR STÉNOSE CORONAIRE.

I. *Histoire clinique.* — Les recherches récentes, cliniques et physiologiques, ont fait naître ou renaître une maladie, qu'on citait à titre de curiosité scientifique; je veux parler du rétrécissement des artères coronaires, et de la mauvaise nutrition qui en résulte pour le tissu musculaire du cœur. Cette lésion domine, aujourd'hui, toute la genèse des angines de poitrine; elle peut provoquer, comme nous allons le démontrer, des accès d'asthme cardiaque; enfin, et c'est un point nouvellement acquis, elle est en train d'absorber et de faire disparaître tout ce groupe morbide qui, sous le nom de myocardites chroniques, tendait à englober toutes les altérations du myocarde; la myocardite chronique n'existe ni au point de vue anatomique, ni au point de vue pathogénique; ses éléments constituants sont des dégénérations qui sont l'inverse de l'inflammation; ses éléments étiologiques sont l'ischémie cardiaque, résultant de l'oblitération des artères nourricières.

Il s'agit maintenant de démontrer l'action des sténoses coronaires, ou artério-scléroses coronaires sur le développement des angines de poitrine et de l'asthme cardiaque.

II. *De la sténose coronaire comme cause de l'angor pectoris.* — Il y a plus d'un quart de siècle, les médecins anglais, Heberden, Fothergill, Jenner, Parry avaient établi vaguement la corrélation entre l'angine de poitrine et l'oblitération des vaisseaux coronaires. Ogle la prouva par treize autopsies sur dix-neuf cas. Ces faits et cette doctrine étaient à peine mentionnés et vivement disputés par les nervistes, lorsque je tentai d'établir, en 1875 (*Journ. des connaiss. méd.*), que, s'il y a rétrécissement des artères par l'athérome ou la sclérose, si, à plus forte raison, il y a une obstruction de ces vaisseaux par l'infiltration calcaire ou par des embolies, le cœur ne peut plus fonctionner normalement; il se produit alors des accès d'*angor pectoris;* un fait très intéressant de Huchard, qui était jusque-là partisan de la névrose angineuse, un autre exemple très probant rapporté par Gérard, sont venus confirmer de tous point la doctrine de l'ischémie cardiaque que j'avais formulée en 1880 (Voy. *Traité des maladies du cœur*).

En 1881, j'entrepris avec Bochefontaine, mon chef de laboratoire, et Roussy, un de mes élèves, qui composa sa thèse avec ces documents, une série d'expériences pour prouver que, sous l'influence de l'anémie artificielle du cœur par une oblitération partielle de ses vaisseaux, les contractions rythmiques du ventricule gauche se ralentissent, deviennent trémulentes, et cessent brusquement. (Voy. *Séance de l'Institut*, janvier 1881.) L'*angor pectoris* résulte donc d'une ischémie mécanique du cœur par suite d'une oblitération plus ou moins complète de ses vaisseaux d'irrigation.

(1) Extrait du troisième volume des *Maladies du poumon*, par le professeur Germain Sée. Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

©BIU Santé

III. *De la sténose coronaire comme cause de l'asthme cardiaque.* — L'action des vaisseaux rétrécis ne se borne pas à la production de l'angine de poitrine. Leyden a étudié, en 1884, l'influence des ossifications de ces vaisseaux, de leur thrombose, de leur dégénération fibreuse, sur les phénomènes cardiaques, et il en trace le tableau le plus correct.

IV. *Séméiologie des myopathies par artério-sclérose coronaire.* — La phénoménalité des myopathies par artério-sclérose coronaire, qui sont les plus fréquentes de toutes les altérations du muscle cardiaque, est loin d'être fixée définitivement; on en a fait récemment encore un tableau de fantaisie, en disant : battements affaiblis du cœur, pouls faible, douleurs des plexus cardiaques ; la vérité est que la scène morbide ne se dessine que quand le cœur est atteint dans une grande portion de sa masse contractile, et qu'alors il se comporte comme un cœur mitral; le malade a la respiration courte, pénible; il s'essouffle aux moindres efforts, éprouve des palpitations avec une sensation de resserrement dans la poitrine, se fatigue avec la plus grande facilité, présente souvent l'irrégularité du rythme et de l'intensité des pulsations artérielles, un pouls souvent plein, fort et fréquent au début, pour devenir ensuite bigéminé, c'est-à-dire à double battement; enfin, le volume du cœur augmente, comme le témoigne la percussion. Il n'y a rien là qui sépare la myocardie des cardiopathies valvulaires. Une seule différence les délimite et elle n'est pas constante; c'est le souffle systolique ou présystolique qui, traduit presque jusqu'au bout les lésions valvulaires mitrales, c'est l'absence presque constante du souffle myocardique dans les artérioscléroses coronaires; c'est enfin, lorsqu'il existe, un souffle toujours faible, systolique, limité à la pointe, c'est le souffle de l'insuffisance fonctionnelle de la valvule mitrale, par suite de la parésie ou de la dégénérescence des muscles papillaires devenus impuissants pour fermer les valvules.

L'asthme myocardique est identiquement le même que l'asthme cardiaque mitral; le signe extrinsèque du souffle valvulaire peut seul nous guider.

V. *Séméiologie spéciale et diagnostic de l'artériosclérose coronaire* (*angine cardiaque*). — L'artériosclérose coronaire, qui se voit souvent chez le vieillard, reconnaît parfois une origine héréditaire, plus encore l'alcoolisme ou la syphilis, détermine un ensemble de phénomènes, qui ont été confondus sous les noms de myocardites chroniques ou fibreuses, de dilatations ou d'anévrysmes du cœur. Dans la vieillesse, on voit se produire lentement des symptômes cardiaques qui disparaissent pour être remplacés ensuite par de véritables accès d'angine de poitrine ou d'asthme cardiaque; dans sa marche progressive, la maladie finit par revêtir l'aspect des maladies graves du cœur, avec ou sans hydropisies, avec ou sans délire, et entraîner, après un certain nombre d'années, une mort subite. Tout se passe sans qu'il y ait la moindre lésion de canalisation, sans que les valvules aient subi la moindre altération et sans que le cœur fournisse aucun signe physique, si ce n'est d'une dilatation du ventricule gauche, et d'une hypertrophie du cœur droit; l'artériosclérose ne se manifeste, en effet, que par les signes vitaux. Outre l'asthme cardiaque et les accès d'angine, on note, en effet, la faiblesse d'impulsion du cœur, des syncopes, des modifications de la fréquence et du rythme des battements cardiaques; finalement, l'appareil respiratoire prend part au complexus morbide, et devient le siège ou

d'un catarrhe par congestion passive avec toux et soif d'air, ou bien de l'œdème pulmonaire.

Diagnostic. — Lorsque le tableau est complet, surtout lorsque l'asthme cardiaque vient à alterner avec les accès d'*angor pectoris*, le diagnostic ne saurait présenter de difficultés; l'artériosclérose coronaire se distingue alors nettement; mais, si l'asthme cardiaque prédomine, il faut se rappeler son début, sa marche insidieuse, surtout la continuité de l'essoufflement aux moindres efforts, la soif d'air en permanence.

Une autre circonstance bien plus importante est tirée des conditions individuelles, qui président à chacune de ces maladies; l'asthme est une maladie jeune; la sclérose coronaire est très rare avant 50 ans. De plus, elle coïncide souvent avec la sclérose des autres artères qu'on peut facilement reconnaître au pouls radial ou temporal, et cet athérome se voit souvent chez les individus atteints d'une surcharge graisseuse, laquelle n'épargne pas le cœur et contribue singulièrement à l'aggravation des accidents respiratoires.

CAUSES, SIGNES ET MÉCANISME DU COEUR FORCÉ

I. *Causes.* — Sous l'influence des fatigues corporelles, le cœur peut être surmené, forcé, et subir des dilatations avec ou sans atrophie. Peacok, Albutt l'ont observé chez des ouvriers dont la profession, comme celles de portefaix, de bûcherons, mineurs, forgerons, nécessite un grand déploiement de forces. La plupart du temps, à ce travail mécanique se joint une hygiène défectueuse, une alimentation insuffisante; l'exemple le plus saisissant est ce fameux cœur de Tubingue qu'on trouve chez les malheureux bûcherons qui meurent de privations, de fatigue générale et surtout du cœur forcé.

Les mêmes faits ont été observés dans les armées en campagne par Thurn et Fränzel, Myers, Dacosta, sur les soldats après de longues marches et, sans doute, de fréquents écarts de régime; il se manifeste une série de troubles cardiopulmonaires qu'on attribue au surmènement du muscle cardiaque.

Ils deviennent anhélants, incapables de se livrer au moindre exercice, même à la marche; ils accusent des palpitations, de la faiblesse générale; le cœur présente une augmentation de matité, qui est attribuée par les uns à la dilatation, par les autres à l'hypertrophie du cœur. Quand les malades succombent, on constate tantôt l'une, tantôt l'autre de ces lésions (Seitz). Albutt y ajoute même des altérations valvulaires, des rétrécissements ou des insuffisances mitrales; or, tout ceci est incompréhensible et me fait soupçonner une erreur de diagnostic ou de chronologie; il est plus que probable qu'il s'agissait de lésions orificielles vulgaires, dont la fin a été hâtée par le fonctionnement exagéré, par l'usure du muscle cardiaque, mais dont le début était resté latent, les malades n'étant pas connus avant leurs excès de travail.

Abstraction faite de ces cas obscurs, ou mal interprétés, il n'en reste pas moins vrai qu'on rencontre souvent, dans les autopsies, des ectasies sans aucune cause anatomique ou mécanique; c'est-à-dire sans lésion valvulaire, sans artériosclérose, sans lésion rénale ni pulmonaire; dans ces cas, le muscle du cœur n'a presque jamais été examiné, on n'avait apprécié que le changement de capacité. On est donc en droit de se demander si ce muscle était atrophié ou hypersarcosé, ou dégénéré; toutes les hypothèses

©BIU Santé

sont permises à cet égard. Le myocarde a-t-il participé à la dénutrition générale résultant de la misère? Je ne trouve pas dans les faits connus la mention de cette atrophie relative; a-t-il subi, au contraire, une hypersarcose véritable par suite du fonctionnement exagéré des muscles de la vie de relation? C'est possible, mais on sait que l'hypersarcose vraie, c'est-à-dire l'augmentation du nombre ou du volume des éléments musculaires, persiste rarement dans cet état, et que la dégénérescence fibreuse ou granulo-graisseuse s'empare toujours, tôt ou tard, d'une partie plus ou moins étendue des fibres musculaires ou du tissu connectif interstitiel du myocarde; or, ce n'est plus là une organisation compensatrice, une modification anatomique en rapport avec le travail mécanique professionnel; c'est, au contraire, un processus rétrograde, une dénutrition du parenchyme musculaire, de sorte que le surmènement du cœur consiste, en réalité, non plus dans un simple affaiblissement du cœur (*weackened heart*) sans lésion organique, ni encore dans une hypertrophie par accommodation, mais dans un véritable état de régression, une dystrophie. Lorsque le surmené guérit, on peut supposer que la fibre cardiaque n'a pas subi de vastes dégénérations; quand il succombe, on note l'ectasie du cœur dilaté, mais on ne sait rien de la constitution histologique de l'organe.

II. *Symptômes du cœur surmené et du cœur graisseux.* — S'il en est ainsi, si le cœur participe à la dystrophie générale, il n'est pas surprenant qu'il en résulte une grande gêne dans les mouvements respiratoires et une forte diminution des battements du cœur; tout le système musculaire, muscles périphériques, muscles respiratoires, myocarde, tout est frappé; il en résulte une déchéance des forces physiques, la dyspnée, la faiblesse du cœur et de la circulation; je compare cet état à celui du polysarcique, dont tout l'appareil contractile est envahi par la graisse, et empêché dans son action; aussi la symptomatologie du cœur surmené et du cœur gras présente-t-elle la plus grande analogie. Je n'ai pas à retracer le tableau de ces dyspnées continues et exacerbantes au moindre effort, ni de la matité exagérée qu'on retrouve dans les deux cas; il n'y a qu'un seul caractère qui les sépare, c'est la fréquence des palpitations chez les surmenés, ce qui tient à ce que le cœur est toujours dilaté; la matité dépend ici de l'ectasie, comme elle dénote la surcharge graisseuse dans le premier cas; or, de toutes les maladies organiques du cœur, c'est la dilatation qui donne le plus souvent lieu aux palpitations. Ainsi, la dyspnée, la matité, les palpitations suffisent pour signaler à l'attention du médecin ces cœurs fatigués ou dégénérés, et lui faire distinguer ce genre d'asthme cardiaque, de l'asthme proprement dit.

III. *Symptômes du cœur forcé ou hypertrophié dû à la croissance.* — A l'occasion de ces ectasies et de ces hypertrophies par surmenage du cœur, je crois devoir indiquer les lésions cardiaques dépendant de la croissance et que j'ai signalées à l'attention des médecins au mois de janvier 1885 (voir *Semaine médicale* du 7 janvier et *Séance de l'Institut* du 21 janvier) après avoir observé ces hypertrophies et ces dilatations sur quatre-vingts malades.

La maladie revêt le type dyspnéique, et les enfants se plaignent d'une gêne respiratoire même au repos, ou bien le type céphalalgique, ou bien, enfin, la forme tachycardique du cœur, c'est-à-dire des palpitations. Dans ces diverses conditions, on observe une augmentation de volume du cœur,

soit par hypertrophie des parois, soit par dilatation des cavités chez les enfants fatigués; on note parfois un souffle systolique et de l'arythmie du cœur.

On ne saurait prendre ces accidents pour ceux de l'asthme nerveux ni même de l'asthme cardiaque; l'examen du cœur et l'âge de l'enfant fixent immédiatement le diagnostic; la seule difficulté est de savoir s'il s'agit d'un cœur en excès de croissance ou en excès de fatigue, c'est-à-dire d'un cœur hypersarcosé ou forcé.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la cachexie palustre, par Krasowsky. — Le médecin de Batoum prescrit l'iodure de fer sous forme de sirop et, sous cette influence, observe la diminution de l'hypertrophie hépatique et splénique. Il administre encore l'arsenic, sous forme de liqueur de Fowler, à la dose trois fois répétée de 5 gouttes, ou de liqueur de Biett, à celle de 7 ou 8 gouttes. Celle-ci est préférable à la liqueur de Fowler, car elle trouble moins les digestions.

Dans quelques cas, il obtient de meilleurs effets de l'écorce de quinquina que de la quinine. Enfin, bien qu'il ne la considère pas comme un puissant médicament antimalarique, il emploie la teinture d'eucalyptus lorsqu'il existe des troubles gastriques, anorexie, épigastralgie, etc., etc. (*The Russacasi meditzina*, 1884, n° 27, p. 566, et *The London med. Rec.*, p. 500, 15 nov. 1884). — C. L. D.

Des propriétés antipyrétiques de l'hydro-quinine, par Scifert. — Ce dérivé de la quinine aurait, d'après cet observateur, des propriétés antithermiques comparables à celles de la quinine et supérieures à l'acide salicylique ou à la kairine, parce qu'il ne produit ni délire, ni bourdonnements d'oreille, ni céphalalgie. Son action serait rapide, exempte d'inconvénients, même par un usage continu, et recommandable chez les enfants.

Ce médicament diminue le nombre des pulsations en même temps que la température et provoque une abondante transpiration. Enfin, son prix équivaut à peu près à celui de la quinine (*Berliner klin. Wochensch.*, 1884, n° 29). — C. L. D.

De la signification diagnostique de l'ictère, par Tuine. — Parmi les conclusions de ce mémoire, les suivantes sont d'utilité pratique : 1° L'apparition subite de l'ictère en pleine santé fera soupçonner sa nature passagère ou émotionnelle; — 2° son apparition soudaine, avec des douleurs paroxystiques et des vomissements, est causée, dans neuf cas sur dix, par la présence de calculs dans les canaux biliaires; — 3° l'intensité de l'ictère, la décoloration des selles et, au début, la distension de la vésicule biliaire, indiquent une complète obstruction du canal cholédoque, diagnostic que confirme le retour des selles à leur coloration normale; — 4° l'absence d'ictère n'est pas conséquente de l'intégrité de la glande hépatique, puisque la destruction du foie ou son extirpation totale ont pu être pratiquées sans produire la jaunisse. C'est donc un signe de valeur relative et non absolue (*Boston med. Journ.*, 3 juillet 1884. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 octobre 1885. — Présidence de M. Duplay.

Sommaire. — Observations de méningite et de tuberculose généralisée à la suite d'opérations sur les articulations. — Discussion sur la pathogénie de l'érysipèle à répétition. — Rapport sur une observation de calculs prostatiques. — Présentation de malades : opération d'empyème; redressement de genu valgum par l'ostéoclasie. — Présentation de pièces pathologiques : *molluscum pendulum*. — Monstre double.

M. Chauvel, secrétaire général, donne lecture, au nom de M. le docteur Martel

©BIU Santé

(de Saint-Malo), membre correspondant, d'une observation de méningite tuberculeuse avec tuberculose généralisée consécutive au redressement d'une ankylose du genou.

— M. Richelot communique l'observation, dont il s'était borné à donner le titre dans la dernière séance, de méningite tuberculeuse survenue à la suite d'une opération pratiquée pour une synovite fongueuse du poignet. Cette opération, pratiquée le 3 août dernier, par M. Richelot, sur un malade du service de M. Verneuil, a consisté dans le simple râclage des fongosités développées dans la gaîne des muscles fléchisseurs du poignet. Le malade, homme vigoureux et bien musclé, n'offrait rien dans son état général qui pût faire supposer l'imminence d'une explosion de manifestation de la diathèse tuberculeuse.

Après l'opération suivie de l'application d'un pansement antiseptique, rien d'anormal ne survint du côté de la plaie. Celle-ci se réunit par première intention. Mais, dès le lendemain de l'opération, la température s'élevait à 39°, et oscillait, les jours suivants, entre ce chiffre et ceux de 40 et 41°.

Le 15 août, se manifestaient des douleurs violentes du côté du testicule, et une double orchite tuberculeuse se déclarait. Presque en même temps éclataient les symptômes de la méningite tuberculeuse qui a rapidement enlevé le malade.

A l'autopsie, on trouva, outre les lésions des méninges, les organes pulmonaires farcis de granulations grises. Enfin, du côté du poignet, il y avait comme une repullulation des fongosités.

Il paraît difficile à M. Richelot de ne pas voir, dans ce cas, une relation directe entre l'acte opératoire et l'explosion des accidents de généralisation tuberculeuse, quelle que soit d'ailleurs la théorie que l'on adopte pour les expliquer, soit la théorie du coup de fouet, soit celle de l'auto-inoculation.

Sans doute, il est des cas où il ne faut voir qu'une simple coïncidence, d'autres où il est fort difficile de se prononcer, d'autres enfin où l'acte opératoire ne fait guère que précipiter l'évolution d'accidents tuberculeux déjà déclarés. Mais ici il ne semble pas qu'il puisse y avoir place au doute, touchant la relation de cause à effet, entre l'intervention chirurgicale et la manifestation des accidents de tuberculisation généralisée.

Maintenant, faut-il conclure de ce fait et d'autres analogues, que l'on a tort d'opérer les tuberculeux ou ceux que l'on soupçonne être en puissance de tuberculisation? Non, sans doute; quand on est, d'une part, en présence d'un malade dont la santé générale est excellente et lui permet de résister aux suites de l'opération, quand d'autre part il s'agit d'une lésion locale assez grave pour mettre la vie du malade en danger, si on ne l'opère pas, la légitimité de l'intervention chirurgicale ne saurait être contestée.

Donc, la notion de l'influence des maladies antérieures sur le traumatisme opératoire, et réciproquement, notion si bien mise en lumière par les travaux de M. Verneuil, si elle doit avoir pour résultat incontestable de modifier le pronostic des suites de l'opération, ne saurait imposer des limites précises à l'intervention chirurgicale.

M. Verneuil déclare qu'il est complètement d'accord avec M. Richelot touchant l'opportunité de l'intervention opératoire chez les tuberculeux; mais il y aurait lieu, suivant lui, de rechercher surtout quels sont les modes de cette intervention qui exposent le moins les opérés aux accidents de généralisation tuberculeuse.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la communication de M. Verneuil relative à la pathogénie de l'érysipèle à répétition.

M. Desprès tient à faire savoir une fois de plus qu'il est du petit nombre de ces chirurgiens qui ne se sont pas laissé entraîner par le mouvement révolutionnaire qui emporte la chirurgie moderne dans la voie tracée par les découvertes de M. Pasteur. Si brillantes que soient ces découvertes dont quelques-unes touchent presque au génie, M. Desprès estime qu'elles ont eu sur les progrès de la chirurgie l'influence la plus déplorable. Au lieu de faire, des chirurgiens de l'époque actuelle, des cliniciens consommés, comme ceux dont M. Desprès a recueilli les enseignements et suivi la tradition, les doctrines microbiennes n'ont fait, en réalité, que des chercheurs de petites bêtes.

Aujourd'hui toutes les maladies sont réputées contagieuses, et la contagion est produite par la translation des microbes d'un organisme malade sur un organisme sain. Toutes les maladies, depuis la pneumonie jusqu'au furoncle, sont dues à des microbes particuliers. L'érysipèle ne pouvait pas ne pas avoir le sien. C'est donc une maladie microbienne et contagieuse de par M. Verneuil.

M. Desprès ne saurait admettre cette manière de voir ; il se déclare hautement l'adversaire de la contagion de l'érysipèle. Les observations que M. Verneuil a données comme preuve de cette contagiosité lui paraissent insuffisantes pour entraîner la conviction des chirurgiens. M. Desprès a publié de nombreuses observations qui démontrent la non contagion de l'érysipèle. Il a montré, dans son service de l'hôpital de la Charité, d'une part que s'il entre un individu atteint d'érysipèle dans une salle où sont réunis un certain nombre d'opérés, ceux-ci ne contractent pas l'érysipèle ; d'autre part que si, à côté d'un malade atteint d'érysipèle, on pratique une série d'opérations, aucun cas d'érysipèle ne se déclare sur cette série d'opérés.

L'érysipèle n'est donc pas contagieux ; rien ne prouve d'ailleurs qu'il soit le produit d'un microbe. Le parasite de l'érysipèle n'est pas mieux démontré que le microbe du choléra. Ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, on prend l'effet pour la cause ; toutes les pullulations parasitaires sont des épiphénomènes que l'on observe dans le cours ou au déclin des maladies les plus diverses. Ils ne sont pas les causes de ces maladies. Les faits d'érysipèle à répétition cités par M. Verneuil sont connus très anciennement, auxquels il a cru pouvoir donner une interprétation différente de celle qu'on leur donnait avant lui. Un eczéma de la face, du cuir chevelu, un impétigo, une écorchure, une inflammation chronique de la peau, ou des muqueuses extérieures, une fistule, etc., peuvent donner naissance à l'érysipèle, tout le monde sait cela. Pas n'est besoin de recourir à l'hypothèse de microbes, demeurant en permanence dans les croûtes de la face ou du cuir chevelu, dans les oreilles ou le nez, ou à la surface de la peau ulcérée ou excoriée, pour expliquer l'érysipèle à répétition. On sait que l'érysipèle est une affection inflammatoire des vaisseaux lymphatiques ; il est donc rationnel que les parties du corps où ces vaisseaux existent en plus grand nombre soient plus fréquemment le siège de l'érysipèle, lorsque ces parties occupées par un eczéma, un impétigo, une plaie, un ulcère, une fistule, viennent à être irritées ; tant que la fistule, l'ulcère, la plaie, l'impétigo, l'eczéma, persisteront, les malades seront exposés à des poussées érysipélateuses, sous l'influence de la plus légère irritation accidentelle, particulièrement sous l'influence de l'impression du froid, qui est, avec l'irritation produite par une plaie mal pansée, le facteur le plus commun dans la genèse de cette maladie.

Avec la tendance que l'on a à voir partout des maladies contagieuses, on arrivera à demander la séquestration de toutes les séries de malades ; il faudra séquestrer les érysipélateux, comme, au moyen-âge, on séquestrait les lépreux. Au reste, du moment où, en pleine Académie de médecine, on vient ressusciter la vieille doctrine de la contagion de la lèpre, on ne voit pas pourquoi on ne demanderait pas aussi le rétablissement des léproseries.

M. Verneuil fait remarquer que, dans sa communication, il n'a pas voulu toucher à la question de la contagion de l'érysipèle, celle-ci n'étant, d'ailleurs, plus discutable à l'heure qu'il est. M. Verneuil s'est purement et simplement occupé de la pathogénie de l'érysipèle à répétition. Il a déclaré, en particulier, qu'il était inadmissible, par exemple, qu'une malade ayant eu 114 érysipèles, comme le sujet d'une de ses observations, eût été contagionnée 114 fois. C'est pour expliquer ces faits inexplicables dans la doctrine exclusive de la contagion, que M. Verneuil a été conduit à admettre l'auto-inoculation par un agent infectieux, virus, microbe, comme on voudra l'appeler.

M. Trélat déclare n'avoir rien à dire contre la doctrine émise par M. Verneuil, pour expliquer certains faits d'érysipèle à répétition. L'idée de M. Verneuil est possible, elle est rationnelle. Mais, si, au lieu d'apporter purement et simplement des interprétations de faits, M. Verneuil eût cherché à découvrir chez les sujets qu'il a observés, par exemple, chez sa malade aux 114 érysipèles, le microbe de l'érysipèle ; s'il se fût attaché

©BIU Santé

à isoler ce microbe, à le cultiver, à l'inoculer enfin, pour donner naissance à l'érysipèle, sa démonstration eût tiré de cette recherche indispensable une autorité à laquelle ne saurait prétendre la simple exposition d'une théorie sans preuves.

M. Trélat n'est pas l'adversaire *quand même* de la nouvelle doctrine de l'érysipèle. Tout en admettant qu'il y a, dans cette doctrine, des points obscurs; qu'il est, par exemple, de l'aveu de M. Cornil, difficile d'isoler, dans la série des microbes que l'on recueille sur un individu érysipélateux, le vrai microbe de l'érysipèle, et que la morphologie de ce microbe n'est pas encore assez nettement caractérisée pour ne pas laisser quelque place au doute et à l'incertitude; tout en admettant ces lacunes d'une science encore en voie d'évolution, M. Trélat se garderait bien d'opposer, à l'exemple de M. Desprès, aux découvertes de cette science nouvelle, des dénégations systématiques. Il y a eu, dans des laboratoires sérieux, dirigés par des hommes compétents et véridiques, des essais de culture et d'inoculation du microbe de l'érysipèle, qui ont produit des résultats réels. Il ne saurait, en outre, être contesté que, par la marche antiseptique de la thérapeutique chirurgicale, l'école moderne ait réussi à faire rétrograder l'érysipèle, sinon à le faire disparaître complètement des services de chirurgie. Ainsi, au point de vue clinique, l'érysipèle se comporte absolument comme une maladie contagieuse; au point de vue des expériences de laboratoire, le microbe de l'érysipèle a été vu, cultivé, inoculé de manière à reproduire la maladie; quelles que soient les lacunes et les obscurités de la nouvelle doctrine, les faits qu'elle a mis en lumière doivent amener tout chirurgien prudent et soucieux des progrès de la science, à les prendre en considération, et à ne pas rejeter avec dédain les travaux de ceux qui se livrent avec tant de zèle à la culture de cette branche de la pathologie.

— M. Paul Reclus fait un rapport verbal sur une observation de M. le docteur Sentex, de Saint-Sever (Gironde), relative à l'extraction, pratiquée avec succès par ce chirurgien, de 32 calculs prostatiques sur un même malade. L'examen, fait au laboratoire de la Charité, a montré que ces calculs étaient composés de phosphate ammoniaco-magnésien, de phosphate et d'oxalate de chaux.

— M. Poulet (du Val-de-Grâce) présente un malade auquel il a pratiqué, avec succès, l'opération de la pleurectomie.

— M. Théophile Anger présente un jeune malade qu'il a opéré d'un genu valgum au moyen de l'ostéoclasie par l'appareil de M. Collin. Les résultats de l'opération ont été satisfaisants.

M. le président Duplay a vu, par contre, des résultats de l'ostéoclasie tellement détestables qu'il a renoncé à peu près complètement à la pratique de cette opération.

— M. Gillette met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique constituée par un *molluscum pendulum*. Cette tumeur existait chez une jeune femme de 22 ans, enceinte de plusieurs mois, qui l'avait depuis son enfance. Elle s'était développée vers l'âge de 10 à 12 ans, et avait augmenté lentement de volume jusqu'à l'époque de la grossesse, où elle commença à prendre un développement de plus en plus rapide. Elle s'ulcéra et donna lieu à des pertes de sang plus ou moins abondantes qui obligèrent la malade à réclamer l'opération.

M. Gillette a pratiqué l'ablation de la tumeur, il y a cinq jours, avec un succès complet; il n'y a pas eu d'accidents et la réunion s'est faite par première intention.

Chose digne de remarque, cette femme, mariée depuis huit ans, avait pu cacher, pendant tout ce temps, l'existence de cette tumeur à son mari, qui ne s'était jamais aperçu de rien. La tumeur avait cependant son siège sur les parties génitales externes.

— M. Lucas-Championnière présente une pièce tératologique constituée par un monstre double, et remarquable par l'existence d'une verge énorme. Cette pièce a été adressée par M. le docteur Clément, chirurgien des hôpitaux de Buckarest. Elle a été renvoyée, avec l'observation qui l'accompagne, à l'examen d'une commission composée de MM. Sée, de Saint-Germain et Lucas-Championnière, rapporteur. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 octobre 1885. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire : *Dilatation énorme de l'estomac; arrêt des matières alimentaires par atonie gastrique simulant l'occlusion intestinale; mort. — Pied tabétique. — Atrophie partielle du cœur par endartérite oblitérante des coronaires. — Inoculation de la varicelle. — Cysticerques chez l'homme.*

M. Legroux communique un cas de dilatation énorme de l'estomac, ayant quelques analogies avec celui dont M. Hayem avait entretenu la Société dans la précédente séance. M. Hayem avait émis l'idée que son malade aurait peut-être éprouvé de l'amélioration si, pendant la période digestive, il avait été placé la tête en bas. Cette vue théorique n'est peut-être pas seulement une boutade humoristique. Le décubitus à observer pendant le travail de la digestion n'est pas sans importance chez les gens atteints de dilatation de l'estomac : le décubitus latéral droit permettrait aux aliments de franchir plus facilement le pylore au lieu de stagner dans le grand cul-de-sac ; la position horizontale est peut-être, en tout cas, plus favorable que la station pour la digestion, et les collégiens, qui se couchent et dorment presque aussitôt après le repas du soir ne s'en trouvent généralement pas mal.

L'homme dont M. Legroux présente l'estomac à la Société était âgé de 18 ans. Il fut amené à l'hôpital Laënnec pour des accidents d'occlusion intestinale datant de quatre jours; le ventre était rétracté, dur et mat dans toute son étendue, sauf au niveau de l'hypochondre gauche et de l'ombilic. Le malade racontait qu'il avait eu antérieurement des accidents douloureux qualifiés de coliques hépatiques, et qui n'étaient probablement, à ce qu'on peut supposer, que l'ébauche des accidents actuels. Dans l'aine gauche, au niveau de l'arcade crurale, existait une petite tumeur dure et douloureuse, qui pouvait faire croire à une hernie ; mais une incision faite à ce niveau montra qu'il s'agissait seulement d'un ganglion caséeux.

L'évacuation de l'estomac par la sonde permit d'extraire deux litres de liquide verdâtre et le malade éprouva du soulagement. Trois litres furent encore évacués le lendemain, et il y eut encore un peu d'amélioration ; néanmoins il n'y eut ni évacuation alvine, ni émission de gaz par l'anus. Bientôt même l'état général s'aggava, le pouls devint filiforme, les urines se raréfièrent, le subdélire et l'agitation ne cessèrent plus jusqu'à la mort. Le malade avait adopté pendant les deux derniers jours la position genu-pectorale, dans laquelle il se trouvait mieux.

A l'autopsie, on trouva d'abord un immense estomac dont le pylore correspondait à la fosse iliaque droite. Cet estomac occupait presque la totalité de l'abdomen. La grande courbure descendait jusqu'à 5 centimètres du pubis, auquel elle était fixée par le grand épiploon. L'estomac mesurait 20 centimètres verticalement et 32 centimètres transversalement; il contenait trois à quatre litres d'un liquide verdâtre. Au pylore dilaté faisait suite un duodénum en forme d'entonnoir, et après cet infundibulum duodénal venait le paquet des anses d'intestin grêle agglomérées toutes dans la fosse iliaque droite. Le rétrécissement du duodénum était causé par le mésentère, qui passait comme une sorte de bride au devant de lui. Mais il n'y avait pas d'étranglement réel, et il est probable que, si la progression des matières s'était trouvée empêchée, c'est parce que l'estomac avait perdu progressivement toute contractilité par suite de son ancienne dilatation. Pas de tubercules dans le péritoine ni dans les poumons.

M. R. Moutard-Martin demande dans quels rapports se trouvaient le duodénum et la face inférieure du foie.

M. Legroux : Ils étaient fort éloignés l'un de l'autre et réunis à distance par quelques tractus celluleux.

M. Chauffard présente un malade atteint de *pied tabétique* et observé par lui à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Hutinel, qu'il remplace. Cette lésion est rare. Il n'en existe encore que 7 cas dans la science; 5 ont été publiés par MM. Charcot et Féré,

©BIU Santé

qui ont, les premiers, décrit le pied tabétique. M. W. Page et M. Boyé, ancien interne des hôpitaux de Lyan, en ont publé chacun 1 cas.

Le malade de M. Chauffard n'est ni syphilitique, ni névropathe. C'est un homme de 32 ans, dont le tabès a débuté il y a huit ans par un strabisme léger et une diplopie passagère avec de faibles douleurs en ceinture. Il eut un répit de trois à quatre ans, puis souffrit de nouveau de douleurs fulgurantes, et éprouva quelque trouble de la sensibilité plantaire du côté gauche. Enfin, deux maux perforants s'établirent aux deux pieds, et, au pied gauche, sur la face dorsale du tarse, apparut un empâtement diffus, rénitent, peu douloureux. Cette tuméfaction s'est accrue rapidement, et en moins de six semaines s'est constitué un gonflement énorme, indolent, des os de la deuxième rangée du tarse; on peut constater aussi un peu de mobilité anormale de l'avant-pied. Les empreintes des pas, prises en faisant marcher le malade sur un long rouleau de papier, font voir que celles du pied malade sont identiques à celles du pied plat, fait déjà noté chez un des malades de M. Charcot.

M. Chauffard insiste sur la rapidité excessive de ces accidents arthropathiques, et sur une série de troubles vaso-moteurs et trophiques du pied malade. Ce pied est constamment baigné de sueurs. Lorsque, d'après la méthode de M. Strauss, on provoque la réaction sudorale par injection sous-cutanée de pilocarpine aux deux pieds, on voit l'hypercrinie sudorale apparaître sur le pied malade quinze à vingt secondes après l'injection, tandis qu'elle ne se montre sur l'autre pied qu'au bout de plusieurs minutes. Le pied malade est, en outre, le siège d'une élévation de température énorme dont le malade a conscience, et que le thermomètre accuse plus élevée de 8 degrés en moyenne que la température du pied sain. Une telle hyperthermie locale permet de supposer qu'il existe derrière la tuméfaction un travail inflammatoire d'une grande intensité, et cette induction est légitimée par deux autopsies de M. Boyé et de M. Charcot, dans lesquelles on a constaté des érosions, ulcérations, destructions et fractures spontanées des os du tarse, sans suppuration des parties molles, ni élimination de séquestres, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'examen d'une belle pièce que M. Chauffard met sous les yeux de la Société, et qui provient du musée de la Salpêtrière.

M. Blachez présente le cœur d'un homme de 68 ans, qui, atteint d'artériose sclérose généralisée et de néphrite interstitielle, a succombé à une hémorrhagie cérébrale. Ce cœur offre, outre une insuffisance mitrale sur la paroi postérieure du ventricule gauche un amincissement considérable au niveau duquel la paroi musculaire est remplacée par une plaque scléreuse d'aspect laiteux. Cet amincissement contraste d'une façon remarquable avec l'hypertrophie général du cœur et notamment des autres parties du ventricule gauche. On trouve l'explication de cette atrophie scléreuse dans la constatation de l'oblitération du rameau de l'artère coronaire qui se rend à cette partie du ventricule. Cette oblitération est la dernière étape d'une endartérite généralisée à toute l'étendue des coronaires. Il est probable que, si l'individu eût vécu plus longtemps, l'amincissement de la paroi ventriculaire aurait conduit à un anévrysme du cœur.

M. d'Heilly rend compte d'une petite épidémie de varicelle qu'il a observée dans son service et au cours de laquelle il a pratiqué, de concert avec son interne, M. Thoinot, des inoculations qui ont donné 3 fois sur 10 un résultat positif. M. d'Heilly compare ces résultats à ceux de Trousseau, qui n'obtint presque pas d'inoculations positives et à ceux de Steiner, qui a réussi 80 fois sur 100. L'incubation a été en moyenne de quatorze à dix-huit jours. Il n'y a pas eu de prodromes. M. d'Heilly a pu résoudre le problème si discuté des rapports entre la varicelle et la variole, et entre la varicelle et la vaccine. La variole ne confère pas l'immunité pour la varicelle. La varicelle ne donne pas d'immunité contre la variole, elle ne fait pas non plus échec au vaccin. Quant au quatrième terme du problème, la varicelle survenant après la vaccination, il est élucidé par des observations de M. Tordeus (de Bruxelles).

M. Legroux demande des détails sur la façon dont M. d'Heilly a pratiqué l'inoculation de la varicelle.

M. d'Heilly prend du liquide des bulles le deuxième jour de l'éruption, quand il est

encore limpide et clair. Il ajoute qu'il n'y a pas de relation entre le point où a été faite l'inoculation et celui où apparaissent les bulles de varicelle.

M. Blachez s'étonne que M. d'Heilly ait, au cours de sa communication, qualifié la varicelle de maladie de la première enfance. Pour lui, il l'a observée souvent, au cours des épidémies de variole, chez des sujets d'un âge plus avancé.

M. d'Heilly reconnaît qu'elle peut exister en effet chez des sujets déjà âgés, tout en étant plus fréquente chez les jeunes enfants.

M. Dumontpallier pense que M. d'Heilly a dû pratiquer ses inoculations sur des sujets placés dans des conditions différentes de celles où lui-même s'était placé antérieurement ; car les résultats qu'il a obtenus sont très différents. Il demande à analyser attentivement les observations de M. d'Heilly avant d'accepter ses conclusions.

M. Millard demande si on observe quelque symptôme au point d'inoculation.

M. d'Heilly : Aucun.

M. Millard émet l'hypothèse que la contagion a pu exister dans les cas où l'inoculation de M. d'Heilly a été positive, puisque les malades étaient toutes dans la même salle.

M. Dumontpallier s'étonne de la longue durée de l'incubation, qui dépasse de beaucoup celle de la variole.

M. Millard demande si M. Dumontpallier, qui s'est occupé spécialement de la varicelle, a observé des récidives.

M. Dumontpallier : Une seule fois.

M. Troisier présente un échantillon de cysticerques sous-cutanés provenant d'un malade présenté antérieurement par lui à la Société. Cet homme, atteint de ladrerie, a succombé à une néphrite interstitielle ou plutôt à une tuberculose aiguë généralisée survenue comme complication ultime. Les cysticerques, au nombre de 200 au moins, siégeaient non pas dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais dans les muscles, immédiatement sous l'aponévrose ou dans l'épaisseur du tissu musculaire. Les muscles les plus atteints étaient les pectoraux, dorso-lombaires, couturier, triceps brachial, diaphragme. Il y avait dans l'encéphale une quinzaine de cysticerques, adhérents aux méninges ou dans les corps opto-striés, sans que le malade eût présenté aucun accident nerveux. Chaque tumeur était constituée par une vésicule contenant un liquide transparent et, au centre, une petite masse jaune, lecysticerque, sa tête ayant double couronne de crochets et quatre ventouses. Quelques-uns des cysticerques étaient flétris, caséeux, en voie d'atrophie, mais on retrouvait des crochets libres dans les détritus. Il n'y avait de cysticerques ni dans le cœur, ni dans les muscles de la langue ; un seul en voie d'atrophie existait dans le foie. Dans les muscles, le tissu musculaire n'était nullement altéré autour da la tumeur.

Dans l'intestin, on n'a pas trouvé de tænia, il est donc très probable que ce malade était devenu ladre pour avoir avalé un cucurbitain de tænia de l'homme, et c'est là une contradiction avec la loi relative à l'alternance des habitats du tænia et de son scolex. La femme de ce malade avait eu le tænia, et il est permis de supposer que la transmission s'était faite de la femme au mari. Il resterait à savoir si un cysticerque, pris sur cet homme, pourrait se développer en tænia chez un autre homme. Un observateur déterminé a fait jadis l'expérience sur lui-même et a eu le tænia par ingestion de cysticerque. M. Troisier n'a pas cru nécessaire de l'imiter ; mais M. Straus a fait ingérer à des lapins des cysticerques du malade de M. Troisier.

M. Du Castel signale l'influence que peut avoir une maladie aiguë intercurrente sur les cysticerques de l'homme. Il a eu dans son service, il y a trois ans, un Italien atteint de cysticerques qui prit la fièvre typhoïde. La dothiénentérie revêtit une forme ataxo-adynamique des plus graves ; or, au fur et à mesure que le malade maigrissait, ses cysticerques diminuaient de volume à tel point qu'il devint impossible de les percevoir par

©BIU Santé

le palper. Mais, quand le malade fut guéri, les cysticerques réapparurent, et les tumeurs sous-cutanées redevinrent aussi volumineuses qu'auparavant.

M. Troisier rappelle que les cysticerques diminuent quelquefois de volume spontanément en dehors de toute influence morbide intercurrente.

M. Millard pense que l'influence des maladies aiguës sur les parasites est un fait banal; c'est ainsi que la gale semble disparaître au cours de la fièvre typhoïde, mais reparaît après la convalescence.

M. Féréol demande à ses collègues s'ils voient encore des tænias armés. Pour lui, depuis dix ans, il n'en voit plus.

M. Desnos, qui a observé beaucoup de tænias, à la Charité, où la réputation de M. Laboulbène attire probablement les malades atteints de tænia, ne voit plus guère non plus que des tænias inermes. — Paul Le Gendre.

FORMULAIRE

Poudre contre la transpiration fétide. — Vieusse.

Dans le cas de transpiration fétide des pieds, soit que le derme se trouve mis à nu par la macération de l'épiderme, soit que la peau n'ait subi aucune altération, on frictionne les pieds, sans oublier les espaces interdigitaux, avec 20 ou 30 grammes de sous-nitrate de bismuth, et on répète ces frictions tous les jours, pendant une quinzaine environ. Dès la seconde ou la troisième friction, la transpiration devient moins abondante, et les douleurs disparaissent rapidement. L'épiderme perd sa teinte blanche, il adhère plus intimement au derme sous-jacent. La secrétion des glandes sudoripares et sébacées est diminuée ; la sueur est moins irritante, et, vers le sixième jour environ, la peau a repris son aspect habituel. — N. G.

COURRIER

Les établissements de bains. — Jusqu'ici ces établissements n'avaient été soumis à aucune réglementation. Frappé de cet inconvénient, M. Gragnon a saisi de cette affaire le conseil d'hygiène. A la suite du rapport du conseil, le préfet de police va rendre incessamment l'ordonnance suivante :

Les bains chauds et médicinaux devront avoir le générateur et les chaudières installés dans un local spécial fermé par des murs en maçonnerie et placé à une distance suffisante des locaux affectés aux baigneurs. Les cabines devront s'ouvrir à l'intérieur aussi bien qu'à l'extérieur. Les robinets dits cols de cygne seront supprimés et remplacés par des robinets se refermant automatiquement.

Les cabines auront au moins neuf mètres cubes de capacité. Il y sera établi un vasistas pouvant s'ouvrir à soufflet, et que le baigneur pourra faire fonctionner de sa place. Les bains hydrosulfurés seront donnés dans des cabines spéciales, et les eaux ne seront rejetées de l'établissement qu'après avoir été désinfectées. Pour assurer l'exécution de cette dernière mesure, les baignoires seront disposées de manière que le baigneur ne puisse vider l'eau lui-même.

Les étuves des bains de vapeur devront avoir une capacité de 10 mètres cubes au moins par personne; elles ne seront pas construites en bois. Leurs parois seront en matière moins conductrice de la chaleur : plâtre, ciment, marbre ou stuc. Elles seront éclairées par le haut et il y sera établi des vasistas permettant une ventilation rapide. Les robinets de vapeur ne seront jamais à la disposition des baigneurs.

L'ordonnance concerne aussi les bains froids.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. Revue de clinique et de thérapeutique. — III. Revue des Journaux. — IV. Sociétés médicales des départements. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton. — VIII. Formulaire. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 27 octobre. — Le grand fait du jour est la publication des résultats obtenus par M. Pasteur dans ses expériences contre la rage. Lundi à l'Institut, mardi à l'Académie, applaudissements chaleureux et éloges présidentiels ont accueilli la lecture de l'illustre savant. Notre ami et collaborateur Maximin Legrand nous écrit, sur la séance de l'Institut :

« Il est bon de dater cette séance, car elle restera mémorable. Deux faits considérables ont été annoncés qui suffiraient à rendre célèbre l'année 1885 : la réalisation pratique du transport de la force électrique et la guérison de la rage...

« M. Pasteur donne lecture d'un mémoire relatif au moyen de prévenir l'explosion de la rage après la morsure. Nous ne pouvons indiquer aujourd'hui que sommairement les points principaux de cette très importante communication.

« L'inoculation du virus rabique au lapin, sur la dure-mère, après trépanation, donne sûrement la rage le quinzième jour. Mais si l'on inocule successivement de 15 à 25 lapins, la durée de l'incubation diminue et arrive, au 86e passage de l'un à l'autre, à n'être plus que de sept jours.

« Chez les lapins ainsi inoculés, la moelle épinière tout entière devient virulente et peut servir, délayée dans du bouillon, de liquide d'inoculation.

« On coupe ces moelles virulentes par fragments de quelques centimètres et on les suspend dans un air sec, à l'abri des microbes atmosphériques.

FEUILLETON

En vacances. — Voyage circulaire de Paris à Paris, en passant par Pougues, Vichy, Grenoble, Aix-les-Bains, etc. (1)

Je ne puis quitter Grenoble sans vous dire un mot de ses hôtels et de l'accueil qu'ils ont fait aux membres du Congrès.

Chaque année, la question de logement est une des plus difficiles à résoudre dans l'organisation du Congrès. Les membres du comité local s'en préoccupent longtemps à l'avance et font de leur mieux pour satisfaire tout le monde; s'ils ne réussissent pas toujours, il faut convenir que la faute n'en est pas à eux, mais aux hôteliers qui profitent de l'occasion pour augmenter leurs tarifs, aux logements et au trop grand nombre de congressistes (cette année, il a été de 730) qui arrivent ensemble dans une même petite ville. Aussi lorsqu'à la fin du Congrès, dans la séance de clôture, le bureau propose de voter des remerciements aux membres du comité local qui ont tout organisé pour nous recevoir, ces remerciements sont-ils votés à l'unanimité et par acclamation.

Ceci posé, et pour bien montrer que je n'ai pas l'intention de récriminer à propos de

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 29 août, 8 septembre et 22 octobre 1885.

©BIU Santé

« En se desséchant dans ces conditions, les fragments perdent leur virulence progressivement, de telle sorte que des fragments de dix jours ne sont plus virulents ; ceux de neuf jours le sont à peine ; ceux de huit, un peu plus ; ceux de la veille le sont extrêmement.

« Si, d'autre part, on injecte dans le tissu cellulaire de chiens, des liqueurs préparées avec ces fragments de virulence graduée, en commençant par les plus faibles, les chiens, au bout de la série, sont devenus absolument réfractaires à la rage.

« M. Pasteur en a cinquante en expérience, qui sont, depuis longtemps, à l'abri de la rage.

« Fort de ces résultats acquis, M. Pasteur, le 6 juillet dernier, a inoculé des fragments gradués de moelle rabique à un enfant alsacien, qui venait d'être mordu par un chien manifestement enragé : l'autopsie de l'animal n'a laissé aucun doute à cet égard ; l'enfant portait quatorze morsures ; il a été inoculé treize fois, en dix jours, en présence de MM. les professeurs Vulpian et Grancher, qui avaient examiné le petit malade et qui ne conservaient pas l'ombre d'espoir à son sujet. Il a été guéri.

« Pasteur se demande si l'on ne pourrait pas expliquer la décroissance de la virulence dans les fragments de moelle, par ce fait que la plupart des microbes développent dans les tissus qui les contiennent, des matières qui sont pour eux-mêmes de véritables poisons. C'est à chercher.

« M. Vulpian tient à ce qu'un membre de la section de médecine exprime son admiration pour des expériences qui ont enfin triomphé d'une maladie terrible dont, jusqu'à présent, on ne connaissait pas un seul cas de guérison. La découverte de M. Pasteur, due tout entière à ses propres déductions et ne s'appuyant sur aucun précédent, jette un éclat incomparable sur notre cher pays.

« L'Académie s'associe, par ses applaudissements unanimes, à l'admiration et aux remerciements de M. le professeur Vulpian. »

---

la chambre qui m'est échue, d'autant plus que M. Girard avoue lui-même que les appartements de la vieille ville laissent fort à désirer, je vais exposer mes doléances.

Je dois dire, d'abord, que je n'ai pas eu beaucoup de bonheur, au point de vue des logements, dans tout mon voyage.

A Vichy, où je passai une nuit, une seule heureusement, j'ai failli asphyxier dans une petite chambre de 3 mètres d'un côté sur 2 de l'autre, sans fenêtre, sous un toit couvert en zinc; pour comble de malheur un orage épouvantable a éclaté, et la pluie a si bien rafraîchi mon toit que j'ai fini par grelotter. Jusqu'à la foudre qui s'en est mêlée et qui est tombée à 20 mètres de là. Mais, en pareil cas, 20 mètres en valent 1,000.

A Lyon, j'eus pour voisin un siffleur émérite qui, pendant plus de deux heures, alors que toute la ville devait être plongée dans un profond sommeil, siffla, mieux qu'un merle, tous les airs qu'on avait joués ce soir-là au concert de la place Bellecour.

A Genève, ce fut un duo... d'amoureux qui remplaça le merle de Lyon et que, à bout de patience, je finis par prier, à travers une porte condamnée, mais mitoyenne, d'avoir pitié d'un pauvre célibataire. Un rire étouffé, en soprano, joint à un rire éclatant et plus grave, me répondit, et ce fut tout.

A Dijon, je me croyais en sûreté dans un hôtel paisible de ma connaissance, mais j'étais à peine endormi que je fus réveillé par un vacarme épouvantable, des cris furieux poussés par une grande foule : « Vive,.... je ne sais qui! A bas,.... un autre je ne sais qui! » Et des injures, et des chants ; enfin, la *Marseillaise!* J'étais tombé dans une réunion électorale tenue dans le café d'en face.

Revue de clinique et de thérapeutique.

Les propriétés physiologiques et médicamenteuses de l'hopéine.

Dépuratif, amer et anaphrodisiaque, le houblon passait, jusqu'à présent, pour posséder des vertus thérapeutiques relativement modestes. Cette humilité ne portait aucun préjudice à sa popularité dans la médecine domestique et justifiait son rang assez effacé dans le Codex ou les formulaires.

Le voici maintenant à l'ordre du jour de la matière médicale transatlantique et en instance de prendre place, du moins par l'un de ses principes, au nombre des agents de la médication stupéfiante.

Depuis longtemps, il est vrai, on avait noté, sans toutefois s'y attarder, les vertus sédatives et même narcotiques du lupulin et de l'infusion de houblon. Mention en avait été faite par Trousseau, Jeannel, Fonssagrives, Nothnagel, Rossbach et autres thérapeutes, dont M. Grasset a pris soin de recueillir le témoignage dans un récent mémoire sur le principe narcotique du houblon. Ce principe, que l'on s'emprese déjà de considérer comme un alcaloïde, sollicite son admission dans la clinique sous le nom d'hopéine et avec la recommandation de Williamson et Springmuhl, qui l'ont isolé, de M. Smith (1) qui l'a expérimenté sur l'homme et sur les animaux, enfin, du savant professeur de thérapeutique de la Faculté de Montpellier, qui en recommande l'essai à nos compatriotes.

L'hopéine mérite-t-elle cette faveur? Ou bien serait-elle encore une de ces substances à renommée prématurée dont les « American druggists » encombrent la pharmacopée de leur pays, et menacent d'encombrer aussi la nôtre? Pour répondre à cette question, examinons les quelques travaux dont elle vient d'être l'objet.

Quelle est-elle au point de vue chimique? Un alcaloïde, dit-on. Mais on oublie de le démontrer. Peu importe d'ailleurs que sa nature chimique soit encore indéterminée, on sait que, alcaloïde, glucoside ou principe mal défini, elle se trouve en plus grande quantité dans le lupulin d'origine américaine que dans celui de l'ancien continent. Le premier contient 0,15 p. 100 d'hopéine et le second 0,05 p. 100 seulement. Elle a l'aspect d'une poudre blanche, cristallisable en aiguilles, de saveur amère, d'odeur aro-

(1) *The New-York med. Journal*, 15 août 1885; — *El Siglo medico*, 27 septembre 1885; — *The therapeutic Gaz.*, 15 septembre 1885.

Si bien que, pour une cause ou pour une autre, je ne crois pas avoir passé une bonne nuit depuis mon départ de Paris jusqu'à ma rentrée. Sans compter que, les jours d'excursion, il fallait partir à cinq heures du matin, heure militaire, comme le disaient les programmes.

A Grenoble, ma première nuit débuta très bien. A minuit, tout le monde était couché et je dormais du sommeil du juste depuis une heure, malgré une affreuse odeur d'écurie qui remplissait tout l'hôtel, lorsque je fus réveillé par un bruit singulier; on eût dit le bruit que fait la vapeur d'une locomotive très pressée. Cela se passait à ma porte. Après m'être évertué en vain à me rendormir, d'abord, et ensuite à reconnaître la cause de ce bruit, je me levai, ouvris ma porte, et vis en face de moi, assis sur une marche de l'escalier, un domestique entouré de toutes les chaussures de la maison, qu'il cirait avec acharnement.

Tout le monde sait qu'un jour Gérard de Nerval, se trouvant à Saint-Germain, au pavillon Henri IV, établissement de premier ordre, demanda un bock; que le garçon lui apporta avec une grosse araignée dans la mousse dite *faux-col*, et que Gérard fit à ce sujet la judicieuse et spirituelle réflexion qui suit :

— Garçon, donnez-moi un autre bock! Ce n'est pas que je déteste les araignées, mais, quand j'en mange, j'aime qu'on me les serve à part.

A quoi le garçon, qui avait probablement prémédité sa réplique, répondit non moins spirituellement

©BIU Santé

matique rappelant celle du houblon, et dont la solubilité est représentée dans l'eau par le coefficient de 1 p. 100 et dans l'alcool à froid par le coefficient de 50 p. 100.

Actuellement, on l'extrait du houblon sauvage. Mis en digestion au bain-marie avec une solution glucosique à 16 p. 100 additionnée d'acide acétique, le lupulin donne un produit qui est filtré au charbon et concentré dans le vide jusqu'à cristallisation de la glucose. On agite les eaux mères avec de l'alcool absolu, on filtre et on évapore de nouveau. Des traitements successifs par l'éther et les alcalis permettent d'isoler les cristaux d'hopéine à l'état de pureté.

Quelles en sont les propriétés physiologiques? Des expériences sur les animaux, un premier fait se dégage : sa toxicité; car, à doses suffisantes, l'hopéine cause la mort rapide des cobayes et des chiens. L'animal succombe dans une narcose absolue, immédiatement précédée de sopor et de paralysie, mais sans convulsions préalables ni tétanos.

Aux doses physiologiques, et d'ailleurs peu élevées de 1 à 2 milligrammes, l'hopéine provoque sur le chien la contraction pupillaire, l'augmentation de la température et l'accélération du pouls. Toutefois, quand son action persiste, ces derniers phénomènes disparaissent, la température s'abaisse et le pouls perd de sa fréquence.

Les mêmes phénomènes s'observent sur l'homme. Après l'absorption de 5 milligrammes d'hopéine, M. Smith était atteint de mydriase, et, en même temps, éprouvait une sensation de chaleur. Vingt minutes plus tard survenait l'assoupissement, puis le sommeil. Au réveil, il ne ressentait ni lassitude, ni embarras des voies digestives.

Cette narcose est accompagnée de rêves et précédée d'un état de somnolence avec des hallucinations d'un caractère particulier. Ces hallucinations consistent dans une sorte d'obnubilation, pendant laquelle l'individu à demi-conscient entrevoit les objets à travers un voile ou une sorte de brouillard; ce sont des *hazy hallucinations*, selon l'expression des anglo-américains.

Ce sommeil varie de durée. On l'a vu persister deux heures chez les enfants au-dessous de 4 ans, et débuter dix minutes après l'administration de 5 milligrammes d'hopéine. Chez l'adulte, une dose de 1 à 3 centigrammes produit une narcose de deux à six heures. La durée du sommeil ainsi provoqué serait donc, pour ainsi parler, directement proportionnelle à la quantité du médicament absorbé.

C'est surtout à titre d'hypnotique que les parrains de l'hopéine n'hésitent pas à mettre ses effets en parallèle avec ceux de la morphine. Cependant, à côté de cette principale vertu, ne possèderait-elle pas des qualités d'un autre ordre? Question indis-

---

— Monsieur, cette malheureuse aimait trop la bière, elle y a trouvé son cercueil! Pardonnez-nous.

J'aurais pu faire remarquer à mon frotteur, comme Gérard, que si j'aimais les bottines cirées, je n'aimais pas qu'on les cirât à ma porte, à deux heures du matin; mais je n'ai pas le réveil agréable et j'avoue que la manière dont j'apostrophai le pauvre diable, pour le prier d'aller cirer ailleurs, ressemblait plus à celles du colonel Ramollot qu'à celles de Gérard de Nerval. C'eût été d'ailleurs, étant donné le sire, de l'esprit perdu. Il m'écouta avec le plus grand calme, sans interrompre ni moi ni sa besogne, et quand j'eus terminé mes jérémiades, il dit simplement :

— Monsieur, ce sera fini dans cinq minutes!

Et il continua à cirer. Mais les cinq minutes durèrent encore une grosse demi-heure

Le lendemain, ce fut une autre guitare. Ne voulant pas rester une nuit de plus dans une maison où l'on dormait si mal, je me mis en quête d'un autre gîte, que je finis par trouver, et je revins à l'hôtel pour solder ma note et prendre ma valise. Mon hôtesse, le sourire sur les lèvres, me réclama trois jours de loyer.

— Pardon, madame, répondis-je non moins souriant, vous vous trompez certainement, car je suis arrivé hier à Grenoble, et je n'ai, pu par conséquent passer trois jours chez vous.

— En effet, monsieur, mais nos chambres sont retenues depuis trois jours par le Comité local, et la chambre est à vous depuis trois jours. Donc, payez !

crète à l'heure actuelle, les médecins qui recommandent cette substance s'abstenant jusqu'ici d'en révéler les autres propriétés. Cependant, à en juger par les rares observations déjà publiées, elle semble, à doses élevées, agir sur le tube digestif, en troubler les fonctions, parfois même provoquer des nausées, des vomissements, un état dyspeptique et de la constipation. Il est vrai aussi qu'administrée par petites quantités, elle augmente l'appétit à la manière du houblon et des amers.

Des recherches complémentaires sont donc nécessaires pour jeter quelque lumière dans l'histoire à peine ébauchée des propriétés physiologiques et des usages thérapeutiques de ce médicament.

Quelle est la posologie de l'hopéine? Son amertume et sa forme pulvérulente sont des motifs pour la prescrire sous la forme pilulaire; mais sa solubilité dans l'alcool permettrait, au besoin, je pense, de l'administrer dans un véhicule liquide.

Les doses physiologiques varient de 1 milligramme à 4 centigrammes, suivant l'âge et le sexe des malades. Les doses toxiques sont de 4 à 5 centigrammes pour l'enfant, de 8 à 10 centigrammes pour l'adulte. Ajoutons cependant que M. Smith aurait obtenu sur lui-même des phénomènes toxiques avec des doses de 5 centigrammes. Dans leurs tentatives thérapeutiques, les cliniciens devront donc avoir l'esprit en éveil, relativement à ces inconvénients, et se défier de l'indulgence trop paternelle de quelques observateurs.

Il reste à déterminer les indications et les contre-indications de ce médicament. Ici, la disette des renseignements est grande : on la préconise contre l'insomnie, et cet usage constitue en ce moment l'unique emploi thérapeutique de l'hopéine. Exempte des préparations opiacées, ne provoquant ni dysurie, ni bourdonnements d'oreilles, ni démangeaisons cutanées, ni même de troubles gastro-intestinaux, sinon toutefois une constipation assez peu rebelle, on pourrait sans danger, selon ses apologistes, l'adopter dans la médecine infantile, ou bien la prescrire, avec quelque avantage, aux individus atteints d'affections génito-urinaires ou d'intolérance stomacale. Ce serait là une justification de son emploi; car si, dans ces dernières années, la matière médicale s'est enrichie de deux hypnotiques puissants, le chloral hydraté et la paraldéhyde, elle a encore intérêt à faire l'acquisition de médicaments narcotiques, dignes de prendre place entre les produits de l'opium et les dérivés de l'aldéhyde.

Peut-on combler cette lacune avec l'hopéine? L'expérience n'a pas suffisamment répondu. Il est donc prudent de se réserver avant de souscrire aux conclusions modérées, mais favorables, de ceux qui croient déjà voir daus l'hopéine, avec M. Grasset,

---

Je n'en crus pas un mot, mais que faire ? Réclamer auprès du Comité local ? Il avait bien d'autres chats à fouetter. Je payai, mais je m'offris une douce vengeance.

— Madame, dis-je à l'hôtesse, toujours souriant, je ne veux pas discuter avec vous plus longtemps pour si peu ; mais je dois vous prévenir que je suis envoyé par un journal de Paris, pour lui rendre compte du Congrès, et que je ne manquerai pas de signaler votre procédé dans mes articles !

Tableau ! — « Oh ! monsieur, je suis désolée, je vous en prie, ne partez pas comme cela ! Je ne savais pas ! c'est certainement une erreur ! Reprenez votre argent, je vous en supplie ! »

Mais je fus inflexible, et laissai madame se lamenter tout à son aise. J'ai su depuis que tous les membres du Congrès qui étaient descendus à cet hôtel avaient subi le même allongement de leur note.

Je pourrais encore vous narrer bien d'autres malheurs arrivés à d'autres congressites ; entre autres, un de mes vieux amis faillit être dévoré vif par des cancrelats qui l'assaillirent traîtreusement pendant son sommeil ; mais mon article est déjà bien long, et j'ai hâte d'en finir.

Je dois dire cependant encore, avant de terminer, quelques mots des excursions faites aux environs de Grenoble, à cause de l'intérêt qu'elles ont présenté pour les médecins. En effet, on trouve autour de Grenoble plusieurs villes d'eaux très renommées : Uriage, Allevard, Aix-les-Bains.

Mentionnons en passant le château de Bouquéron, ancienne résidence féodale, qu'on

©BIU Santé

« un principe dont l'énergie est comparable, peut-être même supérieure, à celle de la morphine ! » — Ch. ÉLOY.

REVUE DES JOURNAUX

La rapidité d'absorption de la muqueuse stomacale de l'homme et sa valeur diagnostique, par PENZOLDT et FABER. — Les auteurs faisaient absorber à des sujets sains et à jeun (trois heures au moins après le repas), 0 gr. 2 d'iodure de potassium en capsules avec un peu d'eau; puis, les faisant cracher sur un papier fort, ils recherchaient à quel moment apparaissait dans les crachats la réaction de l'iode par l'acide azotique. La couleur rouge était obtenue de 6 m. 5 à 11 minutes après l'ingestion; la couleur bleue de 7 m. 5 à 15 minutes. Les résultats étaient les mêmes, l'iodure de potassium déposé directement en solution dans l'estomac par la sonde œsophagienne. Répétée immédiatement après le repas, cette expérience accusait un retard assez considérable dans l'absorption; les délais étaient de 20 à 37 minutes pour la couleur rouge; de 22 à 45 pour la couleur bleue.

Dans le cas d'ulcère de l'estomac, on observe soit les mêmes limites qu'à l'état normal, soit un retard plus ou moins considérable dans la rapidité d'absorption.

Le retard est très accusé au cas de dilatation de l'estomac; couleur bleue, de 30 à 45 minutes; couleur rouge, de 22 à 45. Le traitement par le lavage rapproche immédiatement ces chiffres de la normale.

Chez deux dyspeptiques (dont un alcoolique), retard également sensible; chez une gastralgique avec intégrité des fonctions digestives, délais normaux.

Une autre série d'expériences sur la rapidité d'absorption de la muqueuse rectale et le moment de l'apparition de l'iode dans la salive ou la sécrétion gastrique, a donné des résultats de moindre importance (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1882, n° 21). — R. L.

Désinfection de la cavité utérine, dans la métrite puerpérale, par l'iodoforme, par REHFELDT. — Dans le cas en question, la patiente, atteinte d'une endométrite puerpérale putride, présentait des signes évidents de septicémie : fièvre considérable, pouls très petit; inconscience presque absolue; accidents variés de décubitus. Une première fois, ces symptômes graves avaient paru conjurés par une injection intra-utérine de solution phéniquée à 1.5 p. 100. Mais cette amélioration avait été de courte durée. C'est alors que l'auteur se décida à porter dans la cavité utérine 5 grammes d'iodo-

---

rencontre à quatre ou cinq kilomètres de la ville en allant à la Grande-Chartreuse par le Sappey et le Saint-Eynard, et qui n'est plus aujourd'hui qu'un établissement hydrothérapique ; on y soigne les affections nerveuses, les maladies chroniques, les rhumatismes et les catarrhes ! Les gens bien portants peuvent néanmoins s'y arrêter, comme dit la *Notice*, pour contempler un beau panorama sur la vallée de l'Isère et les montagnes qui l'entourent, ce qui est parfaitement exact.

Uriage n'est qu'à douze kilomètres de Grenoble ; aussi bon nombre de nos collègues médecins du Congrès s'y sont-ils rendus pour y jouir des agréments que possède cette station ; car, dit encore la *Notice*, pour ceux qui ont le bonheur de n'être affectés d'aucune maladie, Uriage est un agréable but de promenade, où l'on peut passer sans ennui une excellente journée. Il paraît qu'on y dîne très bien. On peut estimer à 2,500 le nombre des baigneurs, et à 6,000 le nombre total des visiteurs, malades et bien portants, qui viennent faire une saison à Uriage.

Comme établissement hydrothérapique, Uriage était déjà connu du temps des Romains. Ses eaux minérales sont chlorurées, sodiques et sulfureuses ; elles sont efficaces contre les dermatoses, la scrofule, les rhumatismes, l'aménorrhée, la dysménorrhée, les abaissements et déviations de l'utérus, les laryngites, etc. Elles ont aussi des propriétés purgatives dont ne se sont pas assez défiés les congressistes, qui, persuadés à tort qu'un verre d'eau minérale ne peut faire mal, n'ont pas voulu aller à Uriage sans boire de son eau..... et, à leur grand regret, en ont subi les conséquences.

L'excursion d'Allevard a donné lieu à un banquet offert par l'administration des bains,

forme. Immédiatement, les lochies perdaient leur caractère putride et leur odeur infecte; l'intelligence revenait peu à peu, en même temps que tombaient le pouls et la température. L'urine présenta l'odeur de l'iodoforme une semaine durant (*Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 9). — R. L.

Muguet primitif de la gorge chez un enfant de 6 mois, par Ed. Tordeus (Bruxelles, 1885, et *Journ. de méd. chir. et pharmac. de Bruxelles*). — On sait que la cavité buccale est le siège de prédilection du muguet, et toujours on admettait, jusque dans ces derniers temps, sa localisation primitive. Cependant, on a récemment décrit le muguet primitif du pharynx (Damaschino, de Beauvais, Brocq) chez les adultes, notamment, et en particulier à la suite de maladies générales. Le fait de Tordeus se rapporte à un enfant de 6 mois, d'une santé parfaite, dans de bonnes conditions hygiéniques et chez lequel l'apparition de plaques blanchâtres sur le pharynx, accompagnant une toux rauque, avait, du premier abord, pu faire redouter une angine croupale. L'absence de fièvre, d'adénite, etc., écartait déjà ce danger; mais l'examen microscopique démontrant la présence de l'oïdium albicans, indiqua la véritable nature de la maladie, dont vinrent facilement à bout des badigeonnages au borate de soude, le bicarbonate de soude à l'intérieur et des inhalations d'eau de chaux. L'observation intéressante du distingué médecin de Bruxelles démontre à la fois la possibilité du développement du muguet dans les meilleures conditions hygiéniques et de sa localisation primitive au pharynx, fait que son excessive rareté ne doit cependant pas faire perdre de vue. — R. L.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX DE LYON PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1885.

La corrélation de certaines cardiopathies orificielles avec la tuberculose est de connaissance classique depuis que M. Jaccoud en a fait mention dans ses *Cliniques* de l'hôpital Lariboisière. Pour être moins exceptionnelle qu'on l'a écrit, elle ne présente pas un moindre intérêt. On s'explique donc la faveur avec laquelle nos confrères lyonnais écoutaient la communication de M. Perret, sur un cas d'*endocardite de la mitrale et de la tricuspide* chez une tuberculeuse de 28 ans.

et comme il n'y a pas de banquet sans toasts, M. le docteur Isoard, médecin-inspecteur, a remercié les membres du Congrès d'avoir bien voulu visiter l'établissement d'Allevard; M. le docteur Niepce père, doyen du corps médical, a fait l'historique de cet établissement, montré son développement propressif et les améliorations qui restent à faire, et enfin a bu à la santé du président, à la prospérité de l'association, à la santé de tous ses membres et à la prospérité de l'établissement d'Allevard; — M. Savary, directeur, a porté un toast aux vaillantes dames qui n'ont pas craint d'affronter les fatigues de l'excursion pour visiter les belles montagnes du Dauphiné; — enfin, M. Potain a terminé la série par un toast humouristique, disant qu'il trouvait à Allevard, à côté de ses eaux si remarquables et de son air si pur, un vin excellent et généreux qui n'est point à dédaigner, et à qui en effet tout le monde a rendu hommage. *Nunc est bibendum !...*

On n'en a pas moins visité avec grand intérêt l'établissement, en particulier ses salles d'inhalation, car on sait que l'eau d'Allevard, carbonatée sulfureuse, très riche en acide sulfhydrique libre, convient surtout au traitement des maladies de la gorge et des bronches. On estime à 1,300 ou 1,400 le nombre annuel des baigneurs.

Mais le triompe du Congrès a été à Aix-les-Bains, dont le corps médical et l'administration de l'établissement thermal avaient tout mis en œuvre pour nous faire une réception splendide. Déjeuner à la villa des fleurs, dîner au Casino, promenade en bateau à vapeur sur le lac du Bourget, visite à l'abbaye de Hautecombe, et, pour terminer, comme si la nature elle-même avait été invitée à concourir aux divertissements,

©BIU Santé

Un motif local devait encore motiver leur attention : c'est que, il y a tantôt quinze ans, un des leurs, M. Perroud, dans un mémoire trop peu cité, en avait entretenu la Société des sciences médicales de Lyon. Il faut donc rendre à l'Ecole lyonnaise ce qui, en partie, lui appartient.

Dans la même séance du 10 avril, M. Renaut a discuté la valeur du déplacement de la présystole dans le rétrécissement mitral. « Elle est peut-être pathognomonique du « rétrécissement mitral, disait-il, mais elle n'a pas d'importance clinique ». En effet, ce temps de la révolution cardiaque ne possède pas une place fixe, et, à ce point de vue, les faits rapportés par l'auteur confirment, d'une part, les recherches de M. Chauveau sur le recul de la présystole et, d'autre part, l'opinion de M. Hérard, d'après laquelle, remarquait M. Soulier, le souffle du rétrécissement mitral peut être présystolique, systolique ou diastolique.

Une question pathogénique d'un autre ordre était soulevée par M. Soulier, à propos d'un individu atteint d'*un double pied-bot varus équin et d'une atrophie des membres supérieurs d'origine spinale*. Les pieds-bots avaient pour origine une blessure et une gelure des orteils. L'atrophie des membres supérieurs résultait d'une lésion des cornes antérieures. La pathogénie de cette lésion ne pouvant s'interpréter ni par la théorie réflexe de M. Brown-Séquard, ni par l'hypothèse de l'épuisement réflexe de M. Jaccoud, l'auteur admet, avec M. Vulpian, qu'une irritation continue et prolongée des extrémités du nerf centripète a pu retentir sur les cornes antérieures et abolir leurs fonctions trophiques.

Dans le domaine des maladies du système nerveux, M. Vinay est venu déposer, en son nom et au nom des chefs de service de l'hôpital de la Croix-Rousse, en faveur du *chlorure de méthyle dans le traitement des névralgies*, suivant le procédé et avec l'instrumentation de M. Debove. Les pulvérisations ont été employées dans 25 cas de névralgies non symptomatiques et ont produit l'amélioration rapide des sciatiques anciennes ou récidivantes, et surtout des lumbagos. Il est vrai que les résultats sont moins complets quand il existe des troubles trophiques des membres.

On connaît les inconvénients de cette médication entre des mains maladroites ou hésitantes; M. Vinay démontre qu'ils ne sauraient motiver de sérieuses objections. Il signale cependant, sur le membre inférieur, la partie superficielle du creux poplité comme un point à ménager, parce qu'il peut devenir aisément le siège d'une eschare. L'opinion de M. Vinay est confirmée par le témoignage de ses collègues : MM. Soulier, J. Teissier et Faivre.

---

de la journée, orage superbe à la fin de la promenade, nous montrant des nuages épais et noirs comme de la fumée de charbon descendre avec rapidité le long des montagnes qui limitent le lac et tomber... malheureusement, sur nous. Mais il fallait bien un contraste à tout le bleu qui nous entourait : ciel bleu depuis quinze jours, lac bleu, montagnes bleues; on en était las. Aussi l'orage, qui du reste n'a duré qu'un instant, n'a-t-il pas été trop mal venu.

Après le dîner, encore des toasts : du maire, du directeur de l'établissement, de M. le docteur Davat, nous souhaitant tous la bienvenue et nous remerciant de l'honneur que nous faisions à la ville d'Aix et à son établissement thermal; — de M. Verneuil, président du Congrès, remerciant ces messieurs de leur magnifique réception, les félicitant de posséder des eaux si bienfaisantes et d'en tirer si bon parti qu'il en arriverait presque à désirer pour lui et ses amis d'être obligé d'y venir chaque année faire une saison; — de votre serviteur, remerciant, au nom de la presse médicale, le corps médical d'Aix de l'accueil si sympathique qu'il faisait aux membres du Congrès; — enfin d'un membre, dont j'ai malheureusement oublié le nom, qui a porté la santé de la partie *enjuponnée* de l'assistance.

Je n'insiste pas sur l'établissement thermal d'Aix, trop connu de nos lecteurs; je constate seulement sa propriété, dont il est si digne au point de vue médical. Mais, je l'ai déjà dit, trop de jeux!

D'Aix, l'excursion s'est dirigée sur Annecy, dont le joli lac renferme, dans ses eaux, les traces d'anciennes habitations lacustres et reflète sur ses bords le pittoresque vil-

L'étude des déformations des pieds, dans les affections cérébro-spinales, a depuis longtemps attiré l'attention de M. J. Teissier, qui, comme M. Féré et M. Boyer, vient d'étudier le *pied tabétique*. Ses empreintes ont pour caractère, dit-il : « 1° une saillie « angulaire sur le bord interne, due à la proéminence de l'extrémité du gros orteil; — « 2° l'effacement de la voûte; — 3° l'étroitesse de la plante du pied; — 4° l'absence « d'intervalle entre la pulpe du gros orteil et l'arcade », à laquelle elle est reliée par un point résultant de la subluxation en arrière de l'extrémité de la première phalange du gros orteil.

Par sa constance, ce signe pourrait déterminer le diagnostic des ataxies frustes et lever les hésitations du clinicien; M. Renaut appuie et partage cette opinion, car il a rencontré le pied tabétique dans un cas de sclérose des cordons de Goll, c'est-à-dire dans la forme la plus fruste de l'ataxie.

Un cas d'*hémicyanose gauche*, unique peut-être dans la science, a été présenté par M. Renaut. La coloration bleue datait de six ans. Son début avait suivi une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu compliqué d'insuffisance mitrale et de léger rétrécissement. Cette teinte cyanique est nettement limitée au côté gauche, sur la poitrine, en avant et en arrière, la région lombo-abdominale et le membre inférieur.

M. Renaut attribue ces phénomènes à une lésion des vaso-moteurs intra-médullaires de la colonne dorsale et de la colonne cervicale dans sa moitié inférieure. Cette lésion daterait vraisemblablement de l'attaque initiale de rhumatisme, époque originelle de troubles vaso-moteurs, soit par paralysie des vaso-constricteurs, soit par excitation des vaso-dilatateurs.

D'autres communications ont été faites dans les séances de ce trimestre : M. Vinay a produit les pièces anatomiques d'un cas d'*anémie essentielle pernicieuse* où, les lésions viscérales étant nulles, les altérations consistaient seulement dans un pointillé hémorrhagique des yeux, de petites apoplexies capillaires du cervelet et de la moelle cervicale, et de la péricardite hémorrhagique.

M. Horand a entretenu ses collègues de la *syphilide acnéide du nez;* M. Mayet, de deux cas d'*angiocholite suppurée par cholélithiase* et de l'*extraction de la cataracte par la méthode française*, à laquelle il propose de revenir, et M. Jorel, d'un *hoquet choréique du larynx*, rebelle à toute médication, mais guéri par des attouchements avec la solution de chlorhydrate de cocaïne. Enfin, M. Mollière présentait, le 24 avril, un individu de 24 ans atteint de *syphilis héréditaire tardive* dont les manifestations étaient seulement de date toute récente. — C. L. D.

---

lage de Menthon, cher à M. Trélat. Puis, les membres se sont dispersés, les uns revenant à Grenoble, d'autres regagnant leurs pénates par la Suisse, la Bourgogne, etc.

Les membres du Congrès qui ont fait l'excursion de Gap ont dû visiter sur leur route la fameuse *fontaine qui brûle*, une des sept merveilles du Dauphiné. Ce phénomène se produit depuis une haute antiquité, puisque saint Augustin, toujours d'après la *Notice*, en parle dans sa *Cité de Dieu*, et qu'on a trouvé non loin de là une inscription romaine en l'honneur de Vulcain. Il est produit par les émanations d'un gaz composé de 99 p. 100 d'hydrogène sulfuré et de 1 p. 100 d'acide carbonique, qui s'enflamme lorsqu'on l'allume en produisant une flamme bleuâtre assez vive.

Je n'en parle que pour mémoire, ne l'ayant pas vu parce que j'étais ailleurs; mais chacun pourra vous dire que je n'invente rien. L.-H. Petit.

Pommade contre l'eczéma. — Lucas-Championnière.

Acide borique pulv.	6 grammes.
Vaseline	30 —
Baume du Pérou	0 gr. 50 cent.

Incorporez directement l'acide borique à la vaseline, sans le dissoudre préalablement dans l'alcool ou la glycérine. — Cette pommade est recommandée contre l'eczéma et l'intertrigo, contre les sueurs fétides des pieds, et contre l'érythème des fesses des nouveau-nés. — N. G.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 octobre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur Desnos qui se porte comme candidat à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique.

M. Méhu met sous les yeux de l'Académie, de la part de M. Bertuault, pharmacien à Champigny-sur-Marne, des échantillons de collodion en feuilles, obtenus en grandes et larges bandes.

M. Riche présente, au nom de MM. Nicati et Rietch, les résultats d'expériences faites sur des chiens avec des cultures du bacille-virgule du choléra. Ils ont tiré de ces cultures une ptomaïne liquide qui, injectée à des chiens, a déterminé les symptômes du choléra.

M. Dechambre offre en hommage, au nom de M. le docteur Grasset, professeur à la Faculté de Montpellier, la 3e édition d'un *Traité des maladies du système nerveux*, suivi d'*un appendice sur l'électrothérapie en général*, par M. le docteur Regimbeau, professeur agrégé à la même Faculté.

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur F. Ribes, un travail intitulé : *Nouvelles recherches sur la valeur thérapeutique des eaux minérales de Bagnères-de-Bigorre.*

M. Le Roy de Méricourt, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, communique l'extrait du rapport de la Commission sanitaire de Honolulu à l'Assemblée législative de 1884, duquel il résulte que les personnes employées, dans ce pays, au traitement des malades atteints de lèpre, n'ont jamais contracté la maladie.

M. Pasteur lit un mémoire intitulé : *Méthode pour prévenir la rage après morsure.*

Après l'exposé de cette méthode (voir au *Bulletin*), M. Pasteur relate l'observation d'un enfant de 9 ans, Joseph Meister, berger, amené d'Alsace dans son laboratoire, le 6 juillet dernier. Cet enfant avait été terrassé, deux jours auparavant, le 4 juillet, par un chien enragé qui lui avait fait, sur diverses parties du corps, de nombreuses morsures. Quelques-unes de ces morsures avaient eté cautérisées, douze heures environ après l'accident, avec l'acide phénique.

La mort de cet enfant paraissant inévitable, M. Pasteur, après avoir pris l'avis de MM. Vulpian et Grancher, se décida, non sans de vives et cruelles inquiétudes, à tenter, sur Joseph Meister, la méthode qui lui avait constamment réussi sur des chiens.

En conséquence, le 6 juillet, à 8 heures du soir, et en présence des docteurs Vulpian et Grancher, on inocula, sur un pli fait à la peau de l'hypochondre droit du petit Meister, une demi-seringue Pravaz d'une moelle de lapin mort rabique, le 21 juin, et conservée depuis lors en flacon à air sec, c'est-à-dire depuis quinze jours.

Les jours suivants, des inoculations nouvelles furent faites, toujours aux hypochondres, avec des moelles de 14, 12, 11, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2 et 1 jours.

On porte ainsi à 13 le nombre des inoculations et à 10 le nombre des jours de traitement.

Avec les diverses moelles employées, on inocula, par trépanation, deux lapins neufs, afin de suivre les états de virulence de ces moelles.

L'observation permit de constater qu'un certain nombre d'entre elles, celles des 6, 7, 8, 9, 10 juillet, n'étaient pas virulentes, car elles ne rendirent pas enragés les lapins auxquels on les avait inoculées. Les moelles des 11, 12, 14, 15, 16 juillet furent toutes virulentes, et la matière virulente s'y trouvait en proportion de plus en plus forte. La rage se déclara, après sept jours d'inoculation, sur les lapins des 15 et 16 juillet ; après huit jours, sur ceux du 12 et du 14 ; après quinze jours, sur ceux du 11 juillet.

Dans les derniers jours, on avait donc inoculé à Joseph Meister le virus rabique le plus virulent, celui du chien renforcé par une foule de passages de lapins à lapins, virus

qui donne la rage à ces animaux après sept jours d'incubation, et après huit ou dix jours aux chiens. M. Pasteur était autorisé, dans cette entreprise, par ce qui s'était passé pour 50 chiens rendus réfractaires par de semblables inoculations.

Lorsque l'état d'immunité est atteint, on peut, suivant M. Pasteur, sans inconvénient, inoculer le virus le plus virulent, et en quantité quelconque. Il lui a toujours paru que cela n'avait d'autre effet que de consolider l'état réfractaire à la rage.

Joseph Meister a donc échappé, non seulement à la rage que les morsures auraient pu développer chez lui, mais à celle que M. Pasteur lui a inoculée pour contrôle de l'immunité due au traitement, rage plus virulente que celle du chien à rage des rues.

L'inoculation finale, très virulente, a encore l'avantage de limiter la durée des appréhensions qu'on peut avoir sur les suites des morsures. Si la rage pouvait éclater, elle se déclarerait plus vite par un virus plus virulent que celui des morsures.

Dès le milieu du mois d'août, M. Pasteur envisageait avec confiance l'avenir de la santé de Joseph Meister. Aujourd'hui encore, après trois mois et trois semaines écoulés depuis l'accident, cette santé ne laisse rien à désirer.

La communication de M. Pasteur est accueillie par de nombreux applaudissements.

M. LE PRÉSIDENT dit que la communication de M. Pasteur permet désormais d'espérer que la méthode de traitement de la rage est enfin trouvée; ce sera une date mémorable dans l'histoire de la médecine et de l'humanité. (Applaudissements.)

M. Jules GUÉRIN demande à présenter quelques réserves au sujet de la communication de M. Pasteur :

1° M. Pasteur a fait ses inoculations avec un virus de rage théorique ou artificielle, si l'on peut ainsi dire, dont on ne saurait établir l'assimilation avec la rage vraie ou spontanée.

2° Ensuite, ces inoculations, pour être probantes, auraient dû être pratiquées sur un malade vierge de tout traitement antérieur; or, le berger de M. Pasteur avait été soumis à des applications de compresses trempées dans l'eau phéniquée.

3° Il ne s'agit, dans la communication de M. Pasteur, que de l'application d'une méthode *préventive* de la rage. M. J. Guérin voudrait que l'on s'occupât de trouver un remède qui guérit la vraie rage, la rage déclarée.

M. COLIN (d'Alfort) demande à ajouter quelques mots à la discussion soulevée par M. J. Guérin.

M. LE PRÉSIDENT lui fait observer que la surcharge de l'ordre du jour ne permet pas, quant à présent, la continuation de cette discussion, et oblige à remettre à la prochaine séance les observations de M. Colin.

M. JACCOUD donne lecture d'un travail *sur les effets antithermiques de la thalline.*

Après avoir exposé avec détails le mode d'action de ce médicament, et, en avoir comparé les effets à ceux de l'antipyrine, le savant académicien se demande, en terminant, s'il est vraiment utile d'employer ces substances.

« Sans effet sur la maladie, dit-il, sans autre effet sur les malades qu'une fatigue constante dont le degré seul varie, ces médicaments n'ont d'ailleurs aucune action sur le processus fébrile lui-même. Tout dans leur mode d'action, et notamment la fugacité de leur effet, tend à établir qu'ils n'influencent que l'irradiation périphérique de la chaleur.

Supposons que la courbe médicamenteuse, depuis le début de l'administration, embrasse une durée totale de six heures, il y en a trois ou quatre pour la descente, deux ou trois pour le retour au chiffre primitif; voilà le fait général. Il semble, en vérité, que ces remèdes n'agissent qu'en empêchant la température d'arriver jusqu'à l'aisselle avec un degré réel, exactement comme s'ils provoquaient une forte contraction vasculaire à la périphérie, l'ischémie cessant avec la suppression de l'influence qui l'a causée, la chaleur envahit aussitôt les parties où elle avait été artificiellement réduite et le thermomètre axillaire revient à son niveau initial. Ceci bien entendu à titre de simple hypothèse, de comparaison.

©BIU Santé

Peut-être cependant, cette hypothèse mérite-t-elle quelque attention, en raison d'un exanthème spécial que produit l'action du médicament sur la plupart des malades.

La dilatation énorme des vaisseaux cutanés qu'implique cette éruption pourrait être considérée comme l'expression d'un épuisement paralytique succédant à la provocation répétée de la contraction.

Quoi qu'il en soit de cette idée, il y a un fait certain, c'est que la réfrigération périphérique, ainsi produite, ne confère aux malades aucun soulagement ; bien loin de là, cette perturbation est pour eux une cause évidente de fatigue sans bénéfices durables, et alors on se demande quel est l'avantage d'une pareille agression thérapeutique dont l'effet est borné à une modification stérile et décevante dans l'irradiation de la chaleur. On pourrait presque dire que les effets si singuliers de ces médicaments sont une espèce de trompe-l'œil ; on joue ainsi avec la température périphérique du malade, mais, en vérité, on ne fait pas autre chose.

Si l'on ajoute à cela que la prudence la moins exigeante impose, avec la médication par la thalline ou l'antipyrine, une observation thermométrique répétée au moins toutes les heures, on concluera peut-être, comme M. Jaccoud, que ces agents ne peuvent constituer une acquisition réelle pour la thérapeutique médicale.

M. Le Roy de Méricourt lit un rapport sur la communication de M. le docteur Rouvier, médecin en chef de la marine à Toulon, sur les *injections intra-veineuses de sérum artificiel dans le traitement de la période asphyxique du choléra*.

Pratiquée suivant les préceptes donnés par M. Rouvier, cette opération, dit M. le rapporteur, n'est pas plus difficile qu'une saignée ; l'appareil instrumental est aussi simple que possible, aucun aide n'est nécessaire, aucun accident n'est à craindre.

M. le rapporteur propose d'adresser des remerciements à l'auteur, et de déposer honorablement son mémoire aux archives. (Adopté).

A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se réunit en comité secret.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Les travaux pratiques de première année (physique, chimie et histoire naturelle), commenceront le mardi 3 novembre 1885. Ils auront lieu pendant le premier semestre 1885-1886, aux jours et heures ci-après désignés dans les laboratoires installés à cet effet à l'ancien collège Rollin, 2, rue Vauquelin.

1° *Physique :* Mardi, jeudi et samedi. de quatre heures à six heures du soir. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Guébhard, chef des travaux (ancien collège Rollin), du jeudi 15 au samedi 31 octobre inclus, de neuf heures à onze heures du matin.

2° *Chimie :* Mardi, jeudi et samedi, de huit heures à dix heures et demie du matin. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Henriot, chef des travaux (ancien collège Rollin), du jeudi 15 au samedi 31 octobre inclus, de neuf heures à dix heures et demie du matin.

3° *Histoire naturelle* : Lundi et jeudi, première série ; mardi et vendredi, deuxième série, de neuf heures à onze heures du matin. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Faguet, chef des travaux (ancien collège Rollin), aux jours indiqués ci-dessus pour la chimie, de neuf à onze heures du matin. MM. les élèves devront, au préalable, s'être fait inscrire pour la chimie.

Passé le 31 octobre, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale.

En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux pratiques remettront à chacun d'eux une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits.

Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils sont prévenus de leur mise en série par MM. les chefs des travaux.

Le Gérant : G. RICHELOT

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

Sommaire

I. PANAS : Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil. — II. BIBLIOTHÈQUE. — III. REVUE DES JOURNAUX. — IV. SOCIÉTÉS médicales des départements. — V. THÉRAPEUTIQUE. — VI. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie des sciences. — VII. FORMULAIRE. — VIII. COURRIER.

Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil (1),

Par M. le professeur PANAS,

Recueillies par E. BLANC, interne des hôpitaux.

Très souvent vous aurez à constater, comme signe caractéristique d'une lésion bulbaire, la persistance des mouvements pupillaires sous l'influence de la lumière ou de l'accommodation, alors que toutes les branches extrinsèques de l'oculo-moteur sont paralysées. Ce fait s'explique encore par la pluralité et la séparation des centres moteurs de la troisième paire. Les centres destinés à l'innervation du sphincter irien et du muscle ciliaire occupent, vous ai-je dit, la partie postérieure du troisième ventricule, tandis que les groupes de cellules motrices qui commandent aux fibres extrinsèques de l'oculo-moteur sont échelonnés plus en arrière dans l'aqueduc de Sylvius, jusqu'au sommet du plancher du quatrième ventricule. Je vous ai dit, de plus, que les centres moteurs du sphincter de l'iris et du muscle ciliaire sont distincts, quoique situés fort près l'un de l'autre. Le premier, ou *centre photo-moteur*, est placé un peu en avant du centre moteur du muscle ciliaire, ou *centre moto-moteur*, de sorte que chacune des fonctions du sphincter irien ou du muscle ciliaire peut être affectée isolément. L'étude des mouvements pupillaires est donc à la fois fort intéressante et assez complexe, et je dois vous en dire quelques mots :

Les *mouvements pupillaires* sont mis en branle par des réflexes, qui sont au moins au nombre de deux : l'action de la lumière et celle de l'accommodation.

a) *Réflexe lumineux.* — Dans l'obscurité, la pupille se dilate ; sous l'influence de la lumière, elle se rétrécit. Vous pouvez facilement constater ce fait en plaçant un sujet en face d'une fenêtre vivement éclairée et en couvrant et découvrant alternativement son œil. A l'état normal, vous verrez la pupille se contracter vivement, au moment où vous retirerez votre main ; vous pouvez, vous devez même faire la même expérience avant de procéder à un examen ophthalmoscopique, en faisant regarder le malade vers le fond obscur de la salle, puis vers votre main, qui projette dans l'œil, à l'aide d'une loupe, un faisceau de rayons lumineux. Vous aurez soin, dans cette recherche, de faire tenir fermé l'œil non examiné, car le réflexe lumineux d'un œil se transmet au côté opposé, comme vous pouvez vous en convaincre en projetant dans l'œil gauche, par exemple, un faisceau lumineux, tout en examinant la pupille de l'œil droit, que vous verrez aussitôt se rétrécir vigoureusement. Le réflexe lumineux est une sorte de mouvement de défense de la rétine contre une lumière trop vive. L'ébranlement rétinien se transmet par l'intermédiaire du nerf optique et des bandelettes jusqu'aux tubercules quadrijumeaux, puis de là au centre photo-moteur du troisième ventricule, dont l'excitation détermine le res-

(1) Suite. — Voir les numéros des 22 septembre, 6 et 17 octobre 1885.

©BIU Santé

serrement de l'iris. La voie centripète du réflexe est donc le système optique (nerf optique, bandelette optique, tubercules quadrijumeaux), tandis que le réflexe centrifuge suit le trajet de la troisième paire. Le cerveau proprement dit, la volonté, n'ont donc aucune influence sur la production de ce réflexe, qui est complétement inconscient et qui est un excellent moyen de démasquer l'amaurose simulée.

Les simulateurs parviennent à supprimer le réflexe lumineux en instillant dans leur œil quelques gouttes d'une solution d'atropine; mais cet alcaloïde détermine une mydriase énorme, qui éveille tout de suite l'attention et met l'observateur en garde contre une supercherie, car, dans l'amaurose, la dilatation de la pupille est une dilatation moyenne.

Et cependant, Messieurs, un homme peut devenir amaurotique et conserver ses réflexes pupillaires. Le fait est d'une rareté exceptionnelle; mais nous en possédons un exemple chez un malade de notre salle Saint-Julien. Cet homme a reçu, en 1870, un violent coup de sabre sur l'occiput et a toujours souffert depuis de troubles cérébraux. A plusieurs reprises, il a eu des attaques épileptiformes et des accès transitoires d'amaurose. Enfin, la cécité est devenue définitive. Eh bien, Messieurs, le fond de l'œil est, chez cet homme, parfaitement normal et il possède dans toute leur intégrité ses deux réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation. On pourrait croire tout d'abord à de la simulation; mais voilà quatre ans que le malade est dans nos salles, surveillé attentivement, et qu'il a été soumis à différentes épreuves destinées à démasquer la fraude, si elle avait existé. J'ai donc acquis depuis longtemps la conviction que cet homme est réellement amaurotique par le fait de son traumatisme du lobe occipital. Le système optique, proprement dit, de cet aveugle est sain, y compris les bandelettes et les tubercules quadrijumeaux; ce qui lui manque, ce qui est détruit chez lui, c'est la communication entre ces tubercules et les centres percepteurs de la lumière, qui occupent vraisemblablement le lobe occipital. Cet homme est, au point de vue visuel, comparable à ces pigeons à qui Flourens enlevait les hémisphères cérébraux. Il a, en un mot, de la *cécité psychique*. Ses tubercules quadrijumeaux sont capables de recevoir encore les sensations brutes de lumière et de transmettre l'excitation reçue aux centres photomoteurs et moto-moteur de l'iris; mais tous ces réflexes se passent à l'insu du cerveau, *qui ne perçoit pas la lumière*. Chez les amaurotiques vulgaires, la situation est toute différente; chez eux, la rétine est devenue incapable de se laisser impressionner par la lumière, ou bien le nerf optique ne transmet plus les impressions lumineuses, aucune de celles-ci ne parvient donc aux tubercules quadrijumeaux et les mouvements pupillaires ne peuvent se produire, puisque le réflexe est arrêté dès son point de départ.

b) *Réflexe accommodateur et de convergence.* — Le centre de ce réflexe est, vous ai-je dit, le centre moto-moteur, qui occupe la partie postérieure du troisième ventricule. Quant à son point de départ, il est double, car le réflexe peut être provoqué par l'entrée en action soit du musele droit interne, soit du muscle ciliaire. Mais vous savez les rapports intimes qui existent entre la convergence et l'accommodation; le réflexe a donc pour point de départ ordinaire la contraction simultanée de ces deux muscles. On provoque le réflexe en faisant regarder le malade au loin, puis en lui ordonnant de fixer le bout de son nez: à ce moment, la pupille se rétrécit.

Vous rencontrerez souvent, en clinique, la perte du réflexe lumineux avec conservation du réflexe accommodateur. Ce phénomène est très fréquent chez les ataxiques, et on donne à cette dissociation des réflexes le nom de signe d'Argyl Robertson, signe dont la valeur diagnostique est considérable, car son apparition est assez précoce. Non seulement les pupilles des ataxiques ne réagissent pas à la lumière, mais encore elles demeurent contractées, en l'absence de toute sensation lumineuse, sans qu'il soit possible de fournir encore une bonne explication physiologique de ce myosis. On pourrait admettre à la rigueur, avec Mauthner, qu'en pareil cas, le centre photo-moteur du troisième ventricule est, non pas anéanti, mais vivement excité par une irritation de voisinage, d'où résulterait une contracture tétanique du sphincter irien.

Enfin, un caractère important des paralysies nucléaires, c'est les rémissions fréquentes qu'on observe dans leur marche. Cette rémission est de règle presque absolue chez les ataxiques au début : on peut voir chez ces malades les paralysies changer de siège et d'intensité d'un jour à l'autre, et même guérir spontanément. Il faudra donc se garder, en pareil cas, d'intervenir d'une manière hâtive et ne pas s'en aller à la légère redresser l'œil dévié par une opération. Souvent, on ferait une besogne stérile et même nuisible, puisque, si plus tard la paralysie, dont on a masqué les effets par un avancement du tendon, vient à s'amender ou à guérir, on pourra avoir un strabisme en sens inverse, d'origine opératoire.

A côté de l'allure hésitante des paralysies nucléaires, de leurs rémissions fréquentes, je vous signalerai enfin, parmi leurs caractères propres, l'influence de la volonté sur le degré de la paralysie, influence telle qu'un ptosis est bien moins prononcé le matin, au réveil, quand le malade est reposé, que dans la soirée, après une journée de fatigue.

PARALYSIE DE LA SIXIÈME PAIRE.

Nous allons maintenant aborder l'étude analytique des paralysies oculaires. Je n'ai pas besoin de vous rappeler longuement à quels signes on reconnaît les paralysies des muscles de l'œil et comment on les distingue du strabisme concomitant véritable. L'abolition plus ou moins complète des mouvements de l'œil dans le sens du muscle lésé, la déviation secondaire de l'œil sain, plus considérable que celle de l'œil paralytique, la diplopie, la fausse projection : voilà les caractères différentiels principaux des paralysies oculaires, tels que vous les trouverez exposés en détail dans les traités classiques, ou dans mes leçons précédemment publiées sur le même sujet, et auxquelles celles-ci ne forment qu'une sorte de complément.

Nous commencerons par l'étude de la paralysie de la sixième paire, parce que ces nerfs, ne se distribuant qu'à un seul muscle, le droit externe, dont la physiologie est très simple, ne peuvent donner lieu qu'à une paralysie très facile à étudier.

Un mot d'abord sur l'étiologie particulière de la paralysie de la sixième paire. Elle est souvent d'origine syphilitique, et de Graefe avait déjà remarqué avec quelle prédilection cette diathèse frappe les moteurs oculaires externes, parmi les nerfs de l'œil. Par contre, vous verrez l'ataxie déterminer de préférence des troubles dans le domaine du moteur oculaire commun. La raison de ces différences est assez obscure et tient peut-être à la grande étendue occupée par les noyaux de la troisième paire, mais,

©BIU Santé

par contre, je crois avoir démontré, par des preuves anatomiques et cliniques, pourquoi la paralysie de la sixième paire est si souvent d'origine traumatique. Depuis très longtemps, j'avais été frappé de la fréquence du strabisme paralytique interne chez les sujets qui avaient éprouvé quelque traumatisme crânien, et j'en trouvai la cause dans les rapports anatomiques de la sixième paire avec le sommet du rocher, où ces nerfs sont en contact intime avec une fine arête osseuse, de sorte qu'il suffit d'un traumatisme relativement léger, tel qu'une fêlure de la pointe du rocher pour altérer ces nerfs, ou même les détruire dans leur continuité. Notez donc, à côté des symptômes classiques de la fracture du crâne, la paralysie de la sixième paire, qui en est un des signes les plus délicats, puisqu'il peut apparaître alors qu'il n'y a ni ecchymose sous-conjonctivale, ni écoulements de sang ou de liquide cérébro-rachidien par l'oreille ou par le nez ; qu'il n'existe, en un mot, aucun autre signe de fracture de la base. Je renvoie ceux d'entre vous que cette question intéresse à l'article que j'ai publié sur ce sujet dans les archives d'ophthalmologie en 1880, et à la thèse de Chevallereau, un de mes anciens internes.

Je reviens aujourd'hui sur cette étiologie, car elle n'est pas suffisamment connue. Je viens de voir, en effet, que Mauthner attribue à une hémorrhagie bulbaire hypothétique et difficilement explicable par les autres symptômes présentés par le malade soumis à son observation, une double paralysie des moteurs oculaires externes consécutive à un traumatisme et qui reconnaissait évidemment pour cause une double fêlure du sommet des rochers.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

CIRCULATIONS LOCALES. — 1re partie : *La main*, par M. le docteur BOURCERET, avec une préface par M. le professeur SAPPEY. — Paris 1885 ; O. Doin.

Première partie d'un ouvrage qui promet de faire époque dans l'anatomie du système circulatoire, le livre actuel ne pouvait trouver auprès du public médical une recommandation plus autorisée que celle de l'habile anatomiste, auteur de la préface. L'Institut en avait jugé ainsi, en accordant une récompense à M. Bouceret dans les concours des prix Montyon.

Malgré les travaux antérieurs sur le système veineux, notre estimé confrère a entrepris de compléter les connaissances déjà acquises sur cette question. Par ses préparations anatomiques et les magnifiques planches qui accompagnent le volume, il montre que la vascularité des parties éloignées du centre circulatoire affecte une disposition toute exceptionnelle : leurs ramifications minimes servant à la nutrition ; leurs extrémités plus volumineuses s'abouchant directement avec de gros capillaires. Ces veines présentent des varicosités sur leur trajet et une apparence pelotonnée.

C'est au nouveau procédé d'injection, dont il est l'inventeur, que M. Bourceret doit cette découverte. Il consiste à injecter les veines du cœur vers les extrémités, malgré les valvules et sans les forcer. Le liquide coagulable suit un trajet inverse du cours normal du sang, abaisse les valvules et les applique contre la paroi veineuse, pour pénétrer jusque dans les plus petites ramifications de l'arbre vasculaire

En terminant la préface de cet ouvrage, M. Sappey fait un chaleureux appel en faveur des études anatomiques, c'est-à-dire : « en disant aux hommes jeunes qu'anime une étincelle de feu sacré, qui aiment la science et qui se sentent quelque goût pour l'anatomie, mais qui hésitent à s'engager dans une voie qu'on leur représente comme aride et déserte : Détrompez-vous, l'anatomie n'est pas une terre ingrate ; marchez d'un pas résolu sur ce sol, qui est bien loin encore d'être entièrement défriché ; prenez confiance en vous ; cherchez et vous trouverez. »

M. Bourceret a su chercher et a pu trouver. La science lui doit des remerciements pour ses efforts et des félicitations pour ses heureux succès. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Du permanganate de potasse dans la folie associée a l'aménorrhée. (*The British Médical Journal*, avril 1885 et *The London Medical Record*, 15 juin 1885). — Le docteur Deas est l'auteur d'une intéressante communication relative à l'influence du permanganate de potasse sur les fonctions utérines. C'est surtout dans les cas d'aménorrhée rebelle, associée à des troubles psychiques consécutifs, que l'auteur a utilisé cette substance. Il rapporte l'observation suivante dans laquelle l'action curative du permanganate de potasse est évidente : Une jeune femme avait pendant longtemps veillé un de ses proches parents malade, et les fatigues, les veilles, les inquiétudes avaient grandement altéré sa santé. Les règles se supprimèrent et la malade tomba graduellement dans un état mental caractérisé par de la mélancolie avec stupeur. Quand l'auteur la vit, il y avait à peu près un an que la menstruation avait cessé, la santé générale était compromise, la jeune femme profondément anémique était en outre atteinte d'une constipation très opiniâtre. L'état mental présentait une allure étrange ; elle ne prononçait pas une parole de la journée, le jeu de la volonté semblait complétement enrayé, il y avait une tendance marquée à l'état cataleptique. Après avoir mis en œuvre le traitement général, pendant 2 ou 3 mois, le docteur Deas décida de mettre à l'épreuve le permanganate de potasse.

Il donna d'abord 3 fois par jour une pilule de 0,05 centigrammes de permanganate de potasse et, au bout d'un certain temps, il porta la dose à 0,10 centigr. trois fois par jour. Au bout de deux mois de ce traitement, les règles réapparurent et presque simultanément une rapide amélioration se fit sentir dans l'état mental et dans l'état général de la malade. A la période menstruelle suivante, environ 8 jours avant l'époque attendue, la convalescente reprit ses pilules de permanganate de potasse, dont l'action fut soutenue par l'emploi de fréquents bains de sièges chauds. Les menstrues revinrent avec régularité et le rétablissement de la malade fut dès lors rapide et ininterrompu. L'auteur dit avoir employé le permanganate de potasse dans plusieurs cas semblables, et conclut d'après son expérience personnelle que : 1° le permanganate de potasse est un emménagogue utile, presque certain et dépourvu des divers inconvénients qu'offrent les autres médicaments appartenant à cette classe d'agents thérapeutiques ; 2° on peut en faire usage d'une manière continue pendant des mois sans qu'il en résulte aucun effet secondaire désagréable. On ne doit pas désespérer du succès, même après un emploi prolongé pendant un semestre et plus ; 3° alors même qu'il échouerait comme emménagogue, il serait encore utile comme tonique nervin et général.

Le permanganate de potasse, assez réputé en France comme désinfectant capable d'oxyder énergiquement les substances organiques, n'est en somme que très peu utilisé dans notre pays comme médicament interne. Il a eu son heure de célébrité quand les recherches de M. le docteur Lacerda au Brésil ont permis d'espérer de trouver en lui le véritable antidote du venin cobrique. En fait, le permanganate détruit le venin localement, toujours en vertu de son pouvoir oxydant. Lorsqu'on l'injecte peu après la morsure dans les environs de la plaie, on peut espérer annuler la puissance léthale du venin, si celui-ci n'est pas encore entré, ou s'il n'est entré qu'en partie, dans le courant de la grande circulation, mais si la solution est tant soit peu concentrée, on risque un abcès. Assez récemment, les essais du docteur Boureau, de Saint-Lazare, ont bien mis en lumière ses propriétés comme topique antiblennorrhagique. Sampson, en Angleterre, se fondant d'une part sur le fait constaté de l'anoxhémie des diabétiques, d'autre part sur la puissance oxydante du permanganate de potasse, le donne aux diabétiques à la dose de 0,10 à 0,20 centigr. comme on donne chez nous encore le chlorate de potasse. Gubler admet le rationalisme de cette thérapeutique spéculative ; il n'est pas éloigné de croire qu'en effet le permanganate de potasse soit susceptible de céder au sang une partie de l'oxygène résultant de son dédoublement. C'est cet auteur, du reste, qui a préconisé l'emploi du chlorate de potasse.

©BIU Santé

Le permanganate de potasse, ajoute-t-il, agit en tous cas en qualité de composé manganique, c'est-à-dire à la manière des toniques reconstituants et particulièrement du fer dont le manganèse se rapproche beaucoup. D'après les recherches d'Odling et de Babington, le métal est éliminé par les urines.

Ringer et Murrel, en Angleterre, en ont hautement vanté l'efficacité dans l'aménorrhée. L'autorité grande de ces deux auteurs contemporains a, comme on vient de le voir, pesé pour beaucoup sur la décision du docteur Deas, et son observation fournit une intéressante confirmation à l'appui de leur opinion. Que le permanganate de potasse agisse par son manganèse comme tonique reconstituant, cela est très admissible. Dans la nature le manganèse est toujours uni au fer et les propriétés thérapeutiques de cet agent semblent être analogues à celles du métal auquel la nature l'a presque toujours uni. En 1830, Wurser a reconnu des traces de manganèse dans la composition du sang. En 1847, M. Millon annonça à l'Institut que le sang de l'homme en contient constamment et que la proportion de ce métal y est toujours, comme celle du fer, assez forte pour qu'on puisse le doser par les méthodes d'analyse habituelle. En 1844, M. Marchessaux avait déja signalé la présence de cet alliage dans les globules sanguins. Dans leurs recherches sur les préparations ferro-manganiques, MM. Burin du Buisson et Petrequin (de Lyon) vérifièrent le fait de l'existence constante du manganèse dans le sang. Procédant de cette idée philosophique que les efforts de l'art doivent se proposer l'imitation des moyens qu'emploie la nature, et se conformer aux indications que lui dicte l'étude de cette nature dans ses manifestations matérielles organiques et inorganiques, M. Petrequin, qui observait la constante union du fer et du manganèse, soit dans le sein de la terre, soit dans les organismes vivants, conseilla de ne donner le manganèse qu'uni au fer et non en nature. Il le proposa comme un adjuvant du traitement martial. Il le déconseillait quand le fer suffit, mais pensait qu'on peut réussir quelquefois avec les préparations ferro-manganiques quand le fer seul a échoué.

Il est possible que certaines sources de Cransac, de Plombières et de Luxeuil doivent une partie de leurs propriétés reconstituantes à la petite quantité de manganèse que leurs eaux contiennent. Mais nos lecteurs ne doivent point oublier que le fait dominant sur lequel sont fondées la plupart des indications thérapeutiques du permanganate de potasse est l'extrême facilité avec laquelle cet agent cède son oxygène sous la forme d'ozone. Sur ce fait chimique repose son emploi à l'intérieur et à l'extérieur. Certains se sont appuyés sur cette rapide altération du permanganate pour affirmer son inutilité absolue comme agent médicamenteux. Le professeur Roberts Bartholow (de Philadelphie) pense qu'il serait en effet bien possible que la décomposition du sel s'opérât plus ou moins complètement dès son arrivée dans la cavité stomacale, mais que néanmoins il y a de bonnes raisons pour penser qu'il peut exercer une influence favorable dans certaines maladies dans lesquelles il serait théoriquement indiqué, peut-être à cause même de ces changements qu'il peut subir. Cet auteur dit, en effet, (1) avoir retiré des avantages marqués de son emploi dans la dyspepsie et la flatulence si constamment associées à l'obésité et dans le traitement de la polysarcie.

Dans la diathèse urique, le permanganate de potasse favoriserait la conversion de l'acide urique en urée et pourrait ainsi prévenir la formation des calculs et des dépôts d'acide urique. Les douleurs de la région lombaire se prolongeant vers la vessie et s'irradiant dans diverses parties du corps, les micturitions fréquentes d'urines acides chargées de sédiments uriques, associées aux symptômes d'une indigestion intestinale, constituent un syndrôme que dissiperait le permanganate de potasse. Ainsi ce dernier serait un succédané de l'acide benzoïque et de la lithine,

Mais c'est surtout comme un désinfectant et un antiseptique énergique que le permanganate peut être un agent thérapeutique précieux. Nous avons fait allusion à son emploi dans la blennorrhagie où nous avons pu constater son efficacité, de même que dans la gonorrhée et l'uréthrite arthritique ; les Anglais en font la base d'un excellent gargarisme dans les angines scarlatineuses, diphthériques, pultacée simple, typhoïde, gangréneuse, etc. Comme désodorant et désinfectant, on l'emploie avec avantage en

(1) Roberts Bartholow. *Materia médica and thérapeutics, Philadelphia*, 5e édition, 1885.

lotions ou injections dans l'ozène, l'otorrhée et contre la fetor des cancers, des ulcères sinueux et profonds, des caries, des abcès, etc. Le permanganate serait également utile contre la mauvaise odeur de l'haleine, la sueur fétide des pieds, des creux axillaires, etc. En solution concentrée, le permanganate est un caustique, il importe donc de ne pas forcer les doses ; il a de plus l'inconvénient de tacher et de brûler le linge, d'où la nécessité de prévenir les personnes qui pourraient avoir à en faire usage. La belle tache violet pourpre qu'il forme assume bientôt une couleur brune que les lavages ne peuvent faire disparaître.

Mais, en compensation de ces désagréments, le permanganate de potasse est un de ces rares désinfectants qui n'ont pas d'odeur eux-mêmes, comme la résorcine et l'acide borique. Comme caustique, Reveil a donné la formule suivante :

Permanganate de potasse..... ..	30 grammes.
Eau distillée.....	30 —

Pour injection uréthrale, on fera bien de ne conseiller qu'une solution de 0,20 à 0,50 centigrammes de sel, pour 250 grammes d'eau distillée.

Pour les gargarismes et les lavages, même formule.

L'eau ozonisée anglaise est une solution de deux grammes de permanganate de potasse, par litre d'eau distillée. Pour les gargarismes, les Anglais prescrivent volontiers une cuillerée à café par verre d'eau d'une solution de 0,12 centigr. de permanganate de potasse pur dans 30 grammes d'eau distillée. Pour l'administration interne, la forme pilulaire est de beaucoup préférable. Ringer et Murrel fixent la dose contre l'aménorrhée, à 2 ou 3 grains anglais de permanganate, à renouveler 2 ou 3 fois par jour. Quant au choix de l'excipient à employer pour la confection de la pilule, il est encore dominé par l'énergique oxydation que le permanganate fait subir aux corps auxquels on l'associe, surtout si ces derniers sont facilement oxydables. Les praticiens qui seraient disposés à employer le permanganate de potasse en pilules ne doivent pas oublier ce fait : c'est que le pharmacien, assez mal inspiré pour unir le permanganate de potasse au sucre, au sirop ou à la glycérine, s'exposerait à voir sa préparation détonner ou prendre feu spontanément entre ses doigts et à renouveler la véridique histoire que nous avons publiée ailleurs (1) de cette dame dont le médecin avait prescrit les pilules suivantes :

Oxyde d'argent..... .	48 grammes.
Muriate de morphine.....	1 —
Extrait de gentiane.....	Q. S.

Pour 24 pilules.

La dame ayant eu l'heureuse idée de mettre sa boîte de pilules dans son corsage, les pilules explosives, comme on peut le présumer à l'inspection de la formule, sans égard pour l'aimable hospitalité qui leur était offerte, se mirent à détonner au grand détriment, sans doute, du corsage et à la plus grande confusion du médecin et du pharmacien.

En Amérique et en Angleterre on emploie comme excipient du permanganate, le kaolin ointment (onguent au kaolin). Dans le *British médical Journal* du mois d'avril 1885, le docteur Bampton nous fait savoir que ceux qui voudront prescrire le permanganate de potasse trouveront dans l'*onguentum résinæ* de la pharmacopée anglaise une excipient des plus convenables et d'une manipulation beaucoup facile et beaucoup plus agréable que l'onguent au kaolin.

L'onguentum résinæ est un composé *secundum artem* de 8 onces de colophane concassée en poudre grossière, de 4 onces de cire jaune et de 16 onces d'huile blanche liquifiés ensemble à feu doux, puis passés à travers la flanelle et remués constamment jusqu'à refroidissement complet. On prescrira, bien entendu, l'abstention des sirops et du sucre pendant le temps voulu pour l'absorption de ces pilules.

On se rappelera également que cette substance est un poison, et c'est avec prudence qu'on procédera à l'augmentation des doses. — L. Dn.

(1) Voir Bulletin de thérapeutique, 1884, p. 43.

©BIU Santé

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX DE LYON PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE 1885.

Par une résolution fort sage, les médecins des hôpitaux de Lyon livrent maintenant à la publicité les comptes rendus des séances de leur Société. Cette mesure sera profitable à la science autant qu'honorable pour la médecine lyonnaise.

Un esprit très clinique souffle dans cette Société et en inspire les membres. Ici, en effet, c'est une communication, de M. Pollosson, sur un *mal perforant consécutif à la section du sciatique*. — Ancien de vingt-trois ans, cet accident fut suivi d'ulcérations de l'orteil à marche lente, de l'élimination du tarse et de dégénérescences musculaires, lésions d'origine nerveuse rappelant celles que M. Mégnin obtenait par la section du sciatique du chien, et M. Chauveau par celui des solipèdes.

Là, c'est un cas de *cécité des mots avec conservation de la lecture des chiffres et des nombres écrits en chiffres*, chez une malade de 74 ans atteinte, en décembre 1875, d'ictus apoplectique et d'aphasie. En même temps, ce même observateur signale un enfant qui, après des convulsions, perdit l'usage de la parole, mais continue de pouvoir chanter juste des airs populaires. C'est encore M. Bard, relatant un cas de *cancer primitif du pancréas avec carcinie généralisée de l'abdomen;* ou M. Perret, discutant un fait d'*endocardite mitrale et tricuspidienne dans le cours de la tuberculose.*

A propos d'un *cancer du foie avec angioleucite suppurée par cholélithiase*, M. Renaut fait remarquer l'intérêt clinique de telles observations où l'ictère des téguments est peu marqué, malgré l'oblitération des voies biliaires par un calcul. Dans l'espèce, d'ailleurs, il s'y ajoutait un intérêt de rareté, car l'angiocholite suppurée ne se rencontre pas souvent dans la cholélithiase.

Le même observateur, dont on connaît l'activité scientifique infatigable, entretenait encore ses collègues du *déplacement de la présystole dans le rétrécissement mitral*. Difficile à enregistrer, ce souffle ne possède qu'une importance clinique très restreinte à cause de son inconstance. Il manquait dans un rétrécissement mitral avec insuffisance aortique et chez une autre malade atteinte de goître exophthalmique. Néanmoins, dans le cas actuel la présystole existait à toutes les périodes, comme le montrait le tracé de la pointe du cœur et retardait à des intervalles de trois ou quatre pulsations. Ainsi, elle s'éloignait peu à peu de la systole et se rapprochait de la diastole, qu'elle suivait immédiatement. M. Renaut attribue à cette absence de fixité de la présystole le caractère d'extrême mobilité du souffle mitral qui accompagne le rétrécissement mitral. — C. L. D

THÉRAPEUTIQUE

Nouveau traitement local de l'eczéma et de quelques autres affections cutanées.

Par M. le docteur Gécé.

Connaissant par expérience les difficultés que les praticiens rencontrent si souvent dans le traitement local des affections cutanées, j'ai cherché à réaliser en un pansement unique les diverses conditions qui paraissent le mieux réussir dans certains cas très fréquents ; et, pouvant m'appuyer aujourd'hui sur de nombreux faits, je viens soumettre à mes confrères le procédé que j'emploie.

Je me suis attaché au traitement local pour plusieurs raisons.

Le traitement général n'est pas celui qui embarrasse d'habitude, et, comme il est sujet à variations, il est bon que chacun le détermine suivant le cas et suivant le malade.

Le traitement local, tout en restant difficile dans sa forme, peut se généraliser davantage, en raison des ressemblances qui existent dans les lésions anatomiques. Il est en

outre considéré par bon nombre d'excellents esprits, comme le plus actif et le plus rapide ; pour Hébra même, c'est le seul véritablement utile. Nous envoyons chaque jour des exemples dans la couperose et dans l'acné, dans le lupus, le psoriasis, l'eczéma. Et le traitement général lui-même n'agit fréquemment que d'une façon simplement locale. Ainsi, l'arsenic, si souvent indiqué, ne modifie la maladie qu'en s'éliminant par la peau. Mais ce traitement local est toujours resté et reste encore incertain, malgré les progrès accomplis.

On a commencé par supprimer les corps gras, les pommades, etc. Puis on a cherché, par divers tours de mains ingénieux, à isoler la surface malade des agents extérieurs, tout en y maintenant divers topiques. Le caoutchouc, la gutta, la traumaticine, la gélatine, le collodion, ont été tour à tour employés dans ce but.

Mais il faut bien avouer que ces divers moyens ne sont guère applicables qu'à l'hôpital, ou tout au moins ils obligent le malade à garder la chambre, uniquement à cause de son pansement, ce qui est une cause trop fréquente d'irrégularité dans le traitement et, partant, une cause d'insuccès.

Ayant obtenu avec un nouveau produit, l'ichtyol, que nous a fait connaître le docteur Unna (de Hambourg), des résultats qu'aucun autre agent ne m'avait encore donnés, j'ai cherché à combiner l'emploi de ce médicament avec un pansement qui fût à la fois permanent, isolant, facile à appliquer par le malade lui-même, et facile à conserver sans nuire à ses occupations habituelles.

J'y suis arrivé au moyen d'une *pellicule* médicamenteuse, — sorte d'épiderme artificiel, — très résistante et très souple en même temps, — qui adhère parfaitement sans aucun bandage, qui s'applique en l'humectant simplement avec de l'eau chaude (35 à 40 degrés), et qu'il suffit de renouveler tous les trois ou quatre jours.

On voit à première vue tous les avantages qui ressortent de cette application topique si simple. Quant aux résultats pratiques, les voici :

Dans l'eczéma aigu, mais seulement celui à forme humide, dans toutes les variétés d'eczémas chroniques, notamment l'eczéma des membres inférieurs, où la pellicule, appliquée en bandelettes imbriquées, donne une compression méthodique très favorable, dans le prurigo, dans le lichen, on observera, dès la première application, un changement des plus favorables. Les démangeaisons cessent immédiatement, les sécrétions se modifient et disparaissent, et à chaque renouvellement du pansement on voit, en quelque sorte, marcher la guérison.

Dans le psoriasis, les premiers essais ont paru favorables, mais c'est une expérience à poursuivre.

Les faits dont je parle n'ont pas été observés par moi seul; ils ont été confirmés par les observations d'un nombre déjà considérable de médecins, et c'est ce qui m'a décidé à les faire connaître, bien certain, aujourd'hui, que les praticiens trouveront, dans l'emploi de cette pellicule, une ressource qui pourra leur rendre les plus grands services.

J'ai déjà indiqué incidemment le mode d'emploi :

On taille dans cette pellicule, qui est en rouleau, un morceau approprié à la partie sur laquelle on doit l'appliquer, uni ou découpé sur les bords, ou bien en bandes ou bandelettes, selon l'indication.

On l'humecte en la laissant surnager un instant sur de l'eau chaude, dont la température pourra être supportée par la main. On applique en tamponnant, et, en quelques minutes, la pellicule fait corps en quelque sorte avec la peau.

Après le second jour, l'action commence à s'épuiser. Il est donc des cas où l'on fera bien de renouveler la pellicule sans plus attendre. Et si l'on éprouve quelques difficultés pour l'enlever, — sur les parties couvertes de poils, par exemple, — il suffira de détacher un angle avec de l'eau chaude, et d'humecter les deux faces en tirant légèrement.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 octobre 1885. — Présidence de M. Boulby.

Parmi les pièces de la correspondance, M. le Secrétaire perpétuel signale le 209e volume de « La Connaissance des Temps », offert par M. Faye. Voilà, pour une publication, un âge qui commence à être respectable : 209 ans! c'est quelque chose; — une note de M. Dareste, concernant l'influence des secousses sur la configuration du germe et la production des monstruosités dans l'œuf. Cette influence est assez problématique, ou du moins fort minime, car il résulte du travail de M. Dareste qu'on peut imprimer à des œufs jusqu'à quarante-neuf mille secousses sans qu'il en résulte aucun dommage pour le germe.

A propos de cette communication, le vénérable M. Chevreul se livre à des considérations sur les matières albuminoïdes, — dont il avait longtemps nié l'existence, — à des considérations, dis-je, très intéressantes, très personnelles et un peu confuses; l'illustre professeur ne vieillit pas.

MM. Félix Humbert et Henri ont trouvé un nouveau procédé de fabrication de l'hydrogène qui abaissera d'une façon inespérée le prix de revient de ce gaz. Le procédé consiste à projeter de la vapeur d'eau sur du coke incandescent. Une tonne de coke peut donner naissance à 3,200 mètres cubes d'hydrogène.

M. Trouvelot a étudié avec une grande attention les phénomènes qui se passent dans la nébuleuse d'Andromède, et il confirme la réalité de l'apparition d'une étoile nouvelle. Ainsi, voilà un soleil qui vient de naître, et c'est à peine si l'on s'en occupe. Cela mériterait cependant qu'on y fît quelque attention, maintenant que les élections sont terminées.

M. Feuillet de Conches, bien connu par sa belle collection d'autographes, propose un problème à messieurs de l'Académie des sciences. Il possède une lettre de Mme de Lafayette, non datée, mais qui paraît avoir été écrite vers le milieu du règne de Louis XIV. C'est une invitation à dîner dans laquelle, outre les excellents perdreaux qu'elle promet à ses convives, elle annonce qu'elle leur fera voir le fameux « *feu artificiel* au moyen de quoi l'on peut se chauffer tout un jour pour deux sous ». Le collectionneur demande si, parmi les membres de l'Académie, quelqu'un peut lui dire ce qu'était le feu artificiel dont parle la spirituelle amie de Larochefoucauld. M. Berthelot fera des recherches à ce sujet.

M. Marcel Deprez a enfin résolu la question du transport de la force électrique. M. J. Bertrand, qui a assisté à toutes les expériences, à tous les efforts tentés et poursuivis depuis deux ans, avec une persévérance infatigable et le soin le plus minutieux, se porte garant que le succès est complet. Les appareils installés entre Creil et Paris représentent un parcours de 58 kilomètres. La machine, qui produit 80 chevaux-vapeur à l'une des extrémités de la ligne, en transmet 40 à l'autre extrémité, et, chose inattendue, elle ne tourne pas vite; elle ne fait pas plus de 370 tours à la minute. C'est, à peu de chose près, la vélocité d'une roue de locomotive; elle ne s'échauffe donc pas. Le fil qui transmet la force ne s'échauffe pas non plus. Enfin, les résultats obtenus sont de nature à donner satisfaction entière et aux industriels et aux savants. La maison Rothschild, qui a subvenu à toutes les dépenses nécessitées par les essais, et qui a, de ce fait, avancé la somme énorme de 800,000 francs, a lieu de s'applaudir de sa libéralité. Les membres de l'Académie des sciences ont été convoqués pour assister à l'expérience définitive qui s'est faite jeudi dernier.

La foudre a produit, paraît-il, dans la Dordogne, des effets extraordinaires; elle a percé un mur et, rencontrant une glace qui reflétait le paysage, elle a photographié sur cette glace tous les objets qui y étaient représentés. La glace est envoyée à l'Académie et sera soumise dans la séance prochaine, à l'examen de la savante Compagnie.

M. Fizeau attendra l'arrivée de ce colis fantastique avant de se prononcer.

Suit la communication de M. Pasteur sur la rage, dont nos lecteurs ont déjà connaissance par le numéro du jeudi 29 octobre.

FORMULAIRE

Traitement de l'hyperthophie du cœur. — C. Paul.

Dans l'hypertrophie consécutive aux lésions de la mitrale, les agents modérateurs du cœur agissent efficacement, et on peut en continuer longtemps l'usage. — Lorsqu'au contraire l'hypertrophie est consécutive à une lésion de l'orifice de l'aorte, il se produit de l'anémie, et au lieu de la digitale, qui est mal supportée, on recommande les préparations ferrugineuses solubles, telles que le tartatre de fer et de potasse à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 60 par jour, et même davantage, le perchlorure de fer, à la dose de 50 à 60 gouttes par jour, en 2 ou 3 fois, le proto-chlorure de fer, le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal, le carbonate et l'iodure de fer, enfin le sirop d'arsénite de fer, préparé de la manière suivante : pyrophosphate de fer citro-ammoniacal 3 grammes, liqueur de Fowler 1 gr. 50, sirop de fleurs d'oranger 60 grammes, sirop simple 260 gr. — Dans le cas d'athérome de l'origine de l'aorte, 0 gr. 30 à 0 gr. 50 d'iodure de potassium à moins que la lésion soit de nature syphilitique, auquel cas il convient d'en élever la dose à 2 grammes. — Enfin, lorsqu'il s'agit de l'hypertrophie consécutive au rétrécissement de l'artère pulmonaire, la phthisie étant la complication la plus redoutable, on prescrit le chlorure de sodium, l'arsenic à petite dose, sous forme d'eau du Mont-Dore, ou les deux réunis dans l'eau de la Bourboule, On peut conseiller aussi les phosphates, l'huile de foie de morue, les sulfures alcalins faibles. — N. G.

COURRIER

Souscription Roullet. — Nous reproduisons avec plaisir, d'après le *Lyon médical*, la note suivante qui fait grand honneur à notre corporation.

Au mois de mai dernier mourait à l'Hôtel-Dieu Charles Roullet, interne des hôpitaux. Victime de son devoir professionnel, il succombait aux suites d'une piqûre anatomique qu'il avait contractée en pratiquant l'autopsie d'un malade de son service.

L'internat, vivement ému du deuil cruel qui le frappait, apprit bientôt que cet infortuné collègue laissait après lui, dans la gêne, une famille qui s'était imposé pour son éducation les plus lourds sacrifices : une mère veuve et une jeune sœur de neuf ans. Unis dans une même pensée, tous les internes décidèrent qu'il était de leur devoir de remplacer, auprès de ses parents désolés, l'aide et l'appui que Ch. Roullet allait bientôt pouvoir leur apporter.

On décida une souscription pour parer aux premiers besoins et assurer, si c'était possible, l'avenir de Mme et de Mlle Roullet.

Les internes, les premiers, s'inscrivirent pour 1,000 fr. L'Administration des hospices, suivant cet élan généreux, fit don d'une somme de 1,500 fr., et MM. les administrateurs souscrivirent personnellement une somme égale.

Puis on fit appel à MM. les professeurs de la Faculté, aux médecins et chirurgiens des hôpitaux, à l'Association des médecins du Rhône, à tous les anciens internes. Partout l'accueil le plus empressé répondit à cette demande.

On avait décidé, par un sentiment que chacun comprendra, de limiter la souscription au monde médical. Pourtant quelques personnes étrangères, qui s'intéressaient particulièrement à la famille Roullet, demandèrent à participer à cette bonne œuvre.

Entre tous, M. Henri Bredin, qui avait eu comme employé le père de Ch. Roullet, et qui avait pu apprécier ses services, se distingua par sa générosité et remit une somme de 5,000 fr.

Aujourd'hui la souscription est close. Le résultat obtenu a été inespéré: 14,736 fr. ont

©BIU Santé

pu être placés en rentes sur l'Etat, la *nue-propriété* appartenant à Mlle Roullet et l'*usufruit* étant dévolu à sa mère sa vie durant.

Le sort de cette famille est aujourd'hui assuré. Il ne reste plus aux internes qu'à adresser leurs vifs et sincères remerciements à l'Administration des hospices, au corps médical, à M. Henri Bredin, à tous ceux qui ont tenu à honneur de participer à cette bonne œuvre et qui ont permis d'en assurer le succès.

P. S. — Cinq cents francs nous sont encore promis. Cette somme, comme tout autre qu'on voudra bien nous adresser, sera reçue avec reconnaissance.

Hopital de la Pitié. — M. le docteur V. Audhoui commencera son cours sur les eaux minérales de France, le jeudi 5 novembre 1885, à neuf heures et demie; et le terminera le 24 décembre.

Les leçons, au nombre de huit, auront lieu tous les jeudis à la même heure, à l'amphithéâtre n° 3.

Maladies des femmes. — M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, recommencera ses leçons cliniques, à sa clinique, rue de Savoie, 9, le lundi 9 novembre, à une heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

Les élèves sont exercés à l'examen des malades.

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 4 janvier 1886, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Au jour fixée pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteur de l'une des facultés de France, être agés de 27 ans au moins, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille ; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

École d'antropologie de Paris. — Les cours du semestre d'hiver de l'année scolaire 1885-1886 commenceront le lundi 9 novembre prochain, et auront lieu dans l'ordre suivant :

Anthropologie zoologique. — M. le docteur Mathias Duval, professeur (le vendredi à cinq heures), traitera de l'anthropogénie et de l'embryologie comparée, du blastoderme et des phases du dévelloppement.

Anthropologie générale. — M. le docteur Paul Topinard, professeur (le mardi à quatre heures), traitera du type et de la race. Première partie, analytique : Des races de l'Europe depuis les temps préhistoriques jusqu'à nos jours; deuxième partie, synthétique : succession et transformation des races dans le temps; leur passé et leur avenir.

Ethnologie. — M. le docteur Dally, professeur, supplée par M. le docteur Manouvrier (le mercredi à quatre heures), traitera de la crâniologie ethnique; des formes normales et anormales du crâne.

Géographie médicale. — M. le docteur Bordier, professeur (le samedi à quatre et demie), traitera de l'action générale des milieux.

Anthropologie préhistorique. — M. Gabriel de Mortillet, professeur (le lundi à huit heures du soir), traitera de l'homme tertiaire et de l'origine de l'homme.

Histoire des civilisations. — M. le docteur Letourneau, professeur (le lundi à quatre heures), traitera de l'évolution et de l'ethnographie de la morale.

Le cours d'antropologie linguistique aura lieu pendant le semestre d'été.

La seconde conférence Broca aura lieu dans le courant du mois de novembre; elle sera faite cette année par M. le docteur S. Pozzi, qui a pris pour sujet : Le cerveau et ses circonvolutions chez les primates.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Maurice Notta. — II. R. Longuet : La néphrotyphoïde. — III. Bibliothèque. — IV. Revue des Journaux. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VI. Formulaire. — — VII. Courrier.

MAURICE NOTTA.

L'*Union médicale* vient de faire une perte cruelle dans la personne de Maurice Notta, interne des hôpitaux de Paris, le plus jeune, mais non le moins actif de ses rédacteurs attitrés.

Notre ami succombe à 27 ans. Nommé interne en 1882, après un excellent concours, il était, six mois plus tard, brutalement terrassé par la maladie; après plusieurs semaines d'angoisses, ses parents, accourus à son chevet, ses maîtres et ses nombreux amis, rivalisant de dévouement, avaient eu la joie de le voir pour ainsi dire renaître, et Notta était parti, pour consolider sa santé, tour à tour à Alger, puis à Pau. Partout il conquérait la sympathie par sa vive intelligence et son heureux caractère.

Plein d'ardeur au travail, et d'une curiosité d'esprit sans cesse en éveil, clinicien et écrivain de race, il s'était fait remarquer, dès son début dans la presse médicale. Sur la médecine, la chirurgie, la gynécologie, il a écrit des revues critiques excellentes; un grand nombre de journaux ont accueilli d'abord, puis sollicité ses articles, où la clarté des idées était rehaussée par une langue parfaitement correcte et un tour d'esprit très enjoué et très fin. Il notait ses impressions de voyage; il publiait des observations recueillies dans ses différents séjours ou dans la clientèle de son père; il analysait et critiquait, avec une sûreté de jugement et une mesure au-dessus de son âge, les livres et les travaux nouveaux. Son activité infatigable ne s'est pas démentie jusqu'au dernier jour, malgré de longues et cruelles souffrances, qu'il supportait avec une résignation rare.

Nos lecteurs déploreront comme nous qu'une vie si bien remplie et si pleine de promesses ait été si courte. Leur chagrin s'accroîtra à la pensée de l'inconsolable désespoir d'un père, qui fut, lui aussi, un des collaborateurs militants de l'*Union médicale*, et qui, après une longue et brillante pratique chirurgicale, entouré de l'estime universelle, voyait avec une fierté légitime grandir un fils en tout point digne de lui.

La néphrotyphoïde.

La participation du rein aux lésions générales de la fièvre typhoïde soulève les mêmes problèmes que les déterminations pulmonaires de cette maladie.

Nous avons étudié ici même, sous le nom de pneumotyphoïde, une localisation indépendante du poison, correspondant à une forme clinique qui doit être distinguée. Les manifestations rénales de la fièvre typhoïde s'accompagnent-elles d'un appareil qui modifie suffisamment le tableau symptomatique, l'évolution et le pronostic de la maladie, pour constituer une autre forme autonome ?

©BIU Santé

On n'en semble pas douter, en France, où, après A. Robin, les travaux d'Amat, de Petit, de J. Renaut, de Didion, s'efforcent d'en accréditer la notion, très froidement accueillie en Allemagne, où, du moins, le nom de néphrotyphus, auquel les errements de notre nomenclature nous portent à substituer celui de néphrotyphoïde, pose nettement la question très complexe que nous envisagerons à notre tour.

I

La constatation de l'albuminurie est de date déjà ancienne dans l'histoire de la fièvre typhoïde. Après Craufurd Gregory, qui avait reconnu de grandes quantités d'albumine dans les urines d'un typhoïdique, mort avec des lésions congestives du côté des reins, Rayer, Martin Solon, Gubler, A. Robin, Legroux et Hanot, Durand, en France ; Johnson, Trotter, Murchison, en Angleterre ; Heller, Zimmermann, Friedreich, Liebermeister, Griesinger, en Allemagne ; Mygge, en Norwège ; Flint, en Amérique ; sont les auteurs qui ont accordé le plus d'attention à un phénomène très diversement interprété (1).

Pour Rayer, elle était l'expression d'une lésion inflammatoire du rein, présente dans toutes les maladies générales. Martin Solon, avec les auteurs du Compendium, Murchison et beaucoup d'autres limitent ce processus à la congestion. Bartels fait de l'albuminurie typhoïde une conséquence des troubles vasculaires qui se manifestent sous l'influence d'une température élevée, soit par l'intermédiaire des vaso-moteurs, soit par une action paralysante directe sur les parois des vaisseaux, susceptibles de s'altérer secondairement. Pour lui, les lésions nutritives permanentes du parenchyme rénal doivent être très rares ; l'état de tuméfaction trouble de l'épithélium n'est qu'un phénomène secondaire dû à la même cause que l'albuminurie, à moins qu'il ne soit une simple altération cadavérique (2). Gubler peut être cité à côté des auteurs qui font bon marché des altérations rénales dans la production de l'albuminurie typhoïde. Pour lui, l'élimination de l'albumine est le résultat de son accumulation dans le sang en excès par rapport aux hématies détruites par la fièvre et du défaut de combustion des albuminoïdes provenant de la dénutrition (3). D'autres supposent des modifications moléculaires de l'albumine normale qui la font transsuder des vaisseaux et forcer le filtre rénal. C'est toujours l'albuminurie dyscrasique opposée à l'albuminurie d'origine néphritique, sur les lésions de laquelle, malheureusement, l'accord est loin d'être fait, les uns invoquant la néphrite parenchymateuse, les autres, la néphrite interstitielle, les derniers venus, conformément aux tendances du jour, une néphrite mixte. Il faut encore compter avec des processus d'un ordre particulier.

Legroux et Hanot admettent une déchéance graisseuse de l'épithélium rénal résultant de l'action stéatogène du processus typhoïde sur différents organes, sur le rein, comme sur le foie, le muscle cardiaque. Cette dégénérescence est d'ailleurs une lésion susceptible de réparation (4).

(1) Voir, en dehors des travaux cités dans le corps de l'article, A. Robin : La fièvre typhoïde, etc. — Th. de Paris, 1877. — Ch. Amat : Th. de Paris, 1878. — P. Petit : Th. de Lyon, 1881. — Didion : Th. de Paris, 1883. — H. Toussaint : *Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1885, II, p. 228.

(2) Maladies des reins. Trad. française, 1884, p. 250.

(3) Art. ALBUMINURIE. *Dict. enc. des sciences méd.*

(4) *Arch. gén. de médecine*, 1876, II, p. 641.

Citons encore les conclusions de travaux récents, qui empruntent une importance exceptionnelle à la compétence de leurs auteurs. Le professeur J. Renaut (1) : la néphrite typhoïde est fondamentalement une néphrite parenchymateuse. L'épithélium des tubuli contorti a perdu sa striation ; les cellules forment des blocs granuleux, leurs noyaux ne se colorent plus par le carmin ni l'hématoxyline : cet épithélium a été frappé de mort sur place, dans sa presque totalité. L'épithélium plat des canalicules de Henle est, au contraire, à peu près normal ; quant aux tubes collecteurs, ils sont le siège d'une simple inflammation catarrhale. L'albumine est sécrétée par le bouquet glomérulaire et s'accumule entre celui-ci, refoulé et comprimé, et la capsule de Bowmann ; elle pénètre sous pression dans les tubes contournés qu'elle gonfle et fait éclater par places, passant dans les espaces lymphatiques et pénétrant dans les capillaires veineux, où elle se substitue au sang en circulation ; d'où l'entrave de la circulation fonctionnelle, un œdème brusque de la périphérie des lobules, qui prépare, en vertu d'une loi posée par l'auteur, des lésions interstitielles secondaires, la sclérose périlobulaire.

Cornil et Brault rangent la néphrite typhoïde parmi les *néphrites diffuse* relevant d'une altération du sang et d'une élimination des microbes spécifiques (2). Ce sont ces néphrites qui avaient été longtemps nommées catarrhales en vertu d'une conception anatomopathologique erronée, les faisant surtout consister en une inflammation légère portant sur le revêtement épithélial des tubes droits et collecteurs, dans un catarrhe des voies d'excrétion de l'urine. Il résulte, au contraire, des recherches de Cornil et Brault que l'inflammation est localisée au labyrinthe, à la portion sécrétante de la substance corticale, aux glomérules et aux tubes contournés. Il en existe une forme suraiguë et une forme lente ou chronique, et c'est à cette dernière, plus particulièrement, que se rattache la néphrite typhoïde. A la tuméfaction trouble des cellules des tubes contournés, quelquefois polynucléaires, remplies de granulations protéiques, d'où sourdent des boules colloïdes qui donneront lieu aux cylindres hyalins après avoir été détachées des cellules, déchiquetées à leur bord libre, atrophiées, aplaties, succède au bout d'un certain temps la dégénérescence granulo-graisseuse des épithéliums d'un nombre plus ou moins considérable de tubes urinifères. En même temps, les vaisseaux glomérulaires sont distendus et la capsule de Bowmann renferme du sang ou un exsudat contenant des globules blancs. Les lésions du tissu conjonctif sont secondaires et effacées.

Le rôle pathogénique des microbes éliminés par les reins, à l'égard des éléments sécréteurs de l'organe, est également invoqué par le professeur Bouchard (3) et par Babes (4). On peut, en effet, admettre que la dégénérescence de l'épithélium est une conséquence de la spoliation des éléments nutritifs, en particulier de l'oxygène nécessaire à son entretien, par le microbe qui les détourne à son profit ; mais on ne doit pas ignorer cependant qu'à côté des micro-organismes prenant part à des désordres qui atteignent immédiatement un haut degré de gravité, comme les microbes pyogènes dans les expériences de Coze et Feltz, de Koch et de Pasteur, il en est, comme la bactérie du charbon, de la septicémie des souris (Koch) ou de

(1) *Arch. de physiologie*, janvier 1881 et Th. de P. Petit.
(1) *Manuel d'histol. pathol.*, 1884, II, p. 573.
(2) *Rev. de méd.*, 1881, p. 671, et Congrès de Londres.
(3) *Wien. med. Pr.*, 1884, p. 154.

©BIU Santé

l'infusion de Jequirity (Cornil et Berlioz) qui sont parfaitement inoffensifs pour le filtre rénal.

Enfin, E. Wagner a rencontré des lésions très différentes selon les autopsies, néphrite catarrhale, simple tuméfaction trouble des épithéliums, amas lymphoïdes, abcès miliaires, foyers hémorrhagiques, etc. (1).

Au total, on voit que la caractéristique anatomique du rein typhoïde n'est rien moins que fixée. Il n'est pas jusqu'à cet état congestif, qui figure traditionnellement dans les lésions élémentaires de la fièvre, et que la plupart des auteurs ont admis et cru confirmé par les constatations d'autopsies qui ne soit mis en question par les expériences de Walter Mendelson. Les recherches de cet auteur pratiquées sous la direction de Cohnheim, à l'aide de l'onkomètre de Roy, lui ont fait, en effet, constater dans l'état fébrile, au lieu d'une augmentation de volume, une réduction de l'organe qui atteint jusque 20 et 32 p. 100 du volume primitif, phénomène, pour le dire en passant, qui doit être pris en sérieuse considération dans son influence évidente sur la diacrise urinaire (2).

La tuméfaction trouble de l'épithélium n'a pas, pour Bartels, la signification qu'on lui donne; la dégénérescence granulo-graisseuse est une autre lésion d'une constance relative; encore J. Renaut conteste-t-il à Legroux et Hanot qu'il s'agisse d'une transformation graisseuse comparable à celle qu'il observe à la suite de l'intoxication phosphorée ou dans les ictères graves, au lieu d'une désintégration nécrobiotique.

Il y a encore à compter, d'ailleurs, avec les observations analogues à celle de Kussmaul et Hamburger, dans laquelle le rein s'est montré absolument normal, après un examen pratiqué par Reklinghausen, malgré une abondante albuminurie et la présence de cylindres granuleux (3). Ce fait est la contre partie de ceux observés par Liebermeister, qui dit avoir plusieurs fois trouvé à l'autopsie des reins malades, sans qu'il y eût eu albuminurie pendant la vie. Il est vrai, ajoute-t-il, qu'il ne s'est servi que de l'acide azotique et de la chaleur, et qu'il s'est peut-être trouvé en présence de l'albuminurie latente de Gerhardt, d'une peptonurie (4).

En présence de toutes ces variétés et de toutes ces divergences, nous sommes bien obligés de conclure que les lésions rénales, associées à l'albuminurie typhoïde, d'origine primitivement dyscrasique, n'ont qu'un caractère secondaire et contingent, et nous avons à rechercher si, les lumières que l'anatomie pathologique nous refuse, la clinique nous les donne.

(*A suivre.*) R. LONGUET.

BIBLIOTHÈQUE

DES MANIFESTATIONS DE LA SYPHILIS SUR LA VOUTE DU CRANE, par le docteur M.-E. GALTIER BOISSIÈRE. — Paris, Masson, 1885.

On observe des lésions syphilitiques du crâne dans la syphilis acquise, dans la syphilis héréditaire précoce et tardive.

(1) *Deut. Arch. f. Klin. med.*, 1880, XXV, p. 537; — *Ziemssen's handb.*, 1882, IX, p. 158; — *Deut. Arch. f. klin Med.*, 1885, XXXVII, p. 210. — La thèse récente de Gallois (th. de Paris 1885) traite *des abcès miliaires dans la fièvre typhoïde;* Gallois en fait, avec M. G. Sée, le résultat d'une infection secondaire, d'une pyémie d'origine intestinale.

(2) *The American J. of med. sc.*, 1883, II, p. 380.

(3) *Berlin. klin. Woch.*, 1881, p. 277, 292, 308.

(4) *Ziemssen's handb.*, 1876, II, p. 1.

Historique. — Parrot avait trouvé, sur des crânes extraits des dolmens de la Lozère, les perforations du crâniotabès et des ostéophytes qui attestaient, d'après lui, l'existence de la syphilis préhistorique; des altérations du même genre ont été reconnues par lui sur des crânes tirés des sépultures du Pérou et de l'Equateur antérieures à la conquête espagnole. M. Galtier Boissière a surtout vérifié l'historique de la syphilis crânienne depuis le XVe siècle, et il mentionne Jean de Vigo, J. de Bethencourt, Fracastor, Fallope, Van Swieten, Howard et Sandifort, Swediaur, comme ayant donné des descriptions ou des dessins de lésions syphilitiques du crâne. Dans l'époque contemporaine, il signale surtout Ricord, qui, en 1846, a tracé magistralement la symptomatologie des exostoses; Virchow, qui a décrit, sous le nom d'ailleurs impropre de carie sèche, l'altération que produit la gomme sur la voûte du crâne.

Les lésions crâniennes de la syphilis héréditaire, soupçonnées depuis 1778, par Rosen, Underwood, Bertin, Cruveilhier, Desmarres, Roger doivent surtout d'être connues à Elsæsser et Parrot. Celles qui peuvent être attribuées à la syphilis héréditaire tardive ont particulièrement été étudiées par M. Fournier.

Étiologie. — Le frontal est le point d'élection des lésions syphilitiques acquises; il est plus exposé aux traumatismes, à la pression des bords du chapeau. La pression de la tête sur l'oreiller expliquait, suivant Parrot, les perforations de l'occipital chez les enfants atteints de syphilis héréditaire. Parmi les causes prédisposantes, la diathèse scrofuleuse, la misère physiologique, le climat froid ont été cités.

Anatomie pathologique. — La *syphilis acquise* peut frapper le crâne, dès les premiers mois de son évolution, en produisant des *ostéo-périostites simples*, qui se réparent complètement ou produisent un processus d'éburnation plus ou moins étendu. Les exostoses endo ou péricrâniennes ainsi formées sont généralement hémisphériques, à surface lisse et régulière, variant comme épaisseur de quelques millimètres à plus de 3 centimètres.

Dans la période tertiaire, les gommes qui altèrent les os peuvent être nées dans ceux-ci ou leurs annexes, ou dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'*ostéite gommeuse* peut être *diffuse* ou *circonscrite*. La première peut amener des exostoses ou hyperostoses crâniennes. La seconde, que Virchow décrivit à tort sous le nom de carie sèche syphilitique, comporte le développement de petites gommes arrondies, adhérentes au périoste et logées dans une dépression irrégulière de la table externe et du diploé; cellules rondes très nombreuses, fibrilles, vaisseaux, lamelles de tissu osseux plus ou moins détruites les composent. Autour de la gomme, ces lamelles osseuses en voie d'atrophie sont remplacées par la formation de moelle embryonnaire et de grandes cellules à noyaux multiples; puis la néoformation passe à l'état fibro-caséeux, et un processus d'ostéite condensante et productive reforme des lamelles osseuses et produit l'éburnation de l'os autour de la perte de substance, qui elle-même peut se réparer. Mais, si elles sont nombreuses et profondes, les gommes peuvent aboutir à l'amincissement et à des perforations multiples.

La nécrose est amenée tantôt par des ostéopériostites, tantôt par des gommes; elle peut aboutir à l'élimination des séquestres. Il existe une forme très rare, l'hyperostose généralisée.

La *syphilis héréditaire infantile* offre aussi deux formes dissemblables, l'une hypertrophique, l'autre raréfiante.

La raréfaction peut être l'usure résultant d'une simple pression, ou se produire sous l'influence d'un travail analogue à celui des gommes. Dans ce dernier cas, les lésions siègent sur la partie du crâne opposée au décubitus, sous forme d'érosions planes taillées à l'emporte-pièce, si rapprochées quelquefois que l'os semble rongé par les mites; à l'intérieur se trouve un tissu gélatiniforme. Les érosions peuvent dégénérer en trous et en perforations. — D'autres altérations raréfiantes évoluent de dedans en dehors, et, sans néoformation de tissu spécial, proviennent de l'action du décubitus sur un os poreux et décalcifié. Elles siègent, chez les enfants de 2 mois à 4 ans au plus, au voisinage de la suture lambdoïde, sur la surface des fosses cérébrales et cérébelleuses de l'occipital. Les perforations sont quelquefois assez nombreuses pour

©BIU Santé

transformer cet os en une écumoire à petits orifices. Tel est le crâniotabès d'Elsaesser; cet auteur l'attribuait au rachitisme, auquel Parrot, on le sait, donnait la syphilis pour cause primitive. — Parrot avait encore noté à la face interne du crâne, au pourtour du bregma, chez certains athrepsiques, des cupules et des rigoles séparées par des crêtes plus ou moins saillantes; il ne croyait pas impossible qu'elles fussent aussi d'origine syphilitique.

Le processus hypertrophique comporte, suivant Parrot, des ostéophytes lenticulaires tranchant sur le reste de l'os par leur couleur rouge ou violette, leur porosité et leurs sillons vasculaires, à contour régulier, assez multipliés pour recouvrir quelquefois une grande partie de la calotte crânienne et lui donner une épaisseur de 2 à 3 centimètres, s'incrustant enfin de sels calcaires de manière à acquérir une grande dureté. Le poids du crâne augmente alors; les sutures étant barrées, la microcéphalie peut se produire. Dans quelques cas, les sutures se sont trouvées, au contraire, élargies et l'hydrocéphalie existait.

La *syphilis héréditaire tardive* ne produit pas de lésions crâniennes spéciales; tantôt on note les déformations résultant des précédentes lésions survenues pendant la première enfance, tantôt les exostoses ou les gommes circonscrites comme dans la syphilis acquise.

La partie anatomique du travail de M. Galtier Boissière méritait surtout d'être analysée. Nous n'insisterons pas sur les signes de la syphilis ostéo-crânienne, les caractères de la céphalée et des douleurs ostéocopes, les signes physiques et les signes indirects ou de voisinage; — le diagnostic avec les contusions, les exostoses rhumatismales, les tumeurs tuberculeuses de la voûte du crâne, la périostose diffuse non syphilitique de Le Dentu, l'atrophie sénile des os, les lipomes et les kystes sébacés. — Le pronostic et le traitement terminent cette monographie intéressante, que complètent une bibliographie bien faite, et l'indication des pièces anatomiques du musée Dupuytren et du musée de Saint-Louis. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

Des propriétés antipyrétiques du jus de citron, par Aitken. — A l'exemple de Maglieri, cet observateur a vu, sous l'influence de ce médicament, la température s'abaisser comme avec la quinine. Cette préparation consiste à écraser le citron, à le mélanger avec trois tasses d'eau. Après décoction et filtration, on administre le liquide au malade (*The brit. med. Journ.*, oct. 1884, p. 653). — C. L. D.

Eléphantiasis du clitoris et des petites lèvres, par M. Pinto. — La tumeur éléphantiasique comprenait le clitoris et les petites lèvres, dont le volume considérable était un obstacle à la marche. Avant de procéder à l'opération, M. Pinto pratiqua trois injections sous-cutanées d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 pour 100 autour du pédicule.

Pendant la section avec le thermocautère, la malade accusa une faible douleur qu'elle comparait à la sensation que produit la pince hémostatique à pression. L'action anesthésique de la cocaïne n'a donc pas été douteuse. *Anales del circulo-medico*, p. 248. Mai 1885. — La tentative de notre confrère argentin a été plus heureuse que celles d'autres expérimentateurs européens, entre les mains desquels la cocaïne, par voie hypodermique, n'a procuré aucun effet anesthésique; son succès méritait donc d'être signalé. — C. E.

De la cocaïne dans le traitement de la fièvre des foins, par Paget. — Ces tentatives ont été faites à l'imitation de ce qui avait déjà été observé par plusieurs médecins. M. Paget introduit dans les narines et instille entre les paupières une ou deux gouttes de la solution de cocaïne à 4 pour 100.

Il en aurait obtenu une grande amélioration des attaques d'asthme des foins. *Brit. med. Journ.*, juin 1885, p. 129. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 octobre 1885. — Présidence de M. Duplay.

Sommaire : Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire. — Présentations. — Rapport sur deux observations d'arthrite blennorrhagique. — Calendrier des érysipèles. — Gangrène du membre inférieur par athérome artériel; amputation sous-périostée de la cuisse après une première amputation de la jambe; ostéophyte du moignon; mort par hémorrhagie artérielle. — Etiologie du tétanos. — Présentation de malade : ablation d'une chéloïde cicatricielle, guérison.

M. le Président déclare une vacance de place de membre titulaire; les chirurgiens qui auraient l'intention de se porter comme candidats à cette place sont avertis qu'ils ont un mois pour faire acte de candidature.

— Diverses présentations sont faites par MM. Trélat, Berger, Le Dentu, Verneuil et Richelot.

— M. Desprès dépose sur le bureau, sous le titre de « *Calendrier* des érysipèles des salles Saint-Jean et Sainte-Rose à l'hôpital de la Charité », la statistique des cas d'érysipèle qui sont venus du dehors (6), ou qui se sont déclarés dans les salles (5) pendant l'année 1885. Il résulterait de cette statistique, d'après M. Desprès, que les érysipèles venus du dehors n'ont eu aucune influence sur ceux déclarés dans les salles, d'où la conclusion que l'érysipèle n'est pas contagieux.

— M. Horteloup donne lecture d'un rapport sur deux observations d'arthrite blennorrhagique de l'articulation sterno-claviculaire, adressées par M. le docteur Bousquet, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Dans la première observation, il s'agit d'un homme de 23 ans, caporal au 41e de ligne, entré au Val-de-Grâce le 22 janvier 1885, pour une douleur excessivement vive de l'articulation sternoclaviculaire gauche. Cet homme atteint d'une blennorhagie franchement aiguë depuis un mois, a été pris subitement, dans la nuit du 18 janvier, d'une douleur intense au tiers interne de la clavicule, rendant les mouvements à peu près impossibles, avec rougeur, chaleur et tuméfaction considérable, pouls fréquent (115 pulsations), élévation notable de la température le soir, et phénomènes très prononcés d'embarras gastrique; pas d'antécédents de rhumatisme articulaire.

Les accidents s'amendent rapidement sous l'influence de l'immobilisation du membre, de l'application d'un liniment chloroformé et de l'enveloppement dans l'ouate; mais, pendant que cet amendement a lieu, des manifestations douloureuses se montrent à la racine des membres inférieurs, ayant leur siège dans les bourses séreuses péri-articulaires; puis, le 12 février, alors que l'on pouvait considérer le malade comme guéri, une nouvelle poussée se fait du côté de l'articulation sterno-claviculaire, qui oblige M. Bousquet à remettre le membre dans l'appareil immobilisateur et à faire un semis de pointes de feu avec le thermo-cautère. La guérison se fit rapidement, sans nouvelle rechute, et deux instillations de nitrate d'argent suffirent pour sécher le canal de l'urèthre, si bien que, le 21 mars, le malade quittait l'hôpital dans un parfait état de santé.

Dans la deuxième observation de M. Bousquet, il s'agit d'un homme de 27 ans qui, atteint de blennorrhagie depuis un mois, vit, le 23 juin 1884, se développer, au niveau de la partie interne de la clavicule une tuméfaction douloureuse ne s'étendant pas jusqu'à l'articulation; pas de phénomènes fébriles, ni de réaction générale; on crut à une ostéopériostite.

Le 1er juillet, on constatait que l'articulation sterno-claviculaire était envahie; le 2 juillet se manifestait de la fluctuatation, et une incision de 4 centimètres à cheval sur l'interligne articulaire donnait issue à une cuillerée de pus dans lequel on reconnaissait le microbe caractéristique de la blennorrhagie. L'immobilité et la compression amenèrent la guérison de la plaie en quelques semaines; mais, au mois de mars 1885, sept mois après la guérison, on constatait encore un gonflement considérable de l'extrémité

©BIU Santé

interne de la clavicule et de la portion correspondante du sternum ; il y avait subluxation de l'articulation dont les mouvements étaient impossibles.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre : 1° elle est un nouvel exemple de la terminaison par ankylose dont M. Gosselin a indiqué la fréquence, lorsque les symptômes articulaires s'accompagnent de gonflement notable des extrémités osseuses; 2° elle ajoute un nouveau fait de suppuration à la suite du rhumatisme articulaire blennorrhagique, fait que l'on niait encore il y a peu de temps et qui est rendu ici manifeste par la présence du gonococcus dans le pus extrait de l'articulation.

La découverte du microbe de la blennorrhagie, dit M. le rapporteur, a donné à l'histoire de cette maladie une direction toute nouvelle. Elle ne peut pas cependant être considérée comme suffisante pour faire admettre que la blennorrhagie est une maladie virulente, ne pouvant se développer que par le contact d'une autre blennorrhagie. La démonstration est toujours fort difficile ; car, dans la blennorrhagie, comme pour d'autres maladies dont la contagion n'est pas douteuse, on peut toujours se demander si une inflammation uréthrale, née sous l'influence de toutes autres causes, ne devient pas alors le point de départ du gonococcus. Mais elle permet de donner une explication plus rationnelle des complications de la blennorrhagie. La découverte du gonococcus, en démontrant la présence d'un agent capable d'expliquer l'infection, permet de rapprocher des arthropathies rhumatismales les complications telles que l'épididymite ou la cystite. La théorie du pseudo-rhumatisme infectieux donne facilement l'explication des différentes formes d'arthropathies. Que la poussée infectieuse soit légère, on verra survenir l'hydarthrose; qu'elle soit très violente, on observera l'arthrite aiguë avec toutes ses graves complications.

M. le rapporteur propose, en terminant, d'adresser des remercîments à M. Bousquet et de déposer ses observations aux archives. (Adopté.)

M. Desprès fait remarquer que l'arthrite blennorrhagique pourrait être considérée comme un rhumatisme réveillé par la blennorrhagie.

M. Terrier dit que la nature infectieuse de l'arthrite blennorrhagique, prouvée par la présence du microbe, ne saurait être révoquée en doute.

M. Verneuil ajoute que toutes les maladies infectieuses ont la propriété de réveiller des affections articulaires.

M. Horteloup, à l'appui de la remarque de M. Verneuil, cite le fait d'un enfant atteint de scarlatine qui a eu, dans le cours de cette maladie, une épididymite avec épanchement considérable de la tunique vaginale.

— M. Duménil (de Rouen), membre correspondant, communique une observation intitulée : *Gangrène du membre inférieur par athérome artériel ; amputation sous-périostée de la cuisse après une première amputation de la jambe ; ostéophyte du moignon ; mort par hémorrhagie artérielle.*

Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années, entré le 16 février 1885, à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, pour une gangrène du membre inférieur dont la cause, en l'absence d'antécédents syphilitiques, diabétiques, alcooliques ou palustres, ne peut être rapportée qu'à des lésions athéromateuses occupant les artères fémorales, en même temps que les radiales.

Survenue à la suite d'un traumatisme, la gangrène occupe la moitié inférieure de la jambe ; elle présente les caractères de la gangrène sèche et elle est parfaitement limitée. Le malade a un teint pâle, jaunâtre, cachectique ; il est profondément débilité.

Le 21 février : amputation de la jambe au lieu d'élection par la méthode circulaire. L'examen des artères de la jambe révèle une dégénérescence athéromateuse très avancée ; la tibiale antérieure est complètement oblitérée en plusieurs endroits.

La gangrène détruisit rapidement la partie antérieure de la manchette et remonta jusqu'à la partie inférieure de l'articulation du genou; du délire, de la prostration compliquèrent ce grave état local. Le malade résista cependant, et, le 12 mars, l'élimination était complète. Malgré une vaste escharre du sacrum, l'état général s'améliora rapidement, les forces revinrent avec de l'embonpoint, et une tranquillité morale parfaite.

Le 18 mai : amputation de la cuisse au tiers inférieur par la méthode sous-périostée à lambeau antérieur, en détachant le lambeau sur les côtés de la ligne âpre, et le refoulant avec la couche musculaire profonde à laquelle il reste fixé par sa face externe, suivant le procédé de M. Nicaise. Le périoste est ensuite soigneusement étendu sur l'extrémité de l'os et fixé par deux points de suture au catgut. En choisissant la méthode sous-périostée, M. Duménil recherchait, en même temps que l'avantage de fermer le canal médullaire, celui de ménager le plus de vaisseaux possible.

Réunion et pansement de Lister.

La réunion par première intention se fit dans la plus grande partie du moignon ; le 20 juin, la cicatrisation était complète sauf au côté interne où il restait une surface fongueuse, sous laquelle l'extrémité de l'artère battait fortement.

Malheureusement des hémorrhagies se produisirent à diverses reprises et obligèrent de recourir à la ligature de la fémorale dans le triangle de Scarpa. Le 24 juillet, deux mois après l'amputation de la cuisse, le malade mourait d'épuisement.

A l'autopsie, on trouva l'artère fémorale oblitérée par un caillot fibrineux très complet et très solide ; les hémorrhagies s'étaient produites par une collatérale qui s'abouchait dans le bout de la fémorale.

L'extrémité du fémur était bien matelassée par les parties molles fortement adhérentes à l'os. La surface de section était recouverte par un tissu compacte très dense, mais le canal médullaire n'était pas complètement fermé ; il restait au centre une ouverture de 4 millimètres. En arrière, se détachait de la ligne âpre un ostéophyte qui, implanté par une base assez mince, s'étalait à la manière d'un champignon. Il faisait entièrement corps avec le fémur, mesurait 2 centimètres en saillie sur l'os, 4 centimètres en épaisseur transversale et 2 centimètres 1/2 en hauteur ; il était formé d'un tissu très dense et recouvert par les parties molles de la face postérieure du moignon, qui y adhérait fortement.

M. Le Dentu dit que l'amputation sous-périostée, chez l'adulte, peut avoir ses avantages et ses inconvénients ; c'est une question à discuter ; mais, chez l'enfant, la méthode sous-périostée doit être proscrite ; elle oblige presque toujours à de nouvelles opérations à cause de l'hypérostose consécutive.

M. Trélat n'a eu qu'à se louer depuis que, dans ses amputations, il a pris l'habitude de conserver une manchette périostique ; il ne pense pas, d'après l'examen de la pièce, que, chez le malade de M. Duménil, l'hypérostose doive être attribuée à la conservation du périoste ; il croit plutôt à un mauvais travail de réparation.

M. Verneuil ne saurait partager l'avis de M. Trélat ; jamais, pour sa part, il n'a vu d'ostéophyte aussi volumineuse, et il ne pense pas que l'on puisse nier ici l'influence du périoste.

M. Desprès estime que M. Duménil eût pu se mettre à l'abri des accidents hémorrhagiques qui ont emporté son opéré, si, d'emblée, ce chirurgien eût pratiqué l'amputation de la cuisse ; les hémorrhagies doivent être attribuées aux mauvaises conditions générales dans lesquelles le malade a été mis par la première opération. Toutes les fois qu'il y a gangrène du pied, c'est la cuisse qu'il faut amputer.

M. Duménil répond que l'insuccès de son amputation de jambe doit être attribué au choix d'une mauvaise méthode, la méthode circulaire ; si c'était à refaire, il aurait recours à la méthode à lambeau postérieur, en prenant le plus de muscle possible.

M. Larger fait une communication sur l'étiologie du tétanos. L'auteur a recueilli un certain nombre de faits qui lui paraissent jeter quelque lumière sur cette question si mal connue.

Voici d'abord le résumé de l'observation qui a servi de point de départ à ses recherches :

Une femme de 50 ans fait une chute sur le sol d'une cour de ferme et se blesse le coude à nu, et avec solution de continuité à la peau ; quatre mois après, elle est atteinte de tétanos dont elle guérit lentement après traitement par le chloral, la morphine et le bromure de potassium.

©BIU Santé

M. Larger n'hésite pas à faire remonter la cause du tétanos à ce traumatisme, comparant la longue incubation du tétanos à celle de la rage, et en l'absence, dans l'espèce, de tout autres causes, telles que : refroidissement, etc..., habituellement invoquées pour expliquer le *tétanos spontané*, dont l'existence ne lui paraît pas plus prouvée, dans nos climats, que ne l'est celle de la *rage spontanée*.

En recherchant les conditions dans lesquelles s'était produit ce cas de tétanos, unique de mémoire d'homme dans le village habité par la malade, M. Larger apprit qu'une écurie était attenante à la cour où cette chute avait eu lieu, et que, dans cette écurie, deux chevaux avaient successivement été atteints de tétanos ! — Simples coïncidences, dira-t-on ? Soit; mais il faut avouer qu'elles sont pour le moins frappantes. Voici d'ailleurs d'autres faits justifiant pleinement tous les rapprochements possibles; M. Larger les divise en deux catégories, selon qu'ils se rapportent à l'*épidémicité* ou à la *contagiosité* du tétanos :

1° *Épidémicité*. — M. Larger cite cinq observations de tétanos survenus dans un espace d'un an et demi, dans un petit village, de 500 âmes à peine, appelé Carrières-sous-Poissy, alors que, ni antérieurement, ni postérieurement, d'autres cas de tétanos ne se montrent dans aucune des localités environnantes, contiguës mêmes au village contaminé.

Il y a eu là, on ne saurait le nier, à moins que les mots n'aient plus leur sens, une véritable épidémie de tétanos parfaitement localisée. De plus, ces cas s'étant déclarés à toutes les saisons de la même année : avril, juillet, août, novembre, janvier, il n'y a pas lieu d'invoquer les influences atmosphériques, qui sont uniquement admises depuis Larrey, comme causes *essentielles* du tétanos ; elles ne sont évidemment qu'*adjuvantes*.

2° *Contagiosité*. — Le deuxième malade des cinq cas observés dans le village de Carrières entre à l'hôpital de Poissy, où il séjourne pendant cinq mois. Jamais, avant son entrée, il n'y a eu de tétanos ni dans la ville de Poissy, ni dans l'hôpital. Or, pendant la durée de ce séjour, il entre successivement à l'hôpital deux habitants de la ville, blessés à Poissy même, et qui sont mis et soignés dans la même salle que le tétanique de Carrières. Ces deux malades contractent successivement le tétanos et meurent rapidement l'un et l'autre. Quant au tétanique de Carrières, il sort guéri de l'hôpital, après le décès de ces deux malades.

Depuis lors, l'hôpital de Poissy n'a pas présenté un seul cas de tétanos; dans la ville de Poissy même, il n'y en a jamais eu à aucun moment, ni avant, ni pendant, ni après les cas de l'hôpital; on est donc autorisé à conclure à la *contagion* dans l'espèce.

On a signalé (Arloing et Tripier, Théophile Anger) de petites épidémies d'hôpital, et même d'une seule salle d'hôpital. Mais jamais le tétanos ne s'y est implanté, n'y est devenu *endémique*. Dans l'épidémie de l'hôpital de Poissy, le tétanos ne s'est pas montré dans l'intervalle de trois mois qui a séparé le décès d'un premier malade, venu de Carrières, et l'entrée du deuxième durant le traitement duquel deux cas se sont produits. De plus, le tétanos a disparu sans retour en même temps qu'est sorti le dernier tétanique. Il semble donc que le virus ne se conserve pas facilement dans la literie, le plancher ou les murs d'une salle d'hôpital.

Il n'en est pas de même quand les malades sont couchés immédiatement sur le sol comme cela eut lieu à Metz, en 1870, à l'ambulance du Saulcy, où le tétanos devint tellement persistant qu'il fallut évacuer l'hôpital. A rapprocher de ce fait celui précité de deux chevaux, qui moururent successivement dans la même écurie à dix années d'intervalle !

D'un autre côté, les exemples cités tendent à établir que l'air n'est pas le véhicule du contage tétanique, puisque cette contagion ne s'est pas exercée, d'une part des barrières aux localités contigües, et de l'autre de la salle de chirurgie de l'hôpital de Poissy au reste de l'établissement, ni à la ville.

Il faut en conclure que l'agent du tétanos réside probablement dans le sol, où il trouve les conditions de son développement et de sa reproduction.

M. Terrier rappelle que M. Nocart, vétérinaire des plus distingués, a fait de nom-

breuses tentatives d'inoculation du tétanos chez les animaux ; ses expériences variées de toutes les manières sont restées sans résultat ; elles tendent à montrer que le tétanos n'est pas inoculable. Il pense que les nombreux cas de tétanos, observés surtout chez le cheval qui contracte très facilement cette maladie, doivent être attribués moins à la contagion qu'au défaut de soins et de précautions antiseptiques dans les opérations pratiquées sur ces animaux.

M. Polaillon a observé des faits qui l'ont porté à admettre la contagiosité du tétanos. Au printemps dernier, il a eu dans son service un opéré qui a été atteint de tétanos ; deux malades placés successivement à côté de ce premier, l'un pour un phlegmon qui a été incisé, l'autre pour une coxalgie suppurée, traitée par la résection de la tête du fémur, ces deux malades ont succombé au tétanos.

M. Desprès ne croit pas à la contagion du tétanos ; l'expérience, surtout celle de la dernière guerre, a démontré surabondamment, suivant lui, que l'influence du froid est la seule cause du tétanos.

— M. Monod présente un petit enfant auquel il a pratiqué avec succès l'ablation d'une chéloïde cicatricielle du cou, suite de brûlure. — A. T.

FORMULAIRE

Solution désinfectante. — Billroth.

Sulfate d'alumine et de potasse.....	20	grammes.
Acétate de plomb.....	40	—
Eau distillée.....	400	—

F. s. a. une solution (forte).

Pour préparer la solution faible, on double la quantité d'eau distillée. — On se sert de l'une ou de l'autre de ces solutions, selon les cas, pour le pansement des plaies de mauvais aspect, des plaies contuses ou gangréneuses. On en imbibe des gâteaux de charpie, qui sont maintenus en place à l'aide de bandes imprégnées de ce même liquide.

N. G.

COURRIER

La Société médicale du Louvre vient d'adresser aux présidents des Sociétés médicales de Paris la lettre suivante :

Monsieur le président et honoré confrère,

La Cour de cassation, dans son interprétation de la loi sur les syndicats, a déclaré que le corps médical n'avait pas été compris par le législateur au nombre des corporations qui aspirent à la formation de chambres syndicales pour la défense de leurs intérêts professionnels. Cependant le besoin se fait sentir plus que jamais de se grouper pour sauvegarder les intérêts de notre profession et la maintenir dans les conditions d'honorabilité qui doivent assurer sa sécurité et imposer au public le respect qui lui est dû.

Ne pensez-vous pas qu'il serait opportun de fonder une Société centrale de déontologie qui puisse grouper toutes les influences utiles, aujourd'hui éparses dans les différentes sociétés médicales ?

Nous ne doutons pas des efforts salutaires de chacune de ces honorables sociétés, mais vous reconnaîtrez certainement que l'influence d'une Société centrale sera d'autant plus considérable qu'elle représentera tous les membres honorables du corps médical. Cette société deviendrait en quelque sorte le Conseil de l'Ordre de la médecine, et elle confierait des mandats à son président jusqu'au jour où elle pourrait devenir une personne légale par la reconnaissance d'utilité publique.

©BIU Santé

Elle aurait pour mission de veiller sur les droits et les devoirs des médecins, et elle pourrait, dans toutes les questions de législation, devenir un intermédiaire utile auprès des membres des assemblées délibérantes.

La Société du Louvre, qui s'est occupée depuis quelques mois de cette question, m'a chargé de porter ce projet à votre connaissance, et de vous prier de demander à la Société que vous présidez, la nomination de deux membres pour la formation d'un Comité chargé de délibérer sur l'opportunité de la création de la Société de déontologie, et de rédiger un projet de statuts.

Si votre Société accepte la proposition que j'ai l'honneur de formuler au nom de la Société du Louvre, je vous prie de me faire connaître les noms des délégués, afin qu'ils puissent être convoqués aussitôt que toutes les réponses à la présente lettre me seront parvenues.

Agréez, Monsieur le président et honoré confrère, l'expression de mes sentiments distingués et dévoués

Le président de la Société du Louvre,
Dr Ladreit de la Charrière.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Maloizel, médecin en chef honoraire de l'hospice de Fontainebleau, décédé dans cette ville, le 25 octobre 1885, à l'âge de 69 ans.

— Le Conseil communal de Bruxelles a été saisi par un de ses membres, M. le docteur Kops, d'une proposition tendant à instituer un concours public pour la nomination des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Il paraît que cette demande, qui n'a pourtant rien de subversif, a soulevé un tolle presque général au sein du Conseil communal. Le seul argument des opposants est que les élus des concours, s'ils sont les plus savants, ne sont pas toujours les plus dévoués aux malades! Nous espérons que le Conseil communal ne s'arrêtera pas à de pareilles raisons.

Il est à souhaiter que le Conseil communal de Bruxelles, mieux éclairé, institue le concours public pour toutes les fonctions médicales; car ce mode de recrutement, quelle que soit l'opinion que chacun professe à son égard, serait, en tout cas, fort supérieur à celui qui existe actuellement.

— La Société médicale des Bureaux de bienfaisance tiendra exceptionnellement sa prochaine séance, mercredi 4 novembre, à huit heures du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : Lecture du rapport de la comission chargée d'étudier les relations supposées du service médical des bureaux de bienfaisance avec le service médical de nuit à l'occasion du rapport de M. Desprès, inséré dans le *Bulletin municipal* du 13 octobre.

— Le banquet offert à M. le professeur Proust par ses élèves et ses amis, à l'occasion de sa nomination, aura lieu le vendredi 6 novembre, à sept heures du soir, à l'hôtel Continental. Les adhésions sont reçues par M. A. Florand, interne à l'hôpital Lariboisière.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur de Saint-Germain reprendra ses leçons cliniques le jeudi 12 novembre à neuf heures, et les continuera les jeudis suivants.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours public sur les maladies mentales.* M. le docteur Jules Falret, médecin de la Salpêtrière, commencera ce cours le dimanche 8 novembre, à 10 heures du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Tous les jeudis, à 9 heures du matin, examen clinique des malades.

Dyspepsies. — Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez. — Exp. de MM. Archambault, Gubler, etc. (*Envoi franco échantillons*).

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. R. Longuet : La néphrotyphoïde. — II. Revue des Journaux. — III. Intérêts professionnels. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Variétés. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

La néphrotyphoïde (1).

II

L'albuminurie typhoïde a été signalée, par les différents observateurs, avec une fréquence très inégale.

Murchison, sur 599 cas de fièvre typhoïde empruntés à de nombreuses sources, relevait 157 fois l'albuminurie, soit une proportion de 26,2 p. 100. Becquerel, Martin Solon, Friedreich, Pfeuffer et Kerschensteiner, Parkes, Smoler, Brattler, etc., l'ont observée individuellement dans un tiers ou un quart des cas. Les faits contradictoires sont ceux d'Andral, qui n'a vu l'albumine que 1 fois sur 34; d'Abeille, 1 fois sur 8; mais il semble qu'on doive plutôt attribuer ces résultats à des lacunes de l'observation; car, depuis les travaux de Gubler et Robin, on a de la tendance à considérer le phénomène albuminurie comme plus fréquent encore que les cliniciens cités plus haut ne l'admettent, sinon même comme constant, ainsi que l'avait soupçonné Heller (2), si on le recherche toutefois avec une diligence suffisante.

Didion ne voit l'albumine manquer que 2 fois, sur 40 cas bénins observés à la Pitié. Gubler considérait l'albuminurie comme un élément d'une certitude absolue dans le diagnostic de la dothiénentérie, dépassant la valeur des renseignements fournis par l'indican; survenant dans la première période d'un état fébrile douteux, elle devait permettre d'éliminer définitivement l'embarras gastrique fébrile. Il s'explique l'insuccès des auteurs à obtenir cette réaction dans tous les cas, par l'imperfection des procédés mis en usage.

L'albuminurie a été rencontrée dans la première semaine de la fièvre typhoïde, par A. Robin, Friedreich, Kussmaul, Zimmermann, Mygge, Flint, Amat (septième, cinquième, quatrième, et même deuxième jour). Si, le plus souvent, cette albuminurie précoce, légère, est peu significative, appartenant au cortège banal de la plupart des maladies fébriles, depuis la pneumonie jusqu'à la scarlatine et la variole, albuminurie dite pyrétique, dyscrasique, congestive, catarrhale, etc..., et, pour obscure qu'en soit déjà la pathogénie, ne posant pas, à propos de la fièvre typhoïde, de problème particulier, cependant aussi elle peut être suffisamment qualifiée par les dépôts caractéristiques, abondants, des urines, s'associer à des phénomènes généraux tels que le diagnostic soit hésitant, dès le début, et jusqu'à une époque avancée de la maladie, entre la dothiénentérie et un mal de Bright primitif. Oppolzer signalait déjà, dès 1869, la possibilité de cette confusion. L'indécision n'était fixée, dans trois faits de Kussmaul, qu'au hui-

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 novembre 1885.

(2) Trotter a été cité également comme ayant rencontré l'albumine dans tous les cas. Mais, outre que ses observations portent aussi bien sur le typhus que sur la fièvre typhoïde, l'ambiguïté de sa rédaction permet de croire que les 20 cas accompagnés d'albuminurie qu'il rapporte sont pris au milieu de beaucoup d'autres n'ayant pas présenté ce phénomène, qui a pour lui une réelle gravité. (*The Lancet*, 1854, I, p. 639.)

©BIU Santé

tième jour dans un cas, au onzième dans un autre, au dix-neuvième jour même pour le dernier. La même incertitude planait, au début, sur quatre des observations de Wagner. Disons immédiatement qu'on est bien en présence de la fièvre typhoïde, que le diagnostic en est imposé finalement par l'évolution ultérieure de la maladie, trop souvent confirmée par l'autopsie, et qu'il ne s'agit rien moins que d'une néphrite à forme typhoïde.

Tel est le cas d'un malade qui a fait le sujet d'une clinique du professeur Hardy, à la Charité (1). Examiné à l'hôpital au huitième jour de la maladie, la bouffissure de la face, la présence du sang et de l'albumine dans les urines, le refroidissement (2) invoqué comme cause, font porter le diagnostic de néphrite parenchymateuse. Des symptômes de congestion et d'œdème pulmonaire, survenus quelques jours après, ne sont pas pour modifier cette opinion; mais la disparition de l'œdème de la face, malgré l'albuminurie persistante, la marche de la température, l'apparition des taches rosées, la diarrhée, la stupeur, ne tardent pas à révéler la fièvre typhoïde, qui désormais accapare la scène. Ce malade a guéri; mais un cas semblable appartenant au même service, dans lequel on avait relevé l'albuminurie dès le troisième jour (3), s'était terminé par la mort, à la fin de la quatrième semaine, montrant, à l'autopsie, en même temps que des lésions discrètes du gros intestin (deux plaques de Peyer ulcérées dans le cœcum; rien dans l'intestin grêle), les signes d'une néphro-pyélite double intense.

A cette forme de néphrotyphoïde d'emblée appartiennent les quatre observations de Wagner, sur les six en tout, qui sont, de son propre aveu, de nature à modifier les conclusions négatives d'un précédent travail sur l'existence d'une forme rénale de la fièvre typhoïde. Les symptômes du début sont, aussi bien que d'une fièvre typhoïde, ceux d'un mal de Bright hémorrhagique : urines brunâtres, chargées, très troubles; albumine abondante (1/3-1/5), cylindres hyalins, épithéliaux, hématiques, etc. Les deux autres observations de Wagner se rapportent à des malades vus trop tard pour qu'on ait pu préciser l'époque de l'apparition de l'albumine. Deux des observations de Kussmaul appartiennent également à cette forme précoce, qui n'est cependant pas la plus fréquente.

L'albuminurie typhoïde est, en effet, beaucoup plus souvent, un phénomène du deuxième septénaire [Griesinger, P. Petit, Didion, Mygge (4)], ou même du commencement du troisième (observations de Legroux et Hanot), « de la deuxième moitié de la maladie » (Bouchard). Les auteurs qui ont traité de la fièvre typhoïde à forme rénale n'ont pas suffisamment distingué ces deux modalités, de sorte que leur description se ressent de tout ce que le défaut de méthode ajoute d'obscurité à un sujet déjà si ardu par lui-même. En voici les principaux traits :

Le début serait brusque, et souvent marqué par un frisson ou des frissons répétés, la céphalée continue, l'abattement et l'adynamie extrêmes, les vertiges fréquents, le délire précoce, les épistaxis abondantes, les téguments terreux, la face pâle et les yeux cernés, la roséole discrète, la diarrhée modérée, les températures élevées.

(1) *Union médicale*, 1877, I, p. 964 et 1001.

(2) M. Lépine a signalé le rôle important du refroidissement dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. (*Lyon médical*, 1883, II, p. 445.)

(3) Th. d'Amat.

(4) *Nordiskt. med. Ark.* 1883, XV, n° 20, d'après Canstatt, 1884, II, p. 24.

On mentionne, au moment de l'apparition de l'albuminurie, une aggravation de l'état typhoïde, l'accentuation de la stupeur et de l'adynamie. La langue, d'abord simplement saburrale, avec la pointe et les bords rouges, devient sèche et râpeuse. La fréquence des manifestations cutanées secondaires, furoncles, ecthyma (1), la disposition aux escharres, sont encore à noter.

Wagner note deux fois un pouls plus accéléré que dans la fièvre typhoïde commune, et il a vu le dicrotisme manquer constamment ; deux fois même la tension était exagérée, fait également relevé par Küssmaul. Wagner cite encore l'apparition tardive des taches rosées, phénomène renouvelé de la pneumotyphoïde, où il l'avait déjà frappé.

Le bruit de galop a été entendu. Les œdèmes mobiles, l'anasarque sont relativement rares ; la néphrite typhoïde se comporte sous ce rapport comme la néphrite interstitielle (2) ; des malades se sont plaints de douleurs lombaires. Enfin et surtout, albuminurie abondante, coloration sanguinolente des urines, d'une odeur de pain bouilli, sédiments constants de globules rouges, de globules blancs, d'hémoglobine, de cellules épithéliales et de cylindres de nature diverse. Quand le sang est abondant, l'urine prend une teinte rouge foncée, (*forme hémorrhagique de A. Robin*) ; on trouve alors une grande quantité de globules rouges, avec quelques leucocytes, souvent altérés dans leur forme, passant à l'état de masses granuleuses qui s'accumulent dans les sédiments ; enfin de l'hémoglobine dissoute. Il n'y a plus d'hématies si l'hémorrhagie est peu abondante, mais une légère teinte rosée due à l'hémoglobine en dissolution (3).

Le pronostic est plus grave que dans la typhoïde commune. Griesinger est seul à nier que l'apparition de l'albumine ait quelque signification à ce point de vue ; mais Amat commet une autre exagération, en admettant comme moyenne la mortalité que lui fournit une série malheureuse : cinq décès sur six. Cette proportion serait tout au plus celle de la forme hémorrhagique, d'une réelle gravité. La mort a lieu au milieu des symptômes ordinaires de la fièvre typhoïde ataxo-adynamique, mais anticipés et exagérés dans leur expression ; ou bien, ce qui est plus rare, la terminaison a lieu à la suite d'accidents urémiques qui donnent incontestablement la note la plus caractéristique dans cet ensemble, tout de nuances et d'à peu près (4).

(1) Voir de Santi : Eruptions anorm. dans la f. typh. rénale. *Trib. méd.* 1880, p. 328.

(2) Leudet a signalé autrefois des œdèmes dans le cours du deuxième et du troisième septénaire de la fièvre typhoïde sans altération rénale (*Arch. de médecine*, 1858). Griesinger et Liebermeister ont fait des observations analogues. Ce dernier rattache ces œdèmes, qui vont jusqu'à l'hydropisie généralisée, à la dégénérescence granulo-graisseuse du cœur.

(3) Le problème urologique est en réalité extrêmement compliqué ; voici que MM. Lépine et Guérin retirent des urines de la période d'état de la fièvre typhoïde un alcaloïde toxique qui, injecté dans les sacs lymphatiques de la grenouille, amène rapidement la mort. Une remarque bien intéressante faite pendant ces expériences est celle-ci : le cœur s'arrête en diastole, tandis qu'il s'arrête en systole, si on se sert de l'alcaloïde extrait d'urines pneumoniques. Cette opposition serait à rapprocher du fait clinique bien connu, que les typhiques n'ont pas un pouls fréquent, eu égard à la température. (Lépine et Guérin : *Revue de médecine*, 1884, p. 767. — Lépine et Aubert : *Lyon médical*, 1885, III, p. 101).

(4) Nous avons relevé, dans plusieurs autopsies, le peu de développement des lésions intestinales.

©BIU Santé

Cette *forme urémique* a été bien mise en lumière par P. Petit, à la suite d'un fait de J. Renaut, et il lui a été possible d'en retrouver plus d'un exemple dans des observations antérieures dont la véritable signification n'avait pas toujours été saisie. Cependant Peter n'avait pas hésité, il y a longtemps déjà, à poser le diagnostic de délire urémique chez un typhoïdique albuminurique pris, dans le décours, d'un délire intense préludant à des accidents ultimes (1) ! « L'urémie et l'ammoniémie, écrivait Greisinger, « sont peu connues dans la fièvre typhoïde, et, d'après ce qu'on sait jusqu'à « ce jour, peu fréquentes ; lorsque des vomissements s'accompagnent de « coma et de crampes, on ne doit jamais oublier de porter son attention sur « la sécrétion urinaire (2).» A l'hôpital de Bâle, en 1872, Immermann perdait deux malades d'urémie à la suite d'une néphrite parenchymateuse déclarée à la période d'état (3). Cet accident n'est cependant pas nécessairement mortel, d'après les observations de Liebermeister. Robert et Gaucher donnent l'observation d'une fièvre typhoïde jusqu'alors à évolution normale et sans albuminurie, quand se manifestait, au dix-huitième jour, un état dyspnéique avec convulsions cloniques généralisées en coïncidence avec l'apparition de l'albumine rétractile massive. Le lendemain, coma profond, durant cinq jours, au bout duquel se trouvait cependant la guérison (4). Un malade de Chédevergne, albuminurique, a également guéri après avoir présenté des accès éclamptiques (5).

Dans le fait de J. Renaut, le malade, sans antécédents particuliers, est pris au vingtième jour d'une fièvre typhoïde normale, d'une attaque épileptique qui se reproduit à plusieurs reprises les jours suivants jusqu'à sa mort survenue subitement à la suite d'une dernière crise, au vingt-cinquième jour. L'urine n'avait pu être examinée, mais l'examen microscopique des reins n'a laissé aucun doute sur l'existence de la néphrite, pas plus que les lésions intestinales sur le diagnostic de fièvre typhoïde.

Les observations analogues de Drivon, Genuit, Menaut, Barberet et Chouet, Hervier, etc. (6), ne permettent aucune hésitation au sujet de l'admission de l'urémie typhoïde comme cause d'accidents graves, subitement mortels dans plusieurs exemples, au point qu'on est obligé de faire une part de plus en plus large, dans les causes de la mort subite, au coma et à l'éclampsie urémiques, à côté de la dégénérescence cardiaque, de l'anémie cérébrale, du réflexe parti de l'intestin et de la congestion pulmonaire, qui semblaient épuiser cette pathogénie.

III

On ne saurait nier tout ce qu'il y encore de vague et de conjectural dans l'appareil symptomatique assigné à la néphrotyphoïde, par une tentative de synthèse peut-être prématurée.

Aussi devait-on accueillir avec faveur un caractère pathognomonique susceptible de renseigner avec certitude sur l'entrée en scène de la néphrite spécifique, et qu'il était tout indiqué de demander à une investigation plus

(1) Trousseau : *Clin. méd.*, I, p. 106.
(2) Malad. infect. Trad. franç., deuxième édition, 1877, p. 365.
(3) D'après Liebermeister : *Ziemssen's handb., loc. cit.*
(4) *Revue de médecine*, 1881, p. 409.
(5) Th. de Paris, 1864.
(6) Voir Th. de P. Petit.

approfondie des caractères spéciaux de la manifestation qui lui est le plus étroitement liée, l'albuminurie.

En cherchant dans une autre direction que Icery, Semmola, Girghenson, qui s'y étaient essayés sans succès, le professeur Bouchard (1) semble avoir trouvé ce critérium, qu'il place dans la constatation du phénomène de l'albumine rétractile, c'est-à-dire collectée en flocons plus ou moins tenus, en grumeaux plus ou moins compactes au fond du vase à expérience, dans une urine qui a été traitée par l'acide nitrique, l'acide picrique ou le liquide de Tanret, et chauffée jusqu'à l'ébullition. Le coagulum albumineux rétractile annonce un rein malade, tandis que le précipité opalescent homogène, restant en suspension malgré un repos prolongé, exclut toute localisation parenchymateuse. L'albumine rétractile se retrouve dans toutes les variétés du mal de Bright, l'albumine non rétractile résulte de l'altération humorale essentielle liée aux dyscrasies, aux intoxications générales. On peut rencontrer l'une et l'aulre simultanément ou successivement dans la fièvre typhoïde : celle-ci, qui correspond à l'albuminurie du début de la forme commune, comme portée diagnostique, se borne à indiquer une maladie générale, et n'a pas de valeur pronostique ; celle-là, plus souvent de la période d'état, acquiert une importance capitale de ce fait qu'elle s'associe constamment à des germes spéciaux, des schizomycètes d'une forme allongée, ellipsoïde, avec un étranglement à la partie centrale, qu'on retrouve dans le sang des malades, dans le liquide des éruptions cutanées, et qui, en s'éliminant par les reins, sont la cause efficiente de la néphrite et l'indice du danger qu'elle comporte.

Toutefois, les observations de Bouchard ont soulevé des critiques qui sont de nature à restreindre la portée de ce séduisant instrument de diagnostic différentiel.

Lépine et Cazeneuve ont montré que la rétractilité ou l'absence de rétractilité dépendait moins de la nature intime de l'albumine que de la composition chimique du milieu minéral ou s'effectue la coagulation. L'addition d'un alcali s'oppose à la rétractilité, et inversement un coagulum homogène se rétracte en flocons si on ajoute au liquide quelques gouttes d'acide acétique (2). P. Petit a répondu en partie à cette objection en faisant remarquer que les diverses manipulations conduisant à ce résultat, d'ailleurs difficiles à obtenir, placent trop loin des conditions dans lesquelles se pratique l'examen extemporané des urines au lit du malade, pour qu'il y ait à se préoccuper outre mesure, dans la pratique, de l'éventualité d'erreur qu'elles signalent.

M. A. Rodet a encore montré que, sur une urine de brightique légèrement diluée, quelques gouttes du liquide de Tanret donnent de gros flocons, même avant l'action de la chaleur, tandis qu'une quantité plus considérable ne produit plus qu'un trouble homogène (3).

En outre, les dimensions des flocons albumineux, formant en réalité, depuis les plus gros (albumine rétractile), jusqu'aux granulations microscopiques (albumine non rétractile), une suite non interrompue ; c'est la mesure de notre acuité visuelle qui établit seule la distinction à un moment donné entre les deux sortes d'albumine opposables par leur signification ; il serait étonnant que cette distinction toute subjective correspondît effectivement à une limite naturelle et à une différence de nature.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Lyon médical*, 1880, III, p. 444.
(3) *Lyon médical*, 1882, I, p. 593.

©BIU Santé

Le fait d'observation est exact et la réflexion judicieuse; mais il faut en conclure que le phénomène de Bouchard ne vaut que par sa grande netteté, pour les teneurs suffisantes en albumine, et qu'un excès de réactif doit être évité dans sa recherche.

(*A suivre.*) R. LONGUET.

REVUE DES JOURNAUX

Des relations physiologiques entre la glande thyroïde et la rate, par Alexandre TAUBER. — C'est Tiedmann qui a émis le premier cette idée que la glande thyroïde supplée aux fonctions de la rate extirpée. Son opinion a recueilli peu d'adhérents. Cependant, en 1882, Crédé présentait au Congrès des chirurgiens allemands un malade auquel il avait enlevé la rate, atteinte de dégénérescence kystique, et qui avait présenté, quatre semaines après l'opération, une tuméfaction notable du corps thyroïde, persistant dans ces conditions jusqu'au milieu du cinquième mois, et rétrogradant alors tout en laissant encore une hypertrophie manifeste. La proportion des globules blancs aux hématies, de un à trois et quatre au début, était redevenue normale. On ne notait pas de tuméfaction des ganglions, ni de douleurs osseuses. Crédé pense que, la fonction de la rate étant la transformation en hématies des globules blancs nés dans les ganglions, cette fonction est assurée, après la splénotomie, par la glande thyroïde, laquelle, pendant les premiers jours, trahit son insuffisance par l'accumulation croissante des éléments blancs dans le sang. Puis son activité physiologique augmente et elle est peu à peu à la hauteur de ses fonctions vicariantes.

Zesas (*Archives de Langenbeck*, 1882, V. XXVIII, p. 157) conclut de ses expériences que le corps thyroïde, les ganglions bronchiques et mésentériques suppléent inégalement aux fonctions de la rate absente, que le premier joue le rôle capital, au point que l'ablation simultanée de la glande thyroïde et de la rate entraîne forcément la mort. Cette dernière conclusion, ne s'appuyant que sur un fait, paraissait prématurée.

A. Tauber a repris ces expériences. Les animaux auxquels on pratique la thyroïdectomie, après avoir laissé s'écouler un certain temps depuis la splénotomie, continuent à vivre. Il n'en est pas de même de ceux chez lesquels on a pratiqué simultanément les deux opérations. Le traumatisme, une péritonite aiguë ont emporté deux animaux; quatre autres, guéris du désordre opératoire, sont morts dans les trois semaines qui ont suivi. Tout d'abord, ils se montrent vifs, remuants et en appétit. Puis, à la fin de la deuxième semaine, ils manifestent de l'abattement, de l'inappétence; surviennent des hémorrhagies intestinales qui entraînent la mort. A l'autopsie, on trouve une hypérémie du foie notable, ainsi que des poumons et des ganglions lymphatiques; la sous muqueuse intestinale est infiltrée de sang; aucune autre lésion.

Ces expériences, si elles ne permettent pas d'accorder à la glande thyroïde un rôle prépondérant, après la splénotomie, dans l'hématopoïèse, ne lui enlèvent pas cependant toute intervention dans cette fonction. Si on pratique la thyroïdectomie un certain temps après la splénotomie, l'activité compensatrice, déjà assumée par les ganglions et la moelle osseuse, leur permet de suffire au travail de transformation des globules rouges. Les deux opérations, pratiquées coup sur coup, mettent ces organes, sans préparation, au-dessous de leur tâche, alors que la splénotomie seule est généralement sans inconvénient.

Cette autre remarque intéressante de Tauber, que, dix fois sur quinze, il n'a trouvé chez les animaux domestiques que des rudiments de glande thyroïde appuie encore son rôle secondaire dans l'hématopoïèse.

Réciproquement, la suppression de la glande thyroïde, ne paraît pas surexciter l'activité splénique, puisque, après quatre-vingt dix-neuf extirpations de goître, Kocher n'a pas noté une seule fois l'augmentation du volume de la rate. (*Archiv. f. Path. Anatom. u. Phys. etc. de Virchow*, 1884, v. XCVI, p. 29). — R. L.

Empoisonnement mortel à la suite d'une injection intra-utérine de sublimé,

par Voitz. — Femme de 33 ans, ayant eu une première fausse couche accompagnée d'une métrorrhagie abondante et ayant nécessité l'extraction manuelle de l'œuf. Il resta une endométrite avec ulcération de la portion vaginale du col et de la tendance aux ménorrhagies. Six mois après, nouvel avortement à trois mois ; extraction de l'œuf, et, à la suite de cette opération, injection par un cathéter dans la cavité utérine de 175 grammes d'une solution de sublimé au 1/750. A peine les deux tiers de la seringue avaient-ils été employés, que la patiente se plaignit d'une vive douleur dans le bas ventre. Deux heures après, vomissements. T. 36°2, pouls à 92, fort. Le lendemain diarrhée, ténesme. Liseré métallique des gencives, sans salivation. Traitement : sirop d'opium, chlorate de potasse, vin généreux, cataplasmes. Les vomissements et la diarrhée ne firent qu'augmenter, et la coloration caractéristique s'étendit à toute la mâchoire et même à la muqueuse labiale. Salivation dès le quatrième jour. Anurie, congestion céphalique. Le cinquième jour, démangeaisons de la peau, aride. On obtient quelques sueurs après un bain chaud, l'enveloppement et des frictions énergiques. Le sixième jour, il y a du sang dans les selles. (Liqueur de Mindererus et éther chloré). Le septième jour, vives douleurs du rectum, manifestement ulcéré. Le huitième jour, issue d'une urine très chargée en albumine, concentrée. Les selles sanglantes continuaient, les forces déclinaient, et la malade succombait le surlendemain. Pas d'autopsie.

L'auteur ne doute pas de la pénétration, dans la cavité du péritoine, de l'injection au sublimé par le canal de la trompe maintenue béante par l'inflammation, et sous l'influence des contractions énergiques déployées par l'utérus surpris par le liquide. Si bon antiseptique que soit le sublimé, il doit être, dans ces circonstances, banni de l'obstétrique. (*Hosp. Tid. et Schm. Jahrb.*, 1884, n° 3, p. 237). — R. L.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU SERVICE DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE.

Au moment où les médecins des bureaux de bienfaisance sont l'objet des rancunes et des colères de quelques édiles parisiens, il semble opportun à rappeler l'étendue de leurs services quotidiens. Cette réponse est la meilleure, en présence d'allégations hasardées.

Qu'on lise, à cet effet, une brochure récente de M. O. Commenge, le *Traitement à domicile dans le IVe arrondissement de Paris*, et on y trouvera le compte rendu moral des actes d'un médecin de l'assistance à domicile durant une année. Notre distingué confrère est cependant l'un des mieux partagé, car il possède pour circonscription un quartier « qui, écrit-il, pourrait être considéré comme la Chaussée-d'Antin du IVe arrondis- « sement. »

Néanmoins, dans cette Chaussée-d'Antin, les misères et les maladies ne manquent pas. Pendant l'année 1884, le bilan approximatif des services de M. Commenge s'est ainsi chiffré : soins donnés à domicile à 251 malades, 1,288 visites ; consultations au dispensaire, 2,171 ; en tout, 3,459 visites ou consultations. Ces soins étaient réclamés pour des maladies graves : fièvres, exanthèmes, pneumonies, cardiopathies, etc., etc., tant sont erronées les assertions de ceux qui placent le service des médecins de bienfaisance uniquement dans l'envoi des malades à l'hôpital.

En outre, les règlements administratifs ne favorisent guère les tentatives cliniques de nos confrères. Un formulaire trop restreint les lie ; ils ne peuvent même pas prescrire l'allaitement par une nourrice à l'enfant en puissance d'affections gastro-intestinales ou en imminence d'athrepsie. C'est ici que l'activité des édiles parisiens trouverait à s'exercer pour l'obtention de ces réformes, et que, grand dispensateur des subventions à l'Assistance publique, le Conseil pourrait utilement vaincre les résistances et la routine administratives.

En tout cas, les faits que publie M. O. Commenge vengent les médecins de l'assistance à domicile des accusations de leurs adversaires. Pour être modérée, cette réponse n'en est pas moins décisive. Aussi, cédant à une bonne inspiration, la Société médicale

©BIU Santé

des bureaux de bienfaisance a-t-elle chargé notre distingué confrère de répondre à ces allégations par un rapport dont lecture a du être faite dans sa dernière réunion. Nous n'avons pas besoin de dire que, dans cet épisode de l'histoire de la médecine administrative à notre époque, tous nos vœux accompagnent nos confrères dans leur résistance et leurs revendications. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 novembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Dumontpallier, Ferrand, Hallopeau et Hayem, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique;

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Depoix (de Levallois). (Accepté);

3° Une note de M. Gabriel Pouchet, relative à une réclamation de priorité au sujet de la communication faite, mardi dernier, par M. Riche, au nom de MM. Nicati et Rietsch, sur la découverte d'une ptomaïne volatile dans les cultures du microbe du choléra;

4° Une note, de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault), sur la diarrhée prodromique du choléra.

M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de M. le docteur Galippe, une brochure intitulée : *Recherches sur les propriétés physiques et la constitution chimique des dents.*

Jusqu'à l'époque actuelle, on avait soupçonné plutôt que démontré les rapports physiologiques existant entre l'économie et le système dentaire. Dans son travail, M. le docteur Galippe a fixé ce point intéressant par une série de preuves tirées à la fois de la physique, de la chimie et de la clinique. Se basant sur le fait démontré par lui, que la densité d'une dent traduit exactement la somme des résistances qu'elle peut offrir aux causes de destruction, en raison de sa richesse en éléments minéraux, il a étudié la variation de ce coefficient de résistance dans les dents humaines, suivant qu'elles occupent le maxillaire inférieur ou le supérieur, qu'elles appartiennent au côté gauche ou au côté droit. Il a montré que la fréquence de la carie dentaire était sous la dépendance de ces variations et qu'elles concordaient exactement avec un abaissement dans la proportion des éléments minéraux. Elargissant le cadre de ses recherches, M. le docteur Galippe a étudié l'influence du sexe sur le coefficient de résistance des dents et sur la fréquence de la carie dentaire, et il a pu conclure que, d'une façon générale, la densité des dents de la femme est inférieure à celle de l'homme, et qu'en raison de ce fait, celle-ci est plus exposée à la carie. Dans un chapitre spécial, M. Galippe a exposé les rapports existant entre la composition chimique et la nutrition des systèmes osseux et dentaire, et il a démontré que toutes les causes agissant sur la nutrition, ou mieux sur la composition des os, retentissaient également sur la nutrition et sur la composition du système dentaire.

Ce travail eût certainement été incomplet, si la composition chimique de la dent n'avait pas été établie par des méthodes rigoureuses. M. Galippe a montré, entre autres résultats, que les dents de lait renfermaient plus de matières organiques et moins de matières minérales que les dents permanentes, et qu'elles contenaient, en outre, plus de carbonate de chaux et de magnésie; c'est ce qui explique pourquoi elles sont plus vulnérables que les dents permanentes. M. le docteur Galippe a également étudié différents éléments entrant dans la composition des dents, tels que le fer, la silice, le fluor. L'auteur conclut que, ce qui domine dans la pathologie de la dent, c'est la notion du terrain, c'est-à-dire de la dent elle-même, envisagée au point de vue de la constitution physique et chimique. Cette constitution est liée à l'évolution de l'individu, à sa nutrition, ainsi qu'aux modifications que lui font subir les états pathologiques acquis ou transmis.

M. Hardy présente, de la part de M. le docteur Joire, professeur de thérapeutique à la Faculté de Lille, un ouvrage sur la population.

M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Philippe, plusieurs brochures sur le traitement des fractures par un appareil à suspension de son invention.

M. Bourdon présente, de la part de M. le docteur Pigeon (de la Nièvre), une note sur l'insuccès de la vaccination à préserver de la variole.

M. Charpentier présente, de la part de M. le docteur Doléris, une sonde intra-utérine pour les injections dans la cavité de la matrice.

M. Vidal présente, au nom de M. le docteur Demange (de Nancy), l'article Paraplégie, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, ainsi que trois mémoires sur les lésions scléreuses de la moelle épinière et des vaisseaux spinaux.

M. Peter présente, au nom de M. le docteur Maurice Coste (de Marseille), deux mémoires intitulés : 1° *sur les mouvements pupillaires dans la période algide du choléra, au point de vue du pronostic ;* — 2° *sur l'angine cholérique.*

M. Vallin présente, de la part de M. le docteur Bertin-Sans, professeur à la Faculté de Montpellier, un *nouvel otoscope* pour déjouer la simulation de l'amblyopie et de la cécité monoculaires.

M. le Président présente une brochure intitulée : *Inauguration de la statue de Philippe Pinel sur la place de la Salpêtrière.*

— M. Dujardin-Beaumetz, à propos de la communication faite, dans la dernière séance par M. Jaccoud, sur la thalline, déclare que, pour lui, contrairement à l'opinion exprimée par M. Jaccoud : 1° la thalline n'est pas supérieure à l'antipyrine comme antithermique ; 2° que ces médicaments jouissent, d'un réel effet thérapeutique et ne doivent pas être abandonnés.

Depuis les premières communications faites en France, à la fin de l'année 1884, et au commencement de l'année 1885, par M. le docteur Huchard, sur l'antipyrine et la thalline, un certain nombre de médecins des hôpitaux ont étudié l'action de ces antithermiques. M. Dujardin-Beaumetz, pour sa part, a été l'un de ces premiers expérimentateurs, et ses observations ne concordent nullement avec les conclusions de M. Jaccoud.

Comme antithermique, l'antipyrine lui paraît bien supérieure à la thalline, et cela pour les raisons suivantes : L'antipyrine est beaucoup moins active que la thalline, ce qui permet de la manier plus facilement. De plus la thalline produit des effets dépressifs beaucoup plus marqués que l'antipyrine et, dans la plupart de ses observations, M. Dujardin-Beaumetz a été frappé de ces effets, mais surtout parce que la thalline a une action sur le liquide sanguin, et qu'il diminue la température en diminuant le pouvoir réparateur du sang. On comprend le danger des médicaments qui, comme la thalline et la kaïrine, agissent directement sur les globules sanguins, dans les maladies infectieuses où le sang est déjà altéré ; mais il n'en est pas de même de l'antipyrine.

M. Dujardin-Beaumetz reconnaît avec M. Jaccoud que l'antipyrine, comme les autres antithermiques, n'a aucune influence sur la marche de la maladie, ni sur sa durée ; il reconnaît également que certains malades supportent mal l'antipyrine, et que les sueurs que provoque le médicament affaiblissent considérablement le malade, mais il n'en est pas moins certain que l'antipyrine donne chez beaucoup de tuberculeux d'excellents résultats, et que le nombre des malades soulagés par ce médicament est beaucoup plus considérable que celui de ceux chez lesquels l'antipyrine a produit de mauvais résultats.

Sans doute l'antipyrine ne guérit pas les tuberculeux, mais elle atténue la fièvre et s'oppose à l'affaiblissement des forces.

M. Dujardin-Beaumetz pense donc que l'antipyrine doit rester dans la thérapeutique parmi les agents de la médication symptomatique.

M. Jules Guérin présente un exemple rare et peut-être unique de malformation des doigts transmis à tous les enfants d'une même famille par la mère atteinte de cette malformation, qui consiste dans une inclinaison latérale de la deuxième phalange sur la première de l'index des deux mains.

©BIU Santé

Cette malformation offre cela de remarquable qu'elle s'est produite en l'absence de toute cause morbide, telle que convulsions, rachitisme, tuberculose, etc.; seules des causes morales sembleraient pouvoir être invoquées pour expliquer l'origine de cette difformité. D'une part, en effet, la grand'mère maternelle de ces trois enfants aurait été longtemps proccupée de l'idée qu'elle pourrait avoir des enfants ayant des vices de conformation, analogues à des pattes de homard ou d'écrevisse; d'autre part, la mère était constamment sous l'influence de la crainte de transmettre à ses enfants la difformité dont elle était atteinte, au point qu'elle finit par déclarer à son mari que, si elle avait un quatrième enfant affecté de la même difformité que les premiers, elle irait se jeter à l'eau.

Quelle peut être l'influence des causes morales sur la production des difformités? C'est là une question qui a beaucoup préoccupé autrefois même des savants distingués, tels que Morgagni, mais M. J. Guérin se déclare absolument incapable de la résoudre.

M. Trélat estime que ce qu'il y a de plus remarquable dans la présentation de M. Jules Guérin, c'est l'hérédité constante de la même malformation chez tous les enfants d'une même famille.

Outre les lésions articulaires signalées par M. J. Guérin, M. Trélat croit qu'il existe également des lésions osseuses chez tous les sujets atteints de la malformation dont il s'agit.

Enfin, M. Trélat déclare qu'il n'a jamais vu l'hérédité se manifester avec une intensité pareille.

M. J. Guérin fait observer que les lésions osseuses dont parle M. Trélat, si elles existent chez l'un des petits sujets, sont ici tout à fait accidentelles.

M. le Président donne la parole à M. Colin (d'Alfort) sur la communication de M. Pasteur.

M. Colin dit qu'en l'absence de M. Pasteur, à qui il désirait adresser un certain nombre de questions, il renonce à la parole.

— M. Durand-Claye fait une communication sur l'assainissement des maisons. Cette communication est accueillie par de nombreux applaudissements.

L'auteur n'ayant pas laissé de manuscrit au secrétariat, nous regrettons de ne pouvoir donner à nos lecteurs le résumé de cette très intéressante communication.

— M. Blot, directeur de la vaccine, communique le rapport officiel sur l'exercice de l'année 1883 et sur les récompenses à accorder aux médecins et aux sages-femmes qui se sont le plus distingués par leur zèle à répandre les bienfaits de la vaccination.

M. Jules Guérin approuve, dans sa plus grande partie, le rapport si bien fait et si instructif de M. Blot. Il désire seulement présenter deux observations. Dans le cours de son rapport, M. Blot traite d'hallucinés les adversaires de la vaccine. Tout en étant d'accord avec M. le rapporteur sur le mal fondé des opinions émises par ces adversaires, M. J. Guérin pense qu'il y aurait lieu d'adoucir à leur égard l'expression trop peu académique dont s'est servi M. Blot.

En ce qui concerne la vaccination obligatoire, M. J. Guérin estime qu'il faut laisser dormir cette question devenue aujourd'hui sans objet grâce aux mesures administratives qui valent mieux, suivant lui, que des prescriptions législatives toujours plus ou moins vexatoires.

M. Bucquoy considère comme une chose fâcheuse que, dans un rapport officiel fait au nom de l'Académie, on recommande un procédé de vaccination qui consiste à se servir d'un vaccin pris chez des individus déjà vaccinés une première fois. Des vaccinations ainsi faites lui semblent devoir donner moins de sécurité.

M. Maurice Perrin fait observer que lorsque, dans l'armée, par exemple, en temps d'épidémie de variole, la nécessité oblige de recourir à cette source de vaccin, que tout le monde est d'accord pour reconnaître insuffisante, on a soin de recommander de renouveler plusieurs fois la vaccination.

M. Hardy : Ou le vaccin pris sur des individus déjà vaccinés une première fois est bon, ou il est mauvais : s'il est bon, il faut le recommander ouvertement; s'il est mauvais, il faut blâmer franchement cette pratique, afin de ne pas inspirer au public une fausse sécurité.

M. le Président pense que M. le rapporteur pourrait modifier un peu la rédaction du passage de son rapport qui soulève les réclamations de la part de plusieurs membres de l'Académie ; il pourrait indiquer, par exemple, que le mode de vaccination, dont il s'agit, ne présente pas le même degré de sécurité que le mode ordinaire.

M. Blot répond que, en temps d'épidémie, lorsqu'on n'a pas le choix des moyens, et qu'on est pressé par la nécessité, il vaut mieux recourir à une source de vaccin insuffisante que d'attendre d'avoir du vaccin parfait ; si imparfaite que soit la vaccination pratiquée avec du vaccin pris sur des individus déjà vaccinés, elle est préférable à l'abstention, puisqu'elle est sans inconvénient et qu'elle peut exercer une influence préservatrice très utile, lors même qu'elle serait temporaire et ne durerait que deux ou trois ans ; on en serait quitte ensuite pour renouveler la vaccination dans des conditions meilleures.

En tout état de cause, l'opinion exprimée dans le rapport lui est personnelle et n'engage en aucune sorte la responsabilité de l'Académie.

— A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre et discuter les conclusions du rapport de M. Blot, et pour entendre, en outre, la lecture du rapport de M. Peter sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section des associés libres.

VARIÉTÉS

UNE ÉPIDÉMIE DE SANTÉ A CANNES.

Il est d'usage de proclamer au loin, chaque année, à l'approche de la saison hivernale, que le littoral méditerranéen est victime de quelque affreuse épidémie, alors même que l'état sanitaire est parfait. Cette rumeur trouve facilement crédit parmi les étrangers valétudinaires toujours à l'affût de ce qui pourrait compromettre leur bien-être.

L'épidémie cholérique de l'an passé et la légère reprise de ce fléau l'été dernier à Marseille et à Toulon avaient fourni beau jeu aux donneurs de mauvaises nouvelles. en est résulté une sorte de mise en quarantaine pour toutes les villes de la côte, même de celles qui étaient parfaitement indemnes, on leur disait, comme le fabuliste :

Si ce n'est toi, c'est donc ton frère
Ou bien quelqu'un des tiens.

De là, condamnation générale et sans recours.

Aujourd'hui, je viens signaler un phénomène d'un autre genre, en ce qui concerne Cannes, c'est une *épidémie de santé*, et j'en fournis ici la preuve mathématique.

On sait que le critérium de l'état sanitaire d'une ville est dans le mouvement de hôpitaux, puisque c'est là que sont concentrés les malades ou du moins tous ceux qui sont le plus gravement atteints. L'hôpital de Cannes, très propre et fort bien tenu, renferme 88 lits; il possède, en outre, un pavillon isolé avec 10 lits spécialement affectés aux maladies contagieuses. Or, ce pavillon n'a servi cette année que pendant deux mois, savoir : en janvier et en février, pour quelques cas de rougeole; depuis lors, il est tout à fait fermé, aucun cas suspect ne s'étant présenté.

Quant aux maladies ordinaires, en voici l'état comparatif à la date du 21 octobre et du jour correspondant pendant la période quinquennale 1881-1885.

Années	Hommes	Femmes	Enfants	Totaux
1881	26	6	6	38
1882	48	11	1	30
1883	24	7	2	33
1884	11	4	0	15
1885	13	0	1	14

©BIU Santé

La plupart des malades de cettte année sont atteints d'affections chirurgicales ou chroniques; il n'y a pas eu un seul cas de fièvre typhoïde ou autres maladies contagieuses quelconques.

L'état civil de Cannes, du 15 au 22 octobre, a enregistré 11 naissances et 2 décès.

J'ajouterai que ni en 1884, ni en 1885, aucun cas de choléra n'a été signalé à Cannes, soit en ville, soit à l'hôpital.

Les rues sont fréquemment lavées à grandes eaux, tous les égouts ont été récurés pendant la saison d'été; et enfin, ce qui est encore plus important, le canal dérivé de la Siagne, prenant son point de départ à 40 kilomètres de distance en pleine campagne, apporte en abondance une eau d'une grande pureté.

C'est là, à mon avis, le secret de cet état sanitaire si remarquable.

Dr DE VALCOURT,
Médecin de l'hôpital civil de Cannes.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* — M. le professeur G. Sée commencera le cours de clinique le lundi 9 novembre 1885, à neuf heures un quart, et le continuera tous les lundis et mercredis.

Le lundi sera consacré à la thérapeutique clinique, et le mercredi au diagnostic.

Visite des malades tous les jours, à huit heures et demie du matin.

M. le professeur Cornil fera, tous les vendredis, à neuf heures et demie du matin, un cours pratique d'anatomie pathologique.

Le premier cours aura lieu le 13 novembre.

M. Bochefontaine, chef du laboratoire, fera tous les jeudis, à neuf heures et demie, des expériences de physiologie.

HÔTEL-DIEU. — M. le professeur Panas reprendra ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, le lundi 9 novembre, à neuf heures, et les continuera les vendredi et lundi suivants.

Exercices ophthalmoscopiques tous les mercredis, à neuf heures.

ENSEIGNEMENT LIBRE. — Le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophthalmologie, à l'École pratique (amphithéâtre n° 3), le lundi 16 novembre à huit heures du soir, et le continuera les vendredis et lundis suivants.

Objet du cours : médecine opératoire. Les élèves seront exercés aux opérations.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Le docteur Jules Simon commencera son cours de thérapeutique infantile le mercredi 11 novembre, à neuf heures, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Tous les samedis, consultation clinique à la même heure.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 9 novembre 1885, à quatre heures très précises, au Palais-de-Justice, dans la salle des Référés.

Ordre du jour : I. M. Danet : A quelles causes attribuer la fréquence des acquittements, en Cour d'assises, en matière d'attentat contre les personnes? — II. M. Brouardel : Sur l'empoisonnement par la colchicine. — III. M. Richardière : Sur une tentative d'empoisonnement par l'acide nitrique. — IV. M. Descoust : Rapport sur un cas d'asphyxie par strangulation. — V. M. Brouardel : Présentation d'un cœur de nouveau-né. — Rapport sur un cas de responsabilité médicale.

Un docteur en médecine, directeur d'un établissement médical de Paris, ayant dix ans d'existence et très connu, désirerait trouver comme associé, pour la moitié, un confrère ayant des capitaux disponibles ou des garanties. — A. B. bureau du Journal.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Traumatisme et tuberculose. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Thérapeutique. — V. Hydrologie. — VI. Sociétés médicales des départements. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

Traumatisme et tuberculose.

Par L.-G. Richelot.

Messieurs,

La Société de chirurgie, sollicitée par M. Verneuil, a discuté il y a deux ans (1) l'influence réciproque des maladies et des blessures. Notre excellent maître avait, cette fois, présenté la question dans les termes suivants : *De l'influence du traumatisme sur les états morbides antérieurs*, et, parmi les faits qu'il soumettait à l'examen de ses collègues, plusieurs tendaient à démontrer que les opérations chez les tuberculeux donnent souvent lieu à des accidents imprévus, et notamment à la méningite. Pour expliquer l'éclosion subite ou l'accélération du processus tuberculeux, l'orateur proposait deux hypothèses : dans l'une, le virus pénètre à la suite de l'effraction chirurgicale, le blessé s'infecte lui-même, il s'agit d'une *auto-inoculation;* dans l'autre, le choc opératoire donne une impulsion nouvelle à la maladie générale qui sommeille, aux lésions latentes des viscères, c'est la théorie du *coup de fouet*.

On aurait, sans doute, moins résisté à M. Verneuil s'il avait parlé du pronostic opératoire chez les diabétiques. Mais sur le terrain de la tuberculose, on ne pouvait s'entendre aussi bien. Les rapports que le chirurgien de la Pitié voulait établir étaient, pour quelques-uns, de simples coïncidences; d'autres n'allaient pas jusqu'à nier une certaine relation entre l'acte opératoire et ces accidents, mais ils la déclaraient exceptionnelle et refusaient d'en rien conclure au point de vue des indications, ni de s'en autoriser pour adopter une chirurgie plus timide.

En fait, la relation existe, et je puis vous en donner la preuve.

Un garçon de 18 ans, vigoureux, bien musclé et de superbe apparence, est entré à la Pitié le 25 juillet 1883, au n° 13 de la salle Michon. Il porte au poignet droit une synovite fongueuse de la gaine des fléchisseurs, dont le début remonte à trois mois seulement. A cette époque, il a ressenti un peu de gêne dans les mouvements, puis il a vu se développer une légère saillie à l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Sans grande douleur, la peau s'est ulcérée en un point, où l'on trouve maintenant une fistule étroite, à bords décollés et violacés, donnant issue à un peu de sérosité louche. Tumeur allongée, mollasse, demi-fluctuante, remontant à 5 centimètres au-dessus du ligament annulaire et bridée par lui. Les mouvements des doigts sont assez libres, mais ne vont pas jusqu'à la flexion parfaite.

Aucun doute n'est permis, c'est bien la synovite fongueuse dans sa forme ordinaire, et nous savons aujourd'hui que ces fongosités des gaines sont tuberculeuses. Depuis la thèse de Bidart (2), nous connaissons leur identité avec celles des articulations. Or, n'a-t-on pas, dans ces dernières années, trouvé dans les tumeurs blanches le follicule tuberculeux, voire

(1) Bull. de la Soc. de chir., 1883.

(2) Bidart, *De la synovite tendineuse chronique*, Paris 1858.

©BIU Santé

même le bacille caractéristique? Les « inoculations en séries » n'ont-elles pas démontré leur nature? Il était donc légitime, *a priori*, d'attribuer aux synovites tendineuses la même origine qu'à celles des jointures, et c'est ce que nous avons tous fait, depuis l'apparition des travaux de Koster, Brissaud, Lannelongue, Kiener et Poulet, Cornil et Babès, etc., sur l'histologie des fongosités articulaires. Mais c'est à MM. Terrier et Verchère qu'est due la démonstration, car ils nous ont apporté une description méthodique de la synovite tuberculeuse des gaines, et des faits assez concluants pour ne laisser prise à aucun doute sur sa nature (1). Permettez-moi, Messieurs, d'oublier quelques auteurs et de ne pas entrer plus avant dans la question.

Bien qu'il ne soit pas très rare d'observer des tuberculoses locales avec les apparences de la santé, la lésion de Charles B... jurait avec sa bonne mine. Jamais, depuis son enfance, il n'avait été malade ; ses parents aussi étaient vigoureux et bien portants. Que devais-je faire en présence de cette affection maligne, extensive, de cette peau déjà ulcérée, l'état général étant parfait? La synovite fongueuse n'a jamais guéri toute seule ; aussi devais-je intervenir, puisque je ne voyais pas de contre-indication.

Compression, révulsion, ignipuncture, injections iodoformées, sont des moyens illusoires en pareil cas, surtout quand le mal a déjà fait des progrès. Je me décidai vite pour le raclage, opération qui fut faite le 3 août (2).

Incision verticale de 8 centimètres au-dessus du ligament annulaire, empiétant un peu sur sa face antérieure. Sous la peau, je gratte une couche mince de fongosités, puis je trouve à la partie inférieure de l'aponévrose une perforation donnant accès dans le foyer principal, que j'ouvre largement sur la sonde cannelée. Les tendons fléchisseurs apparaissent enveloppés de fongosités, dont la majeure partie est à l'état de bouillie caséeuse. Avec la curette, je racle soigneusement la surface inaltérée de chaque tendon, et le nerf médian pareillement englobé ; ensuite, pénétrant sous le ligament annulaire, je vais nettoyer, dans la paume de la main, le cul-de-sal inférieur de la gaine. Suture au crin de Florence ; tube à drainage pénétrant jusqu'à la paume de la main et sortant à l'angle supérieur de la plaie, qui sera le plus déclive quand la main reposera sur un hamac. Lavage de la peau avec le sublimé ; gaze iodoformée, ouate de bois et bande de tarlatane.

Localement, les suites de l'opération furent absolument simples ; il n'y eut ni douleur, ni trace de suppuration ; en huit jours, le drain était enlevé, la réunion obtenue, et l'orifice occupé par le tube était transformé en une plaie vive de quelques millimètres. Malheureusement, les accidents éclatèrent d'autre part.

Le soir de l'opération, la température atteignit 38°6 ; le lendemain soir 39°4 ; puis 39°, 39°2 et enfin 40° le sixième jour. Cependant, tout marchait bien du côté de la plaie ; on cherchait vainement une cause de septicémie, quelque foyer profond à la paume de la main, à l'avant-bras, quelque signe de phlegmasie pulmonaire. Après l'ablation des fils, après la réunion profonde et superficielle, la courbe était toujours élevée, sans cause apparente.

Le 15 août, la situation s'éclaircit, car mon attention fut attirée sur un

(1) Terrier et Verchère, *De la synovite tendineuse tuberculeuse*, Revue de chir., 1882. — Terrier, *Tuberculisation des synoviales tendineuses*, Bull. de la Soc. de chir., oct. 1882.

(2) L'observation de ce malade est publiée *in extenso* dans les Bull. de la Soc. de chirurgie (séance du 21 oct. 1885), telle qu'elle m'a été remise obligeamment par M. le docteur Vachère, chef de clinique à la Pitié.

gonflement douloureux des testicules. Epididymes énormes, durs, bosselés ; cordons, vésicules séminales augmentés de volume. Nul doute que je fusse en présence d'une tuberculose génitale, rapidement développée. Au dire du malade, il y avait depuis quelque temps, à gauche, un petit noyau dur, indolent et stationnaire ; mais le côté droit s'était pris récemment. Le même jour, légers craquements au sommet gauche révélés par l'auscultation. Désormais, les accidents fébriles n'avaient plus rien de mystérieux ; il s'agissait d'une tuberculose aiguë généralisée.

Bientôt apparaissent d'autres symptômes de l'infection tuberculeuse : rétention d'urine, miction douloureuse, reins douloureux, hyperthermie (41° le 29 août). La face pâlit, se creuse, l'appétit disparaît, l'amaigrissement se prononce. Langue sèche, aspect typhoïde, quelques râles sibilants à l'auscultation. Enfin, délire monotone et tranquille dans la journée, bruyant dans la nuit ; diarrhée profuse ; mort le 5 septembre.

A l'autopsie, les poumons sont farcis de granulations grises ; pas un centimètre de parenchyme n'est indemne. Mais on ne trouve aucune trace de ramollissement tuberculeux ni d'adhérence pleurale ; la lésion est partout récente et paraît en rapport avec l'évolution rapide des accidents.

A la base du cerveau, quelques granulations grises, peu abondantes. Lésions très étendues des organes génito-urinaires : épididyme tout entier caséeux, ramolli par places, testicule semé d'innombrables granulations ; vaginale, canal déférent, vésicules séminales envahis par la tuberculose ; prostate légèrement augmentée de volume, peu altérée ; vessie dilatée, ulcérations punctiformes aux environs des uretères ; gros reins congestionnés, avec des granulations fines et de petites cavernes caséeuses. Les os, cassés et examinés, ne renferment pas de tubercules.

Enfin, les fongosités commençaient à se reproduire au niveau du poignet, à soulever la cicatrice, à engainer le nerf médian. Une traînée fongueuse occupe toute la gaine du fléchisseur propre du pouce, la perfore au niveau de la première phalange et adhère aux téguments.

Il me paraît bien difficile de nier, dans cet exemple, une relation de cause à effet entre l'acte opératoire et l'éclosion subite des accidents généraux. Notez qu'il s'agit d'une tuberculose suraiguë, développée brusquement chez un homme en parfaite santé apparente, immédiatement après l'intervention.

Je laisse de côté la question du mécanisme, et n'examine pas s'il y a eu *coup de fouet* ou *auto-inoculation*. L'excellent état général de l'opéré plaiderait en faveur de la seconde ; mais l'existence antérieure de l'orchite nous prouve qu'il était d'ores et déjà en puissance de tuberculose, et que celle-ci peut avoir reçu du traumatisme une impulsion nouvelle.

Sans doute, il ne faut pas aller trop loin dans la voie que M. Verneuil nous indique, ni interpréter tous les faits d'après la même théorie. Quand, après une opération relativement bénigne, dans les deux ou trois semaines qui suivent, nous voyons survenir des accidents généraux inattendus chez un homme dont l'économie nous paraissait à l'épreuve du traumatisme, il ne faut pas toujours incriminer celui-ci et nous livrer au repentir. Souvent c'est une coïncidence, ou l'évolution normale d'une maladie encore latente avant la blessure ; d'autres fois, c'est une infection générale qui, déjà commencée avant l'arrivée du chirurgien, n'a pu le détourner d'une intervention jugée nécessaire, et aboutit plus ou moins vite à son dénouement naturel. J'ai observé un cas de ce genre il y a quelques années :

©BIU Santé

En juin 1883, je fus consulté par un jeune homme de 24 ans, qui semblait n'avoir autre chose qu'un embarras gastrique avec fièvre, céphalalgie, langue saburrale, et que je traitai en conséquence. La fièvre céda lentement, ainsi que la douleur de tête; au bout d'une semaine environ, le malade essaya de sortir. Mais ce fut seulement pour un jour; appelé de nouveau, je le trouvai dans son lit, avec une nouvelle poussée fébrile et une douleur vive à la partie inférieure de la cuisse gauche. Une collection profonde s'était développée brusquement au sommet du creux poplité. Je l'ouvris et ne trouvai rien du côté du squelette; cependant l'abcès continua de suppurer malgré les pansements antiseptiques. La fièvre céda encore; mais le malade était pâle, anxieux, découragé. Mon collègue Hallopeau, appelé en consultation, ne trouva dans les viscères aucun signe démonstratif, mais il fut convenu que, selon toute vraisemblance, nous avions affaire à un tuberculeux, sans pouvoir annoncer aucune localisation ni prévoir la marche que suivrait la maladie. Notre embarras ne fut pas de longue durée : au bout de vingt-quatre heures, une hémiplégie se déclara subitement du côté gauche, et M. Hallopeau admit l'existence d'une méningite tuberculeuse avec des phénomènes de compression. La mort survint en quelques jours.

Chez ce malade, on peut affirmer que les premiers symptômes simulant un embarras gastrique et dont je n'ai pas reconnu la nature, marquaient le début de l'évolution tuberculeuse qui aboutit à la méningite et à l'hémiplégie; mais on n'a pas le droit de supposer que l'ouverture de l'abcès, intervenant vers le dixième jour, ait été la cause des accidents cérébraux.

Pour incriminer l'acte opératoire, il faut une situation parfaitement nette et une succession d'évènements qui ne laissent place à aucun doute. Il faut pouvoir dire : « Si je n'étais pas intervenu, mon malade vivrait aujourd'hui ». Or c'est là, je le répète, la conclusion du fait que je vous ai rapporté.

Mais la conduite à tenir? Ici, je dis avec la plupart de mes collègues : Si nous refusons d'opérer dans les cas de ce genre, quand opérerons-nous jamais ? Qui pouvait me détourner d'intervenir chez un homme d'aussi robuste apparence, porteur d'une lésion incurable par tout autre moyen? Et c'est bien souvent ainsi que se pose la question, en présence des tuberculoses locales : d'une part, une affection qui réclame le traitement chirurgical; d'autre part, un organisme en bon état, et qui presque toujours sortira triomphant de l'épreuve. Que dire, s'il arrive malheur une fois par hasard?

A cette question, il faut répondre que l'influence réciproque des blessures et des états constitutionnels modifie le pronostic plus encore que les indications. C'est ce que je vous ai dit un jour, en vous présentant l'histoire d'un diabétique que j'avais opéré d'un cancer de la joue et qui s'était merveilleusement réuni par première intention :

Pour les chirurgiens qui n'opèrent pas à la légère et sans indications formelles, la notion des états morbides antérieurs a une influence qu'on ne peut nier sur le pronostic des opérations, et c'est déjà beaucoup; mais elle ne modifie pas notablement les limites de l'intervention chirurgicale.

BIBLIOTHÈQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ALBUMINURIES TRANSITOIRES DANS QUELQUES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX, par le docteur Henri MICHEL. — J.-B. Baillière; 1885.

Voici les conclusions de cette thèse, inspirée par le professeur J. Teissier (de Lyon).

Certaines maladies chroniques du système nerveux peuvent, même en l'absence de tout mouvement fébrile, entraîner l'apparition de l'albumine dans les urines sans qu'il y ait altération des reins ni du cœur. Cette albuminurie est habituellement transitoire. L'ensemble des troubles fonctionnels concomitants et les caractères spéciaux de l'albumine rendue semblent distinguer nettement celle-ci de l'albuminurie liée aux altérations rénales.

Toujours en faible proportion, ne modifiant pas les caractères généraux de quantité, de densité, de coloration des urines, elle semble réagir d'une façon un peu particulière en face des réactifs communs. Peu sensible à la chaleur, elle précipite surtout par l'acide nitrique à chaud et avec le réactif acéto-picrique. Elle est aussi facilement décelée par l'alcool et le réactif de Tanret, et avec la réaction suivante indiquée par un professeur de Yokohama. (Verser lentement, sur un centimètre cube d'acide sulfurique pur, un centimètre cube d'urine additionnée de quelques gouttes d'éther nitreux ; les traces d'albumine sont signalées par un disque translucide ou opaque à l'intersection des couches de densité différente.) En général, elle n'est pas rétractile.

Eliminée d'une façon inconstante, elle apparaît, dans des proportions variables, aux différentes heures de la journée; plus marquée le soir, si elle tient à un trouble digestif, plus abondante le matin, si elle est le résultat d'une manifestation douloureuse. Cette règle n'est cependant pas absolue.

L'élimination de l'albumine est subordonnée à une foule de circonstances accessoires, variables chez chaque individu : température extérieure, régime, veille, impressions morales. Ces conditions sont importantes à déterminer pour fixer l'hygiène du malade. Cette albuminurie alterne le plus souvent ou marche de pair avec une excrétion exagérée d'acide urique ou même d'urée, de telle sorte que l'on voit souvent les phénomènes se succéder dans l'ordre suivant : albuminurie, uraturie, azoturie. Il est possible que ces différents faits soient l'indice d'un seul et même trouble nutritif dont l'expression varie avec le degré de combustion des matières albuminoïdes (l'albuminurie représentant le premier degré de l'échelle).

Il est donc à présumer que la cause prochaine de l'albuminurie est, en pareil cas, un trouble de la nutrition, une conséquence de la perturbation apportée dans les fonctions organiques par la maladie nerveuse primitive.

Mais cette origine dyscrasique ne suffit pas pour expliquer le phénomène albuminurique qui est inconstant. Il faut faire intervenir des actions mécaniques qui en règlent l'élimination. Or, l'expérimentation a prouvé qu'il fallait l'attribuer à des actions vasomotrices se passant dans le rein, sous l'influence de l'excitation du système nerveux central ou du grand sympathique.

L'excitation des nerfs périphériques et des nerfs rénaux eux-mêmes, comme leur section, a été incapable de la déterminer.

Au point de vue du pronostic, cette albuminurie transitoire est généralement peu sérieuse. Sous l'influence d'un régime bien institué et du traitement de la maladie générale, on la voit souvent disparaître. Dans quelques cas, elle peut produire à la longue une irritation du rein, et devient le point de départ d'une véritable néphrite.

P. L. G.

L'ÉRYTHROXYLUM COCA, par le docteur FEIGNEAUX. — Bruxelles, Lamertin, 1885.

Cette brochure donne un résumé complet de l'histoire botanique, chimique et thérapeutique de la coca. L'auteur a réuni pour l'écrire un nombre considérable de documents sur sa culture, sa consommation, sa bibliographie, au XVIe et au XVIIe siècle. Dans le domaine de la physiologie, il en expose les effets sur l'appareil gastro-intestinal, la cir-

©BIU Santé

culation, les sécrétions et les centres nerveux. Il en établit l'influence sur la nutrition, et, passant à ses applications thérapeutiques chez les anciens, il en arrive aux indications de la coca, contre l'anémie et la chloro-anémie ; son action dans les maladies nerveuses et dans les affections de l'isthme du gosier. Enfin la dernière partie a pour sujet les préparations pharmaceutiques de la coca. Cette énumération des principaux chapitres de ce volume suffit pour donner l'idée des nombreux renseignements qu'il renferme et qui le rendront utile aux thérapeutes désireux d'employer méthodiquement la coca. — C. L. D.

La législation relative aux aliénés, en Angleterre et en Ecosse. Rapport des missions remplies en 1881 et 1883, par M. le docteur A. Foville. — J.-B. Baillière, 1885.

Adjoint à la commission sénatoriale, chargée d'étudier la législation des aliénés à l'étranger, M. Foville a rédigé un document administratif qui sera lu et favorablement apprécié de tous ceux qui s'intéressent aux questions d'aliénation mentale. Sa compétence bien connue et sa haute autorité scientifique désignait notre confrère à ce choix, auquel des missions antérieures le préparaient depuis longtemps.

En Angleterre, cette législation n'est pas coordonnée, et les aliénés relèvent de deux administrations : les aliénés interdits, qualifiés d'aliénés du lord chancelier, dont les biens sont administrés suivant une réglementation très coûteuse ; les aliénés non interdits dont les biens ne sont pas surveillés officiellement et dont les personnes sont protégées par des fonctionnaires spéciaux, les *Commissionners of lunacy*. Cette protection ne s'étend pas aux aliénés soignés dans leur famille. La surveillance des établissements publics, les asiles privés et les workhouses rentrent dans les attributions de ces commissaires.

Pour l'admission des aliénés dans les asiles, la loi anglaise exige deux certificats médicaux, ou un certificat unique quand l'autorité judiciaire prescrit le placement d'office. Dans ces asiles, dont M. Foville admire les installations matérielles, la méthode de traitement est celle du *no-restraint*. En Ecosse, le système des *asiles aux portes ouvertes*, devient de plus en plus habituel. Il consiste dans la suppression des clôtures intérieures de chaque quartier et à ne fermer aucune des portes extérieures pendant le jour.

M. Foville étudie le régime des criminels dont l'acquittement a été prononcé par le jury, pour cause d'aliénation mentale, ou pour cause d'irresponsabilité au moment de l'acte ; et enfin le régime administratif des convicts aliénés, devenant tels, durant leur séjour dans les prisons. Ainsi, ce rapport expose l'économie de toute la législation anglaise sur l'aliénation mentale et permet de juger des améliorations à introduire dans celle de notre pays, par la future loi qu'on nous promet. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Rapports possibles de la sclérodermie avec la filaire du sang. Son traitement par le salicylate de soude. (*The Lancet*, février 1885, p. 389.) — Le fait suivant, rapporté par le docteur Bancroft, dans la *Lancet*, est d'un grand intérêt, car il tend à faire soupçonner un rapport étiologique possible entre la sclérodermie, affection dont la nature, attribuée à une trophonévrose, est en réalité assez mal élucidée, et la présence dans le sang d'un parasite : la filaire de Médine.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, née dans le Queensland, ayant toujours habité cette colonie, et qui, de temps en temps, au milieu d'une santé en apparence excellente, était atteinte de frissons dont la cause était difficile à préciser. En même temps, la peau de la face, des bras, des épaules, de certaines régions du tronc, autour de la ceinture, présentait les caractères ordinaires de la sclérodermie diffuse. Elle était épaissie, indurée, comme collée aux parties sous-jacentes; difficile à saisir, elle donnait au doigt la sensation de la peau qui recouvre les jambons fumés. Au-dessous de la ceinture, les téguments étaient beaucoup plus souples et présentaient, aux jambes, tous leurs caractères normaux. Le 4 mai, le docteur Bancroft rechercha et trouva dans le sang de la

malade les filaires de Médine. En juin, la malade eut une légère atteinte de pelvi-péritonite pendant laquelle les filaires disparurent complètement; mais, plus tard, dans le courant de l'année, elles firent de nouveau leur apparition. L'auteur rappelle l'opinion de Ramussen, qui regarde la sclérodermie comme une maladie éléphantiasique.

Rapprochons cette observation d'une communication faite par le docteur Bulau à l'une des séances de la Société médicale de Hambourg, le 13 mai 1884, et dans laquelle le docteur Bulau a vu un cas très net de sclérodermie type, guéri sous l'influence du salicylate de soude.

Le sujet était une jeune fille de 22 ans. La sclérodermie intéressait la face, le cou, les épaules, le creux axillaire, les bras, les coudes et les mains.

La face, dont la peau amincie, blanche, cireuse, tendue, était immobile sur les parties sous-jacentes, donnait à la malade une expression souriante stéréotypée. Les paupières supérieures ne pouvaient être complètement relevées, la bouche ne s'ouvrait qu'à peine ce qu'il fallait pour permettre la projection du bout de la langue au dehors. La raideur de la peau du cou immobilisait presque la tête, tandis que l'état des replis axillaires, accolés et empesés, permettait à peine au bras de s'élever jusqu'à la position horizontale. Les coudes étaient et restaient pliés à angle obtus, et les poignets et les doigts avaient pris l'aspect et l'immobilité marmoréenne des statues. En revanche, les membres inférieurs et le tronc étaient peu affectés.

On ordonna de l'huile de foie de morue à l'intérieur, des frictions mercurielles à l'extérieur, et, comme des douleurs violentes dans les jointures semblaient indiquer ou suggéraient l'idée d'une origine rhumatismale, à tout hasard on donna du salicylate de soude à la dose de 4 grammes par jour.

Une amélioration presque instantanée s'ensuivit. Au bout de quinze jours, la peau de la face s'assouplissait et les choses progressèrent de telle façon qu'au bout de quelques mois, les replis axillaires, dont la raideur persista le plus longtemps, reprirent toute leur souplesse et permirent de nouveau l'extension et la flexion facile des bras.

La patiente continua pendant neuf mois, très régulièrement, l'usage du salicylate de soude, l'amélioration continua, et, jusqu'au jour de cette communication, aucune récidive n'avait encore eu lieu. (Voir le *Deutsche med. Wochenschrift*, janvier 1885.) — L. Dn.

Du viburnum prunifolium comme sédatif utérin, (*Liverpool Medical Journal* et *Glasgow Med. Journal*, janvier 1885). — Bien que l'attention ait été attirée sur ce médicament en Angleterre et en Amérique, depuis au moins 1866, par le docteur Phares de Newtonia, qui le regardait comme un antispasmodique astringent tonique et diurétique, son usage est resté encore à peu près nul en France, où les principaux traités de matière médicale ne font même pas mention du blackhaw ou viburnum prunifolium. Son introducteur signalait surtout les propriétés antiabortives du viburnum, et nous avons eu ici même, à plusieurs reprises, occasion d'en parler comme anti-dysménorrhéique.

Le docteur Wilson (de Liverpool) a voulu constater ses propriétés antiabortives, et l'a donné exclusivement à plusieurs femmes menacées d'avortement. Dans le journal médical et chirurgical de Liverpool, il fait connaître le résultat de ses recherches et rapporte plusieurs observations d'avortements arrêtés par le viburnum dans diverses grossesses, dans les premières semaines et jusqu'au septième mois. L'auteur conclut donc de son étude que le viburnum prunifolium est un tonique sédatif du système nerveux utérin. Il croit que, si on le donne de bonne heure et avant l'expulsion de l'œuf, bon nombre d'avortements peuvent être conjurés.

Le mode d'administration le plus habituel est de 30 à 60 gouttes d'extrait fluide, mais d'après l'auteur cette teinture mère serait susceptible de provoquer des nausées, et il préfère donner des pilules de 10 à 20 centigrammes d'extrait mou. Dans un seul cas, l'administration du viburnum aurait provoqué des battements dans les tempes ou du moins la malade a attribué ce symptôme au médicament.

L'auteur admet que plusieurs de ces cas d'avortement se seraient bien terminés avec les autres traitements, mais il est porté à croire que la convalescence n'eût pas été si prompte, ni si satisfaisante. — L. Dn.

©BIU Santé

THÉRAPEUTIQUE

Altérations des fonctions de la peau et de leur importance au point de vue pathologique.

Dans un mémoire communiqué au comité d'hygiène, le docteur Lamau exprime cette opinion qu'un grand nombre de troubles fonctionnels graves ont pour cause principale la dégénérescence progressive des fonctions de la peau, dégénérescence que l'observance des lois de l'hygiène et la civilisation peuvent, sans doute, considérablement retarder, sinon arrêter tout à fait, et dont la cause est intimement liée aux progrès même de notre outillage industriel.

Notre cadre ne nous permet pas de suivre notre confrère dans les déductions philosophiques que lui inspire ce fait, mais nous constaterons avec lui qu'un grand nombre de maladies, parmi lesquelles le rhumatisme, la goutte, les névralgies, la gravelle, qui formaient autrefois l'apanage des gens riches, à l'exclusion de tous ceux qui « gagnaient véritablement leur pain à la sueur de leur front », marquent aujourd'hui indistinctement leur passage dans toutes les classes de la société.

« Cela résulte, dit le docteur Lamau, de ce que l'ouvrier, au moins dans les villes, peine beaucoup moins qu'autrefois; il ne gagne plus sa vie à la sueur de son front, et, de ses plaisirs même, on voit disparaître de plus en plus les exercices physiques et les jeux en plein air. »

Certes, tous les rhumatisants ne sont pas des gens oisifs et les natures les plus vigoureuses n'y échappent pas. A côté de la dégénérescence organique, cause permanente, il y a les altérations fonctionnelles, accidentelles, pouvant résulter, soit d'un refroidissement, soit d'une indigestion.

« Mais, quoi qu'il en soit, la maladie aurait toujours pour cause, d'après le docteur Lamau, l'absence d'une quantité suffisante d'oxygène, au sein de l'organisme.

« Les pores, dit-il, sont à la fois des organes d'élimination et d'absorption. »

Par eux, l'air vient vivifier le globule sanguin et lui fournir non seulement l'oxygène indispensable à sa propre consommation, mais encore une provision supplémentaire destinée à être transportée par lui jusque dans la profondeur de notre organisme où cet oxygène devra concourir aux métamorphoses successives de la matière alimentaire ou organique.

Lorsque cette provision d'oxygène, fournie par le milieu ambiant, à travers les pores de la peau, par l'intermédiaire du globe sanguin des vaisseaux capillaires sous-cutanés est insuffisante, ces métamorphoses qui sont la condition de la santé s'effectuent mal; des masses solides ou pâteuses qui auraient dû être transformées et éliminées en partie sous forme de produits gazeux ou liquides, encombrent nos tissus et nos vaisseaux, constituant, dans les cas les plus favorables, un obstacle sérieux à la circulation du sang, prêts toujours à donner prématurément naissance à des organismes étrangers, ferments ou microbes, substituant ainsi aux actions physiologiques, reconstituantes ou vitales, les réactions pathologiques, dissolvantes ou destructives.

Après avoir passé en revue ce qu'il regarde, avec raison, comme les causes originelles, chroniques ou accidentelles du rhumatisme, de la goutte, des névralgies, de la gravelle et de toutes les affections congénères dont la liste serait longue, le docteur Lamau aborde la question du remède.

Sans prétendre que les médications internes soient toutes ou nuisibles, ou absolument inutiles, il ne leur accorde qu'une valeur tout à fait secondaire.

« Et tout le monde, dit-il, est tellement, sans l'avouer, de mon avis, que malades riches et médecins passent neuf mois de l'année à espérer en la saison thermale prochaine. »

Pour lui, en effet, le traitement par la peau est le seul qui soit véritablement sérieux.

Et c'est cette conviction qui l'a conduit à la formule qu'il préconise aujourd'hui sous le nom de bain antirhumatismal hématogène.

Il convient de citer textuellement les lignes suivantes :

« La nature, dit-on, a placé le remède à côté du mal! Cela n'est pas tout à fait exact.

« Dans la nature, l'homme trouve, il est vrai, tout ce qu'il faut pour conserver « la santé. Mais quand, par sa faute, il l'a perdue, il faut quelque chose de plus que « des simples pour la lui faire recouvrer. Les magnifiques découvertes de M. Pasteur « en sont la preuve.

« C'est ce quelque chose qui élève le médecin au-dessus des empiriques et des charlatans. »

Le bain antirhumatismal est supérieur en efficacité aux sources thermales les plus fameuses. C'est véritablement un remède, et non un simple palliatif.

C'est une solution à base d'iode et de potasse qu'il suffit de verser dans un grand bain chaud ordinaire où le malade doit séjourner de 30 à 45 minutes, — et voici comment s'expliquerait sa remarquable efficacité.

C'est un savon : il décape absolument la peau, débarrassant les pores de toutes les parcelles de matières organiques susceptibles de les obstruer.

C'est un rubéfiant qui exagère la turgescence des vaisseaux sous-cutanés, ramenant au minimum la distance qui sépare le globule sanguin du milieu ambiant. Dans le bain, le milieu ambiant est une solution de soude et de potasse, constituant un liquéfiant du plasma. Hors du bain, c'est l'oxygène de l'air qui sera absorbé, d'autant mieux que la masse sanguine sous-cutanée sera à ce moment plus exagérée.

La pratique justifie à ce point la théorie, ajoute le docteur Lamau, que six bains suffisent, 9 fois sur 10, à la guérison des douleurs les plus anciennes ou les plus cruelles, et que le soulagement est généralement manifesté dès les deux ou trois premiers bains.

Il serait à désirer que l'ensemble du corps médical prît à cœur de vérifier si les affirmations du docteur Lamau sont, en effet, l'annonce d'un grand progrès médical ou la naissance d'une mille et unième spécialité banale, indifférente à tous, si ce n'est à la bourse de celui qui l'exploite.

HYDROLOGIE

Les eaux de Royat transportées.

Les excellents et précieux effets d'une saison aux eaux de Royat ne sauraient être mis en doute; mais, *non licet omnibus adire Corinthum*, et ils sont nombreux ceux qui, souffrant d'une des nombreuses affections combattues avec succès par l'une des sources de cette station thermale renommée, ne peuvent, pour des raisons diverses, faire le voyage d'Auvergne.

L'eau de Royat a été assimilée au *sérum du sang* et qualifiée de *lymphe minérale* par le savant professeur Gubler. Elle convient donc d'une manière générale aux personnes atteintes d'anémie, de débilité ou de faiblesse générale, et aussi à celles qui souffrent d'irritations des voies digestives ou respiratoires. Trois des sources de Royat ont été l'objet, au point de vue de l'emploi à domicile, de la faveur du public : ce sont les sources de Saint-Mart, de Saint-Victor et César, toutes trois gazeuses, légèrement piquantes et très agréables à boire. Nous allons indiquer les spécialisations de chacune d'elles.

La source de Saint-Mart.

La source Saint-Mart, ou *fontaine des goutteux*, est celle qui représente le mieux la minéralisation alcaline lithinée de Royat. Aussi l'emploie-t-on avec un grand succès à domicile contre la goutte et le rhumatisme. Son caractère principal est d'être fondante et résolutive sans avoir l'inconvénient de diminuer les forces, mais, au contraire, en les relevant par les principes toniques qu'elle contient. Aussi produit-elle des effets excellents, surtout dans l'intervalle des accès, et aussi lorsque la goutte a pris le caractère atonique qui la rend moins douloureuse sans lui enlever sa gravité. L'usage de la source Saint-Mart, à ce moment-là, a pour résultat, d'abord d'empêcher le retour des crises et ensuite de rendre au goutteux ses forces et son énergie.

Prescrite par Bazin et la plupart des médecins de Saint-Louis dans les diverses manifestations cutanées de l'arthritisme (eczéma, pityriasis, acné, etc.), elle est aussi utilisée

©BIU Santé

avec succès contre les affections des bronches et des poumons. Les personnes atteintes d'angines, de granulations, de laryngites et de bronchites arthritiques en font usage une grande partie de l'année et, malgré la susceptibilité extrême de leurs muqueuses, ils peuvent ainsi braver le vent et le froid.

L'action de l'eau Saint-Mart est également remarquable dans les troubles des voies digestives. Il n'y en a pas de plus efficace pour combattre les symptômes variés de la dyspepsie atonique.

La Source Saint-Victor.

Si, de l'aveu de tous les médecins, l'anémie est la grande maladie de notre époque, la source *ferro-arsénicale* de Saint-Victor est incontestablement la plus importante de toutes, car le fer et l'arsenic qui entrent dans sa composition s'y combinent d'une façon si parfaite, qu'elle est acceptée avec plaisir par les malades les plus prévenus contre ces deux agents thérapeutiques si précieux.

Personne n'ignore, en effet, que les préparations ferrugineuses pharmaceutiques sont difficilement supportées par l'estomac, qu'elles provoquent de l'échauffement et presque toujours des constipations opiniâtres. Les eaux uniquement ferrugineuses ont les mêmes inconvénients. Dans la source Saint-Victor, au contraire, la combinaison des éléments vivificateurs est si parfaite, qu'elle ne cause ni lourdeur ni fatigue, et amène rapidement un relèvement des forces et une amélioration dans l'état anémique.

Les enfants lymphatiques, les jeunes filles chlorotiques, les femmes nerveuses, les personnes affaiblies par les excès, le travail ou la maladie, ne sauraient trouver une eau plus efficace pour relever leurs forces, régénérer les globules sanguins et effacer toutes les traces de l'anémie.

Source César.

L'eau de la source César est à la fois une eau médicinale et une excellente eau de table; fraîche, piquante, agréable au goût, elle développe l'appétit et favorise la digestion. Elle est moins minéralisée que ses voisines, dit le docteur Boucomont, médecin-inspecteur des eaux de Royat, puisque la somme de ses principes alcalins et chlorurés ne dépasse guère 2 grammes, mais elle l'est assez pour jouir des propriétés toniques de Royat.

A Paris et dans toutes les grandes villes où l'eau de consommation ordinaire ne passe pas pour être d'une pureté irréprochable, l'emploi de l'eau de la source César peut rendre d'inappréciables services, surtout dans les fortes chaleurs de l'été et en temps d'épidémie. Bue aux repas avec le vin, elle forme une boisson rafraîchissante, digestive et tonique, bien préférable à toutes les eaux très gazeuses, la plupart débilitantes, dont l'estomac se lasse rapidement.

Ajoutons que l'eau de César est encore une eau de régime parfaite pour les convalescences longues; elle est, pour les graveleux, un diurétique précieux qui élimine de leurs reins ou de leur vessie les sables que la diathèse urique y dépose.

On voit les immenses services que l'on peut retirer de l'usage à domicile des eaux de Royat, qui conservent loin des sources toutes leurs propriétés thérapeutiques.

A. Barry,
Docteur-Médecin.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1885.

Le *traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections de substances antiseptiques diverses*, portées dans le parenchyme même du poumon, est d'actualité : M. Tuuc l'a mis à l'épreuve de la critique et de l'expérimentation. Ses tentatives trouvent des partisans parmi les membres de la Société des sciences médicales, malgré l'objection de M. Vinay, auquel cette pratique paraît douteuse, et de M. Colrat, qui hésite à admettre

son efficacité à cause de l'incertitude de l'opérateur relativement au siège précis du foyer tuberculeux.

Par contre, M. Mollière déclare avec enthousiasme « que l'on doit se conduire, à l'égard « de la tuberculose du poumon, comme de la tuberculose articulaire et autre. Il faut, « ajoute-t-il, poursuivre le fer et le feu à la main, autant que possible, tout foyer « tuberculeux, alors même que l'intervention ne pourrait être que palliative. Quant à « la tuberculose pulmonaire, il n'est pas seulement indiqué de faire une simple ouver- « ture avec drainage....., mais de réséquer les côtes et la paroi thoracique; le poumon « même, s'il le faut, pour que l'intervention soit suffisante. »

Dans le but de vérifier expérimentalement la *nature de l'endocardite infectieuse*, M. Perret et Rodet ont inoculé des chiens avec de l'eau filtrée dans laquelle ils avaient broyé des morceaux de valvule atteinte d'endocardite. Quelques jours après, l'animal succombait et les observateurs constataient des saillies végétantes inflammatoires à la surface des valvules mitrale et tricuspide. L'examen du sang avait démontré l'existence de microcoques de forme caractéristique. D'ailleurs, pour prévenir toute objection attribuant les lésions expérimentales à la septicémie, M. Perret a pratiqué l'expérience avec un liquide de culture et obtenu un égal succès.

L'*action de l'antipyrine, dans la tuberculose*, a été discutée par un interne distingué des hôpitaux de Lyon, M. F. Rollet, qui en a observé les effets dans le service de M. Mayet. Ce médicament était prescrit par cachets de 50 centigrammes, administrés de deux heures en deux heures; les malades le toléraient sans accidents, sauf un seul, chez lequel il provoqua une roséole. On a pu en continuer l'usage durant deux mois. Mais les avantages de cette médication ne sont manifestes que dans les cas de tuberculisation peu avancée. A la dernière période, l'antipyrine n'exerce aucune influence sur l'état général des malades, malgré l'atténuation de la fièvre.

Un autre interne des mêmes hôpitaux, M. Laurençon, inspiré par M. Lépine, présentait le cerveau d'une malade qui avait été atteinte de *monoplégie brachiale droite* limitée à l'avant-bras, correspondant à un foyer de ramollissement siégeant sur le lobe pariétal, vers le tiers moyen de la marginale postérieure. Ces phénomènes et cette lésion, en désaccord avec les recherches de Ferrier, sont en rapport avec l'observation publiée par M. Lépine, dans la *Revue de médecine* de 1880. Cette présentation montre bien que tout n'a pas été dit dans la question des localisations cérébrales telle que M. Ferrier l'envisageait.

Au reste, les internes des hôpitaux de Lyon ont l'émulation clinique; à preuve, une autre *note, relative à l'étiologie des déviations de croissance de la colonne vertébrale,* dans laquelle M. A. Pollosson considère les déviations dites idiopathiques comme le résultat fréquent de lésions osseuses par rachitisme vertébral tardif. De telles cyphoses dorsales étaient caractérisées anatomiquement, dans les quatre observations de l'auteur, par l'épaississement du cartilage vertébral, les altérations de leur tissu spongieux et de leurs disques. Au microscope, on constatait la présence de petits blocs cartilagineux dans le tissu spongieux. Quand ces recherches seront complétées par de nouvelles observations, elles permettront, avec M. Charpy, d'identifier les déviations de l'adolescence et celles des enfants rachitiques. Après cette démonstration, il restera cependant encore des cas dans lesquels l'intervention des muscles donnera seule raison de la pathogénie de la scoliose.

A côté de ces travaux de pathologie, voici une note sur un médicament nouveau, la *terpine* dans laquelle M. Lépine complète la communication qu'il faisait, en novembre dernier, à la même Société. Elle a pour objet l'importance de la posologie de cette substance; par petites doses de 20 à 40 centigrammes, elle fluidifie les crachats et facilite leur expectoration; par dose triple ou quadruple, elle tend à diminuer cette dernière; de sorte qu'au début du traitement, on doit prescrire de petites quantités de terpine et, plus tard, les augmenter.

De plus, à petites doses seulement, elle est diurétique, mais cette action est moins constante que les modifications de la sécrétion bronchique. Les chiens mis en expérience, et recevant par la voie intra-veineuse de l'eau terpinée forte, n'urinaient plus. Enfin, la terpine possède encore des propriétés cholagogues que M. Lépine attribue à

©BIU Santé

des modifications des globules sanguins, en relations avec le pouvoir antihémorrhagique, communes à tous les médicaments térébenthinés.

En terminant, je signale encore, parmi les nombreux travaux de ce trimestre, la présentation, par M. Aubert, d'un *cas de sclérodermie ou plaques blanches d'apparence cicatricielle;* par M. Robin, d'une malade atteinte d'*ankylose vicieuse du genou*, guérie par l'ostéoclasie; de pièces pathologiques relatives à deux opérations de *gastrotomie*, pratiquées par M. Mollière, dans le *cancer de l'œsophage;* des observations : l'une, de M. Gangolphe, d'*arrachement du long extenseur du pouce;* l'autre, de M. Frossat, de *vergetures multiples du thorax et des membres, dans un cas de pleurésie tuberculeuse;* enfin, des notes, de MM. Robet et Moisset, sur l'*identité des microbes du furoncle et de l'ostéomyélite infectieuse;* de M. Honnorat, sur une *pneumonie terminée par gangrène pulmonaire;* de M. Giraud, sur la *densité et la résistance des os rachitiques*, et de M. Mathis, sur la *myélite aiguë infectieuse des chiens.* — C. L. D.

FORMULAIRE

Bols diaphorétiques.

Soufre sublimé et lavé.....	2 grammes.
Bi-tartrate de potasse pulv.....	2 —
Résine de gaiac pulv.....	1 —

Sirop de sucre q. s. pour faire 4 bols.

A donner dans la journée, quand on désire provoquer une transpiration plus ou moins abondante. — N. G.

ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DU Dr FÉLIX ROUBAUD

ET

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DE L'*UNION MÉDICALE* RÉUNIS

ANNÉE 1886

Contenant les noms, prénoms, titres et adresses de tous les docteurs, officiers de santé et pharmaciens de France.

On souscrit en envoyant un mandat de poste de **4** francs ou **4** francs en timbres-poste aux Bureaux de l'Union Médicale, rue de la Grange-Batelière, 11.

COURRIER

Récompense honorifique. — M. le docteur Piotrowski, médecin sanitaire commissionné à bord des paquebots de l'administration des Messageries maritimes, vient de recevoir une médaille d'argent pour le zèle et le dévouement dont il a fait preuve au cours d'une épidémie de variole à bord du paquebot l'*Océanien*, de juin à septembre 1885.

Asthme, suffocation, traités avec succès par les **Tubes Levasseur**, échantillon gratis, à la pharm. Robiquet, 23, rue de la Monnaie, Paris, ou chez l'inventeur, 7, rue du Pont-Neuf.

VÉSICATOIRE. — Le plus efficace est celui au cantharidate de soude de A. Beslier. Il n'a aucune influence sur la vessie et par conséquent ne produit jamais de cystite.

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 fr. 50.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Léon Arduin : Quelques considérations sur l'action physiologique et thérapeutique de l'antipyrine — II. Revue des Journaux. — III. Sociétés médicales des départements. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Quelques considérations sur l'action physiologique et thérapeutique de l'antipyrine (1).

Par le docteur Léon Arduin.

Messieurs,

Je désire vous entretenir quelques instants sur un médicament nouveau, qui a été l'objet de nombreuses discussions en ces derniers temps, à la Société de thérapeutique, ainsi que dans d'autres sociétés savantes de Paris, et que j'ai étudié un des premiers en France, sous la savante direction de M. le docteur Henri Huchard, médecin à l'hôpital Bichat, élucidant quelques points de physiologie en collaboration de M. le docteur A. Henocque, directeur-adjoint du laboratoire de médecine de l'École des hautes études au Collège de France. Je veux parler de l'*antipyrine*.

Je passerai sous silence la composition chimique de ce produit nouveau, découvert par le docteur Ludwig Knorr (de Munich), et expérimenté pour la première fois par Filehne (d'Erlangen). C'est une poudre cristalline, d'un blanc tirant un peu sur le rose ou le jaune, d'une saveur un peu amère, très soluble dans l'eau, et dérivant de l'oxyméthylquinizine, qui est elle-même le produit de l'éther acétacétique réagissant sur la phénylhydrazine.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur les réactions nombreuses, ainsi que sur le procédé employé pour déceler la présence du médicament dans les urines, au moyen d'une solution de perchlorure de fer. Nous préférons insister surtout sur la partie clinique, ainsi que sur la physiologie de ce médicament.

Nous avons employé l'antipyrine dans un grand nombre de cas ; voici, en résumé, les points importants que nous pouvons retirer de nos observations.

D'abord, c'est *l'action presque élective de l'antipyrine dans les maladies du poumon, et en particulier dans la fièvre des tuberculeux*, comme nous l'avons souvent remarqué avec notre excellent maître M. Huchard. En effet dans tous ces cas, et nous pourrions en citer plus de cent, il suffit de doses minimes de 0,50 centigrammes pour abaisser sûrement la température, et cela parfois de plus de 2 degrés. Nous avons donné l'antipyrine au moment où la fièvre atteignait son maximum, nous l'avons aussi donné avant l'accès. Dans le premier cas, ce qui frappe lorsqu'on dresse des courbes thermométriques, en marquant la température prise toutes les demi-heures, c'est l'abaissement progressif et presque mécanique de la température. En général, la première dose fait baisser la température de 1 degré à 1 degré 1/2. Si l'on cesse l'administration du médicament, elle se maintient à ce degré plusieurs heures. Si l'on administre une deuxième dose, une heure après, la température descend encore, mais cette fois de 1/2 degré et même de 1 degré, et se maintient à ce niveau huit à neuf heures.

Inutile de dire qu'en donnant le médicament avant l'accès, nous avons

(1) Communication au Congrès scientifique de Grenoble, 20 août 1885.

©BIU Santé

assez souvent supprimé celui-ci. Nous voyons donc qu'il y a là une action remarquable, nous pouvons dire une véritable action spécifique sur la fièvre des tuberculeux.

Nous avons encore remarqué que, dans la pneumonie aiguë, ces mêmes doses faibles suffisaient pour abaisser ainsi la température.

Tel est le premier point, sur lequel nous tenons surtout à insister : Abaissement considérable, progressif et durable, dans la fièvre due aux maladies du poumon, et en particulier dans la fièvre des tuberculeux, et cela avec les doses minimes de 0,25 centigrammes et 0,50 centigrammes.

Les résultats ne sont pas tout-à-fait les mêmes, lorsqu'on administre l'antipyrine dans les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, les péritonites puerpérales, l'érysipèle et les oreillons.

Et d'abord un point important, c'est qu'il faut des doses plus élevées, 1 gramme au moins, et répéter la dose trois fois de suite à une heure d'intervalle.

En second lieu, la température subit un abaissement moins considérable que dans les maladies du poumon, et la durée de cette action est moins longue. Malgré cela, les courbes thermométriques sont encore intéressantes à examiner, car si l'on donne l'antipyrine le soir, par exemple, c'est-à-dire au moment où la fièvre va monter, ou lorsqu'elle se trouve à son maximum, la température baisse, de telle sorte que si l'on prend la courbe générale, on voit le matin la fièvre être plus élevée que le soir, c'est-à-dire qu'on a le type inverse de la température. Enfin, disons que dans toutes les maladies fébriles où nous avons ordonné l'antipyrine, la température a constamment été abaissée, jamais son action n'a fait défaut, une seule maladie restant rebelle : la fièvre intermittente.

Tels sont les faits les plus importants qui résultent de nos observations. Nous passons sous silence d'autres points intéressants qui demandent des observations plus nombreuses, par exemple, l'action de l'antipyrine sur le rhumatisme articulaire aigu, sur les affections nerveuses, telles que le goître exophtalmique, etc., etc.

Il fallait aussi expérimenter le médicament chez les enfants. Voici les conclusions généralement admises aujourd'hui : L'antipyrine est très bien supportée par les enfants en bas âge, et même par les enfants à la mamelle; nulle influence sur l'appétit ni la digestion; mais ici les doses doivent être très faibles, jamais plus de 0,50 centigrammes jusqu'à 5 ans; passé cet âge, augmenter de 10 centigrammes par année.

Un médicament qui avait de si grands avantages ne devait pas être à l'abri de quelques inconvénients. On lui a reproché, en effet, des bouffées de chaleur, des vomissements, mais surtout la production de sueurs abondante une demi-heure après son ingestion. C'est précisément ce dernier inconvénient, de beaucoup le plus sérieux, qui nous a amené à employer des doses fractionnées, contrairement aux doses massives préconisées en Allemagne. Nous avons remarqué en effet, avec M. Huchard, que rarement on produisait les sueurs avec les doses de 0,25 et de 0,50 centigrammes; or, nous avons dit que ces doses suffisaient chez les tuberculeux, chez lesquels cet inconvénient faisait rejeter à tort l'administration de ce médicament.

Enfin, on a cité la production d'un exanthème particulier; nous en avons

nous-même rapporté un cas. D'abord l'exanthème, très rare à notre avis, disparaît aussitôt après la cessation de l'administration de l'antipyrine. En outre, elle est sans influence sur l'état général du malade et sur la marche de la maladie.

Tels sont les avantages et les inconvénients de l'emploi de ce médicament. Passons rapidement à son action physiologique et aux expériences sur les animaux faites en collaboration avec MM. Huchard et Hénocque.

Les animaux sur lesquels nos expériences ont porté sont des cobayes, des lapins, des grenouilles, auxquels nons avons administré des doses massives d'antipyrine, 0,50 centigrammes et 60 centigrammes par kilogramme, employant pour cela principalement la méthode hypodermique.

1° Ce qui frappe tout d'abord dans toutes nos expériences, c'est la production de convulsions cloniques et tétaniformes, c'est la paraplégie et la raideur musculaire, ainsi que la disparition et la réapparition successive des réflexes, en un mot nous avons observé une analogie remarquable avec le strychnisme.

Des expériences de M. le professeur Bouchard, qui ont été l'objet d'une communication à la Société de biologie, viennent absolument corroborer les nôtres, et démontrer que l'antipyrine a une action incontestable sur le système nerveux, qu'elle agit sur la moelle allongée et sur le cerveau lui-même.

Tels sont les phénomènes généraux que nous avons pu observer dans le cours de nos expériences.

2° Au point de vue de l'action de l'antipyrine sur le cœur, nous avons constamment observé, aussi bien dans nos expériences de physiologie qu'en clinique, le ralentissement des battements du cœur et la mort des animaux par paralysie cardiaque.

D'après les examens spectroscopiques, l'antipyrine ne semble pas avoir d'action spéciale sur le sang ; toutefois, d'après le professeur Demme, ce serait un poison du protoplasma.

Quant à l'influence de l'antipyrine sur la tension artérielle, il y a une grande divergence d'opinions ; tandis qu'elle serait diminuée pour les uns, d'autres signalent au contraire une augmentation de cette tension. Telle est l'opinion de Maragliano, Cappola et Queirolo ; ce dernier a surtout étudié l'action de l'antipyrine sur les vaisseaux sanguins de la peau, et il a constamment remarqué une dilatation de ces vaisseaux ; ce serait, pour lui, par ce mécanisme que l'antipyrine abaisserait la température.

3° L'antipyrine ne nous semble pas avoir une grande influence sur la respiration ; toutefois les mouvements respiratoires semblent constamment diminuer de fréquence.

4° L'action sur la sécrétion urinaire laisse encore plusieurs points obscurs ; toutefois, d'après Müller, les sulfates seraient augmentés, l'urée diminuée, de même que la quantité d'urine.

Nous avons encore étudié l'antipyrine à un point de vue nouveau et particulier, au point de vue de son action hémostatique, ayant été frappé, dans la première série de nos expériences faites avec MM. Henocque et Huchard, de la difficulté que nous avions à nous procurer même une petite quantité de sang, pour nos examens spectroscopiques. Parmi nos expériences, nous n'en mentionnerons qu'une destinée à montrer l'action hémostatique comparative de l'antipyrine, de l'ergotine et du perchlorure de fer.

©BIU Santé

On sectionne les trois orteils de la patte droite de trois cobayes à peu près de même grosseur, et on plonge les membres amputés dans des solutions à peu près identiques des trois médicaments à étudier.

Pour la plaie qui est trempée dans la solution d'ergotine, l'hémorrhagie est arrêtée en sept minutes d'une façon définitive, une certaine quantité de sang mêlée à la solution se coagule.

L'hémorrhagie de la plaie, qui est trempée dans le perchlorure de fer, s'arrête après neuf minutes, mais se renouvelle quelques instants après, de sorte qu'il faut replonger la patte encore un certain temps pour obtenir un arrêt définitif; en outre, la quantité de sang écoulé est supérieure à celle qui s'est mêlée à la solution d'ergotine.

Quant à l'action de la solution de l'antipyrine, quatre minutes suffisent pour arrêter définitivement la même hémorrhagie, et l'écoulement du sang a été très peu abondant.

D'autres expériences ont été faites sur des lapins, et nous arrêtons encore une hémorrhagie considérable produite par la section des vaisseaux fémoraux. Dans un de ces cas, nous avons employé l'amadou imbibé d'une solution forte d'antipyrine, ainsi que le coton antipyriné.

Cette propriété importante nous a conduit à employer l'antipyrine dans les hémorrhagies, et particulièrement dans les hémorrhoïdes au moyen des suppositoires suivants qui nous ont donnés d'excellents résultats dans le service de M. Huchard.

Antipyrine.....	0 gr. 50 centigr. à 1 gramme.
Beurre de cacao.....	2 grammes.

M. Hénocque a également utilisé cette propriété de l'antipyrine pour arrêter une hémorrhagie utérine.

Mais, nous devons remarquer que cette action est purement locale, bien différente en cela de l'action de l'ergotine, que l'on emploie à l'intérieur sous forme de potion ou d'injections hypodermiques.

De l'ensemble de ces expériences, il nous est permis de conclure que l'antipyrine a une action rapide et définitive sur les hémorrhagies, et pourrait peut-être rendre de grands services dans le pansement de certaines plaies.

C'est précisément en poursuivant nos recherches dans cet ordre d'idées que nous avons voulu nous assurer si l'antipyrine n'aurait pas des propriétés antiputrides. Quoique nos expériences ne soient point encore assez nombreuses, nous pouvons néanmoins en conclure que l'antipyrine a des propriétés antiputrides supérieures à celles de l'acide salicylique, par exemple.

Enfin, signalons l'examen spectroscopique du sang des malades traités par l'antipyrine, ainsi que celui des cobayes et des lapins tués par ce médicament, examen fait avec un appareil nouveau, destiné à rendre les plus grands services, l'hématoscope de M. Hénocque. Il résulte de ces examens que le sang n'a pas subi d'altérations appréciables. Au spectroscope, on retrouve toujours les deux bandes, caractéristiques de l'oxy-hémoglobine, nettes et également foncées; jamais de nouvelles bandes ne sont venues s'y ajouter. Nous avons également soumis au même examen la réaction produite par le perchlorure de fer sur l'urine des malades traités par l'antipyrine, ainsi que sur celle des animaux qui ont servi à nos expériences. Dans ces cas, nous avons trouvé une bande noire occupant tout le

spectre, depuis l'orangé jusqu'au violet, la solution ne laissant passer que les rayons rouges.

Telles sont, en résumé, les expériences que nous avons faites sur ce médicament, et les principaux résultats que nous avons obtenus.

Nous terminerons ces observations par quelques considérations sur la médication par l'antipyrine et les antithermiques en général, et sur la façon d'administrer ce nouveau médicament.

Pour être bref, disons que deux grandes indications dominent l'administration de l'antipyrine : l'hyperthermie et la continuité de la fièvre.

Mais que doit-on entendre par hyperthermie? Doit-on accorder ce nom simplement à des températures extrêmes sans distinction aucune des maladies? 40°, par exemple, constituent-ils toujours une température hyperthermique ? Assurément non. L'hyperthermie n'est pas une formule abstraite que l'on puisse mesurer le thermomètre à la main, elle change avec chaque maladie; ce qui est hyperthermie pour le rhumatisme articulaire aigu n'est pas hyperthermie pour la scarlatine, et si une température de 40° est hyperthermique pour la première, elle ne l'est pas pour la deuxième.

Or, c'est dans ces températures hyperthermiques, et c'est contre elles seules qu'il faut donner les antipyrétiques ; ce n'est que lorsque la fièvre devient une complication de la maladie, lorsqu'elle devient un véritable danger par elle-même, qu'il faut la combattre. « En clinique, il n'y a pas de médication antithermique, il n'y a que des médications antihyperthermiques. » (Huchard).

Telle est la première grande indication sur laquelle nous avons tenu à insister ; car, si cette manière d'envisager la fièvre restreint l'emploi des antipyrétiques, elle a l'avantage de donner à ces médicaments une place nettement définie en thérapeutique.

Nous ajouterons même encore une restriction à l'emploi de ces médicaments; car, pour nous, ce serait une grave erreur de vouloir, par leur emploi, ramener la température à son état normal, de vouloir faire évoluer ainsi une maladie aiguë ou chronique sans fièvre aucune. Notre but, dans cette thérapeutique raisonnée, est simplement de ramener la température à ce qu'elle devrait être dans le cours normal de la maladie, lorsque celle-ci revêt les caractères les plus bénins.

Telle est l'action que nous devons exiger de ces médicaments; demander davantage, c'est faire fausse route, c'est quelquefois remplacer un danger par un autre.

La seconde grande indication, avons-nous dit, c'est la continuité de la fièvre. Inutile d'insister sur le bénéfice énorme que retire le malade de ces rémissions.

Il me reste maintenant à indiquer comment on doit administrer ce médicament.

Citons d'abord les injections hypodermiques pour les rejeter, à cause de la douleur qu'elles font éprouver au malade. Toutefois, dans certains cas, on n'a que cette voie ouverte, et on peut employer la solution suivante, faite à chaud :

Antipyrine.....	10 grammes.
Eau distillée.....	10 —

Injecter demi ou une seringue de Pravaz.

©BIU Santé

Nous avons essayé la voie rectale : deux cuillerées à soupe d'une solution au 15e, dans un lavement, ou bien encore en suppositoire, d'après la formule suivante que nous avons vu employer dans le service de M. Huchard :

Antipyrine..	0 gr. 50 centigr. à 1 gramme.
Beurre de cacao.....	2 grammes.

M. Hénocque a aussi employé la pommade suivante :

Antipyrine.....	10 grammes.
Vaseline.....	30 —

Ces deux derniers moyens surtout, employés dans les cas d'hémorrhoïdes flatulentes.

Reste la voie stomacale *qu'il faut employer de préférence à toute autre.* On fait dissoudre l'antipyrine dans une petite quantité d'eau sucrée aromatisée avec l'eau de menthe ou l'eau de fleurs d'oranger. On peut également l'incorporer dans une potion gommeuse, ou dans de l'eau rougie.

Terminons en insistant de nouveau sur les doses, relativement faibles, que nous avons employées, 0,25, 0,50 et 0,75 centigr., dans la phthisie; de 1 à 3 grammes dans la fièvre typhoïde et les grandes pyrexies; ne jamais donner plus de 1 gramme à la fois, et, dans ces conditions, nous sommes certain qu'on n'aura qu'à se louer de l'emploi de ce précieux médicament.

REVUE DES JOURNAUX

Propriétés physiologiques de l'hydrastis canadensis, par Léopold Fellner. — Plante de la famille des Renonculacées, elle contient un alcaloïde, l'hydrastine, et possède des racines employées, en Amérique, comme antipériodique et tonique.

Injecté dans les veines ou sous la peau, ou bien administré par la voie gastrique et intestinale, l'extrait fluide d'hydrastis modifie l'excitabilité vaso-motrice. La pression sanguine s'abaisse après avoir subi une ascension passagère. Les battements du cœur se ralentissent, mais ce ralentissement cesse après la section des nerfs vagues, si la dose est moyenne. Il s'accompagne d'arythmie, si la dose est élevée. Enfin, sous la même influence, on observe des contractions utérines coïncidant avec les troubles de la pression sanguine. (*Centralblatt f. d. med. Wiss.*, 1884, n° 24.) — C. L. D.

Du traitement du lupus, par Doutrelepont. — Dans le but de détruire les bacilles, ce dermatologiste applique sur le lupus des compresses imbibées d'une solution de sublimé au centième. Sous leur influence, les granulations et la suppuration disparaissent pour faire place à des cicatrices relativement lisses.

Dans d'autres cas, M. Doutrelepont fait pénétrer cette même solution dans le tissu néoplasique au moyen de nombreuses piqûres, ou bien en recouvrant les surfaces malades avec la poudre de calomel. En même temps, il administre l'arsenic à l'intérieur. (*Monatshefte für prakt Dermatologie*, 1884, n° 1.) — C. L. D.

Le salicylate de soude contre les prodromes du rhumatisme articulaire, par Blychaerts. — Les phénomènes prodromiques contre lesquels cet observateur emploie le salicylate de soude précèdent de quelques jours l'attaque de rhumatisme articulaire. Ce sont des douleurs erratiques dans la continuité des membres et les masses musculaires, ainsi que la raideur articulaire disparaissant par le mouvement. A cette période, on observe de l'angine rhumatismale passagère et après laquelle la fièvre et l'arthrite rhumatismale se déclarent.

M. Blychaerts propose donc d'administrer le salicylate de soude dès l'apparition des douleurs prodromiques dans les membres. Il en a fait l'expérience personnelle et, sous

son influence, vit disparaître ces douleurs et prévint, dit-il, l'attaque menaçante de rhumatisme; de sorte que le salicylate de soude serait à la fois un moyen prophylactique et curatif du rhumatisme. (*Presse médicale belge*, 26 octobre 1884, p. 341.)

C. L. D.

Traitement médical des vomiques, par M. Trastour. — Dans les cas où un sujet tuberculeux évacue du pus par vomique ou bien, en même temps, par des fistules thoraciques, et qu'il n'y a pas urgence d'intervention chirurgicale, on doit favoriser le rapprochement des parois du foyer par la dilatation du poumon et l'affaissement de la paroi thoracique, c'est-à-dire vider la poche purulente.

Dans ce but, M. Trastour a obtenu de bons résultats par la méthode de l'*inversion*, de profondes *inspirations*, de la *toux volontaire* et de la *gymnastique respiratoire*.

En second lieu, il combat la tendance à la suppuration par l'administration de l'iode, de préférence, sous forme de solution iodo-iodurée ou d'iodure de calcium.

La troisième indication est l'engraissement du malade. Il prescrit le régime lacté jusqu'au retour de l'appétit.

La quatrième indication a pour objet de prévenir l'auto-infection au moyen des antiseptiques et des désinfectants. A cet effet, il prescrit l'essence de térébenthine, l'essence de thym, l'eucalyptol, le camphre et l'acide phénique, ou bien les vapeurs de glycérine additionnée ou non d'acide phénique, suivant la prédisposition des malades à la toux.

Localement, M. Trastour prescrit les mouches de Milan ou les cautères en permanence. Il les préfère aux pointes de feu. (*Gazette médicale de Nantes*, septembre 1884.)

C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE SAINT-ÉTIENNE ET DE LA LOIRE PENDANT LE PREMIER SEMESTRE DE 1885.

A en juger par l'excellence de ses travaux et par l'animation de ses séances, dont témoignent les comptes rendus, cette savante association est en pleine prospérité.

Voici d'abord une observation de M. Perrenot, interne distingué des hôpitaux stephanois. Elle avait pour objet l'*érythème papuleux rhumatismal fébrile* et pour sujet un individu rhumatisant depuis longtemps, et porteur d'arthrites multiples au moment de son admission à l'Hôtel-Dieu de la ville. L'érythème papuleux apparut huit jours plus tard, époque où l'auscultation faisait constater de fréquentes intermittences cardiaques. Le salicylate de soude provoqua la disparition des accidents articulaires, cutanés et cardiaques. M. Perrenot n'hésite pas à conclure en faveur de la nature infectieuse du rhumatisme et de l'efficacité du salicylate en qualité d'antiseptique.

Cette interprétation ne manque pas de hardiesse, mais elle n'a pas reçu l'approbation unanime des membres de la Société, dont l'un, tout au moins, considérait ces troubles cardiaques comme sous la dépendance d'une péricardite rhumatismale.

Au reste, les récentes doctrines sur la nature microbique des maladies font lentement son chemin parmi les praticiens. J'en trouve la preuve dans l'excellent mémoire, de M. Fleury, sur la *pneumonie considérée comme une affection saisonnière*. Notre estimé confrère de Saint-Etienne y met en doute le rôle pathogène souverain des microbes et se refuse à placer toute l'étiologie de la pneumonie dans l'intervention du micrococcus de Friedlander.

Par quels arguments motive-il son opinion? A l'aide des statistiques médicales de la ville où il exerce, et d'après lesquelles le maximum de la morbidité pneumonique correspondrait toujours aux trois premiers mois de l'année. Ailleurs, ce maximum a été fixé au printemps. De plus, M. Fleury a remarqué qu'il existe un parallélisme des plus nets entre les courbes de la morbidité par pneumonie et par bronchite, et en conclut au rôle des mêmes influences atmosphériques dans l'étiologie de ces deux affections. Un état hygrométrique de l'air très élevé semble en être le principal facteur étiologique,

©BIU Santé

de sorte que, maladie hivernale, la pneumonie a possédé pour causes pathogènes prépondérantes le froid et l'humidité.

Toutefois, cette opinion, malgré les efforts de M. Fleury pour la défendre, n'est pas partagée par tous ses collègues. Parmi eux, il en est de moins hostiles aux doctrines parasitaires et de moins sévères dans leur appréciation du rôle rempli par les microcoques.

Moins litigieuses étaient les conclusions de la présentation de M. Duchamp. Il s'agissait d'une *atrophie du muscle grand dentelé droit* de pathogénie fort obscure, mais que la particularité clinique suivante caractérisait : quand on tirait énergiquement le bras droit du malade, pendant que de sa main gauche il se fixait à un point d'appui solide, on remarquait le glissement de l'omoplate sur les parties sous-jacentes et l'éloignement en dehors de son bord spinal, de sorte que l'épaule droite semblait tout entière céder à la traction ainsi exercée.

Dans le domaine de la clinique interne, je signalerai encore une note, de M. Kahn, sur un cas de *scarlatine hémorrhagique chez une nouvelle accouchée* dont notre confrère a pu obtenir la guérison. L'éruption avait débuté tardivement, trois semaines après l'accouchement.

Enfin, dans ce semestre, la pathologie chirurgicale a été représentée par une lecture, de M. Magnien, sur une opération de gastrostomie pratiquée dans un cas de *rétrécissement cancéreux de l'œsophage*. La mort survint treize jours après l'opération dont le succès n'avait pas été douteux. A l'autopsie, il ne fut pas possible de trouver la raison de cette terminaison inopinée. Cette opération n'en fait pas moins grand honneur à la chirurgie stéphanoise et à notre estimé confrère. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1885. — Présidence de M. Duplay.

Sommaire. — Présentation. — Erysipèle à répétition. — Rapport sur un travail intitulé : *Tumeurs végétantes des deux ovaires; corps fibreux de l'utérus; ovario-hystérectomie.* — De l'ascite dans les tumeurs abdominales. — Discussion. — Hystérectomie vaginale pour carcinome suivie de guérison. — Présentation de pièce pathologique : hystérectomie vaginale suivie de mort.

M. Chauvel, secrétaire général, présente, de la part de M. le docteur Rodet, médecin-major, un *Manuel de chirurgie d'armée*.

M. Chauvel donne ensuite lecture d'une note de M. Védrènes, membre correspondant, déposée dans la dernière séance par M. Verneuil, et relative à un cas d'érysipèle à répétition. Cette observation a paru à M. Védrènes, confirmer la doctrine exposée dans la dernière communication de M. Verneuil touchant la pathogénie de l'érysipèle à répétition.

— M. Terrier lit un rapport sur un travail de M. le docteur Quénu, chirurgien des hôpitaux, intitulé : *Tumeurs végétantes des deux ovaires; corps fibreux de l'utérus; ovario-hystérectomie; de l'ascite dans les tumeurs abdominales.*

La malade qui fait le sujet du travail de M. Quénu est une femme de 49 ans, atteinte d'ascite symptomatique de tumeur abdominale, qui entra à l'hôpital Tenon, dans le service de M. L. Championnière remplacé par M. Quénu.

Une première ponction, faite le 9 mai, donna 21 litres de liquide ascitique; cette évacuation permit de reconnaître l'existence d'une tumeur remplissant l'hypogastre, se prolongeant dans les fosses iliaques et remontant jusqu'un peu au-dessus de l'ombilic. Cette masse bilobée fait corps avec l'utérus comme le montre le toucher vaginal. L'aiguille de l'aspirateur plongée dans la masse confirme, par l'absence de tout écoulement de liquide, le diagnostic de tumeur fibreuse de l'utérus.

Quinze jours après, reproduction de l'ascite; deuxième ponction évacuatrice le 24 mai, donnant issue à neuf litres de liquide. Opération le 26 mai avec l'aide de M. le docteur

Segond. Incision médiane étendue jusqu'au-dessus de l'ombilic qu'elle contourne; ouverture du péritoine et écoulement du liquide ascitique. On voit alors un fibrome utérin auquel adhère intimement un kyste dont la ponction donne deux litres et demi de liquide. De nombreuses adhérences du kyste et du fibrome avec le grand épiploon sont détachées avec la spatule mousse ou coupées entre deux pinces en T. Mais la tumeur ne peut être mobilisée. De chaque côté, les ovaires sont remplacés par une masse grosse comme le poing, irrégulière, rougeâtre, hérissée de petites végétations. Ces deux masses, libres par leur face antérieure, sont très adhérentes en arrière et sur les côtés. A gauche, la séparation d'avec l'S iliaque ne s'obtient qu'au prix d'un arrachement du péritoine intestinal; il se fait même une petite perforation d'où sort un liquide blanchâtre et sur laquelle on met une pince à pression. En arrière, on sectionne trois ou quatre brides, puis, sur les côtés, on coupe entre deux pinces quelques brides vasculaires. Enfin, en avant, on isole la tumeur de la vessie, et ce temps est long et pénible.

La tumeur utéro-ovarienne ainsi mobilisée, on pratique la section des ligaments larges et de l'utérus. Une partie du ligament gauche est d'abord coupée entre deux grandes pinces courbes; puis, cette section faite, deux autres pinces sont placées et le ligament est entièrement coupé. Même manœuvre à droite. Enfin, l'utérus et les parties contiguës des ligaments larges sont sectionnées après application d'une double ligature pour obtenir l'hémostase. (Ligateur de Pozzi.)

La section de l'utérus est faite un peu au-dessous de l'union du col et du corps, et la tumeur est enlevée. Deux ligatures au catgut sont placés sur la perforation présumée de l'S iliaque; puis, toutes les pinces à pression ou en T sont remplacées par des ligatures au catgut.

Deux larges adhérences vasculaires sont liées par des anses de soie disposées en chaîne.

Enfin douze ligatures avec du gros cordonnet de soie, trempé d'avance dans la solution phéniquée au vingtième, sont appliquées en chaîne sur le moignon de l'utérus et des ligaments larges.

Toilette péritonéale, lavage des surfaces cruentées avec la solution forte, et, enfin, fermeture du ventre par neuf points de suture, dont trois superficiels.

L'opération faite d'après les règles de la méthode antiseptique a duré une heure trois quarts.

Les suites de l'opération ne présentèrent rien de particulier, sauf un abcès profond, ouvert dans le vagin, qui nécessita de nombreux pansements; lorsque, dans le courant de juillet, la malade quitta l'hôpital Tenon, il restait encore un trajet fistuleux profond qui ne l'empêchait pas d'ailleurs de se bien porter.

Vers la fin d'août, elle entra à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Polaillon remplacé par M. Quénu. La fistule persiste et la paroi abdominale semble déprimée en ce point. Des fils de soie, dont quatre réunis en chaîne, ont été éliminés par la fistule; l'état général est excellent.

Au milieu de décembre 1884, le trajet fistuleux se cicatrise tout à fait après élimination, soit par le vagin, soit par la fistule, de nombreux fils plus ou moins altérés.

M. Quénu explique l'énorme ascite existant chez sa malade, par la présence des végétations de la face extérieure des tumeurs ovariques, constituant de véritables petites glandes à mucus dont le contenu, au lieu de s'épancher dans l'intérieur d'un kyste, ne peut qu'être versé dans la cavité du péritoine.

M. Terrier a fait depuis longtemps la remarque que les kystes de l'ovaire ne déterminent guère d'ascite que dans des circonstances toutes spéciales, lorsqu'ils présentent extérieurement des végétations plus ou moins développées.

L'observation de M. Quénu vient à l'appui de sa manière de voir, et l'explication que donne ce chirurgien paraît plus rationnelle que celles que l'on avait émises avant lui, telle que l'irritation du péritoine par la présence de ces tumeurs.

Les produits de sécrétion versés dans le péritoine par ces pseudo-glandes constituent une matière colloïde qui provoque du côté du péritoine des phénomènes d'osmose, d'où l'accroissement incessant du liquide péritonéal, en un mot l'ascite. Ce liquide, d'ailleurs,

©BIU Santé

d'après M. Méhu, contiendrait un chiffre beaucoup plus élevé de matériaux fixes que le liquide ascitique des affections cardiaques ou hépatiques, soit 66 à 71 grammes au lieu de 59 par kilogramme de liquide.

On rencontre, en outre, au microscope, dans ce liquide, des cellules épithéliales ; mais on ne doit pas, suivant M. Terrier, faire de la présence de ces cellules, un signe de malignité de ces tumeurs, comme on l'a cru à tort.

En résumé, rare dans les tumeurs utérines, fréquente dans les néoformations solides de l'ovaire, l'ascite redevient rare dans les kystes ordinaires, à moins que ceux-ci ne présentent des végétations extérieures.

L'ascite est la règle dans les tumeurs papillomateuses de l'ovaire, et serait alors due à la sécrétion spéciale des végétations et à l'action que cette sécrétion exerce sur la séreuse péritonéale, action toute physique, d'ailleurs, puisque M. Quénu fait intervenir des phénomènes osmotiques.

M. le rapporteur termine en proposant d'adresser des remerciements à l'auteur, de déposer son travail très intéressant aux archives, et d'inscrire son nom dans un bon rang sur la liste des candidats à une place vacante de membre titulaire.

Le rapport de M. Terrier donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Terrillon, Duplay, L. Championnière, Verneuil, Pozzi, Reclus, Monod et M. le rapporteur. Nous regrettons de ne pouvoir la résumer faute d'espace.

— M. Pozzi présente une malade à laquelle il a pratiqué la résection du coude pour une ankylose rectiligne de cette articulation causée par une ostéite suppurante. Les muscles du bras étaient complètement atrophiés.

L'opération a fait cesser la suppuration et ramené, avec la nutrition des masses musculaires, le fonctionnement à peu près normal du membre.

— M. Gillette fournit à la Société des détails relatifs à l'hystérectomie vaginale qu'il a pratiquée le 25 juillet dernier, à l'hôpital Tenon, et sur laquelle il a déjà envoyé une note concise, dans la séance du 5 août dernier.

Avant de parler de la malade qui fait l'objet de son observation, il expose en quelques mots les *expériences cadavériques* auxquelles il s'est livré pour se rendre compte des divers temps de l'hystérectomie. Ces exercices ont porté sur neuf sujets ; chez les deux premiers, vieilles femmes de 52 à 60 ans, le col était presque complètement atrophié et par conséquent très difficilement saisissable ; chez les sept autres, il avait affaire à des femmes de 25 à 30 ans.

Les temps de l'opération ont consisté : *a*, dans la préhension du col dans le sens transversal à l'aide de pinces à griffes ; *b*, dans la traction en bas ; *c*, l'incision demi-circulaire du cul-de-sac antérieur ; *d*, le décollement de la vessie et de l'utérus ; *e*, l'*isolement du ligament large gauche*, puis le passage du doigt plié en crochet, sa ligature en masse, en deux endroits, à l'aide de l'aiguille de Cooper, sa section ; *f*, *la même manœuvre pour le ligament large droit* ; *g*, la section du cul-de-sac postérieur après en avoir fait une dissection préalable

Chez tous ces sujets, les divers temps opératoires n'ont offert aucune difficulté bien sérieuse, et se sont accomplis sans désordre du côté des organes pulviens (vessie, rectum, etc.).

Sur le sixième cadavre (46 ans), le col était gros, le vagin étroit, et cependant les difficultés furent minimes, bien que l'utérus enlevé eût 15 centimètres de hauteur. Quatre fois il a vu soit l'épiploon, soit une ou deux anses d'intestin ; une fois l'ovaire fut attiré et pris en dehors de la ligature. Dans trois cas, la ligature apposée sur le ligament large céda.

Dans toutes ces expériences, l'ouverture péritonéale était de médiocre dimension, permettant l'introduction des extrémités rapprochées des cinq doigts.

Après cet exposé, M. Gillette arrive à l'histoire de la malade qu'il a opérée à Tenon.

Il s'agissait d'une femme de 49 ans, réglée à 17 ans, ayant présenté à 37 ans une irrégularité des menstrues déjà inquiétante ; quoique non rhumatisante par elle-même, elle offre des antécédents héréditaires de rhumatisme très prononcés.

Le début du carcinome remontait au mois de janvier 1885, les pertes sanguines étaient

telles, qu'il survint la syncope à plusieurs reprises ; le 17 juin, elle entra dans le service du docteur Danlos, à Tenon, avec des douleurs lombaires vives, puis le 2 juillet, dans celui de M. Gillette.

Pour l'*état local*, le néoplasme ulcéré portait surtout sur la lèvre postérieure sous forme de bourgeons plats, et saignant facilement; la lèvre antérieure était encore assez ferme; les culs-de-sacs étaient sains; le toucher rectal dénotait une mobilité complète du corps utérin. Quant aux douleurs lombaires, elles irradiaient du côté des fesses et de la jambe gauche, et étaient réveillées par la pression.

L'*état général* était assez satisfaisant : cette femme, toutefois, était un peu maigre, à cheveux gris, quoique encore jeune, d'un teint blanc mat et avec des lèvres un peu bleuâtres.

Le 25 juillet, les lésions s'étant accentuées, car il y avait déjà envahissement d'une portion du vagin (un travers de doigt), M. Gillette pratiqua l'hystérectomie dans sa salle d'opération, située à côté de la salle commune des malades. La femme avait été soumise depuis quinze jours à une injection vaginale phéniquée quotidienne.

Les valves plates de Jobert écartant les parois du vagin, et une sonde métallique introduite et maintenue dans la vessie, l'opérateur saisit fortement la lèvre antérieure du col, saine encore, à l'aide d'une pince à trois griffes et attira doucement l'organe au niveau de la vulve. Puis, tout en se guidant sur la sonde vésicale et se rapprochant du col, il fit sur le cul-de-sac antérieur une incision demi-circulaire. Le col s'étant déchiré, les pinces lâchèrent et on dut recommencer à saisir l'organe. Cet accident arriva quatre fois, en raison de l'état friable du col utérin. Enfin, à la cinquième fois, les pinces à griffes portèrent sur la partie inférieure du corps utérin, et on put continuer l'opération.

Au moment de son exposé, M. Gillette fait remarquer que, sur une seconde malade à laquelle il pratiquait, le 20 octobre, la même opération, il a été plus heureux, car les pinces n'ont pas lâché comme sur sa première malade.

Pendant le décollement de la vessie et de l'utérus, à l'aide de l'ongle ou d'un instrument mousse, et malgré la lenteur et les précautions qui étaient prises, la sonde vésicale fut poussée un peu trop fortement et le bistouri tailla une *boutonnière* sur la face postérieure de la vessie. L'organe étant vide, M. Gillette ne s'en préoccupa point pour l'instant et continua par la dissection du cul-de-sac postérieur. Le doigt fut passé alors en crochet autour du ligament large gauche, qui fut lié en masse, et en deux points, par un fil de soie phéniquée très fort. Section entre les deux ligatures. L'utérus put alors basculer et on répéta la même manœuvre sur le ligament large droit. Au moment où M. Gillette pratiqua la section d'une partie du cul-de-sac postérieur et enleva la portion de vagin atteinte, il y eut une assez forte hémorrhagie produite par les artères vaginales, mais qui ne nécessita pas de ligature, car elle s'arrêta en grande partie par une injection phéniquée forte. L'épiploon seul avait été aperçu.

On rechercha alors la *perforation vésicale*, sur laquelle on appliqua une ligature *en bourse* avec un fil de catgut. La malade n'urina de sang à aucun moment. Le *pansement* consista dans une éponge fine phéniquée laissée au fond du vagin, qui fut rempli par la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent aussi simples que possible, malgré l'indocilité et les imprudences inimaginables de cette femme : ainsi, dans la nuit qui suivit l'opération, elle se leva toute seule de son lit pour uriner debout, puis se recoucha de même. Trois jours après, elle recommença le même exercice et fit, de plus, le tour de sa petite chambre, soi-disant pour se reposer. Le pansement ayant été défait par elle, on le renouvela, avec injections boriquées, ce jour-là pour la première fois. La température ne s'éleva pas au-dessus de 38°, après avoir baissé à 36° le jour de l'opération, et le pouls varia entre 100 et 126.

La malade, sortie depuis longtemps, a été revue par M. Gillette, le 13 octobre, fort bien portante, mais conservant toujours ce teint blanc mat qu'elle portait avant l'opération.

L'utérus enlevé mesurait 8 centimètres comme dimension verticale, 5 centimètres 1/2 comme diamètre transversal. Le néoplasme était exclusivement localisé au col, mais

©BIU Santé

l'occupait en totalité. Un noyau dur occupait la face postérieure du corps, mais a été reconnu comme étant un fibro-myome.

L'examen histologique a démontré qu'on avait affaire à un épithélioma ayant son origine dans les glandes.

— M. Le Dentu communique l'observation et présente la pièce pathologique d'une malade à laquelle il a pratiqué l'hystérectomie vaginale pour un cas de métrite parenchymateuse chronique ayant déterminé un volume considérable de l'utérus et des hémorrhagies qui avaient amené l'épuisement de la malade.

L'opérée paraît avoir succombé au *shock* opératoire. — A. T.

FORMULAIRE

Traitement du pityriasis du cuir chevelu. — Bazin.

Dans un demi-litre d'eau de son, d'infusion de mélilot ou de décoction de bois de Panama, on verse une ou plusieurs cuillerées de coaltar saponiné, et on se sert de ce mélange pour lotionner le cuir chevelu. On peut également employer le savon de coaltar, les pommades ou les lotions à base de goudron ou de baume de tolu, les pommades mercurielles et notamment celles de turbith, à la dose de 1 gramme, pour 30 grammes d'axonge. — Les lotions ammoniacales, celles de sublimé et d'hydrate de chloral sont aussi utilement employées comme topiques anti-pityriasiques. — Enfin les eaux de Royat peuvent être avantageusement prescrites contre ce genre d'arthritides sèches. — N. G.

COURRIER

Enseignement libre. — M. le docteur Reynier, agrégé, a commencé le cours complémentaire de physiologie, hier lundi 9 novembre 1885, à cinq heures du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Raphaël Blanchard commencera le cours complémentaire d'histoire naturelle médicale le mardi 10 novembre 1885, à deux heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Duplay commencera son cours d'opérations et appareils, le mardi 10 novembre 1885, à quatre heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Pinard, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements le mardi 10 novembre 1885, à cinq heures du soir, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis, à la même heure.

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur Jaccoud commencera ses leçons de clinique médicale, le mardi 10 novembre 1885, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital de la Pitié, et les continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure.

Hôpital Necker. — M. le professeur Le Fort commencera ses leçons de clinique chirurgicale, le mardi 10 novembre 1885, à dix heures du matin, à l'hôpital Necker, et les continuera les jeudis et les mardis suivants, à la même heure.

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Trélat commencera ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, le mercredi 11 novembre 1885, à dix heures.

Le mercredi et le vendredi, leçons à l'amphithéâtre et opérations; le lundi, maladies des femmes et étude des pièces au laboratoire; le mardi, le jeudi et le samedi, visite des malades à neuf heures du matin.

Le Gérant : G. RICHELOT

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. Revue de clinique et de thérapeutique. — III. Bibliothèque. — IV. Revue des Journaux. — V. Sociétés médicales des départements. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Variétés. — VIII. Formulaire. — IX. Courrier. — X. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

L'hygiène et la prophylaxie tiennent aujourd'hui la première place dans la faveur des médecins. Aussi le choix d'un professeur d'hygiène était-il chose importante pour notre Faculté. Heureusement, elle n'était pas embarrassée pour choisir, ayant sous la main un homme dont le caractère et les travaux antérieurs lui garantissaient l'avenir.

La Faculté avait fait à M. Proust l'accueil le plus sympathique. Ses amis et ses élèves n'ont pas voulu rester en retard, et vendredi dernier, à l'hôtel Continental, cent convives ont fêté sa nomination. Notons la présence des professeurs Béclard, Peter, Ball, Duplay, Brouardel, Damaschino, Grancher; de M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique, et d'un grand nombre de médecins et de chirurgiens des hôpitaux. Notons aussi les toasts portés par M. le doyen Béclard, par M. Peyron, par M. Brouardel, par MM. de Beurmann et Florand, élèves du nouveau professeur. Voici la réponse de M. Proust :

Je commence par vous remercier, mon cher doyen, d'avoir bien voulu accepter la présidence de ce banquet et de m'avoir souhaité la bienvenue au nom de la Faculté.

Cette nouvelle marque d'estime et d'affection me touche particulièrement, venant de vous qui m'avez toujours témoigné, soit à la Faculté, soit à l'Académie, tant de bienveillance et tant d'amitié.

Après les hommages que vous avez rendus à mon maître Fauvel et à mon vénérable prédécesseur, que pourrai-je ajouter?

Messieurs, je suis un peu confus et un peu embarrassé pour répondre aux éloges dont j'ai été littéralement accablé. Ce n'est pas que je les prenne absolument au pied de la lettre; l'hyperbole, en effet, est un convive dont la présence est toujours marquée dans ce genre de réunion, et je suis convaincu que le président de ce banquet n'a pas gardé ce soir toute la rigueur scientifique du professeur de physiologie.

Je ne vous cacherai pas cependant, Messieurs, ma très grande satisfaction; certes, si j'ai subi, comme la plupart de ceux qui m'ont précédé, et probablement beaucoup de ceux qui me suivront, l'influence prestigieuse, vertigineuse même de la robe rouge, ce qui m'a particulièrement touché, c'est le vote presque unanime de la section permanente du Conseil supérieur, et votre concours si empressé, si sympathique et que je n'eusse jamais espéré aussi nombreux.

Dans nos carrières libérales, en effet, et avec nos mœurs universitaires, ce qui fait la véritable joie, c'est le succès moral, le jugement de ses pairs.

Messieurs, la science que je suis chargé d'enseigner jouit en ce moment d'une extrême faveur ; c'est la science maîtresse ; elle possède le talisman, c'est-à-dire ce pouvoir merveilleux qui fait réussir tout ce que l'on entreprend.

C'est à elle que les chirurgiens doivent de ne presque plus avoir d'infection purulente; c'est à elle que les accoucheurs doivent d'avoir presque supprimé la fièvre puerpérale ; c'est en vue de la prophylaxie que notre illustre Pasteur vient de faire cette découverte mémorable dont le monde entier s'occupe en ce moment.

Voyez également ce qui se passe du côté des différentes chaires de la Faculté. L'anatomie pathologique change son point de vue ; elle laisse loin derrière elle les enseignements de Laennec; la recherche des altérations des éléments anatomiques, le perfectionnement de sa technique ne lui suffisant plus, elle cherche une orientation nouvelle vers le progrès du côté de la bactériologie.

©BIU Santé

La pathologie générale, avec son enseignement si plein de points de vue nouveaux et de recherches originales, que prend-elle pour base? Des notions étiologiques et hygiéniques. Quelles sont ses inductions et ses déductions? Des inductions et des déductions hygiéniques.

La pathologie infantile, que je suis charmé de voir en face de moi, elle qui s'occupe des petits, des jeunes, peut-elle se désintéresser de l'influence pathogène des infiniment petits?

Enfin la médecine légale, que j'ai à mes côtés, veut bien, lorsque le prétoire le lui permet, présider aux destinées de l'hygiène.

Vous voyez donc, Messieurs, que le présent est à la prophylaxie.

La situation est bien changée. Il y a une dizaine d'années, l'hygiène n'était qu'une application de certaines parties des branches médicales. Dans les écoles secondaires, et même dans quelques Facultés, le professeur de physique était chargé de cet enseignement considéré comme accessoire; aujourd'hui, on peut dire avec beaucoup de raison que ce sont plusieurs branches des sciences médicales qui tendent à devenir des applications de l'hygiène.

Je suis très reconnaissant de ces collaborations précieuses et éminentes; j'ai, en effet, Messieurs, une très lourde tâche à remplir; je dois non seulement empêcher les maladies exotiques de pénétrer sur notre sol, mais encore blinder, pour ainsi dire, nos villes, nos cités et nos villages, par un assainissement rationnel, de façon que, si les germes morbides arrivent à y pénétrer, ils n'y trouvent pas un terrain de culture propice à leur éclosion.

Pour obtenir un résultat aussi important, j'ai besoin, Messieurs, de votre concours effectif; sans vous, je ne puis rien; avec vous, tout est facile.

L'hygiène, en effet, ne procède pas seulement par des décrets; elle a besoin de conseils et de persuasion; et je vous le demande, Messieurs, quelles voix plus autorisées que les vôtres peuvent donner ces conseils?

Je m'adresse donc à vous, mes chers collègues de la Faculté, de l'Académie, des hôpitaux, des comités d'hygiène, à vous, mes chers collègues de la Société de médecine publique et de la Société d'anthropologie, qui m'avez fait l'honneur de me nommer votre président, à vous, mes chers élèves, pour avoir votre précieuse collaboration.

Je m'adresse à votre dévouement, à votre ardeur scientifique, à votre amour pour le progrès, pour le bien public, je dirai presque pour la patrie, et je vous demande de lever vos verres en portant un toast à l'avenir, au perfectionnement, au progrès de la prophylaxie.

Par une innovation hardie, les toasts ont été portés avant le repas, les verres secs et les estomacs vides. Je doute que cette manière de procéder entre dans nos mœurs; car, si elle est fort commode pour les orateurs, à qui elle permet de faire un bon dîner en les débarrassant du souci de se rappeler leur improvisation jusqu'au dessert, elle paraît glaciale au reste des convives. Quoi qu'il en soit, les applaudissements ont été chaleureux, et M. Proust a répondu sans défaillance.

— M. de Ranse, rédacteur en chef de la *Gazette médicale*, a été nommé membre correspondant de l'Académie de médecine. Nous envoyons à notre excellent confrère nos meilleures félicitations.

— Dimanche dernier, M. J.-B. Baillière, le doyen des libraires-éditeurs de Paris, a succombé à l'âge de 88 ans. Depuis l'année 1818, M. Baillière a eu d'étroites relations avec le corps médical, et son nom reste attaché à de nombreuses et importantes publications. Aussi nos confrères ne peuvent-ils apprendre avec indifférence la fin d'une carrière si bien remplie. — L.-G. R.

Revue de clinique et de thérapeutique.

Les propriétés physiologiques et les usages thérapeutiques et l'euphorbia pilulifera.

Il est d'usage, en présentant une nouvelle substance médicamenteuse, d'invoquer, à titre de recommandation, l'antiquité de son emploi dans le passé ou son rang honorable dans la médecine de son pays d'origine.

Les thérapeutistes contemporains, qui patronnent l'euphorbia pilulifera en Europe et en Amérique, n'y manquent pas : les uns mentionnent sa popularité, chez les indigènes des pays tropicaux, contre le venin des serpents, les ulcérations aphtheuses, les flux blennorrhagiques et les maladies des voies respiratoires; d'autres, comme M. Marsset, dans son récent mémoire inaugural, ou M. Reber, dans un travail plus récent encore, donnent un aperçu historique de ses vertus en s'appuyant sur les écrits du Hollandais Pison, en 1654, du Français Lescourtilz, en 1821, et de l'Anglais Ainslie, en 1826.

A ces témoignages, on pourrait sans doute en ajouter quelques autres; mais à quoi bon s'attarder à constituer les états de service de ce médicament? Mieux vaut laisser ce soin aux monographies et créer au nouveau venu une renommée moins factice en demeurant sur le terrain utilitaire et fécond de sa valeur physiologique et clinique.

Par son nom, son port, sa structure et l'activité de ses principes, ce végétal appartient à la populeuse famille des euphorbiacées. Il habite les deux continents, de chaque côté de l'équateur, et en particulier, d'après Bentham, cité par M. Tison, l'Amérique centrale, le Pérou, le Brésil, le Mexique, la Floride, la côte de Mozambique, le Queensland, en Australie, les îles de la mer du Sud; enfin, une partie de l'Hindoustan, de la Chine et du Japon. Cette ubiquité a pour conséquence la diversité de provenances, de caractères physiques et d'activité physiologique, des échantillons commerciaux de ce végétal.

L'euphorbia pilulifera des droguistes européens est habituellement d'origine australienne. Ses principes actifs, de nature indéterminée et peut-être résineuse, se dissolvent dans l'eau pure ou alcoolisée, colorent les sels de fer en violet, précipitent l'albumine, mais ne modifient pas les réactifs caractéristiques des alcaloïdes végétaux. En évaporant sa macération aqueuse, on en obtient un extrait insoluble dans l'alcool à 90°, l'éther et le chloroforme, mais soluble dans l'eau en toutes proportions. Ce sont là des notions chimiques bien incomplètes; aussi la détermination des principes immédiats de l'euphorbia pilulifera reste un champ de recherches ouvert aux pharmaciens.

Ses propriétés physiologiques sont mieux connues, surtout depuis les expériences de M. Marsset et les recherches, méthodiquement entreprises à l'hôpital Cochin, sous la haute et savante direction de M. Dujardin-Beaumetz. Les animaux : grenouilles, lapins et cobayes, auxquels on administre l'extrait aqueux ou la décoction de ce végétal par les voies buccale et hypodermique, éprouvent, suivant les doses, des effets physiologiques ou toxiques. L'euphorbia pilulifera est donc un médicament aisément maniable dont on gradue facilement l'action.

M. Marsset a essayé d'en déterminer la dose toxique. Il a vu des cobayes de poids moyen succomber après l'administration de 50 à 60 centigrammes d'extrait aqueux, quantité correspondante à l'infusion de 3 à 4 grammes d'euphorbia pilulifera, dans un litre d'eau. En d'autres termes, la dose toxique serait de 1 gramme du végétal desséché pour 100 grammes du poids de l'animal.

Dans la médecine indigène de quelques contrées tropicales, l'euphorbia pilulifera est, depuis longtemps, d'un usage populaire contre la stupeur consécutive aux blessures par les serpents venimeux. L'expérimentation donne en partie la justification de cette pratique. En effet, sous l'influence d'une quantité modérée d'extrait aqueux d'euphorbia, les pulsations artérielles des animaux de M. Marsset augmentaient rapidement, et leur cœur battait plus fort et plus vite. Elevait-on la dose? L'arrêt de la circulation succédait à cette stimulation initiale; le cœur cessait de battre et les vaisseaux de se contracter.

Parallèlement aux troubles cardio-vasculaires, le rhythme respiratoire se modifiait,

©BIU Santé

d'abord, par l'augmentation numérique des respirations; plus tard, quand le cœur se ralentissait par leur diminution et, en dernier lieu, par leur cessation au moment de l'arrêt de cet organe en diastole. Les expérimentateurs de l'hôpital Cochin opéraient sur la grenouille, le lapin et le cobaye; j'ai observé, sur le chien, l'accélération initiale des mouvements respiratoires, sans constater toutefois leur ralentissement terminal et la mort par l'arrêt du cœur.

Ces phénomènes ne sont pas sans analogie avec ceux que j'ai observés, avec M. Henri Huchard, en étudiant les propriétés des alcaloïdes du québracho, dont l'action sur la respiration est, sinon plus avantageuse, du moins plus grande encore, comme l'établissent les tracés graphiques que nous avons présentés à la Société de biologie (1).

L'euphorbia pilulifera ne modifie ni la sensibilité, ni la motilité; les muscles des animaux, soumis à son influence, continuent de répondre aux excitations électriques. D'autre part, si elle agit énergiquement sur le rhythme respiratoire, elle est impuissante contre la toux et contre l'expectoration et les phénomènes qu'elle provoque sont indépendants de toute altération du parenchyme ou des vaisseaux pulmonaires, puisque leur examen direct, au moyen d'une hernie thoracique expérimentale, fait reconnaître l'intégrité des alvéoles, des bronches et des vaisseaux du poumon. De l'aveu des divers observateurs, cet examen est encore négatif, quand il a pour objet les organes de la circulation générale : cœur, gros vaisseaux ou capillaires. On est donc en droit de se demander par quel mécanisme l'euphorbia pilulifera produit ces phénomènes et, à défaut de preuves directes, de conclure, en raisonnant par élimination, qu'elle agit vraisemblablement sur l'innervation cardio-pulmonaire et a rang dans la catégorie des modificateurs du système nerveux.

On ignore quelles sont les voies d'élimination, ou les organes dans lesquels elle se détruit. Néanmoins, on sait que l'euphorbia pilulifera ne donne pas lieu à des effets cumulatifs. Aussi quelques observateurs attribuent-ils ce rôle destructeur au parenchyme hépatique; mais cette hypothèse attend sa confirmation.

Les effets de l'euphorbia pilulifera sur la respiration la recommandaient surtout à l'attention des médecins. Aussi, laissant de côté les plus anciennes de ses vertus, les thérapeutistes contemporains en ont-ils fait exclusivement l'essai contre les affections pulmonaires. MM. Dujardin-Beaumetz, Henri Huchard, Tison, Mathéson, Shepherd et d'autres encore, l'ont prescrite avec des succès divers, comme antidyspnéique ou, en termes plus exacts, à titre d'eupnéique. Les uns, avec M. Tison, proclament son efficacité contre les dyspnées cardiaques, les autres, avec M. Junker, la recommandent dans le cours des bronchites chroniques, ou, avec MM. Marsset et Matheson, contre l'emphysème, l'asthme et, en général, toutes les dyspnées paroxystiques. Il serait aisé de multiplier ces exemples, aujourd'hui assez nombreux, et oiseux d'énumérer des essais dont on doit désirer encore la multiplication.

Ce n'est pas à dire, cependant, que l'emploi thérapeutique de cette substance soit exempt de tout inconvénient. Elle provoque parfois des nausées, des vomissements et d'autres troubles gastriques. On attribue ces accidents à l'irritation gastro-intestinale et, pour la prévenir, on fait véhiculer ses préparations dans un excipient liquide abondant.

De là, une grande simplicité dans la posologie et le mode d'administration, car on formule l'euphorbia pilulifera en infusion de 7 à 8 grammes de la plante sèche dans un litre d'eau; en extrait aqueux, aux doses quotidiennes moyennes de 50 à 80 centigrammes ou en teinture hydro-alcoolique (2), par quantités de 10 à 30 gouttes et de 5 à 10 centigrammes. Cette dernière a été adoptée dans le service de M. Dujardin-Beaumetz.

En résumé, il serait prématuré de porter un verdict sans appel pour ou contre l'introduction de l'euphorbia pilulifera dans la matière médicale. Entre les succès thérapeuti-

(1) H. Huchard et C. Éloy : Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique des alcaloïdes du québracho (*Société de biologie*, 1883).

(2) On prépare cette teinture par la macération d'une partie d'euphorbia pilulifera sèche dans cinq parties de solution hydro-alcoolique.

ques des uns et les déceptions des autres (1), il y a place pour des recherches nouvelles: il y aura lieu de l'essayer encore contre la dyspnée en général, et contre les dyspnées des asthmatiques et des bronchitiques en particulier. Si ces travaux conduisent à des conclusions conformes aux prémisses formulées par ses premiers patrons, ce végétal sera un médicament utile. Car notre matière médicale est pauvre en agents eupnéiques. Ici donc, comme ailleurs, et malgré les lacunes d'une histoire pharmaceutique bien incomplète, le dernier mot appartient, d'ores et déjà, aux praticiens, seuls juges autorisés de telles vertus médicamenteuses. — C. Eloy.

BIBLIOTHÈQUE

Nouveau manuel de la garde-malade par le docteur Edgard Bérillon.
Paris 1885, Lecrosnier.

Cet ouvrage arrive après d'autres ayant aussi pour but de donner des notions élémentaires et techniques aux personnes appelées, par profession ou par dévouement, auprès des malades. A cet effet, M. Bérillon expose les connaissances nécessaires aux infirmiers et aux mères de famille pour soigner les blessés, les fièvreux, les individus en puissance d'affections inflammatoires, contagieuses ou épidémiques, donne des détails sur la pharmacie domestique, et enfin, — souvenir du choléra de 1884, — recommande même l'administration, dès l'invasion du mal indien, d'un verre à bordeaux d'absinthe pure!

L'efficacité souveraine de ce liquide ne paraît cependant pas incontestable et il serait peut-être prudent d'éviter de préconiser des médicaments de cette nature dans un livre de vulgarisation. Peu importe, la brochure de M. Bérillon aura bonne place encore à côté de ses aînés, plus solennels et plus volumineux, les manuels de l'ambulancière et de la garde-malade. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Du vertige intestinal, par W. Leube. — Le vertige a stomaco lœso est surtout connu depuis la belle leçon de Trousseau. Toutefois, celui-ci a été beaucoup plutôt, en l'espèce, le vulgarisateur d'une notion trop négligée qu'un novateur original; il n'avait pas d'ailleurs d'autre prétention. Leube nous paraît donc dépenser des efforts inutiles pour démontrer, après Nothnagel d'ailleurs, que Boerhaave, Sauvages (il aurait pu ajouter Tissot), et même Archigènes et Galien, ont observé et décrit le vertige stomacal. Si répandue en était la notion autrefois, ajoute-t-il, que l'hypothèse faisant de l'estomac le laboratoire des esprits animaux devait être une suggestion de cette constatation clinique. Le phénomène est cependant assez rare. Leube le rencontre dans la dyspepsie nerveuse seulement et dans 17 p. 100 des cas. On peut le développer, dans certains cas, par une simple pression de la région de l'estomac. Ces exemples, rares à la vérité, servent de liaison entre le vertige stomacal proprement dit et le vertige intestinal décrit par l'auteur.

Ce n'est point là non plus une nouveauté pathologique absolue. Par exemple, on connaît bien le vertige vermineux chez les enfants, cédant à l'expulsion des helminthes. Mais Leube a observé des sujets atteints de maladies intestinales, chez lesquels il survenait des sensations vertigineuses disparaissant après issue de gaz; et voici maintenant trois faits dans lesquels le toucher rectal est l'occasion de manifestations vertigineuses.

Le premier malade est sujet à une constipation opiniâtre s'accompagnant de vertiges,

(1) Marsset : *Thèse inaugurale*, 1884. — *Thérapeutic gazette*, 1882 à 1885. — Reber : *Der Fortschritt*, 20 juin 1885. — Junker : *The London med. Ricord*, p. 419, 15 octobre 1885.

©BIU.Santé

dès que l'intestin est distendu par les gaz ou les matières; le vertige diminue aussitôt qu'il y a eu une émission générale. Il fut guéri par la rhubarbe. Le toucher rectal déterminait un violent vertige.

Le deuxième a des accès de vertige dans la position assise; il n'en a point dans le décubitus ou la marche; l'attitude et les efforts de la défécation sont surtout redoutés. Chez ce malade, le vertige ne se manifeste dans l'exploration qu'aussitôt que le doigt a quitté l'anus.

Enfin le troisième malade, souffrant d'un catarrhe intestinal chronique, ressentait des vertiges quelques heures après le repas; il était également sujet au tympanisme. Une seule exploration anale détermina un vertige qui dura cinq minutes pleines, alors qu'il n'en avait pas éprouvé depuis trois semaines.

Il est donc constant qu'il existe un vertige d'origine intestinale, reconnaissant pour cause déterminante la pression exercée sur les dernières ramifications du sympathique, soit par les gaz, soit par le doigt dans le toucher rectal. (*Deutsch. Arch. f. Klin. méd.*, XXXVI, 323, 1885.) — R. L.

De la douleur abdominale dans l'hémorrhagie du péricarde, par W. J. Naismith. — L'auteur appelle l'attention sur un symptôme très peu connu des épanchements sanguins du péricarde; l'existence d'une douleur abdominale diffuse intense, de nature à masquer les accidents primitifs en attirant sur elle toute l'attention du malade et du médecin, origine de méprises thérapeutiques et d'incertitudes fâcheuses en médecine légale.

C'est précisément comme médecin légiste que l'auteur s'est trouvé en présence de trois faits semblables, dans un premier cas de rupture anévrysmale; dans un second cas, de rupture de l'oreillette droite à la suite d'un coup; enfin, après une plaie de la paroi du ventricule gauche. Un de ces malades réclamait un purgatif; on avait, chez un autre, appliqué des cataplasmes sur l'abdomen, La mort était d'ailleurs survenue en quelques heures, et l'autopsie avait démontré l'hémopéricardite.

Il y a donc, dans ce symptôme, un signe dont on doit tenir compte : la péricardite séreuse ne donne point lieu à la douleur abdominale; l'épanchement est ici lent et progressif, et l'inflammation primitive de la séreuse a modifié les conditions de sa sensibilité. Il y a là un élément de diagnostic différentiel. Quant au mécanisme de cette douleur sympathique, d'ordre réflexe ou associé, nous ne suivrons pas l'auteur dans les développements un peu subtils de physiologie pathologique qui l'élucident d'ailleurs très peu. (*The Lancet*, 11 juillet 1885.) — R. L.

De l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans l'érysipèle de la face, par A. Hacker. — L'auteur a employé le chlorhydrate de cocaïne en onctions ou en lotions (0,3 p. 15) dans l'érysipèle, dans le but de parer à la douleur; puis il a cru observer une action sur le processus même, qui serait notablemeut abrégé. Mais le premier résultat paraît seul hors de doute dans ces observations. L'emploi de la cocaïne dans l'espèce lui a été suggéré par l'exemple de Weiss, puis de Zeller, qui s'en sont servis dans les brûlures au 2e degré, dont les lésions sont analogues à celles de l'érysipèle spontané. Ces deux auteurs avaient recours à une solution très forte au cinquième; il n'est pas nécessaire d'aller jusque-là. Le véhicule à préférer est l'huile de palme ou le cold-cream. L'observation a fait justice de la prétendue nullité d'action de la cocaïne sur le tégument intact. Au reste, ce n'est rien moins que le cas pour l'érysipèle. (*Saint-Petersburg medic. Woch.*, 4 juillet 1885.) — R. L.

Un cas d'actinomycose méconnue, par Köhler. — Il s'agit d'une femme chez laquelle la maladie avait débuté par une tuméfaction de la région du sternum, qui fut prise pour un *cancer* de cet os. Survinrent des phénomènes fébriles annonçant l'apparition d'une quantité de foyers purulents sur toute la surface du corps, où il ne restait pas un espace large comme la main sans un abcès, et dans les différents organes, dans l'épaisseur des muscles, le périoste, etc. L'un d'eux, développé dans le pharynx, faillit étouffer la malade. La peau, au niveau de ces tumeurs, gardait d'abord l'aspect normal, puis rougissait, s'ulcérait, donnait issue à un pus caséeux. L'apparence était assez celle des *gommes syphilitiques*. Mais le diagnostic de syphilis fut écarté, et on s'arrêta à celui

de *morve aiguë*. On rencontra, en effet, des bacilles très analogues à ceux de la morve, mais tous les essais de culture ayant échoué, on dut reconnaître qu'on était encore sur une mauvaise piste, et, peu de jours après, l'autopsie donnait la clé de tous les accidents en établissant qu'il s'agissait d'une *actinomycose*. La malade était morte avec des phénomènes de collapsus. L'actinomycète, reconnu à l'œil nu par ses colonies, et démontré au microscope (cette découverte était possible sur le vivant), avait envahi les organes abdominaux, le cerveau, le cœur, la langue, la glande thyroïde, mais non les poumons. La porte d'entrée du parasite était la mâchoire supérieure, où les alvéoles de quelques dents cariées montraient le champignon caractéristique. Il résulte donc de cette observation que l'actinomycose peut revêtir l'allure clinique de la morve aiguë et que le diagnostic différentiel avec cette affection doit s'imposer dans tous les cas. (*Berlin. klin. Woch.*, 1884, p. 363 et 414.) — R. L.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1885.

Une importante lecture de M. B. Teissier, occupait en partie la séance du 13 avril. Elle avait pour sujet : *Les tracés thermométriques à type inverse et leur valeur dans le diagnostic et le pronostic des maladies aiguës.*

Le type inverse : c'est-à-dire les traces thermométriques avec ascensions matutinales et rémissions vespérales a été attribué par Lebert au processus tuberculeux. M. Teissier l'a observé fréquemment dans le cours de cette affection, mais l'a vu aussi dans celui de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la bronchite catarrhale profonde, et de la grippe. Dans la tuberculose, il est loin d'être aussi fréquent qu'on l'a écrit et fait le plus souvent entièrement défaut.

En résumé, M. Teissier estime que le type inverse mérite d'être étudié, et qu'il est souvent lié aux maladies infectieuses surtout à la granulie. M. Clément partage cette opinion, mais M. Humbert Mollière, croit qu'il n'est autre que le stade amphibole de Wunderlich, et n'attache pas une grande importance au tracé paradoxal. On le rencontre dans des affections autres que les maladies infectieuses et il l'a constaté chez une chlorotique indemne de tout vice tuberculeux.

Enfin, voici le témoignage de M. Perroud. Le médecin de l'hôpital de la Charité de Lyon, a observé le type inverse dans toutes les maladies aiguës fébriles des enfants, et lui refuse toute valeur pour le diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et la granulie. Ces conclusions sont bien sévères, et en tout cas en désaccord avec la note que M. Clément publiait dans le *Lyon médical*, du 31 mai 1885, et où il établissait que sur 60 cas à type inverse, dans une série de 490 malades pris indistinctement, 57 fois ces cas concernaient des tuberculeux.

Le même observateur a étudié l'action de l'*antipyrine* contre *le rhumatisme articulaire aigu*, et, d'accord avec Pribram, Alexander et Tirman, lui attribue une double action sur la fièvre, sur le processus articulaire. Cette substance aurait l'avantage de ne pas provoquer de vertige, de nausées, ni de bourdonnements d'oreille, comme le salicylate de soude. Les succès de M. Clément ne s'accordent pas avec les observations de M. Henri Huchard telles que M. Arduin les rapporte dans sa thèse inaugurale.

La *broncho pneumonie chez l'enfant et son traitement*, a été le sujet d'une communication où M. Colrat expose le résultat de ses recherches sur le rhythme respiratoire dans cette maladie. Au moyen de tracés respiratoires, il établit son analogie avec le tirage chez les animaux. A côté de ces intéressantes données, l'auteur s'est efforcé de justifier les résultats de la méthode hydrique, dans le traitement de cette maladie, et par conséquent, de confirmer les conclusions de la thèse de M. Lacour. Ce traitement réduirait la mortalité à 25 au lieu de 75 pour 100.

M. Colrat prescrit des bains tièdes, chaque fois que le thermomètre s'élève à 39° ou

©BIU Santé

au-dessus. Leur température doit être de 32 à 37° centigrades et leur durée de 8 à 10 minutes.

Le traitement *des maladies du cœur par les eaux de Bagnols*, a été exposé à nouveau par M. Coulomb. Il a trouvé devant la savante Société lyonnaise, l'appui de M. Teissier père, qui a eu à se louer de cette médication dans des cas d'endocardite chronique rhumatismale. Après un séjour des cardiopathes à Bagnols, station thermale du département de la Lozère, les souffles anormaux auraient disparu, et l'état général se serait amélioré. Ces résultats sont vraisemblablement en rapport avec l'efficacité des eaux de Bagnols contre la diathèse rhumatismale. Au reste, M. Teissier généralise encore les bienfaits de ces eaux, et les étend aux catarrheux et aux emphysémateux. M. Coulomb, qui les étudie, est cependant plus modeste. Cette sage prudence ne manquera pas d'augmenter encore l'autorité de son savant mémoire.

Dans le domaine de la médecine opératoire, il reste à signaler la présentation par M. Marduel, d'une malade à laquelle il avait pratiqué l'*ovariotomie* avec succès ; et par M. Robin d'un opéré d'*ostéoclasie pour le redressement d'un cal vicieux du fémur*. En outre, M. Ollier est venu, une fois de plus, soutenir la thèse qu'il défend depuis longtemps sur l'opportunité de certaines opérations sur les tuberculeux, et produire à l'appui de son opinion une observation d'*ablation de l'astragale, chez un tuberculeux*. Cette opération a été suivie d'un succès local et d'une amélioration de l'état général. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

La correspondance comprend :

1° Une note, de M. Levieux (de Bordeaux), sur quelques manifestations cholériques qui se sont produites à Bordeaux pendant le mois de septembre 1885 ;

2° Une note, de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault), sur le choléra;

3° Une lettre de M. le ministre de l'intérieur informant l'Académie qu'il met à sa disposition la somme de deux mille francs, destinés à récompenser les meilleurs travaux sur l'hygiène de l'enfance.

M. le Secrétaire perpétuel signale, parmi les ouvrages déposés au secrétariat, la première partie de la *Zoologie médicale* de M. Raphaël Blanchard, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

M. Laboulbène offre en hommage, au nom de M. Raillet, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, le premier volume de son *Traité de zoologie médicale*.

M. Constantin Paul présente, au nom de M. le docteur Desnos, médecin de l'hôpital de la Charité, un travail sur les fractures spontanées des côtes.

M. Tarnier présente, de la part de M. le docteur Budin, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux, un volume intitulé : *Obstétrique et gynécologie ; recherches expérimentales*.

M. Lancereaux offre en hommage le troisième volume de son *Traité d'anatomie pathologique*.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national (première division).

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. de Ranse (de Néris); en deuxième ligne, M. Mandon (de Limoges) ; en troisième ligne, M. Picot (de Bordeaux).

Le nombre des votants étant de 61, majorité 31, M. de Ranse obtient 50 suffrages; M. Picot, 7; M. Mandon, 2; M. Barailler, 2.

En conséquence, M. de Ranse, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant pour la première division.

M. LE PRÉSIDENT déclare une vacance dans la section des accociés libres.

M. Jules ROCHARD lit le rapport sur le prix Godard. Les conclusions de ce rapport seront lues et discutées en comité secret.

M. Maurice PERRIN lit le rapport sur le prix de l'Académie; la question mise au concours était : *Les corps étrangers articulaires.*

Les conclusions du rapport de M. Perrin seront lues et discutées en comité secret.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit une note sur un nouvel hypnotique désigné sous le nom de phényl-méthyl-acétone ou acéto-phénol, auquel M. Dujardin-Beaumetz propose de donner le nom d'*hypnone*.

Il a étudié les propriétés physiologiques de ce corps avec le docteur Bardet. Administrée à l'intérieur, dissoute dans la glycérine, à la dose de 10 à 15 centigrammes, cette hypnone détermine le sommeil, et, chez les alcooliques, ses effets paraissent supérieurs à ceux du chloral et de la paraldéhyde. Chez les neuf malades auxquels ce médicament a été administré, il n'a produit aucun effet fâcheux, si ce n'est l'odeur désagréable de l'haleine produite par l'élimination de cette acétone par la muqueuse pulmonaire.

Administrée sous la peau des cobayes à l'état pur, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, il détermine un état de somnolence qui se transforme en une forme comateuse dans laquelle l'animal succombe au bout de cinq à six heures.

Cette phényl-méthyl-acétone fait partie de la série aromatique qui a déjà fourni tant de nouveaux médicament à la thérapeutique, et la communicatiou faite par M. Dujardin-Beaumetz fait partie d'un travail d'ensemble sur les différents corps de cette série étudiés en fonction de leur composition chimique.

— M. BOUCHARDAT fils lit une série des 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.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre les conclusions des rapports sur les prix Godard et de l'Académie.

VARIÉTÉS

HONNEURS POSTHUMES RENDUS A UN OCULISTE FRANÇAIS SUR TERRE ÉTRANGÈRE.

Une cérémonie intéressante vient d'avoir lieu dans une petite localité, sur terre étrangère, au Grand-Sacconnex, commune suisse du canton de Genève, en l'honneur de l'oculiste français *Jacques Daviel* qui le premier, en 1748, dans un mémoire lu à l'Académie de chirurgie, proposa l'opération de la cataracte par la méthode d'extraction, opération qu'il avait déjà pratiquée avec succès un grand nombre de fois.

Daviel, originaire de Normandie, où il était né en 1696, s'était rendu fort jeune à Marseille, lors de la fameuse peste de 1720, pour y soigner les pestiférés; par suite, il y resta plusieurs années, puis il fit de nombreux voyages, appelé de tous côtés par les grands personnages de l'époque affectés de maladies des yeux, pour le traitement desquelles il s'était acquis une grande réputation.

Plus tard, Daviel frappé de paralysie se rendit à Genève pour réclamer les conseils du célèbre Tronchin; c'est dans cette ville qu'il mourut en 1762, et il fut inhumé dans le cimetière du Grand-Sacconnex, pour reposer en terre catholique et française, car à cette époque la commune du Grand-Sacconnex, près Ferney-Voltaire, faisait encore partie du royaume de France dont elle n'a été détachée qu'en 1816, pour rectification de frontières.

On savait que Daviel était mort à Genève, mais on ignorait le lieu de sa sépulture, M. le docteur Haltenoff, l'éminent oculiste de Genève, fit des recherches à ce sujet et finit par découvrir que Daviel avait été inhumé dans le cimetière du Grand-Sacconnex.

©BIU Santé

Dès lors, M. Haltenoff, avec quelques amis du corps médical suisse, forma le projet qu'il a réalisé de faire élever un monument à Daviel là où repose sa cendre, projet qui trouva grande faveur chez un homme bien connu du monde savant, M. Edouard Sarasin, maire de la commune du Grand-Sacconnex.

Ce monument, en marbre blanc, exécuté sur les dessins d'Émile Reverdin, porte l'inscription suivante : « Jacques Daviel, né à La Barre en 1696, mort à Genève en 1762, « chirurgien et oculiste qui le premier guérit la cataracte par extraction, repose dans ce « cimetière. — Érigé par les oculistes suisses, 1885. » Au dessus de l'inscription, un médaillon en bronze représente les traits de Daviel et au-dessous du médaillon se trouve inscrite la devise de l'État de Genève :

Post tenebras lux

qui rappelle à la fois la ville où est mort le célèbre chirurgien et la lumière rendue aux opérés de la cataracte par sa méthode, comme aussi elle pourrait s'appliquer à la méthode opératoire de Daviel qui, un moment méconnu, se retrouve aujourd'hui en grand honneur, comme l'une des opérations les plus brillantes et les plus sûres de la chirurgie.

C'est pour l'inauguration de ce monument que, le 8 octobre, M. le docteur Haltenoff et M. le maire du Grand-Sacconnex avaient convoqué M. Gosse, doyen de la Faculté de médecine de Genève; M. Picot, président de la Société médicale de Genève; MM. les oculistes Barde (de Genève), et Dufour (de Lausanne); M. le professeur Laskowski; M. le docteur Adolphe Pasteur, médecin de la localité; et M. le docteur Auguste Brun, trésorier de l'Association générale des médecins de France, propriétaire au Grand-Sacconnex.

Un appel avait été adressé aux descendants de la famille Daviel qui habite encore la Normandie, et deux de ses membres étaient venus pour être témoins des honneurs rendus à leur illustre aïeul, M. Alfred Daviel, licencié en droit, et M. Laignel-Lavastine, vice-président du conseil de préfecture du département de l'Eure.

Debout devant le monument, dans un discours éloquent, M. Haltenoff, président du comité d'exécution du monument rappelle les titres de Daviel à l'admiration et à la reconnaissance de la postérité, il remercie M. le maire Sarasin et les autorités municipales de l'appui qu'elles lui ont prété et il remet à M. le maire les titres de propriété du monument.

M. le maire Sarasin, entouré de ses deux adjoints, MM. Attenville et Sonnex, accepte au nom des autorités municipales le beau don qui vient d'être fait à la commune et il donne l'assurance au comité que les habitants du Grand-Sacconnex tiendront toujours à honneur de protéger et de conserver ce monument destiné à perpétuer au milieu d'eux le souvenir d'un bienfaiteur de l'humanité.

MM. les membres de la famille Daviel prennent successivement la parole pour témoigner leur reconnaissance des honneurs rendus à leur aïeul, ils affirment tous deux les liens intimes qui unissent la France et la Suisse, ils savent que, si la commune du Grand-Sacconnex n'est plus terre française, le corps de Daviel n'en repose pas moins sur une terre amie.

Après les discours, tous chaudement acclamés par l'assistance grossie de toute la population des environs, le cortège d'arrivée se reforme, la fanfare du Grand-Sacconnex ouvre la marche, et les invités de M. le maire se trouvent bientôt autour d'une table hospitalière somptueusement servie, dont Mme Sarasin fait les honneurs avec une grâce charmante. — A. Brun.

FORMULAIRE

Traitement des végétations. — De Amicis.

L'auteur préconise comme le meilleur traitement des végétations ou condylômes, la cautérisation répétée avec l'acide phénique pur. On se procure un petit flacon contenant de l'acide phénique pur, cristallisée; on le plonge dans de l'eau portée à une tempé-

rature voisine de l'ébullition, jusqu'à ce que la couche la plus voisine des parois du flacon commence à se liquéfier. On en imprègne un pinceau ou un bourdonnet de coton, et on badigeonne les condylômes préalablement lavés. Immédiatement on voit se produire une teinte blanche éclatante sur les points touchés : cette surface cautérisée s'élimine, et, dès le lendemain, on peut recommencer. La cuisson provoquée par l'acide phénique est moins pénible que celle qui résulte de l'emploi des acides chrômique ou acétique. Sous l'influence de l'acide phénique, les végétations rétrocèdent, puis disparaissent.

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 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.

— Par arrêt ministériel, en date du 4 novembre 1885, la chaire de pharmacie clinique de l'Ecole de pharmacie de Paris est déclarée vacante.

— Nous recevons de notre distingué confrère de Lyon, M. Chassagny, et nous transmettons à nos lecteurs l'invitation suivante :

Très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien assister à une conférence que je me propose de faire dimanche, 15 novembre, à neuf heures et demie du matin, au grand amphithéâtre de la Faculté.

Programme de la séance :

Théorie du forceps comme agent de préhension, de pression et de réduction de la tête ; présentation et description d'un nouvel instrument.

Réponse aux observations et objections qui pourront se produire.

Veuillez agréer mes salutations empressées et confraternelles.

Dr CHASSAGNY (de Lyon).

— Dans la séance publique annuelle des cinq Académies, qui a eu lieu samedi 24 octobre 1885, M. Bouguereau, président, a proclamé, au nom de l'Institut, le grand prix biennal, décerné cette année, sur la présentation de l'Académie des sciences, à M. Brown-Séquard.

« L'Institut, a-t-il dit, est heureux de signaler les travaux de cet expérimentateur résolu et laborieux et de récompenser une branche de la science dont la grande préoccupation est le *soulagement des souffrances de l'humanité*.

Nous couronnons en lui : la persévérance, qui poursuit sans repos ni défaillance le but de ses efforts ; la hardiesse, qui expérimente pour combattre des théories erronées ; la science désintéressée, qui offre libéralement ses découvertes et qui applique ces mots de l'Évangile : « On n'allume pas une lampe pour la mettre sous le boisseau, mais sur un candélabre, afin qu'elle éclaire tous ceux qui sont dans la maison. »

(*Gazette des hôpitaux.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1884-1885 :

Première année. — Prix : M. Friant. — Mention honorable : MM. Riche et Legrain.

Deuxième et troisième années. — Prix d'anatomie et de physiologie : M. E. Licht.

Quatrième année. — Prix : M. Ruotte.

Prix Bénit. — M. Beauquel. — Mention honorable : M. Haushalter.

Prix de Thère. — M. Vautrin. — Mentions honorables : MM. Marlier, Devaux, Lalitte et Beaucard.

— L'épidémie de variole qui sévit à Montréal depuis le mois d'avril dernier, et qui,

©BIU Santé

depuis cette époque, a fait 2,651 victimes, a redoublé encore d'intensité pendant le mois d'octobre dernier, où l'on ne compte pas moins de 622 malades ayant succombé à cette affection.

Enseignement libre. — M. le docteur Descroizilles a commencé ses leçons de pathologie et de clinique infantiles le vendredi, 6 novembre, à l'amphithéâtre (hôpital des Enfants, rue de Sèvres, 149), à neuf heures, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. Consultation le mardi, à neuf heures.

— M. le docteur Hallopeau a commencé le cours auxiliaire de pathologie interne le vendredi 6 novembre. Ce cours a lieu les lundis, mercredis et vendredis, à cinq heures, dans l'amphithéâtre Laennec; il a pour objet les maladies du système nerveux.

— M. le professeur Gautier a commencé son cours de chimie médicale le mardi 10 novembre 1885, à midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. Gautier traitera de la chimie minérale et spécialement de ses applications à la médecine.

— M. le docteur Hanriot, agrégé, a commencé le cours complémentaire de chimie biologique le mercredi 11 novembre 1885, à dix heures du matin, à l'ancien collège Rollin, 2, rue Vauquelin, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Sappey a commencé le cours d'anatomie le mercredi 11 novembre 1885, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis, lundis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Cornil a commencé son cours d'anatomie pathologique générale, au grand amphithéâtre de la Faculté, le mercredi 11 novembre 1885, à cinq heures, et le continuera à la même heure les vendredis et mercredis suivants. Les lundis, à une heure et demie, M. Cornil fera une démonstration à l'École pratique; enfin, tous les vendredis, à partir du 13 novembre, et non les mercredis, M. Cornil fera une conférence à l'Hôtel-Dieu, à neuf heures et demie.

— M. le docteur Hanot, agrégé, commencera le cours complémentaire d'anatomie pathologique, le jeudi 12 novembre 1885, à deux heures de l'après-midi, à l'École pratique, rue Vauquelin, 2, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Peter commencera son cours de pathologie interne samedi prochain, 14 novembre, à trois heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

— M. le professeur Laboulbène commencera son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 12 novembre 1885, à quatre heures du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Lannelongue a commencé ses leçons de pathologie chirurgicale, le mercredi 11 novembre 1885, à trois heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Le professeur Alfred Fournier commencera ce cours le vendredi 13 novembre, à neuf heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Hardy commencera ses leçons de clinique médicale le samedi 14 novembre 1885, à l'hôpital de la Charité, à dix heures du matin.

Tous les jours, visite des malades à neuf heures du matin, salles Saint-Charles et Sainte-Anne. — Cours le mardi et le samedi. Le jeudi, examen des malades par les élèves sous la direction du professeur.

Le Gérant : G. RICHELOT

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. P. Bouloumié : Quelques mots sur l'organisation du service de santé militaire au Tonkin. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — III. Courrier. — IV. Feuilleton : Causerie.

Quelques mots sur l'organisation du service de santé militaire au Tonkin.

Trop nombreuses pour être relevées ici sont les imperfections résultant, en grande partie, de la manière dont le corps expéditionnaire de l'Extrême-Orient a été constitué, et surtout les fâcheuses conséquences de sa formation progressive par détachements ; mais il est une anomalie d'organisation que je tiens tout particulièrement à signaler, parce qu'elle est de nature à compromettre, dans une certaine mesure, les premiers essais de fonctionnement autonome du Corps de santé militaire et qu'elle peut donner lieu à de fausses appréciations sur la valeur de la loi du 16 mars 1882 et les aptitudes de nos honorables confrères de l'armée à la direction de leur service.

Ici règne l'équivoque dont là-bas meurent nos braves soldats, et cela depuis le début des hostilités.

Nous nous battons depuis deux ans et plus sans avoir déclaré la guerre et sans qu'elle nous ait été déclarée; nous avons traité de la paix avec un Etat auquel nous n'avions pas déclaré la guerre et qui ne nous l'avait pas déclarée; la paix signée, nous avons dû continuer à nous battre et nous nous battons encore tous les jours; sommes-nous, malgré cela, aujourd'hui comme avant, plus qu'avant ou absolument, en état de paix ou en état de guerre?

Voilà quelle serait la première question à résoudre pour savoir si le service de santé, dans l'Extrême-Orient, doit être organisé sur le pied de paix ou sur le pied de guerre.

Une seconde question, très importante aussi celle-là, surtout dans le cas

FEUILLETON

CAUSERIE

Mon projet d'organisation de la médecine.

Je voudrais élever la profession médicale au-dessus des petites misères de ce monde, et la sortir du terre-à-terre où elle se traîne; je voudrais que la lutte pour l'existence revêtit des formes grandioses, quand elle concerne les médecins; je voudrais, en un mot, que l'ordre matériel fût affranchi pour nous de tout ce qui le rend mesquin et détestable, et j'ai conçu dans ce but un projet d'organisation de la médecine que je vais exposer ici, afin qu'on en retrouve les traces dans les temps éloignés où mes plans auraient quelque chance d'être adoptés. Je songe beaucoup plus à établir mes droits de priorité, qu'à faire triompher tout de suite mes idées; je les crois, en effet, peu pratiques et difficilement applicables dans le présent, mais il n'est pas défendu d'en rêver le succès dans un avenir lointain.

Que faut-il pour délivrer le médecin des préoccupations commerciales, qui jurent avec la dignité et la hauteur de notre mission ? Il faut que le médecin cesse d'être à la merci et au service du public; le médecin doit ne plus dépendre du public, et n'avoir plus à s'inquiéter des jugements et des faveurs de la foule; le médecin doit servir seulement l'État, ne tirer ses moyens d'existence que de l'État, et soigner tout le monde sans honoraires, avec un traitement fixe alloué par l'État. Voilà la base de mon système;

©BIU Santé

particulier, serait de savoir si c'est une armée ou un corps d'armée qui opère là-bas ; car l'organisation des services sanitaires, prévue par les règlements, est très différente en temps de paix et en temps de guerre, et celle d'une armée diffère notablement de celle d'un corps d'armée.

Or, comme, pas plus qu'un autre, le général en chef ne peut décider de sa propre autorité si nous sommes en paix ou en guerre et s'il a sous ses ordres une armée ou un corps d'armée, il a cherché à tout concilier en adoptant une organisation mixte, et il semble avoir été conduit par les circonstances à considérer son commandement, d'abord comme commandement de corps d'armée, puis comme commandement d'armée.

Les résultats de ce système, imposé sans doute par les conditions anormales de cette campagne, ne sauraient être favorables au fonctionnement autonome du service de santé et ne sauraient permettre d'apprécier ce que pourra faire celui-ci dans les conditions normales prévues par ses règlements.

Le service de santé en campagne se divise en : *service de l'avant,* qui comprend toutes les formations sanitaires faisant partie intégrante du corps d'armée sur le pied de guerre, et *service de l'arrière*, qui comprend toutes les formations sanitaires ne faisant pas partie intégrante du corps d'armée mobilisé.

Le service de l'avant comprend le service régimentaire, les ambulances et les hôpitaux de campagne, ceux-ci destinés à relever les ambulances dans la soirée ou, au plus tard, le lendemain du combat, pour continuer les évacuations et traiter sur place les blessés non transportables.

Le service de l'arrière comprend, dans un premier groupe : les hôpitaux de campagne temporairement immobilisés soit pour des blessés intransportables, soit pour des malades atteints de maladies épidémiques ou contagieuses ; les hôpitaux ou hospices permanents déjà créés et les hôpitaux auxiliaires créés par les Sociétés de secours aux blessés, les Sociétés

---

il consiste à supprimer la liberté de la médecine, et à créer, en nombre déterminé, des charges de médecins, qui seraient données exclusivement au concours. On concourrait pour être nommé à tel ou tel cabinet médical ; c'est à peu près ce qui se passe pour les notaires, les avoués et les agents de change.

Qui n'aperçoit d'emblée les bienfaits d'une pareille organisation ? Si le médecin avait qualité de fonctionnaire public, la médecine deviendrait un art désintéressé, où les questions de personnes ne compteraient plus pour rien ; un médecin soignerait les malades de son quartier et ferait les accouchements, comme un maire fait les mariages, comme un percepteur encaisse les impôts, et, dans l'âge d'or qui renaîtrait ainsi, nous ne connaîtrions plus ni les commentaires de notre concierge, ni la bienveillance du marchand de vins du coin, ni les appréciations du locataire influent, d'où dépend notre avenir !

Une place à part, et tout à fait différente de ce qu'on voit aujourd'hui, serait d'abord réservée, dans toutes les villes, aux médecins des hôpitaux. Rien de changé, comme de juste, dans leur mode de recrutement ; mais, au lieu des indemnités minimes qu'ils reçoivent aujourd'hui, ils toucheraient de très forts appointements comme médecins des hôpitaux, à la condition de se consacrer exclusivement à la pratique hospitalière ; l'exercice de la médecine leur serait interdit en dehors de l'hôpital. Je ne vois pas ce qu'on pourrait objecter à cette proposition. En principe, l'honneur d'être médecin des hôpitaux doit suffire à l'ambition d'un homme ; le travail résultant de cette fonction, bien remplie, doit prendre assez de temps pour qu'il n'en reste plus à employer autrement ; trouverait-on mauvais que les médecins des hôpitaux fûssent bien payés, et prétendrait-on que leur position, en devenant lucrative, perdrait son caractère de dévouement

locales ou les particuliers. Ces établissements relèvent du *commandement d'étapes* le plus voisin.

Dans un second groupe sont les *hôpitaux d'évacuation* placés à chaque tête d'étapes de route ou de guerre, les *infirmeries de gare* et les *infirmeries de gîtes d'étapes*, les *transports d'évacuation*. Il y a, en outre, des dépôts de convalescents et des petits dépôts d'éclopés.

En ce qui concerne la direction, le règlement dit textuellement ceci, chapitre II, art. 12 : En campagne, le service de santé est dirigé sous l'autorité du commandement :

1° *Au grand quartier général* ... — ... par le médecin-inspecteur général, etc....

2° *Dans une armée*, par un médecin-inspecteur, directeur du service de santé de l'armée.

3° *Dans un corps d'armée*, par un médecin principal, directeur du service de santé du corps d'armée.

4° Dans une *division* et dans chaque *place de guerre*, par un médecin principal ou major médecin-chef de la division ou de la place de guerre.

5° *A la direction des étapes* d'une armée par un médecin principal, chef du service de santé des étapes.

Pour bien comprendre la disposition du service sanitaire en campagne, on pourrait schématiquement la comparer à celle de deux cônes opposés par leurs sommets, l'un représentant le *service de l'avant*, ayant sa base aux formations sanitaires de première ligne, celle des corps de troupe, et son sommet à la limite de la *zone du directeur des étapes;* l'autre, représentant le service de l'arrière, ayant sa base dans tout le pays, situé *en arrière de la base d'opérations*, et son sommet à la *station* (de chemin de fer autant que possible) *de répartition*, située sur un point de cette base d'opérations. Entre les deux sommets se trouvent une série de formations sanitaires intermédiaires, auxquelles, suivant les cas, on peut donner

---

et d'humanité ? Je serais plutôt de l'avis contraire ; il me semble que le médecin des hôpitaux ne pourrait mieux témoigner de son attachement à son service, qu'en renonçant à voir d'autres malades que ceux de l'hôpital. Pour cela, il faut que le poste de médecin d'hôpital, dont la conquête est si laborieuse, comporte une large rémunération ; n'est-il pas plus moral aussi, qu'il soit le couronnement d'une carrière au lieu d'en être le premier échelon, qu'il soit le but au lieu d'être le moyen ? On ne pourrait donc trouver mauvais que l'Assistance publique, ou toute autre branche de l'administration, rétribuât les médecins des hôpitaux en raison de leurs mérites ; le médecin est, en somme, le premier rouage du fonctionnement des hôpitaux, il est donc juste que son sort soit assuré en première ligne sur les fonds affectés à ce genre de dépenses. Ce qui n'est donc jusqu'ici que l'accessoire dans la carrière d'un médecin, en deviendrait le principal ; et ni malades ni médecins ne seraient fondés à s'en plaindre.

Les choses s'arrangeraient donc fort simplement pour les médecins des hôpitaux. Même, si l'on voulait pousser à fond la recherche de la perfection, en allant jusqu'à l'utopie, il n'y aurait plus que des médecins d'hôpital, et plus de malades ailleurs que dans les hôpitaux. La place naturelle d'un malade, c'est l'hôpital ; c'est aussi le domaine par excellence du médecin. Pour en arriver là, on construirait dans tous les quartiers des hôpitaux en nombre suffisant pour abriter au besoin tous les malades d'une ville, et, par une loi, on interdirait aux gens d'être malades chez eux ; on leur imposerait de se faire admettre, pour toute indisposition, dans l'hôpital le plus proche.

Quoi de plus illogique, en effet, que de permettre aux malades de rester chez eux, au risque de farcir de microbes leur maison et le voisinage, et avec toutes les imperfections

©BIU Santé

plus ou moins d'importance et qui confinent aux gîtes d'étapes à la tête d'étapes de guerre, à la station de transition.

En résumé, le service en campagne comporte le service médical de l'avant et le service médical de l'arrière, entre lesquels et comme trait d'union doit exister le service médical de la direction des étapes ; de plus, les médecins directeurs doivent avoir un grade correspondant à leurs fonctions. Or, dans l'armée du Tonkin, nous ne voyons pas figurer de médecin-inspecteur, directeur du service de santé de l'armée, ni de médecin principal, chef du service des étapes, ni de médecins principaux, directeurs du service médical des corps d'armées, et c'est pourtant comme une armée et non comme un corps d'armée qu'elle est actuellement organisée. Il y a là un vice d'organisation et une insuffisance de personnel manifestes, aussi voit-on comme conséquence le médecin divisionnaire, qui n'existe qu'en campagne, et qui n'a pas de direction à exercer sur le service des hôpitaux sédentaires, voire même des hôpitaux de campagne temporairement immobilisés, être pourtant celui dont relèvent, dans le corps expéditionnaire du Tonkin, les médecins des nombreux hôpitaux du Tonkin et de l'Annam.

Il faut dire qu'en vertu d'un ordre général (du 14 juin 1885), le service de santé militaire fonctionne sous les lois du service en campagne ; mais, comme il n'y a, je le répète, *ni service des étapes* (partie la plus importante peut-être de l'organisation du service de santé en campagne), *ni base d'opérations*, c'est un service en campagne absolument boiteux.

C'est ainsi, par exemple, qu'en l'absence de médecin chef du service des étapes, on a fait passer sous l'autorité des médecins divisionnaires toutes les formations sanitaires, soit de l'avant, soit de l'arrière, comprises dans le territoire de leur division : infirmeries, postes de secours, ambulances actives, hôpitaux etc. — Seulement, comme ce terme d'*hôpital* était mal sonnant pour un service de l'avant, on lui a substitué celui d'*ambulance ;* aussi désigne-t-on, sans tenir compte de la valeur des mots, les *hôpitaux* d'Hanoï, d'Hang-Hoa, d'Haï-Phong, Nam-Dinh, Nim-Binh, Chu, Phu-Lang-

---

du traitement à domicile? L'hôpital seul peut réaliser les *desiderata* de l'hygiène et de la thérapeutique, tant au point de vue individuel qu'au point de vue général, et il est aussi peu rationnel de conserver des malades dans un appartement qu'il serait étrange de se faire enterrer dans sa cuisine.

L'idéal du progrès serait donc : tous les malades dans les hôpitaux, et tous les médecins aussi, par conséquent. Je ne me dissimule pas que cette partie de mon programme peut sembler chimérique, et j'en espère la réalisation immédiate moins encore que du reste.

Il faut donc pourvoir au traitement des malades qui resteront longtemps encore, et pour plusieurs raisons, hors des hôpitaux. C'est pour eux que je propose l'institution des médecins de quartier (on pourra les appeler comme on voudra) qui seraient, de par la loi, les médecins assermentés et obligatoires des différents groupes de population. Une ville, suivant le chiffre et la répartition de ses habitants, serait divisée en un certain nombre de circonscriptions, à chacune desquelles serait affecté un médecin, nommé au concours au fur et à mesure des vacances qui se reproduiraient dans ces emplois. Ce médecin habiterait une maison bien située, confortable, meublée et payée par l'Etat, et lui-même recevrait, comme un fonctionnaire, un traitement important ; une fois nommé et installé, il serait à la disposition de tous les malades de son ressort, et de ceux-là seulement ; les contribuables fourniraient, par un impôt quelconque, les fonds nécessaires à la rétribution de cette sorte de médecins d'Etat,

Car alors qu'il ferait bon vivre dans la médecine, quand le médecin n'attendrait plus rien du public, ne lui devrait plus rien, mais que le public au contraire devrait tout

Thuong, Thuan-An, etc., etc., sous le nom d'*ambulances ;* celui d'Hanoï est appelé ambulance principale de la première division ; celui d'Haï-Phong, ambulance principale de la deuxième division.

Le service de santé des étapes semble ainsi, et par ce simple jeu de mots, devenu inutile. Son rôle, en effet, étant de seconder le directeur du service de santé du corps d'armée, pour combiner la marche et le fonctionnement des hôpitaux de campagne, des hôpitaux d'évacuation, des services d'approvisionnements, suivant d'une part les besoins de chaque division, et d'autre part les ressources du service de l'arrière, il semble sans objet, lorsque tous les services sont réunis, par un trait de plume, sous l'autorité du médecin divisionnaire, et sont considérés les uns et les autres comme services de l'avant. Quant au directeur du service de santé du corps d'armée lui-même, institué pour être l'intermédiaire entre les services divisionnaires et le service des étapes et le représentant délégué du service de santé auprès du général commandant le corps d'armée, il est privé de ses fonctions. — De là, fatalement, souffrance des services de l'avant ou de l'arrière, et bien souvent des deux, trouble et retard dans le fonctionnement des services et en particulier dans celui des approvisionnements en moyens de secours.

Le directeur devait être l'intermédiaire entre les médecins divisionnaires et le général en chef commandant le corps d'armée, mais, pour des raisons militaires que le général en chef pourrait seul donner, les deux divisions ont été organisées sur le pied de corps d'armée indépendants et les généraux de division ont été nantis des pouvoirs de véritables commandants de corps d'armée ; il en est résulté que le médecin divisionnaire a eu, dans sa division, les pouvoirs d'un véritable directeur du service de santé d'un corps d'armée, et que le directeur réel n'a plus rien eu à diriger. On lui a dès lors donné, à lui, le véritable directeur, le titulaire, des pouvoirs, forcément peu définis, se rapprochant de ceux d'un inspecteur général ou d'un directeur du service de santé d'une armée ; mais cette situation très hono-

---

au médecin, sans plus avoir à s'instituer ni son juge ni son protecteur. De quelle indépendance nous jouirions dans cet Eldorado de la médecine, où nous n'aurions plus à compter qu'avec les intérêts de la science et les devoirs de l'humanité ! Dans ce remaniement du monde médical, que d'abus corrigés, que d'infortunes prévenues ! D'abord, plus de fruits secs, plus d'examens bâclés, plus de diplômes mal acquis ; le nombre des médecins étant limité, celui des étudiants le serait aussi, et l'obligation d'un concours final dominant toute carrière rendrait les études sérieuses pour tous.

Et ensuite quelle volupté, que d'être désormais à l'abri des verdicts de votre charbonnier, qui vous décrète d'ignorance et d'incapacité, si vous ne lui avez pas dit que les épinards sont rafraîchissants, et que l'oseille diminue l'âcreté des glaires ! Quand un malade saura qu'il ne peut s'adresser qu'au médecin de son quartier, que ce médecin d'ailleurs est un homme d'un mérite consacré par des épreuves sévères, le malade s'en contentera ; il ne sera plus tenté d'aller déranger deux ou trois médecins pour confronter leurs opinions, et savoir en fin de compte si le gonflement de sa jambe tient à un caillot de sang ou à un retournement des nerfs. Car en vérité, il y a une chose admirable dans notre profession, c'est la médecine, et une chose atroce, c'est le malade, quand ce malade est un client. A l'hôpital, le médecin ne relève que de son savoir et de sa conscience ; dans la clientèle, il relève du bon plaisir d'un monsieur qui s'appelle monsieur tout le monde, et qui n'est pas celui qui avait plus d'esprit que Voltaire.

L'attribution à tous les médecins d'un traitement fixe, sans rémunération directe par le malade, supprimerait enfin les discussions d'argent qu'il faut subir avec certaines

©BIU Santé

rifique ne répond en rien à l'esprit du règlement qui a nettement formulé les attributions correspondant à chaque titre, et elle ne répond pas non plus aux espérances des subordonnés du médecin directeur, qu'ils auraient été heureux de voir laissé dans ses attributions auprès du général en chef avec l'autorité que lui donnent son grade et sa situation scientifique et militaire.

Certes on ne saurait blâmer le général en chef, devenant commandant d'armée, d'avoir élevé le directeur du service de santé de son corps d'armée, à une fonction proportionnelle; le règlement l'y autorisait (art. 21), car il est dit que, *dans un corps d'armée opérant isolément*, le directeur du service de santé de ce corps d'armée a les mêmes attributions que le médecin inspecteur général du service de santé des armées et que le directeur du service de santé de chaque année; mais il ne fallait pas que cela l'empêchât de remplir ses fonctions de directeur du service de santé du ou des corps d'armées; il devait être autorisé à cumuler plutôt que mis dans l'obligation de laisser une lacune dans le service. Or, au Tonkin, ce n'est pas le directeur qui cumule, ce sont les médecins divisionnaires auxquels on fait remplir, en outre de leurs fonctions spéciales, celles de directeurs du service de santé de corps d'armée. C'est contraire au règlement qui n'admet ce cumul, pour les divisionnaires, que si la division opère isolément (art. 22 du réglement), et c'est contraire aux intérêts moraux et scientifiques des divers membres du service de santé et aux intérêts du service lui-même.

Je sais bien que l'état-major général peut alléguer que le corps du Tonkin, se composant de trois divisions, dont deux au Tonkin et un de réserve en France, est une armée et non un corps d'armée, puisqu'un corps d'armée ne comprend que deux divisions, mais il n'y en a que deux en campagne effectivement. Si le corps du Tonkin eût été une armée, il aurait fallu, au point de vue du commandement, un général commandant de corps d'armée sous les ordres du général en chef et, dans

---

classes de malades, quelquefois même avec des gens de la meilleure condition. Quand le danger est passé, on envoie le saint à tous les diables. Quand on a peur de mourir, on donnerait au médecin le sang et la fortune de toute une famille; quand on est guéri et qu'il réclame ses honoraires avec la plus scrupuleuse modération, on trouve qu'il a fait bien peu de chose pour tant d'argent, on menace de le traîner devant les tribunaux, ou bien on fait raconter dans les journaux que le médecin est venu avec un revolver et a emporté les pendules, de peur de n'être pas payé. Il a couru, il y a quelque temps, dans la presse, de ces histoires où des médecins étaient représentés s'introduisant auprès des malades comme des brigands calabrais, et faisant main basse sur tous les objets de valeur, y compris la couronne de fleurs d'oranger, avec son globe et son coussin. Je voudrais céder ma place, pour quelques mois seulement, à ceux qui colportent ces inventions, et voir les grimaces qu'ils feraient aux prises avec leur clientèle.

Mais mon projet ferait au médecin un sort si beau, si enviable, que je crains de le voir confiné pour longtemps dans les limbes des réformes qui ne s'accomplissent jamais. Là, du moins, il sera en bonne et nombreuse compagnie.

En attendant, à tous ceux qui le peuvent (ils sont, hélas! le petit nombre), je conseille de faire suivre sur les almanachs d'adresses, leur nom de cette mention : N'EXERCE PAS.

P. DUBRAY.

l'ordre médical : 1° un inspecteur directeur du service de santé de l'armée auprès du général en chef; 2° un médecin principal remplissant les fonctions de directeur du service de santé du corps d'armée, formé par les deux premières divisions, auprès du général commandant le corps d'armée, et, si les divisions étaient considérées comme des corps d'armée distincts, deux médecins principaux, directeurs du service médical dans ces deux corps d'armée ; 3° trois médecins en chef divisionnaires, un pour chaque division.

De quelque manière qu'on envisage la question, il est donc évident que l'organisation du service de santé du corps expéditionnaire est défectueuse, par insuffisance de ce personnel et non réglementaire, et que les conséquences de cet état de choses ne sauraient être légitimement imputées ni au directeur du service de santé du corps d'armée, ni à ses subordonnés. On ne peut néanmoins s'empêcher de déplorer une situation qui, en rompant l'harmonie d'un système soigneusement élaboré et dont on attendait l'application pour en démontrer les heureux résultats, rend toute appréciation impossible et risque de compromettre, en même temps que le succès d'une transformation du service de santé militaire reconnue nécessaire, la vie et la santé des hommes.

Il faut que l'autorité réelle et la direction effective soient confiées à ceux qui ont la responsabilité; il faut, de plus, que ceux qui en sont investis soient des hommes d'une valeur suffisante et d'un grade assez élevé pour qu'ils conservent vis-à-vis du commandement, auquel cependant ils doivent toujours rester soumis, l'indépendance de leurs appréciations sur tout ce qui concerne la santé des troupes, et que leur voix soit écoutée.

Dans le cas particulier, le médecin principal de 1re classe, désigné comme directeur du service médical du corps d'armée, avec un grade équivalent à celui de colonel, une valeur scientifique incontestée, une connaissance approfondie du service, étant le délégué du ministre de la guerre auprès du commandement, aurait eu certainement une autorité que ne peuvent avoir, quel que soit leur mérite, les médecins divisionnaires médecins-majors de 1re classe (grade équivalent à celui de commandant) sans attributions directoriales régulièrement conférées.

L'état sanitaire est mauvais, très mauvais même sur certains points ; la nécessité de l'organisation règlementaire et rationnelle du service de santé s'impose.

Qu'on augmente, puisqu'il le faut, le nombre des médecins militaires du corps expéditionnaire, et qu'on assure au plus tôt le fonctionnement régulier du service médical. C'est chose indispensable, car « il y a au Tonkin plus de malades et de blessés qu'on ne le croit en France », dit textuellement et avec raison une lettre de source sûre arrivée par le dernier courrier.

Y aurait-il des grands hôpitaux dans lesquels les cadavres doivent ou tout au moins ont dû longtemps être laissés dans les salles jusqu'à l'enterrement, faute d'avoir une salle des morts? Y aurait-il des hôpitaux où aucune autopsie, capable de jeter quelque lumière dans le chaos des fièvres climatiques encore inconnues de ce pays, n'a pu être faite, faute de local et d'instruments, si la direction réelle du service de santé avait été, dès le début, régulièrement confiée à un directeur du service de santé d'armée ou de corps d'armée?

Il y a une loi et des règlements, qu'on les applique ; il y va de la vie de nos soldats.

Dr P. Bouloumié.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 novembre 1885. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Tellier écrit qu'en mettant à profit la seule chaleur atmosphérique, il a pu élever, d'une profondeur de 6 mètres, 2,500 mètres cubes d'eau. La lettre ne contient, d'ailleurs, aucun détail. On ne peut que la mentionner en attendant les explications qui devront la compléter.

M. Stanislas Meunier adresse une note sur le granit amygdaloïde de la Vendée.

M. le professeur Sappey fait hommage de la onzième livraison de son grand ouvrage sur le système lymphatique des vertébrés. La douzième livraison, qui sera la dernière, paraîtra le 1er décembre prochain.

M. le docteur Pigeon adresse une note sur la diarrhée prodromique du choléra, que l'auteur considère comme symptomatique d'un état congestionnel.

M. le Secrétaire perpétuel dépose sur le bureau un volume de M. Léon Lallemand, relatif aux enfants abandonnés. « Ce volume, déjà récompensé par les autres Académies, dit M.-J. Bertrand, intéresse l'Académie des sciences sous le rapport des questions de statistique qui y sont traitées. Il l'intéresse encore à cause de d'Alembert à propos duquel M. Lallemand a su exactement restituer les faits. En réalité, d'Alembert ne fut jamais abandonné dans la stricte acception du mot. Ses parents (Mme de Tencin et Destouches) pourvurent toujours à son entretien et à ses besoins. »

M. Cornu présente une note de M. Langlois sur la loi de l'écoulement des gaz; — et il met sous les yeux de l'Académie un microphone, qui transmet non plus des sons articulés seulement, mais des vibrations sonores produites par la lumière intermittente.

M. Gaudry, de la part de M. Jourdy, officier au Tonkin, offre une note sur la géologie du Tonkin.

M. Cahours, au nom de M. Demarçay, lit une note relative aux colorations du rhodium.

M. Milne-Edwards dépose sur le bureau un nouveau volume de M. Filhol, intitulé : *La vie au fond des mers*. C'est la description des résultats obtenus par la campagne d'exploration du *Talisman*.

M. Pasteur dit que la question de la destruction du mildew par les solutions de cuivre est résolue en pratique. Mais il s'agit d'élucider la question de priorité, car la découverte est des plus importantes; le mildew a fait cette année, dans l'est de la France, plus de ravages que le phylloxera. Les sels de cuivre sont employés depuis longtemps dans le Médoc contre les maraudeurs. Les trois ou quatre premiers rangs de ceps, en bordure des chemins, sont *vertdegrisés* afin qu'on n'ait pas la tentation de cueillir les raisins en passant. Mais ce n'était point du tout contre le mildew qu'on prenait cette précaution.

Le savant qui a découvert que le cuivre préservait la vigne du *peronospora*, est M. Millardet, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Bordeaux. Il a fait des expériences comparatives avec la chaux, les sels de fer et les sels de cuivre. Il a vu que, tandis que les solutions des deux premiers corps, au dix millième, empêchent les zoospores de se développer, il suffisait que l'eau contînt deux ou trois millionnièmes de cuivre pour que ce développement fut impossible. Ayant pris alternativement de l'eau du puits de sa maison et de l'eau de la ville, il a constaté que les zoospores du peronospora ne vivaient pas dans la première, alors que leur multiplication avait lieu dans la seconde. Cela tenait à ce que l'eau du puits était élevée par un corps de pompe en cuivre, et que les très faibles quantités de ce métal dissoutes dans l'eau rendaient celle-ci impropre à la germination des zoospores du mildew. C'est donc, jusqu'à preuve du con-

traire, à M. Millardet qu'il convient de reporter l'honneur de cette découverte essentiellement utile.

M. le professeur Brown-Sequard donne lecture d'une note sur les phénomènes de la raideur cadavérique.

Il résulte de nouvelles recherches de M. Vulpian sur l'origine des fibres nerveuses glandulaires et des fibres nerveuses vaso-dilatatrices qui font partie de la corde du tympan, que ces fibres sortent du bulbe rachidien au niveau du nerf facial, et qu'aucune d'elles n'émane du nerf trijumeau. Toutes les fibres, à fonction connue, de la corde du tympan proviennent, en réalité, du nerf facial. En d'autres termes, la corde du tympan n'est pas le produit d'anastomoses fournies au nerf facial par d'autres troncs nerveux; elle est véritablement une branche du nerf facial lui-même, et, à l'exception de quelques fibres anastomotiques, elle est soumise tout entière à l'influence trophique du ganglion géniculé.

C'est M. Pourquier (de Montpellier) qui a lu, dans la dernière séance, un mémoire sur l'atténuation du virus de la variole ovine. — M. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 octobre 1885. — Présidence de M. de Beauvais.

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

La correspondance imprimée comprend : le *Progrès médical*, les *Bulletins de la Société médicale de Paris*, le *Journal des sages-femmes*, la *Gazette médicale de Picardie*, le *Journal d'hygiène*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, etc.

M. Christian présente au nom de la Société médico-psychologique la *Relation de l'inauguration de la statue de Pinel;* la Société de médecine était représentée à cette cérémonie par son président, M. de Beauvais.

M. le Président : J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. Duboué (de Pau), membre correspondant, un mémoire intitulé : *Traitement prophylactique et curatif du choléra asiatique.* Il vous souvient sans doute encore d'un manuscrit que je vous ai lu, il y a quelques mois, sur la nature et le traitement du choléra. Vous vous rappelez les considérations particulières de l'auteur sur la desquamation épithéliale du tube digestif et du système vasculaire, ainsi que les indications thérapeutiques qu'il en tirait pour le traitement par l'administration du tannin à l'intérieur et par les injections intra-veineuses du même médicament. Une discussion s'est élevée à ce sujet au sein de notre Société. M. Duboué persiste à préconiser le tannin comme préventif et comme curatif, mais ce qu'il y a de particulièrement original dans son dernier travail, c'est le traitement de la période algide par les injections aqueuses *intrapulmonaires*.

M. Duboué, se fondant sur la rapidité de l'absorption par la muqueuse et les veines pulmonaires, conseille de pratiquer des injections aqueuses au moyen de la *trachéocentèse*, opération dont il décrit avec soin le manuel et les instruments appropriés. L'*Union médicale* a récemment analysé cet intéressant travail, et attiré l'attention des praticiens sur cette vue théorique basée sur des expériences physiologiques d'une importance qu'on ne saurait méconnaître. Le même critique rappelle, ainsi que nous l'avons déjà fait devant vous, que M. Duboué, sous la même inspiration, a déjà eu le bonheur de précéder par voie d'induction l'illustre Pasteur, en affirmant, dans un savant mémoire, que le siège de la rage est dans le bulbe rachidien, ce que l'expérience clinique a plus tard démontré. C'est aux cliniciens à décider, en temps d'épidémie, si les injections *intrapulmonaires* sont préférables aux injections intra-veineuses pratiquées récemment avec succès par M. le professeur Hayem sur les cholériques dans la période algide.

M. Ladreit de Lacharrière dépose sur le bureau deux exemplaires de la thèse de M. Henri Martin, intitulée : *Contributions à l'étude des affections chroniques de l'oreille moyenne, et en particulier de l'étiologie et du traitement*, Paris, 1885. Cette thèse résume

©BIU Santé

la statistique de la clinique de l'Institution des sourds-muets, pendant l'année 1884 ; elle porte sur plus de 2,000 malades. C'est donc un document important et que l'on consultera avec fruit.

A propos du procès-verbal, M. Antonin Martin fait remarquer que c'est lui qui a eu l'idée des sparadraps antiseptiques qu'il a présentés à la dernière séance, et que c'est sur ses indications qu'ils ont été fabriqués.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le Président donne lecture de la lettre suivante, qui lui est adressée par M. Ladreit de Lacharrière, président de la Société de médecine du Louvre (1).

M. Ladreit de Lacharrière ajoute quelques développements oraux à cette lettre : il fait ressortir que de tout temps on a senti le besoin de créer une institution pouvant défendre les intérêts moraux et professionnels de la médecine. Pour savoir comment ce but pourrait être atteint, il s'agit actuellement de former un *Comité d'études*, composé de délégués choisis dans toutes les Sociétés médicales de Paris. Nul doute que la Société de médecine ne veuille s'associer à ce projet dont l'utilité ne saurait être contestée.

Après un échange d'observations entre MM. de Ranse, Thorens, Gillebert d'Hercourt fils et Ladreit de Lacharrière, la Société décide qu'elle nommera deux délégués chargés de la représenter dans le Comité projeté.

Sont nommés au vote par scrutin secret, MM. Polaillon et Richelot fils.

COMMUNICATIONS.

M. Pellier lit une observation de *plaie contuse de la région iléo-inguino-scrotale des parois de l'abdomen avec rétention de corps étranger*.

Le 28 juin dernier, un jeune homme, âgé de 16 ans, fait une chute d'un cerisier, haut de 1 mètre 40, sur un échalas planté en terre. L'échelon lui fait une plaie à la région scrotale gauche un peu au-dessus du testicule et du cordon et en dehors du pénis. Cette plaie irrégulière n'a guère que 2 centimètres dans le diamètre vertical et 1 centimètre dans le transversal; elle ne s'est accompagnée que d'un léger suintement de sang. Au-dessus, à la région ilio-inguinale, à 8 centimètres environ, on constate un gonflement en nappe avec des inégalités des parties rénitentes donnant la sensation de caillots et s'accompagnant de douleur à la pression. Cette tuméfaction, résultant selon toute vraisemblance d'un épanchement séro-sanguin, présente un peu de rougeur superficiellement, sans ecchymose.

Le petit malade peut se remuer sans trop de douleur. Le traitement consiste en un pansement à la solution phéniquée au 1/100e au niveau de la plaie, et en compresses résolutives au niveau de la tuméfaction. Au bout de cinq jours, la cicatrisation est presque complète et il y a diminution du gonflement. Les fonctions s'accomplissent bien. Vers le dixième jour, la tuméfaction réapparaît, devient plus volumineuse, assez bien limitée, du volume d'un œuf de dinde, à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade pubienne; elle est fluctuante, très douloureuse au toucher; autour d'elle, il y a de l'induration se prolongeant en bas vers le scrotum, avec de la mobilité et sans adhérence aux parties profondes, par conséquent sans communication appréciable avec l'abdomen. Le malade n'a pas ressenti d'élancements ni de douleur assez vive pour l'empêcher de dormir. Il y a un petit mouvement de fièvre, un état saburral de la langue; mais, en somme, pas de vive réaction générale.

Alors M. le docteur Quénu, chirurgien des hôpitaux, est appelé; il diagnostique un hématome, probablement suppuré, occupant la loge du muscle grand droit, et dû probablement au choc de la paroi contre une branche de l'arbre. Une incision est faite à l'extrémité supéro-externe, dans le point le plus fluctuant; du pus mélangé de sang s'écoule en abondance. Une sonde cannelée introduite dans l'incision fait constater un décollement vers la partie inférieure plus étendu que ne l'auraient fait supposer les dimensions de l'abcès. Une contre-ouverture est alors pratiquée en bas. Lavages du

(1) Voir l'*Union médicale*, 3 novembre 1885, p. 743.

foyer avec la solution de sublimé à 1 pour 1,000 grammes. Nous mettons un petit drain dans chaque ouverture et nous appliquons le pansement de Lister.

Le lendemain, l'état général est à peu près le même; le petit malade n'a pas bien dormi; le pouls est à 120, la temp. à 38°. Le pansement exhale une légère odeur; du sang mélangé de pus coule par les incisions, mais assez médiocrement; on observe quelques gaz et toujours un peu d'odeur particulière, mais non fécaloïde. M. Quénu réunit avec les ciseaux les deux ouvertures, ce qui fait une plaie d'environ 6 centimètres; dans le fond, contre le muscle grand droit mis à découvert, le doigt sent un *corps étranger;* c'est le morceau de *drap du pantalon* que je vous montre, qui, taillé comme à l'emporte-pièce et présentant les dimensions d'un petit carré assez régulier de 1 centimètre 1/2 sur 2 centimètres, s'est logé dans la profondeur des parois de l'abdomen.

Le 17 juillet, au niveau de l'induration sur le trajet de la plaie, il s'était formé un petit foyer des dimensions d'un œuf de pigeon, et se prolongeant vers la racine du pénis. On y fait une incision de un centimètre et demi environ. Lavages à la solution de sublimé ; drain. On retire quelques parcelles de tissus mortifiés.

Au 20 juillet, les plaies continuent d'aller bien. A noter seulement un peu d'induration le long du cordon, au-dessous et en arrière on sent une espèce de corde dure, se prolongeant jusqu'à la queue de l'épididyme.

Au 25 juillet, résolution de cette induration et les plaies marchent vite à la cicatrisation, qui est complète au 30 juillet.

M. Deligny lit un mémoire intitulé : *De l'eczéma chez les goutteux.* (Sera publié).

M. Thévenot : L'eczéma est-il considéré comme une affection contagieuse ? Je fais cette question, parce que je vois actuellement une nourrice sèche, qui a un eczéma sur le bras ; or, l'enfant qu'elle porte a un eczéma sur la cuisse, à un endroit qui correspond parfaitement à la place où doit se faire le contact. Est-ce véritablement de l'eczéma ?

M. Deligny : L'eczéma n'est pas contagieux. Les Allemands en ont décrit une variété qu'ils ont considérée comme contagieuse ; mais en réalité ce n'est pas un eczéma. L'impétigo, par contre, est réputé contagieux, et il est probable que la malade de M. Thévenot est atteinte d'un impétigo parasitaire.

M. Duroziez : J'ai entendu avec plaisir M. Deligny défendre les idées des anciens, qu'on nous a trop appris à dédaigner. Je lui demanderai cependant si, quand il prescrit des *bains*, il croit faire un traitement *général*, ou s'il les considère comme ayant une action purement *locale*. Il me semble que, si l'on s'efforce de guérir un eczéma cutané, qui peut alors se répercuter sur les bronches ou ailleurs, le bénéfice est médiocre.

M. Deligny : Le traitement comprend à la fois la médication substitutive externe qui s'adresse à la lésion locale, et la médication interne, qui s'attaque à l'affection générale (alcalins, etc.).

M. de Ranse : Je n'ai guère l'occasion d'observer à Néris des goutteux. Quelques-uns y viennent cependant pour des accidents nerveux variés, et j'observe quelquefois des alternances entre un accès de goutte et des troubles névropathiques, comme il en existe entre la goutte et certaines affections cutanées. Mais il peut arriver qu'une éruption cutanée guérisse par le fait du traitement thermal, qu'un accès de goutte éclate à ce moment, et qu'il n'y ait que simple coïncidence. On sait en effet que le traitement thermal a la propriété de réveiller un accès de goutte chez le goutteux ; si ce malade a une éruption cutanée, un eczéma par exemple, celui-ci peut disparaître en quelques jours sous l'influence des bains, etc. A ce moment, l'accès de goutte éclate ; mais ce n'est nullement parce que l'eczéma a disparu ; c'est uniquement parce que le traitement thermal a produit son action excitante accoutumée : il y a, je le répète, non pas alternance, mais simple coïncidence.

M. Duroziez : Si chez un goutteux on applique de la teinture d'iode, M. Deligny pense-t-il qu'il y aura chance de produire un eczéma ?

©BIU Santé

M. Deligny : Si la peau fonctionne bien, il y a chance que l'eczéma ne se produise pas.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr Christian.

COURRIER

Nous recevons de notre distingué confrère de Lyon, M. Chassagny, et nous transmettons à nos lecteurs l'invitation suivante :

Très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien assister à une conférence que je me propose de faire dimanche, 15 novembre, à neuf heures et demie du matin, au grand amphithéâtre de la Faculté.

Programme de la séance :

Théorie du forceps comme agent de préhension, de pression et de réduction de la tête ; présentation et description d'un nouvel instrument.

Réponse aux observations et objections qui pourront se produire.

Veuillez agréer mes salutations empressées et confraternelles.

Dr Chassagny (de Lyon).

Hôtel-Dieu. — M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 16 novembre à neuf heures du matin et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera le cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire, le lundi 16 novembre, à cinq heures à l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le professeur Grancher commencera le cours de clinique des maladies des enfants le samedi 14 novembre 1885, à dix heures du matin, à l'hôpital des Enfants-Malades, et le continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure.

Le mardi, leçon clinique dans les salles ; jeudi, leçon d'anatomie pathologique dans le laboratoire ; le samedi, leçon à l'amphithéâtre. Les lundis, mercredis et vendredis seront consacrés : le lundi, aux maladies des yeux et des oreilles ; le mercredi à l'électrothérapie ; le vendredi, aux maladies de la peau.

Asile Sainte-Anne. — M. le docteur Magnan, médecin de l'asile public des aliénés de Sainte-Anne, commencera, dans l'amphithéâtre d'admission de cet hôpital, le dimanche 15 novembre 1885, à neuf heures et demie du matin, ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, et les continuera les mercredis et les dimanches suivants à la même heure.

Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. Le sujet des leçons du dimanche portera sur le délire chronique, la folie des héréditaires et la paralysie générale considérée plus particulièrement au point de vue médico-légal.

Les étudiants et les docteurs en médecine, les magistrats et les avocats seront admis à suivre les leçons, sur la présentation de leur carte.

Société de médecine de Paris. — Séance du 14 novembre 1885. — *Ordre du jour :* 1. M. Richelot : Sur un cas d'hématurie. — 2. M. Patézon, membre correspondant : De l'utilité d'une cure aux eaux de Vittel après l'opération de la pierre.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Paul Le Gendre : Le mycosis fongoïde. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — III. Courrier.

Le mycosis fongoïde.

Voici une affection relativement rare, mais que doit cependant connaître tout médecin, même non dermatologiste, pourvu qu'il s'intéresse à la pathologie générale et à la nosologie. Elle a, en effet, piqué la curiosité d'observateurs de premier mérite, dont les opinions opposées sont venues se choquer comme en un champ clos sur ce coin restreint de la dermatologie, en sorte que l'histoire du mycosis fongoïde est comme un épisode de la grande lutte des doctrines pathogéniques où s'incarne l'époque contemporaine.

Bien que l'étude du mycosis fongoïde n'ait été entreprise que depuis une cinquantaine d'années, elle a donné lieu à un grand nombre de monographies et de recherches cliniques; aussi, nous serait-il difficile de voir clair dans la question, sans les lumières de plusieurs guides excellents qu'il est juste de citer.

Déjà, MM. Ernest Besnier et Doyon en avaient tracé un résumé, très complet à sa date (1881), dans une des notes dont ils ont appuyé leur traduction du livre de Kaposi, notes souvent plus importantes et, en tout cas, plus utiles pour le praticien que le texte même (1).

Mais, un élément nouveau ayant surgi, depuis ces dernières années, dans le problème étiologique, MM. Vidal et Brocq ont publié sur ce sujet, en 1884, une étude de revision (2).

Tout dernièrement, enfin, M. H. Hallopeau, médecin de l'hôpital Saint-Louis, lui a consacré une Revue générale dans laquelle l'érudition n'a pas étouffé la critique, comme cela arrive trop souvent, et où l'état actuel de la question se trouve exposé avec toute la précision désirable (3).

I

Alibert avait créé le mot de mycosis; il l'appliquait, à titre générique, à un ensemble d'affections cutanées assez disparates, n'ayant comme trait commun que leur ressemblance grossière avec les champignons. Il dénomma plus particulièrement, vers 1833, mycosis fongoïde une altération de la peau qui fut assez négligée jusqu'à ce que Bazin, en 1862, et Guérard, son élève, en 1863, lui eussent consacré une description déjà plus complète.

Mais la question de la nature du mycosis fongoïde ne put être abordée que par les histologistes. C'est à la suite des belles recherches de M. Ranvier que l'école française a considéré, jusqu'à l'époque actuelle, le mycosis fongoïde comme une lymphadénie cutanée, tandis qu'en Allemagne, après l'avoir rattaché au sarcome, on vient tout récemment de lui attribuer une origine parasitaire.

L'évolution de la forme typique du mycosis fongoïde se divise en deux périodes.

Dans une première période, il n'existe pas de tumeurs, la peau n'est

(1) *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 143.
(2) *France médicale*, 1884.
(3) *Revue des sciences médicales de Hayem*, octobre 1885.

©BIU Santé

atteinte que par des lésions très superficielles et multiformes. Cette période comprend un stade hyperhémique et un stade exsudatif. — D'abord apparaissent des *taches érythémateuses*, d'une coloration plus ou moins foncée, isolées ou confluentes, planes ou à peine saillantes, qui se recouvrent de squames furfuracées ou lamelleuses; elles provoquent quelquefois des démangeaisons ou une sensation de brûlure, et se compliquent alors de lésions de grattage. Tantôt l'éruption a plutôt l'aspect d'un *eczéma* légèrement suintant ou celui de *taches ortiées*. Ces diverses lésions se succédant par poussées peuvent alterner avec des *éruptions papuleuses* ou *vésiculeuses*. — Aux taches du stade précédent succède, à un moment donné, un épaississement du derme, sous forme de *plaques lichénoïdes* dont la surface est rugueuse et mamelonnée, et qui ont été considérées à une certaine époque comme ressortissant au lichen hypertrophique. Ces plaques peuvent présenter des rémissions dans leur développement, rétrocéder même, s'affaisser et disparaître aux points primitivement affectés pour reparaître ailleurs. La santé générale n'est, d'ordinaire, guère altérée à ce moment; la faiblesse, l'anémie, des troubles digestifs sont les seuls symptômes qu'on puisse noter dans cette première période.

La seconde période commence, lorsque se montrent des excroissances dont le siège, la forme, le volume et l'aspect sont susceptibles de variations assez considérables, mais qui cependant permettent de caractériser l'affection, qu'il était à peine possible de soupçonner dans les deux stades précédents. Les *tumeurs mycosiques* se développent soit au niveau des lésions du stade précédent, soit sur des parties de la peau jusque-là respectées; on peut les voir en tous les points des téguments, crâne, face, tronc et membres, mamelles, mains et doigts; dans les régions velues, elles amènent promptement la chute de l'élément pileux. Elles ont une consistance ferme, et leur surface est lisse; leur coloration varie du rougeâtre au livide; les plus volumineuses avec cette teinte spéciale ont quelquefois l'apparence de tomates mûres. Elles font corps avec la peau, et sont mobiles avec celle-ci; elles ne sont ni douloureuses, ni même sensibles; parfois même elles sont analgésiées.

La marche des tumeurs mycosiques est capricieuse : les unes, après avoir grossi pendant plusieurs mois, cessent de s'accroître, puis rétrocèdent, s'affaissent et disparaissent; d'autres s'ulcèrent soit au centre, soit à la périphérie. Les ulcérations sont souvent des pertes de substance superficielles peu sécrétantes. Quelquefois, la tumeur, après avoir présenté de la fluctuation, donne lieu à de véritables abcès.

La période des ulcérations est, pour le malade, le signal d'une altération de la santé générale, qui peut s'accentuer jusqu'à la cachexie, mais qui peut être coupée par des rémissions et des temps d'arrêt prolongés.

MM. Vidal et Brocq ont admis une seconde variété de mycosis fongoïde dans laquelle on ne relève plus le caractère fugace et capricieux qu'affectait le type précédent, aussi bien dans la période des efflorescences congestives et des plaques lichénoïdes que dans celle des tumeurs mycosiques. Dans cette seconde variété, pas de stade eczématiforme, ni lichénoïde; *des tumeurs* peu nombreuses, bien limitées, *se développent d'emblée*. Aussi certains dermatologistes hésitent-ils à les rattacher au mycosis fongoïde, ne voyant guère la possibilité de les différencier ni cliniquement, ni histologiquement du sarcome.

C'est que l'étude histologique du mycosis fongoïde, qui date des examens faits par M. Ranvier et exposés, en 1868, par Gillot, élève d'Hillairet, met aux prises des opinions dissemblables relativement à la nature de cette affection singulière. M. Ranvier avait classé d'emblée le mycosis fongoïde parmi les tumeurs *lymphoïdes;* il leur trouvait, en effet, les caractères suivants : un réticulum lymphatique circonscrivant des globules blancs très nombreux, isolés ou agglomérés de manière à dissocier les faisceaux conjonctifs du derme; la masse mycosique adénoïde est sillonnée de vaisseaux capillaires. Des productions analogues ont été vues dans les ganglions sous-cutanés, dans le cerveau, le poumon, les follicules intestinaux, les ganglions du thorax et de l'abdomen. L'opinion de Ranvier, confirmée par les recherches de Debove, Landouzy, Malassez, trouve son expression dans un mémoire de Demange (*Annales de dermatologie*, 1874), qui admet définitivement le mycosis fongoïde comme une lymphadénie. Le mycosis serait donc un *dermato-lymphadénome* (comme disent Besnier et Doyon); ce serait le lymphome ou lymphadénome de Virchow, produisant dans la peau une altération identique à celle de l'adénie de Trousseau (Vidal, Congrès de Londres), et Galliard revendique pour la lymphadénie cutanée le droit à une place dans la nosologie.

II

En Allemagne, au contraire, un mouvement différent s'est produit.

Avec Köbner, le mycosis fongoïde a été rangé parmi les tumeurs papillomateuses fongoïdes. Geber (1878) le qualifie de tumeur fongueuse inflammatoire de la peau, et Kaposi le rattache à la *sarcomatose cutanée.*

La structure adénoïde n'aurait pas été constatée par les observateurs allemands dans toutes les tumeurs mycosiques; d'ailleurs, en France même, dans un fait de M. Vidal, l'examen histologique pratiqué par A. Siredey a montré que les éléments du sarcome et ceux du tissu lymphoïde coexistaient; on y trouvait même représentées à la fois plusieurs variétés de sarcome : embryonnaire, fasciculé, myxo-sarcome, et les diverses apparences du tissu réticulé qui se voient dans les tumeurs adénoïdes.

On comprend que, d'après des faits semblables, Geber et Köbner considèrent le tissu adénoïde comme une simple phase de l'évolution du néoplasme.

D'ailleurs les adversaires de la théorie de Ranvier et Gillot n'admettent pas que la présence d'un stroma réticulé dans une tumeur de la peau suffise à la caractériser comme une lymphadénie. Les modifications de structure que subissent les tissus dans une maladie ne suffisent pas à caractériser par elles seules la nature de cette maladie. En se basant, par exemple, sur la seule structure pour déterminer celle-ci, on confondrait la tuberculose, la syphilis, la morve, puisqu'au point de vue histologique, et l'élément bacillaire mis à part, elles peuvent déterminer toutes trois des formations nodulaires; il faut tenir également compte de la cause, de la localisation des symptômes.

On a relevé, en outre, comme arguments contraires à la nature lymphadénique du mycosis fongoïde, l'absence de leucémie, d'hypertrophie ganglionnaire généralisée, et de splénomégalie chez les malades atteints de tumeurs mycosiques, ainsi que la répression et même la disparition possible de ces tumeurs, fait bien différent de la marche fatalement progressive des lymphadénies ganglionnaires.

©BIU Santé

III

Après l'opinion qui voit dans le mycosis une lymphadénie, et après celle qui l'assimile à la sarcomatose, est entrée en scène une nouvelle doctrine, celle qui menace d'absorber toute la pathogénie, la *théorie parasitaire*. Virchow classe les néoplasies fongoïdes parmi les granulomes. C'est aussi sous le nom de granulomes fongoïdes que Auspitz, dans le traité de Ziemssen, décrit les tumeurs mycosiques à côté de la tuberculose, de la lèpre, de la syphilis et du rhinosclérome.

D'un tel rapprochement devait surgir la conception de la nature infectieuse du mycosis et, en effet, les travaux récents d'Auspitz et Rindfleisch, que nous fait connaître M. Hallopeau, tendent à établir que les lésions du mycosis ont un caractère distinctif d'une valeur absolue, la présence de micrococcus d'une nature particulière.

La malade qui a servi de sujet d'étude à Auspitz, après avoir eu un eczéma chronique, avait vu apparaître des tumeurs fongueuses d'aspect analogue à des champignons ou à des framboises. Ces tumeurs ont été histologiquement examinées par Hochsinger ; ce micrographe a constaté d'abord que « entre des faisceaux épais de tissu conjonctif existait un tissu de même nature, mais de nouvelle formation, constitué par des fibrilles très fines et riche en cellules rondes, fusiformes ou épithélioïdes. » Puis, après l'intervention des procédés de coloration propres à déceler les micro-organismes, sont apparus « d'innombrables coccus, serrés les uns contre les autres et tellement nets que l'on croirait avoir sous les yeux une culture du champignon. » Ces coccus, de 0,9 à 1-2 μ, sont groupés en diplococcus ou en streptococcus de trois à cinq éléments.

« L'absence de capsules d'enveloppe et de zooglées, la forme arrondie et le volume constant de ces micrococcus les différencient de ceux que l'on rencontre dans les autres maladies. Les micrococcus pénètrent dans les cellules rondes et épithéliales, ainsi que dans les follicules pileux et les cheveux eux-mêmes. On les trouve également dans les squames des parties qui semblent atteintes seulement d'eczéma ; fait important, qui prouve que l'éruption superficielle du début porte déjà le caractère de la maladie. » Schiff a réussi à cultiver le micrococcus vu par Hochsinger, et, le produit de culture ayant été inoculé à un jeune chat, on a retrouvé le même élément dans la lésion locale qui s'est produite ; la démonstration est donc complète.

La description donnée par Rindfleisch d'un streptococcus qu'il a rencontré lui aussi dans le mycosis fongoïde diffère de celle d'Auspitz, en ce que celui-ci avait observé surtout les micrococcus dans les interstices des éléments, tandis que Rindfleisch les a vus uniquement dans les vaisseaux où leurs colonies forment des masses oblitérantes, points de départ de toutes les lésions. Ces micrococcus se trouvent aussi dans les capillaires du foie et des poumons. Dans la peau, « en gênant la circulation, il amène une accumulation de globules blancs, infiltrés dans la partie superficielle du derme d'où partent les anses vasculaires destinées aux papilles ; quelquefois même les globules blancs s'accumulent dans les couches profondes de la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. De ce processus résultent des néoplasies d'aspect nodulaire, dont l'évolution rétrograde en certains points peut s'expliquer « par ce fait que les colonies de streptococcus ont abandonné les

territoires vasculaires autour desquels s'étaient groupés des globules blancs. »

« *Il s'agit en somme,* dit M. Hallopeau en terminant son très clair exposé des recherches si intéressantes d'Auspitz et Rindfleisch, *d'une inflammation spécifique comparable à celle de la tuberculose, de la lèpre, de la syphilis.* Si les néoplasies présentent de l'analogie avec les sarcomes, c'est que leur substratum anatomique est le même et que les éléments ne peuvent réagir et s'altérer que suivant certains modes; la différence essentielle, entre ces affections, réside dans l'*étiologie.* Il paraît acquis, dès à présent, que *le mycosis dans sa forme typique reconnaît pour cause particulière la présence, dans le tégument externe, de micrococcus.* La grande autorité des deux auteurs qui les ont découverts, l'identité des caractères qu'ils leur attribuent, leur accumulation dans les parties les plus malades ne peuvent guère laisser de doute à cet égard. » M. Hallopeau espère que, grâce à cette caractéristique microbienne, on pourra bientôt savoir si les tumeurs fongoïdes apparues d'emblée, sans avoir été précédées des phases eczémateuses et lichénoïdes, doivent être aussi rattachées au mycosis, et si le mycosis a vraiment des rapports avec la leucémie.

Quant au critique trop peu incompétent en dermatologie pour trancher la question de la nature et de l'étiologie du mycosis fongoïde, il doit limiter son ambition à enregistrer les travaux des spécialistes éminents qui, en France comme en Allemagne, se sont constitués, sur le terrain de la dermatologie, les champions des grands problèmes de pathogénie générale, — et à se faire, auprès du praticien, l'écho de leurs luttes instructives.

Paul Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 novembre 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Hystérectomie vaginale. — Rapport sur trois observations de plaie de tête ; discussion. — Rapport sur deux observations : l'une de plaie de tête par balle de revolver suivie de guérison ; l'autre d'ablation de tumeur du sein à l'aide d'un nouvel agent anesthésique, la cocaïne. — Présentation de malade : cure radicale de hernie congénitale. — Nomination de commission de prix.

M. Richelot communique l'observation d'une femme de 35 ans, chez laquelle il a pratiqué l'ablation totale de l'utérus par le vagin (*hystérectomie vaginale*), pour un épithélioma végétant du col dont la limite supérieure ne pouvait être atteinte.

L'opération marcha régulièrement. Le temps le plus difficile et le plus long fut, comme toujours, la ligature du premier ligament large, l'utérus étant encore en place. La malade mourut le quatrième jour d'une péritonite, ayant pour cause une hémorrhagie pelvienne; on trouva le ligament large insuffisamment serré par les fils, malgré tout le soin et toute la force qu'on avait mis à l'étreindre.

Cette observation est la huitième qui est présentée à la Société de chirurgie depuis le mois de juin dernier. Sur les huit cas, dus à MM. Tillaux, Terrier, Trélat, Gillette, Le Dentu et Richelot, on compte quatre guérisons et quatre morts. Il y a eu deux morts par collapsus et deux par hémorrhagie (ligatures insuffisantes). Toujours la ligature du premier ligament large a été très pénible; c'est la pierre d'achoppement de l'hystérectomie vaginale; c'est la grosse difficulté qui est sans doute responsable de presque tous les accidents, car elle entraîne deux conséquences également fâcheuses : la prolongation des manœuvres et la possibilité de l'hémorrhagie.

Il serait de la plus grande importance de simplifier ce temps de l'opération. Tout se

©BIU Santé

résume donc, pour améliorer le pronostic, à trouver un moyen qui atteigne ce double but : 1° assurer l'hémostase; 2° abréger la durée des manœuvres.

Or, ce moyen existe. Deux pinces longues, placées sur les deux ligaments larges pendant vingt-quatre heures, nous dispenseraient des ligatures et rempliraient parfaitement la double indication susdite. L'opération durerait une demi-heure au lieu d'une heure et demie; car il serait facile, après avoir isolé l'utérus et saisi le premier ligament, de mordre celui-ci avec la pince longue, plus facile encore de mordre le second après la section du premier au ras de l'utérus. Le péritoine pelvien ne serait plus offensé par l'introduction pénible et réitérée des aiguilles et des doigts. D'autre part, l'hémostase serait assurée, car la pression des pinces pendant vingt-quatre heures suffit à oblitérer des artères même volumineuses.

Les pinces n'auraient pas d'inconvénients. Leur présence pendant vingt-quatre heures vaudrait mieux que le séjour indéfini de plusieurs gros fils de soie dans la cavité pelvienne. Elles feraient d'abord l'office de drains, et n'empêcheraient pas de suturer la plaie vaginale sur la ligne médiane; on pourrait, le lendemain de l'opération, leur substituer deux tubes à drainage pendant quelques jours.

En résumé, M. Richelot pense que la supression du temps le plus difficile de l'hystérectomie vaginale constituera un véritable progrès, puisqu'elle abrégera la durée de l'opération, diminuera la violence des manœuvres et préviendra sûrement l'hémorrhagie. Le procédé qu'il propose, et qu'il emploiera certainement à la première occasion, c'est la pince à pression pendant vingt-quatre heures substituée à la ligature des ligaments larges. L'antisepsie fera le reste, et l'opération, ainsi réglée, pourra donner de beaux succès.

— M. Lucas-Championnière donne lecture d'un rapport sur trois observations de plaie de tête. La première observation, communiquée par M. le docteur Chavasse, professeur agrégé au Val-de-Grâce, est intitulée : « Plaie de tête, méningo-encéphalite, trépanation tardive, mort. »

Le sujet de cette observation est un jeune homme de 24 ans qui reçut sur la région frontale gauche un coup de fourreau de sabre, le 5 mars 1885. Pas d'accident immédiat; mais, le lendemain, on constate que l'os frontal est dénudé en un point et présente un léger enfoncement. Le 14 mars, douleurs de tête et frissons, accidents de méningo-encéphalite.

Le 2 avril, en prenant le service, M. Chavasse trouve le blessé dans un état de dépression profonde : vomissements, température élevée (38°5 le matin), pas de troubles de la sensibilité ni de la motricité, M. Chavasse applique le trépan, trouve une infiltration de pus dans la fracture et enlève deux esquilles implantées dans la dure-mère; le blessé est un peu soulagé, mais les phénomènes de méningo-encéphalite continuent, et la mort arrive le troisième jour.

A l'autopsie, M. Chavasse trouve un foyer de suppuration intra-cérébral, d'où il conclut qu'il y eût eu avantage, le jour de la trépanation, de pratiquer une ponction en ce point, malgré une lame de cerveau assez épaisse au-dessus du foyer. Il lui paraît évident que si le malade avait été trépané, dès son entrée à l'hôpital, les accidents eussent pu être évités. M. le rapporteur déclare que, pour lui, en présence d'un foyer de fracture dénudé, avec enfoncement, il n'eût pas hésité. Le mode même de l'accident (choc par instrument contondant) indiquait l'utilité de l'intervention.

La deuxième observation, communiquée par M. le docteur Kirmisson, chirurgien des hôpitaux, est relative à un soldat de chasseurs, âgé de 20 ans, qui, se trouvant en état d'ivresse, venait de tomber de cheval, lorsqu'il fut amené à l'hôpital Laënnec, le 2 août, à six heures du matin. A ce moment, il n'existait pas de paralysie. A huit heures, il y avait une hémiplégie complète à gauche avec conservation de la sensibilité.

A dix heures, M. Kirmisson voit le malade; aucune trace d'enfoncement sur le crâne, sauf une dépression ancienne. M. Kirmisson admet que les accidents sont dus à un épanchement sanguin et conclut que toute opération est inutile. Le malade succombe à six heures du soir. L'autopsie montre un caillot de 110 grammes à droite, correspon-

dant à la partie inférieure et interne du lobe occipital. L'épanchement est dû à une déchirure du sinus latéral droit, au niveau d'un trait de fracture.

Tout en admettant les difficultés en présence desquelles M. Kirmisson s'est trouvé dans le cas dont il s'agit : gravité de la fracture, fracas considérable du crâne, difficulté d'arriver sur le foyer, insuffisance des symptômes locaux pour se guider, M. le rapporteur ne saurait approuver que l'on érige en principe l'abstention dans un cas de ce genre, en s'appuyant sur la constatation, faite après coup, qu'il s'agissait d'un épanchement sanguin. L'intervention ne pouvait faire courir plus de risques au malade puisqu'il est mort et sans doute par suite de l'épanchement sanguin; en pareil cas, le mode d'intervention est peut-être difficile à déterminer. Mais on guérit bien aujourd'hui des hémorrhagies abdominales, bien plus difficiles à arrêter que des hémorrhagies crâniennes. Pour lever la compression du cerveau, il n'est pas nécessaire d'enlever jusqu'au dernier débris d'un caillot. Le chirurgien aurait pu probablement atteindre un point de l'épanchement et, dès lors, c'était une chance de guérison.

La troisième observation est due à M. le docteur Alvarez, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de San Salvador. Elle a pour titre : « Plaie contuse de la tête; fracture des os du crâne ne communiquant pas avec la plaie extérieure; hémorrhagie entre les os et les méninges, à la région psycho-motrice gauche; trépanation, guérison. »

Le sujet de cette observation est un individu âgé de 20 à 25 ans, que l'on apporta, le 12 avril 1881, à l'hôpital de Caritad de San Salvador (Amérique centrale). Cet homme avait été trouvé étendu sans connaissance dans la rue. Il portait sur le côté gauche de la tête une plaie de 1 1/2 à 2 centimètres de longueur, superficielle et arrivant à peine sur le péricrâne. La partie moyenne de cette plaie est située à 3 centimètres à gauche de la ligne médiane, à 4 centimètres du bregma, et à 8 centimètres du point indiqué comme correspondant à l'extrémité inférieure de la scissure de Rolando.

Coma profond; paralysie complète du mouvement du membre supérieur droit, incomplète du membre inférieur du même côté; sensibilité conservée dans les deux membres. Ptosis de la paupière supérieure gauche, strabisme externe de l'œil droit, dilatation de la pupille et paralysie des muscles du même côté de la face. A l'examen ophthalmoscopique, œdème papillaire et péripapillaire de l'œil gauche avec amincissement des vaisseaux centraux. — Respiration régulière et lente; pouls à 56 par minute; température, 37°3 à 37°4. — Diagnostic : compression cérébrale dans la région psycho-motrice gauche, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante, produite probablement par une esquille détachée par fracture de la table interne de l'os.

Deux jours après l'entrée du malade à l'hôpital, son état ne s'améliorant pas, on se décide à pratiquer la trépanation. Elle est faite au niveau de la plaie du cuir chevelu, sur l'endroit correspondant au tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante, qu'on marque sur la tête préalablement rasée, en se servant des notions de topographie crânio-cérébrale. On fait converger sur ce point les deux branches d'une incision cruciale.

Au-dessous du lambeau antéro-inférieur, on trouve une fissure des os du crâne qui laisse passer un peu de sang noirâtre. A l'extrémité postérieure de cette fissure, on applique la couronne de trépan. En enlevant la rondelle osseuse, on tombe sur un grand foyer hémorrhagique qu'on essaye d'extraire au moyen d'une curette et de pinces, manœuvre lente et difficile. On explore avec précaution et on trouve que le foyer est très étendu et que les méninges sont profondément déprimées. Au-dessous, la masse encéphalique est également très déprimée. On extrait tous les débris de coagula sanguins que l'on peut atteindre. Injections et des lavages à l'eau phéniquée forte.

La petite plaie des téguments est ensuite réséquée. Avant et pendant l'opération, rigoureuse antisepsie ; spray. On place une suture métallique et l'on applique le pansement de Lister, après avoir posé deux tubes à drainage dont l'un pénètre profondément jusqu'à la cavité crânienne.

Les suites immédiates de l'opération sont très satisfaisantes. L'état comateux, la paralysie se dissipent graduellement; la voix et la connaissance reviennent à l'opéré. Bref, après des péripéties diverses et un long séjour à l'hôpital, le malade sort, le 7 septembre,

©BIU Santé

complètement guéri et ne conservant pas la moindre trace de paralysie, ni aucun trouble des facultés intellectuelles.

M. le rapporteur fait remarquer que cette observation constitue un des documents les plus complets pour l'histoire de la trépanation, et l'un des exemples les plus remarquables des services que peut rendre, dans cette opération, la notion des localisations cérébrales.

M. Lucas-Championnière exprime l'espoir que la trépanation, à la réhabilitation de laquelle il a travaillé dans la mesure de ses forces, triomphera de l'opposition qu'elle rencontre encore de bien des côtés. Si elle ne peut sauver des malades condamnés à mort, est-ce une raison de ne pas la tenter ?

M. le rapporteur montrera un de ces jours un homme qu'il a trépané, il y a quinze jours, pour des lésions anciennes, et qui est aujourd'hui complètement guéri. Beaucoup de malades sont morts qui eussent pu être sauvés par une intervention hardie, plus conservatrice à coup sûr que cette chirurgie soi-disant telle, qui laisse mourir les malades par crainte de les tuer.

M. le rapporteur propose en terminant d'adresser des remerciements aux auteurs des trois observations, et de déposer leur travail aux Archives, avec mention toute particulière de celle de M. Alvarez, qui mérite, à cause de son importance, d'être insérée dans les Bulletins, avec le rapport où elle est reproduite *in extenso*.

M. Poulet a vu, au Val-de-Grâce, le malade qui fait le sujet de l'observation de M. Chavasse. Dans les cas de ce genre, le chirurgien est autorisé à intervenir par la trépanation lorsque les accidents primitifs tardent à se dissiper.

M. Gillette a observé un malade chez lequel, à la suite d'une série d'érysipèles survenus autour d'une plaie du crâne, se manifestèrent plusieurs abcès sur différentes parties du corps ; ce n'était pas de la pyoémie ; les abcès furent ouverts et la malade guérit. Au bout d'un certain temps, des phénomènes d'irritation se produisirent de nouveau, du côté de la plaie, et furent suivis d'accidents cérébraux. M. Gillette pensa qu'il s'agissait d'un abcès de la dure-mère, mais il n'osa pas intervenir. Cinq jours après, la malade mourut, et l'autopsie montra la présence d'une collection purulente dans le lobe sphénoïdal. L'application d'une couronne de trépan et une incision avec le bistouri eussent pu sauver le malade.

M. Polaillon a publié, il y a trois ans, dans la *Gazette des hôpitaux*, l'observation d'un individu qui, à la suite d'une plaie contuse du crâne, avait complètement perdu la mémoire. Ayant diagnostiqué un abcès du cerveau, il pratiqua la trépanation et trouva entre la dure-mère et la paroi crânienne de la sérosité glutineuse. L'incision de la dure-mère à ce niveau fit découvrir au-dessous une collection purulente, dont l'évacuation fut suivie d'une grande amélioration. Mais les parents du malade le firent intempestivement sortir de l'hôpital, et il finit par succomber.

M. Marc Sée rappelle une statistique d'un chirurgien étranger, de laquelle il résulte que la trépanation précoce, excellente quand il s'agit de plaies du crâne avec enfoncement chez les adultes, serait contre-indiquée chez les enfants qui guérissent souvent sans intervention chirurgicale, malgré des signes évidents de compression cérébrale.

M. Pozzi a observé des accidents cérébraux développés tardivement à la suite de plaies de tête avec enfoncement du crâne. Chez des individus atteints de paralysie générale, il a trouvé, à l'autopsie, un cal vicieux provenant d'une ancienne fracture du crâne, et qui, par l'irritation permanente déterminée sur le lobe cérébral correspondant au lieu de la fracture, avait produit vraisemblablement la paralysie générale. Ainsi donc, outre les accidents primitifs produits par les fractures du crâne, il y a lieu de tenir compte des accidents consécutifs dont elles peuvent être la cause.

M. Tillaux ne saurait aller aussi loin que M. Lucas-Championnière, dans la voie de la trépanation. Il croit devoir faire des réserves au sujet de la trépanation préventive, et n'admet la trépanation que lorsqu'elle est formellement indiquée par l'existence d'accidents manifestes de compression.

M. Berger s'associe aux réserves de M. Tillaux; il a vu un individu alcoolique atteint de fracture du crâne, avec épanchement sanguin considérable ayant déterminé le délire et le coma, guérir parfaitement sans trépanation.

M. Léon Le Fort ne saurait être soupçonné de partialité contre le trépan, puisque c'est lui qui a commencé la campagne de réaction en faveur de cette opération contre son vénéré maître Malgaigne. Mais le mouvement de réaction lui paraît aujourd'hui aller trop loin, et c'est pourquoi il se range complètement du côté de MM. Tillaux et Berger, en accentuant même leurs réserves. La réhabilitation du trépan préventif, loin d'être un progrès, nous ramènerait aux errements de la chirurgie du XVIIIe siècle.

M. Lucas-Championnière répond que la question du trépan ne saurait être jugée par des observateurs isolés; or, de l'ensemble des faits, il résulte que, dans les cas de fracture du crâne avec enfoncement, qu'il y ait ou non des accidents cérébraux, la trépanation précoce est beaucoup plus utile aux malades que la trépanation tardive. Les faits qu'il a recueillis sont la condamnation formelle de la pratique ancienne. Sur 9 cas de fracture du crâne avec enfoncement, M. Bœckel a obtenu 9 guérisons, grâce à la trépanation précoce.

— M. Trélat fait un rapport verbal sur deux observations adressées par M. le docteur Gendron, l'une de plaie de tête par balle de revolver, suivie de guérison; l'autre d'ablation d'une tumeur du sein, opération dans laquelle, au lieu de recourir à l'administration du chloroforme que l'état de faiblesse extrême de la malade rendait dangereuse, le chirurgien a obtenu l'anesthésie par l'emploi de 4 grammes de chloral en deux doses, combiné avec deux injections de 1 centigramme chacune de chlorhydrate de cocaïne.

— M. Lucas-Championnière présente un malade chez lequel il a obtenu la cure radicale d'une hernie congénitale incoercible. La résistance de la cicatrice est favorisée par l'usage d'un bandage particulier qui s'applique sur elle par une large surface.

— Nomination de commissions de prix :

Prix Laborie : MM. Horteloup, Gillette, Polaillon, Nepveu, Monod.

Prix Demarquay : MM. Verneuil, Tillaux, Le Dentu, Marchand, Humbert.

Prix Gerdy : MM. Trélat, Marc Sée, Th. Anger, Richelot, Bouilly.

Prix Duval : MM. Marjolin, Terrier, Pozzi, Delens, Lucas-Championnière. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 novembre 1885. — Présidence de M. Vidal.

Sommaire : *Le pied-bot tabétique. — La varicelle est-elle inoculable? — Monoplégie crurale par localisation méningitique. — Hystérie mâle et simulation.*

M. Joffroy prend la parole à propos du procès-verbal pour faire connaître une variété de déformation du pied distincte de celle qui a été décrite par M. Chauffard, dans la précédente séance, sous le nom de pied tabétique, et où il s'agissait d'une ostéo-arthrite. Les faits dont M. Joffroy veut parler sont relatifs à de véritables *pied-bots tabétiques*. Comme les arthropathies des ataxiques, ces déformations se rencontrent d'ailleurs dans des affections du système nerveux autres que le tabes. Elles sont plus fréquentes que le pied tabétique ostéopathique. Trousseau en a parlé, et il les expliquait par la pression continue des couvertures chez des gens alités depuis longtemps. Leyden, qui les a décrites brièvement, invoque aussi cette influence, en y ajoutant celle des contractures des muscles du mollet.

Lorsqu'un sujet sain est couché, son pied fait, avec sa jambe, un angle de 140 à 150°. Chez un ataxique placé dans la même position et présentant déjà un premier degré de la déformation du pied-bot tabétique, on voit que le pied est dans une extension beaucoup plus marquée par rapport à la jambe; la pointe tombe en dedans, le bord interne fait une concavité, de sorte que les gros orteils des deux pieds viennent à la rencontre l'un de l'autre. Mais, dans ce premier degré, le malade peut faire disparaître

©BIU Santé

la déformation en relevant son pied, ou du moins le médecin peut rétablir le pied dans la position correcte. Si on secoue la jambe latéralement ou de haut en bas, on voit le pied vaciller dans les deux sens. Les malades qui présentent cette déformation sont déjà des ataxiques confirmés ayant tous perdu leur réflexe patellaire. M. Joffroy cite comme exemple une malade qui est alitée depuis deux mois seulement, et une autre qui est au lit depuis deux ans; celle-ci a, d'ailleurs, une déformation beaucoup plus accentuée à un pied qu'à l'autre.

Au deuxième degré, la déformation, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre par l'examen des moulages apportés par M. Joffroy, est un véritable pied-bot varus équin qu'on ne peut redresser, car il est immobilisé définitivement dans sa fausse position par la rétraction du tendon d'Achille, les orteils fléchis ne peuvent être redressés. Si on secoue la jambe latéralement, on constate cependant que le pied ballotte dans ce sens. Les muscles sont émaciés et excessivement mous. Les malades présentant ce deuxième degré de pied-bot sont privés de leurs réflexes patellaires. Les déformations sont généralement symétriques ; cependant, chez une femme alitée depuis six ans, le pied droit a déjà atteint le deuxième degré, tandis que le gauche est indemne; chez une malade couchée depuis neuf ans, un pied est déformé au premier degré, l'autre au deuxième. Enfin une malade, confinée depuis dix-huit ans au lit, est symétriquement atteinte.

M. Joffroy passe en revue les divers mécanismes qui peuvent expliquer la formation des pieds-bots dans les maladies nerveuses, et les groupes en trois catégories : 1° Il y le pied-bot *par atrophie* musculaire. — 2° Le pied-bot par contracture ou excès de tonicité musculaire, *hypertonique* : c'est celui qu'on observe chez les hémiplégiques contracturés et dans la paralysie infantile; les muscles sont alors durs, résistants à la palpation; on ne peut faire balloter le pied en secouant la jambe.

Enfin la troisième variété est le pied-bot *atonique*, c'est précisément le cas de pied-bot tabétique. Le sens musculaire est alors aboli, par suite de l'inaction permanente des muscles, les tendons ont perdu leur fonction de ligaments actifs, puissants; l'articulation tibio-tarsienne cesse d'être maintenue, et le pied, livré à son propre poids, prend la position commandée par la forme des surfaces articulaires. Des adhérences s'établissent entre les tendons et leurs gaines; en tout cas, les surfaces articulaires cessent d'être en contact intime. Des lésions analogues existent du côté des fléchisseurs des orteils. Le rôle que peut jouer dans la production des déformations la prédominance d'action de certains muscles ne doit guère être importante tant les muscles sont flasques et amaigris. L'influence attribuée par Trousseau et Leyden au poids des couvertures ne peut être réelle; on voit une malade alitée depuis trois mois qui a une mobilité extrême des pieds sur les jambes sans déformation, et, en outre, on voit les déformations souvent moins marquées ou nulles d'un côté, bien que le poids des couvertures s'exerce également des deux.

Il existe des cas mixtes entre le pied-bot par atonie et le pied-bot par atrophie. Tel est le cas d'un général russe qui, au siège de Plevna, renversé avec son cheval et blessé au périnée par le pommeau de la selle, fut atteint d'une névrite du sciatique droit : on constata la disparition du réflexe patellaire, l'amaigrissement des muscles du mollet et des muscles antéro-latéraux qui perdaient leur excitabilité électrique. Des accès douloureux confinèrent le malade au lit et la déformation du pied se montra. M. Joffroy conseilla d'abord de remettre le pied en position correcte et de l'y maintenir avec un appareil orthopédique, pendant que l'électrisation méthodique rendait aux muscles leur force. Le blessé guérit, et quand les muscles eurent repris leur volume et leur vigueur, le pied était resté dans sa situation normale et le pied-bot équin fut évité ainsi.

— M. D'HEILLY ayant, dans sa précédente communication, parlé de la varicelle comme d'une maladie de la première enfance, a vu contester son dire. Il a fait, depuis lors, relever tous les cas de varicelle sur les registres de l'hôpital Trousseau depuis sa fondation, c'est-à-dire depuis trente-deux ans. Sur 230 cas, 157 ont atteint des enfants au-dessous de 7 ans; 193, des enfants au-dessous de 10 ans. Son opinion était donc exacte.

M. DUMONTPALLIER, qui avait demandé à différer sa réponse à M. d'Heilly sur l'*inocu-*

labilité de la varicelle, jusqu'à ce qu'il eût pu lire le texte même de la communication de son collègue, déclare aujourd'hui que, s'il admet, comme M. d'Heilly, que la varicelle est spécifique et absolument distincte de la petite vérole, il nie formellement qu'elle soit inoculable. Les expériences de M. d'Heilly sont entachées d'erreur par le seul fait d'avoir été pratiquées au cours d'une petite épidémie de varicelle sur des enfants non isolés. M. d'Heilly a annoncé 3 faits positifs sur 10 inoculations, et l'incubation, dans ces 3 cas, a été de 3 jours, 15 jours et 17 jours. Un tel écart de 3 à 17 jours doit être déjà tenu pour suspect. La durée de l'incubation de la variole n'oscille qu'entre 9 et 11 jours. En outre, M. d'Heilly n'a jamais observé de manifestations locales au point inoculé, particularité contraire à ce qu'on observe dans la plupart des maladies inoculables. M. Dumontpallier croit donc que l'enfant, qui est considéré par M. d'Heilly comme ayant contracté la varicelle par inoculation après une incubation de 3 jours, l'avait apportée du dehors; quant aux deux autres dont l'incubation a eu une durée correcte, ils ont tout simplement pris la maladie par contagion dans le service. L'affirmation de Trousseau, relative à la non inoculabilité de la varicelle, demeure donc vraie. M. Dumontpallier a commencé des recherches pour vérifier le texte exact des expériences de Steiner, citées par M. d'Heilly et par M. Cadet de Gassicourt dans son livre, comme ayant réussi 8 fois sur 10 à inoculer la varicelle; mais, dès maintenant, il croit pouvoir affirmer que l'auteur viennois a mal conduit ses expériences.

M. D'HEILLY passe condamnation sur la première de ses inoculations, l'incubation de 3 jours étant extraordinaire; il persiste à croire les deux autres valables. Les enfants inoculées étaient à ce moment les seules malades atteintes de varicelle dans une salle de 25 malades.

M. Dumontpallier ayant dit incidemment que la varicelle était la plus contagieuse des fièvres éruptives, plus contagieuse en tout cas que la variole, M. BUCQUOY déclare partager cette opinion. M. DAMASCHINO fait des réserves.

M. JOFFROY a pratiqué, dans trois cas, l'inoculation. Dans deux, le résultat a été absolument nul; dans le troisième, une éruption abondante apparaissait sur les fesses, mais dès le lendemain, et elle n'a pu reconnaître pour cause l'inoculation. Une question a été négligée, c'est de savoir si le contenu des pustules de varicelle, à un jour donné de leur évolution, ne serait pas plus efficace; il en est ainsi du moins pour le vaccin. M. Joffroy avait pris, lui, des vésicules, à base rose, contenant un liquide absolument transparent. On pourrait choisir des vésicules de plus en plus anciennes.

M. DAMASCHINO ne croit pas la varicelle si contagieuse que MM. Dumontpallier et Bucquoy le disent. A l'hôpital des Enfants, quand il était interne de M. Roger, en 1865 et 1867, il a vu très rarement des malades contaminés, quand une varicelle entrait dans le service. A la crèche de Laënnec, il a observé de très rares cas de varicelle. Il a fait aussi des inoculations à l'hôpital des Enfants, dans des conditions d'isolement rigoureux, en prenant de la sérosité parfaitement transparente des pustules de varicelle d'un garçon pour l'inoculer à des filles qui se trouvent dans un corps de bâtiment absolument distinct. Jamais les inoculations n'ont été suivies d'effet.

M. BUCQUOY croit que M. Damaschino ne tient pas assez de compte de l'âge des enfants quand il parle de la faible contagiosité de la varicelle. Dans les crèches, en effet, elle est rare ; mais ce n'est pas une maladie de la toute première enfance, c'est de 5 à 10 ans, et surtout dans les collèges de 10 à 15 ans qu'on la voit se propager rapidement à un grand nombre de sujets.

M. DUMONTPALLIER : Surtout à des sujets bien portants.

M. CADET DE GASSICOURT pense que la varicelle est très contagieuse sans doute, mais pas plus que la rougeole qui, dans les salles de chroniques, chez des enfants de 2 à 15 ans, se développe plus facilement que la varicelle. Si dans les collèges, on voit surtout la contagiosité de la varicelle, c'est que la plupart des enfants ont déjà eu la rougeole.

M. VIDAL : Dans le mémoire de Steiner, auquel on a fait allusion, il est question

©BIU Santé

d'éruptions généralisées ayant suivi les inoculations après une incubation à peu près régulière de huit jours ; il n'est pas fait mention de manifestations locales aux points inoculés.

Il y avait des prodromes dans la moitié des cas, tandis que M. d'Heilly n'en a pas observé dans les siens. Enfin les expériences de Steiner ont été faites à l'hôpital en temps d'épidémie. Tout cela est à reprendre. Quant au dualisme de la petite vérole et de la varicelle, c'est Bousquet qui l'a indiqué le premier en 1857, dans un rapport à l'Académie sur les vaccinations. Bousquet avait probablement dû faire des inoculations.

— M. Desnos présente les pièces anatomiques d'un phthisique au troisième degré, qui, quelques jours avant de mourir, avait été pris d'une parésie de la jambe droite avec intégrité de la sensibilité. M. Desnos avait diagnostiqué une plaque de méningite tuberculeuse, siégeant à la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante gauche et sur le lobule paracental. L'autopsie a vérifié l'exactitude du diagnostic. Mais elle a montré en outre qu'il existait une autre plaque méningitique sur le tiers supérieur de la frontale ascendante, bien que le membre supérieur n'eût pas été parésié. Il est permis de supposer que la lésion ne s'enfonçait pas assez profondément encore dans la substance corticale à ce niveau, et que la parésie du bras serait survenue bientôt, si le malade n'était pas mort.

— M. Rendu présente un homme de 28 ans qui est entré à Necker avec des signes de paralysie radiale, qu'il attribuait à la compression de son bras par sa tête pendant le sommeil ; mais les muscles paralysés avaient conservé une réaction électrique normale et, en outre, un examen attentif révélait une légère hémiplégie avec hémianesthésie complète et un rétrécissement du champ visuel qui fit porter le diagnostic d'hystérie. Cet homme n'est ni syphilitique, ni saturnin, quoiqu'il soit broyeur de couleurs ; c'est un hystérique.

M. Troisier reconnaît le malade, qu'il a traité quelque temps auparavant dans le service de M. Jaccoud et dont la paralysie était alors moins accentuée. Il disparut brusquement alors pour des raisons extra médicales. Cependant on ne doit pas le considérer probablement comme un simple simulateur, et, s'il simule la paralysie radiale, l'hystérie n'en existe pas moins chez lui. — P. L. G.

COURRIER

M. le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours sur les maladies de l'urètre et de la prostate, à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), le vendredi 20 novembre à cinq heures. Il le continuera les mardis et vendredis suivants.

— M. le professeur G. Pouchet a commencé son cours d'anatomie comparée le 12 novembre 1885, à neuf heures trois quarts, au Muséum, dans le laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, 55, et le continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure. Le samedi, conférence pratique à la même heure.

Le professeur traitera du squelette et des dents envisagés dans les différents types d'animaux vivants et fossiles comme base de l'anatomie comparée, d'après les travaux de Cuvier et de Blainville.

Assistance publique. — Le samedi, 12 décembre 1885, à deux heures, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, quai de Gesvres, 4, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, en 55 lots, des fournitures de *substances pharmaceutiques* et *produits chimiques* nécessaires au service de la pharmacie centrale des hôpitaux pendant l'année 1886.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges au secrétariat général de l'Assistance publique, quai de Gesvres, 4, tous les jours non fériés de dix heures à quatre heures.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Peter : Inconséquences et conséquences des doctrines parasitaires. — II. Revue des Journaux. — III. Intérêts professionnels. — IV. Thérapeutique. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Inconséquences et conséquences des doctrines parasitaires

Leçon d'ouverture par M. le professeur Peter.

M. le professeur Peter a l'habitude d'ouvrir chaque année son cours par une leçon consacrée à des développements généraux dans lesquels s'affirme l'esprit général de son enseignement. Nous avons, comme les années précédentes, recueilli pour nos lecteurs cette leçon d'ouverture, et nous nous efforçons d'en donner une analyse exacte, en reproduisant le plus souvent les expressions mêmes du professeur; car, en matière aussi délicate que l'exposé des doctrines, on peut toujours craindre de défigurer la pensée en changeant les mots.

M. Peter doit étudier, dans le cours de cette année, les diathèses, c'est-à-dire, des maladies générales qui s'expriment à la fois par des altérations anatomiques ou lésions et par des troubles fonctionnels ou symptômes; lésions et symptômes n'étant que les manifestions objectives ou subjectives d'un tempérament morbide qui est en nous. C'est la gloire de la médecine d'avoir pu distinguer, dans les manifestations les plus dissemblables, l'expression symptomatique d'une maladie générale.

Un type de diathèse, c'est la goutte; ne donne-t-elle pas lieu à des altérations anatomiques (articulaires, vasculaires, cardiaques), aussi bien qu'à des troubles fonctionnels, la migraine, l'asthme, qui sont des névroses? Il a fallu aux médecins un grand effort de génie pour reconnaître que ces troubles fonctionnels, comme ces altérations anatomiques, étaient, au même titre, les manifestations d'un principe persistant, dominateur et générateur. Sans doute c'est la chimie qui nous a appris que le trouble dyscrasique, générateur des manifestations goutteuses, consistait en un excès d'acide urique dans les humeurs, et nous devons, pour cette découverte, de la reconnaissance aux chimistes; mais l'acide urique est un produit de l'organisme vivant, et sa production en excès, c'est déjà un trouble de la vie. Si, d'ailleurs, les lésions goutteuses reconnaissent pour cause la présence de concrétions uratiques, dans les manifestations purement fonctionnelles de la goutte, comme la migraine, l'asthme, où est le corps du délit?

Cette distinction nécessaire entre la *lésion* et la *maladie* a été méconnue par les médecins qui ont conçu la tuberculose comme une maladie parasitaire et considèrent le bâtonnet, que le microscope a révélé dans certaines lésions tuberculeuses, comme la cause de la maladie. Ainsi, il y a aujourd'hui deux tuberculoses : la tuberculose « de l'ancien régime », c'était une maladie générale spontanée, intrinsèque, créée par l'organisme sous des influences inanitiantes et débilitantes.

La tuberculose « du nouveau régime » est une maladie extrinsèque, accidentelle, produite par l'invasion d'un corps étranger. D'après cette manière de voir les choses, le bacille est à la fois la cause et le critérium de la nature de la maladie. Il suit de là que si, dans des lésions que les cliniciens ont toujours considérées comme scrofuleuses, on trouve des bacilles,

©BIU Santé

ces lésions doivent être désormais réputées tuberculeuses : ce qui conduit à admettre, au mépris de la clinique, l'identité de la scrofule et de la tuberculose.

Si, d'autre part, dans des granulations manifestement tuberculeuses on ne trouve pas de bacilles, mais des zooglées, on est encore, disent les partisans de la doctrine parasitaire, en présence d'une maladie tuberculeuse, mais d'une tuberculose zoogléique. N'est-ce pas le comble de la confusion?

Le bacille est un bâtonnet qui mesure en longueur le tiers du diamètre d'un globule rouge, et qui se colore par diverses substances à base d'aniline ou de fuschine. On le trouve dans la tuberculose, mais on l'a trouvé aussi dans la syphilis, la lèpre et même dans le smegma préputial de gens qui n'étaient ni lépreux, ni syphilitiques. Il y a bien quelques nuances au point de vue de la forme et des réactions entre les bacilles de la lèpre et de la syphilis et celui de la tuberculose; mais que des bacilles, divergents et accolés par une de leurs extrémités, forment un gamma ou que des bacilles, juxtaposés bout à bout, se contournent en S, qu'importent ces nuances morphologiques, puisqu'au dire des bactériologistes eux-mêmes la morphologie n'est pas un caractère fondamental de différenciation?

Il faut bien reconnaître cependant que la découverte de Koch a été une conquête; Koch nous a appris, en y révélant l'existence des bacilles, à mieux connaître le tubercule, comme Laënnec nous avait appris à connaître diverses modalités du tubercule, granulation grise, tubercule cru, caséeux, infiltration grise.

La découverte du bacille de Koch est donc une conquête pour l'anatomie pathologique, c'est aussi une conquête pour la séméiotique, puisque la présence du bacille nous permet de distinguer le crachat d'un tuberculeux de celui d'un bronchitique vulgaire. A ce double point de vue, nous devons de la reconnaissance au berlinois Koch ; cette réparation était bien due à la science par un savant du pays où on s'était plu à embrouiller si complètement ce que Laënnec avait si clairement élucidé.

Mais, depuis la découverte de Koch, on a été trop loin dans la voie de l'enthousiasme; on a cru que la connaissance de ce bâtonnet, prétendu parasite, allait ouvrir une ère nouvelle à la thérapeutique de la tuberculose. Etrange erreur que celle qui consiste à déduire la thérapeutique de l'anatomie pathologique, qui n'est que l'histoire naturelle des lésions, comme la séméiotique est l'histoire naturelle des symptômes, et à confondre la lésion, qui n'est qu'un produit, avec la maladie qui est un acte.

C'est comme si on confondait la chirurgie et la médecine. La lésion est un fait accompli; la maladie, c'est une manifestation de la nature, dévoyée sans doute, mais agissante. Le chirurgien agit sur une lésion, quand il traite une fracture; le médecin lutte contre un acte : quand il soigne une pneumonie ou une pleurésie, c'est à la nature vivante du pneumonique, à la vitalité du pleurétique qu'il s'adresse. Médicalement parlant, en découvrant le bacille, on n'a donc pas fait de conquête thérapeutique; de ce que le parasite était, — par hypothèse, — la cause de la tuberculose, on a pensé, en entravant la vie du parasite, guérir le tuberculeux; quelle erreur !

M. Peter expose ensuite « comment on peut assister à la naissance du bacille ». Un savant français, M. Malassez, a fait des études extrêmement remarquables sur les zooglées. Qu'est-ce que la zooglée? Ζοον — γλοία, colle : de petits animaux collés entre eux; objectivement, ce sont des gra-

nulations moléculaires, agglutinées par une substance visqueuse en amas plus ou moins sphériques. Les zooglées peuvent s'observer dans les granulations tuberculeuses absolument typiques. Or, voici ce qui advint de ces zooglées dans une série d'expériences de MM. Malassez et Vignal. Un tubercule fut pris sur le cadavre d'un enfant du service de M. Lannelongue; dans ce tubercule, qui présentait tous les caractères macroscopiques et histologiques d'une granulation, il n'existait pas de bacilles, mais uniquement des zooglées; ce tubercule fut inoculé à un lapin sur lequel, quelque temps après, on trouva des tubercules ne contenant que des zooglées; il il en fut ainsi chez quatre des animaux successivement inoculés en série, puis tout à coup des bacilles apparurent dans les tubercules du cinquième lapin. Que doit nous faire penser la simple logique, sinon que le premier bacille est apparu probablement par transformation des granulations zoogléiques inoculées? Telle n'a pourtant pas été la conclusion de MM. Malassez et Vignal, parasitistes, qui ont proposé deux hypothèses. Ou bien, ont-ils dit, dans le tubercule zoogléique existaient deux germes : celui qui donne la tuberculose zoogléique et celui de la tuberculose bacillaire; la première a tué les quatre premiers lapins de la série, avant que la tuberculose bacillaire ait eu le temps d'apparaître. — Ne serait-il pas plus simple d'admettre qu'il suffit de granulations mises bout à bout pour faire un bacille?

Ou bien, ont dit encore MM. Malassez et Vignal, il y a eu erreur d'observation de notre part, les zooglées nous ayant caché le bacille; — aveu qui implique une abnégation scientifique excessive de la part d'observateurs de ce mérite.

M. Peter voit, dans les expériences précitées, une manifestation éclatante de la spontanéité morbide; c'est le lapin qui a engendré à la longue le bacille, par le fait même des actes de la vie, sous l'influence des zooglées devenant de plus en plus nocives.

Mais voici qui est plus étrange : nous allons voir le bacille apparaître dans des conditions non pathologiques. Après le bacille de Koch, était venue la découverte du bacille de la lèpre, bacille plus long, plus rigide, se colorant à peu près de même. Puis Lustgarten a cru trouver, dans les lésions syphilitiques, le bacille de la syphilis, droit aussi, pas plus grand, se colorant comme les précédents, peut-être plus rapidement attaqué par l'acide acétique et l'alcool. « Et nous voilà riches d'un bacille morbifique de plus, qui donne la syphilis..... avec quelques circonstances extérieures concomitantes. « Cependant, deux élèves de M. Cornil, un Espagnol et un Français, MM. Alvarez et Tavel, n'ont trouvé aucune trace du bacille de Lustgarten dans 5 chancres indurés, 2 plaques muqueuses, 1 gomme. Peut-être n'avaient-ils pas bien regardé? Ils cherchent donc de nouveau, un peu partout, et, ô surprise! dans le smegma préputial d'un individu malpropre, ils ont trouvé les bacilles de Lustgarten. « Je les ai même vus! » dit M. Peter. « Or, qu'est-ce que le smegma? ajoute-t-il, une matière grasse sécrétée par des follicules du repli balano-préputial, et destinée à lubrifier l'organe que vous connaissez; elle peut séjourner un temps plus ou moins long sous le prépuce; elle contient des granulations moléculaires libres qui, dans des conditions de chaleur, d'humidité et de repos, chez les individus malpropres, peuvent donner naissance à des bacilles, absolument comme les granulations moléculaires inoculées au lapin par Malassez ont donné naissance à un bacille. » M. Peter déclare qu'il ne discute que des faits

©BIU Santé

acquis, mais qu'en les interprétant logiquement, il est amené à conclure que le bacille n'est pas inhérent à la syphilis, et que son apparition chez les syphilitiques est un phénomène purement adventice. Leyden ne l'a pas trouvé dans les lésions syphilitiques de la bouche; en revanche, il l'a rencontré dans le chancre mou, l'herpès préputial, le pemphygus de la racine de la cuisse. En résumé, « il ne faut pas dire bacille de la syphilis, de la lèpre, de la tuberculose, mais bacille du syphilitique, du lépreux, du tuberculeux; et ce n'est pas là un simple jeu de mots : le bacille, corps solide, peut, s'il vient d'un individu syphilitique, donner la syphilis, parce qu'il porte avec lui l'élément virulent qui fait la syphilis; ainsi pour la lèpre et la tuberculose. Nous voilà à cent lieues du parasitisme! Le bacille peut nous infecter, s'il vient d'un corps infectant ; il n'est pas infectant en soi. »

La doctrine parasitaire a méconnu le rôle des liquides dans la virulence; son erreur éclate dans les recherches retentissantes sur le choléra et la rage. Lorsque quatre élèves de M. Pasteur furent envoyés par lui à Alexandrie, c'était dans le but formel, absolu, de rechercher le microbe du choléra, le but ultérieur étant de l'atténuer. Qui ne connaît les illusions et les erreurs des savants français en Egypte? Ils crurent avoir trouvé des microbes, ce n'étaient que des plaquettes du sang, comme le leur démontra le savant allemand qui, plus heureux, trouva, à Alexandrie d'abord, puis à Calcutta, son deuxième bacille, en virgule celui-là. Par justes représailles, les savants français prouvèrent au Berlinois que ce bacille en virgule pouvait ne pas exister dans les cas de choléra foudroyant; dans ces cas, on en trouve deux ou trois par hasard ; on est donc conduit à cette absurde conclusion que, moins il y a de bacilles, plus le choléra est grave. Il serait plus logique d'admettre que, quand la mort arrive si vite, le bacille n'a pas eu le temps d'apparaître. En vain Koch, pour échapper à ce paralogisme, a-t-il invoqué la sécrétion hypothétique d'une ptomaïne par son bacille. Mais, si c'est la ptomaïne, sécrétée par le bacille, qui est nuisible, il doit y avoir bien peu de ptomaïne quand il y a si peu de bacilles. En tout cas, parti d'une hypothèse solidiste, « le parasitisme aux abois est acculé à une théorie humorale. C'en est assez pour le couvrir de confusion ».

Et voyez ce qui s'est passé pour la rage ! continue M. Peter, on a cherché son parasite dans la salive, on en a trouvé trop, mais non pas le bon. On l'a cherché dans le bulbe et la moelle ; on n'en a pas trouvé, mais on y a rencontré des granulations moléculaires. M. Pasteur a parlé de granulations d'une infinie petitesse, qui parsèment le bulbe d'un animal rabique. Les voilà encore, nos granulations ! « Gluge les avait vues, il a quelque vingt-cinq ans, il les appelait corps granuleux. Elles se montrent dans tous les cas de myélite, dès la période congestive, et ressemblent singulièrement aux zooglées. » Ces granulations, si elles viennent d'un animal rabique, pourront donner la rage, parce qu'elles conservent une qualité prise dans l'organisme malade. M. Pasteur nous dit que, si on inocule à un lapin sain de la substance prise dans la moelle fraîche d'un lapin rabique, on détermine une maladie dont l'incubation est de sept jours et qui est la rage. Si au contraire on prend, pour faire l'inoculation, des moelles de lapins rabiques qui ont été placées dans des flacons où l'air est très sec, on observe que plus la moelle a vieillie, plus elle est desséchée, moins elle a de virulence. Quelle différence y a-t-il donc entre la moelle rabique fraîche et la moelle rabique ainsi desséchée, sinon le liquide en moins ? C'est donc le

liquide qui est virulent. Ainsi, voilà encore un cas où le parasitisme, ayant pour point de départ une hypothèse solidiste, aboutit à une doctrine humorale.

« Que le liquide ait ou non changé de nature, sous des influences isomériques, c'est parce que le solide en est imprégné qu'il est devenu malfaisant ». Si les bactéries charbonneuses perdent leur virulence, quand M. Pasteur les a fait passer successivement par des séries de bouillons, c'est qu'elles se sont dépouillées peu à peu, par ces nombreux passages, de tout ce qu'elles avaient emporté de leur premier milieu.

C'est donc en nous, pense M. Peter, que prennent naissance les prétendus parasites, il est possible d'ailleurs que les virus nés en nous puissent se transformer sous certaines influences en agents de protection de l'organisme, et M. Pasteur doit être loué pour ses recherches et ses tentatives, mais il ne faut pas entonner trop tôt le chant de victoire.

M. Peter termine en expliquant pourquoi il s'acharne dans sa lutte contre les doctrines parasitaires, « qui tendent de plus en plus à se répandre à la façon des parasites » ; c'est qu'elles ont le tort de prendre « l'effet pour la cause, un produit morbide pour un générateur de maladie, et l'analogue pour l'identique ». Certaines conséquences d'une telle confusion ont éclaté dans les fameuses inoculations de Ferran, qui prétendait, lui aussi, faire du choléra expérimental, comme on en fait dans tant de laboratoires.

Comme il n'est pas d'erreur qui n'ait sa sanction, la doctrine parasitaire en a au point de vue médical et social. Considérer la tuberculose comme parasitaire, c'est admettre que tout phthisique a été contagionné et peut contagionner d'autres hommes. La conséquence thérapeutique est de chercher à combattre le parasite au dehors, en organisant des quarantaines contre les tuberculeux, et au dedans en leur faisant ingérer des substances microbicides, créosote, acide phénique, et « on ne sait quelles saletés ».

Enfin la sanction sociale, M. Peter la trouve dans la reproduction, à notre époque, de scènes de sauvagerie dignes d'un autre âge. Ce qui s'est vu dernièrement à Naples et en Sicile, pour le choléra, se passe tous les jours, tous les ans, dans certaines villes du Midi de l'Italie, où les propriétaires demandent la résiliation de leur bail à tous les malheureux atteints et convaincus de phthisie.

C'est pour éviter la généralisation de semblables errements que M. Peter croit devoir combattre sans trêve, convaincre ses confrères, endoctriner les élèves et tenir le public en garde contre l'affolement qui trouble les cervelles contemporaines. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

Sur un symptôme non décrit de méningite, par W. Kernig. — On le rencontre dans les cas de méningite tuberculeuse ou cérébro-spinale épidémique qui présentent, presque sans exception, de la contracture des muscles de la nuque et du dos, et il ne fait défaut que dans les méningites sans contracture, assez rares, du reste, comme la méningite purulente secondaire. Tant que les malades sont couchés, on observe le plus souvent l'absence complète de contracture des membres ; s'il existe une contracture en flexion ou en extension, les membres se laissent étendre ou fléchir sans obstacle. Mais si on s'efforce d'asseoir le malade sur le bord du lit, les jambes pendantes, ce qui est quelquefois d'une manœuvre difficile, quand il existe de l'opistothonos, la contracture

©BIU Santé

des muscles du cou et du dos prend une nouvelle intensité, et il survient une contracture de flexion des genoux et quelquefois des coudes, à un tel degré que, quoiqu'on fasse, il n'est pas possible de faire dépasser aux membres, dans le sens de l'extension, un angle de 135° environ. C'est là un symptôme de diagnostic différentiel de la plus grande valeur et qui n'a pas encore fait défaut à l'auteur. Il pense être le premier à le mentionner. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, p. 829.) — R. L.

Abcès de l'orbite à la suite d'un coryza, par A. HARTMANN. — Deux semaines après le début d'un coryza, le malade avait ressenti subitement de violentes douleurs dans le côté gauche du front, et éprouvé un accès de fièvre; puis, en quelques heures, était survenu un exophtalmos prononcé, mais qui a un peu diminué au moment de l'examen, trois semaines après le début des accidents oculaires. Les mouvements de l'œil sont à peu près également entravés dans toutes les directions; il y a de la diplopie. A l'ophthalmoscope, on ne découvre d'anormal qu'une sorte de traînée horizontale qui va de la papille à la macula. Du pus de très mauvaise odeur s'écoule par la narine gauche, en plus grande abondance si on presse sur l'œil. On constate la présence d'un séquestre, qui est extrait. L'œil reprend peu à peu sa place dans l'orbite, et le malade quitte l'hôpital ne gardant qu'un très léger degré de diplopie. Schæffer a publié un cas semblable (*Prag. med. Woch.*, 1883, n° 20). Il s'agissait d'un soldat qui, à la suite d'un coryza, avait été pris d'accidents identiques : protusion de l'œil droit, suppuration abondante, de mauvaise odeur, par la narine droite; communication entre l'orbite et la cavité nasale, etc. Le malade mourut de méningite; on trouva, à l'autopsie, une méningite purulente de la base du cerveau, avec carie du plancher supérieur de l'orbite et un foyer purulent de la grosseur d'une noix ayant détruit les cellules ethmoïdales. Il resterait à savoir si, dans ces deux cas, uniques, pense l'auteur, le coryza du début n'était pas déjà symptomatique de la lésion osseuse. (*Berlin. klin. Woch.*, 1884, p. 325.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE; LES MÉDECINS DE NUIT ET LE CONSEIL MUNICIPAL.

Il fallait s'y attendre, le rapport de la huitième commission du Conseil municipal fait du bruit parmi nos confrères des Bureaux de bienfaisance. C'était là, peut-être, le but que les instigateurs de ces débats avaient en vue en mettant en suspicion d'honorables praticiens, et, sur la sellette municipale, toute une estimable corporation.

La Société médicale des Bureaux de bienfaisance s'en est émue, ce qui était justice, et a chargé M. Commenge de réduire à néant ces allégations dans un rapport dont il a donné lecture à ses collègues le 4 novembre dernier.

L'honneur de la corporation ne pouvait être confié à des mains meilleures et plus dévouées. Aussi ce rapport est riche en documents, qui prouvent la rapide extension du service médical à domicile. En 1862, nos confrères rendaient chaque année 148,000 visites environ à 50,000 indigents et donnaient 245,000 consultations. En 1883, les malades soignés à domicile s'élèvent à 70,000; les visites à 172,000; les consultations à 435,000. Aucune de ces années n'a été marquée par une épidémie ni une grande misère. Qu'en est-il dans des temps plus malheureux ?

En 1862, chaque médecin faisait, en moyenne, 840 visites à domicile; en 1883, il en fait 951. M. Commenge compte sur ces chiffres pour mettre en défaut les accusateurs de ses collègues. De plus, il signale la légèreté de ces allégations qu'aucun fait ne justifie dans le rapport de la huitième commission, et regrette avec raison l'absence « d'une « enquête qui, ajoute-t-il, aurait atteint les médecins oublieux de leur devoir... Faire « justice d'actes coupables nous eût semblé de toute équité, et frapper... eût paru préférable que d'atteindre la corporation tout entière » en prétendant que « le service « des Bureaux de bienfaisance se transforme de fait en service médical de nuit. » Cette accusation paraît d'autant plus grave qu'elle est gratuite, de l'aveu même du rapporteur qui la formule, dit-il, d'après « des abus présumables. »

On trouve encore, dans le mémoire de M. Commenge, des indications sur le fonctionnement du service médical de nuit. Si les médecins de nuit sont très nombreux daus les IXe et Xe arrondissements, ils sont rares dans les quartiers pauvres et en particulier dans les XIIe, XVe et XXe arrondissements où les indigents abondent, et où la population dispersée sur une vaste étendue manque souvent de secours. Ce fait démontre l'insuffisance de l'institution et son impuissance à répondre au but que ses organisateurs avaient en vue.

Au moment où la Société médicale des Bureaux de bienfaisance attendait la communication de M. Commenge, plusieurs conseillers municipaux déposaient des amendements au projet développé par M. Desprès au nom de la huitième commission. MM. Chautemps, Novarre et d'autres de leurs collègues, demandent que les médecins de bienfaisance donnent, la nuit et le jour, leurs soins aux indigents malades, à la condition, toutefois, que les malades soient déjà en traitement ou bien fassent mander le médecin avant quatre heures.

D'autre part, M. Robinet a la louable intention de détruire les abus du service médical de nuit sur lesquels on a fermé trop complaisamment les yeux et dont l'*Union médicale* a déjà entretenu ses lecteurs. A cet effet, il propose d'établir un *roulement rigoureux* entre les médecins de nuit; un autre *roulement non moins rigoureux* entre les accoucheurs de nuit, et, enfin, la faculté d'appeler le médecin de nuit d'un quartier voisin quand le poste de secours de ce quartier est proche du domicile du malade.

Ce sont là des intentions excellentes. J'en félicite leurs auteurs; mais, en terminant, j'ai aussi un vœu à émettre. Il est modeste, trop modeste peut-être, pour obtenir l'attention. C'est le vœu de voir le Conseil municipal établir un roulement non moins rigoureux dans son ordre du jour, de façon à adopter ces réformes pratiques et à rendre promptement justice aux médecins des Bureaux de bienfaisance. En outre, il réaliserait aussi les demandes que la Société médicale du XVIIe arrondissement formulait naguère dans une pétition, à laquelle l'administration, sourde et muette qui nous mène, n'a pas même encore répondu par un simple accusé de réception! — Ch. E.

P. S. — En finissant cet article, j'apprends que le Conseil municipal a terminé le débat par les résolutions suivantes :

1° Les médecins des bureaux de bienfaisance devront leurs services de jour et de nuit aux indigents. Pour les visites de nuit aux malades de leur circonscription, ils seront accompagnés par les agents, mais ces visites ne leur donneront droit à aucune indemnité;

2° La Préfecture de police est invitée à tenir la main à ce qu'il soit fait un roulement rigoureux entre les médecins de nuit;

3° Les malades pourront réclamer les secours médicaux au poste le plus rapproché de leur domicile et non pas exclusivement au poste de leur quartier. De plus, les médecins de nuit pourront se faire inscrire au poste le plus voisin de leur domicile.

Ces résolutions seront-elles mises à exécution par l'administration? C'est d'elle qu'il dépend maintenant de donner satisfaction aux intérêts des malades et aux légitimes revendications de nos confrères. — Ch. E.

THÉRAPEUTIQUE

De l'utilité d'un ferrugineux physiologique.

Le fait capital qui doit dominer la thérapeutique des anémies spontanées et des chloro-anémies, c'est la constatation bien évidente, dans ces cas pathologiques, de la diminution d'énergie des grandes fonctions. Avec de la pénurie hématique, il ne saurait y avoir de prospérité nutritive, et qui dit aglobulie dit fatalement amoindrissement des facultés d'assimilation et de réparation.

Dans l'anémie essentielle, comme dans la chloro-anémie, l'estomac, dont on a tant besoin pour administer le fer avec succès, le fer, qui seul relèvera l'hématopoièse, le pouvoir sanguificateur altéré, cet estomac, disons-nous, est le plus souvent dans un état déplorable, ne pouvant plus, ne sachant plus digérer, sollicitant des acides : salades,

©BIU Santé

fruits verts, etc... Et il ne saurait en être autrement, le sang appauvri ne fournissant plus qu'un suc gastrique d'autant moins riche que l'anémie est plus prononcée. Il est tout aussi évident que l'assimilation, c'est-à-dire le stade final qui, de la substance organique ou minérale, la fait organisée, vivante, et qui a pour conditions d'exécution les propriétés vitales de la matière organisée, se trouve compromise par l'amoindrissement de vitalité dû à l'état morbide.

Dans d'aussi précaires conditions de réceptivité médicamenteuse, une première obligation s'impose au praticien : celle de porter son choix sur un ferrugineux nullement onéreux à l'estomac et presque directement assimilable.

Le meilleur moyen d'être fixé sur la nature de cet agent, c'est de considérer quelles sont les transformations chimiques subies par les ferrugineux dans l'estomac et l'intestin. Soit donc une préparation insoluble, limaille ou fer réduit, et voyons ce qui va se produire. Arrivée dans l'estomac, elle s'y oxyde et se combine aux acides du suc gastrique; puis, trouvant des peptones, résultat de la digestion des albuminoïdes, et des alcalis, qu'elle rencontrera encore l'un et l'autre dans l'intestin, elle forme aussitôt des peptonates, des albuminoïdates doubles, et c'est sous cette forme stable, inoffensive pour le sang, qu'elle est finalement versée dans la circulation et assimilée.

Le fer n'entre dans l'économie, comme élément d'organisation, que combiné à une substance protéique nutrimentive. Voilà ce que viennent confirmer les travaux scientifiques les plus récents : ceux des Mitscherlich, Buchteim, Dietl, Scherpf, Vial, etc...

Il est assez naturel, dès lors, de voir, dans une combinaison de peptone et de fer, un fer physiologique, un *fer aliment*. Cette conception est d'ailleurs pleinement confirmée par l'étude clinique comparée du *peptonate de fer*, qui démontre très nettement que, de tous les ferrugineux, c'est le mieux toléré et celui qui donne les résultats les plus prompts et les plus constants.

Sel bien défini, dyalisable, hygrométrique, sans saveur styptique et atramentaire, le *peptonate de fer* est, si nous pouvons dire ainsi, du fer *adouci* qui s'offre à l'estomac avec le *bénéfice du travail d'absorption du médicament par l'aliment*, bénéfice analogue à celui que l'on retire, par exemple, dans le traitement mercuriel, de l'association de la liqueur de Van Swiéten au lait.

Quand nous avons dit que le choix judicieux d'un fer constituait pour le praticien une première obligation, nous entendions que là ne doivent pas se borner ses préoccupations et qu'il est non moins indispensable, et d'indication toute aussi rigoureuse, de donner, concurremment au fer, des stimulants locaux et généraux destinés à ramener l'activité nutritive.

C'est certainement, en s'appuyant sur de telles considérations qu'un pharmacien a eu l'heureuse idée d'associer le *peptonate de fer* aux ferments digestifs, *pepsine* et *diastase* dans une liqueur à base de stimulants diffusibles : *coca, cannelle* et *oranges amères* (*Elixir Hampton*).

Nous disons que l'idée est heureuse parce qu'une telle préparation nous paraît constituer en quelque sorte le *fer type*, répondant bien à ces trois desiderata de toute médication ferrugineuse, d'offrir à l'économie : un fer nullement onéreux à l'estomac et directement assimilable ; de légers stimulants de la muqueuse stomacale qui provoquent l'apport d'aliments ; des cordiaux diffusibles qui stimulent les fibres organiques, relèvent le taux de l'économie et favorisent ainsi la combinaison ultime du métal digéré avec le globule sanguin.

Et à propos de l'adjonction des ferments pepsine et diastase, il est tout à fait probable que leur action directe sur la chymification est d'assez minime importance et que leur rôle principal consiste à provoquer l'orgasme digestif. C'est de cette façon que, d'une manière générale, Gubler interprétait leur mode d'action : « Ces ferments naturels, dit-il, agissent surtout par l'activité plus grande qu'ils impriment à la muqueuse stomacale dont ils constituent le *meilleur des stimulants*. » Nous sommes entièrement de l'avis du célèbre maître, et il est constant que, dans la pratique journalière, nous trouvons dans l'*élixir Hampton*, grâce à cette association, un apéritif et un peptique extrêmement précieux dans l'état d'anorexie et de dyspepsie de la plupart de nos anémiques, en même temps qu'au point de vue de la reconstitution hématique, nous en

retirons des avantages trop remarquables pour hésiter à signaler cette préparation aux praticiens qui n'y auraient pas encore eu recours. Et nous savons, de reste, combien la thérapeutique martiale est encombrée de produits auxquels la pharmacologie fait revêtir les formes les plus diverses et les plus variées ; mais, dans cet excès même de productions, nous voyons, pour notre part, avec l'affirmation qui n'est plus à faire, de la valeur thérapeutique d'un agent aussi précieux que le fer, nous y voyons surtout le témoignage de tâtonnements et de mécomptes nombreux dûs à une médication toujours héroïque, lorsqu'elle est bien conduite.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 novembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de Me Augouard, notaire, qui annonce le décès de Mme Laborie, et informe en même temps l'Académie qu'elle lui laisse un legs assez important;

2° Une lettre de remerciements de M. de Ranse, récemment élu membre correspondant;

3° Des lettres de MM. Emile Rivière, Félix Brémond, Galezowski et Durand-Claye, qui se portent candidats pour la section à la place vacante dans la section des associés libres;

4° Une lettre de M. le docteur Surmay (de Ham) accompagnant l'envoi d'une brochure sur la résection et la suture du nerf médian.

M. Dujardin-Beaumetz présente : 1° au nom de M. le docteur Clementi Ferreira (de Rio-de-Janeiro), une brochure intitulée : *Contribution à l'étude clinique des applications thérapeutiques de l'antipyrine.*

2° En son propre nom, un exemplaire de la 4e édition de son ouvrage en trois volumes intitulé : *Leçons de clinique thérapeutique*, recueillies par le docteur Eug. Carpentier-Méricourt; — enfin une brochure intitulée : *Les nouvelles médications.*

M. Maurice Perrin présente, au nom de M. Gustave Jourdan, chef de bureau à la préfecture de la Seine, un exemplaire de la 3e édition d'un ouvrage intitulé : *Législation sur les logements insalubres.*

M. Cornil présente, de la part de M. le docteur Trouessart, un volume intitulé : *Les microbes, les ferments et les moisissures.*

M. Leblanc présente une brochure intitulée : *La péripneumonie bovine dans les Basses-Pyrénées.* Extrait du rapport des vétérinaires militaires délégués par M. le ministre de l'agriculture en 1884, cet ouvrage est offert au nom de M. Delamotte, vétérinaire en 1er au 12e régiment d'artillerie.

M. le Président présente, au nom de M. le docteur Vaslin (d'Angers), un ouvrage ayant pour titre : *Contribution à l'étude de la thoracoplastie ou empyème chronique pluriloculaire compliqué de trois fistules, traité et guéri par la résection costale, l'abrasion et le drainage.* (Comm. MM. Lannelongue, Richet et Polaillon.)

M. Trélat dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Abeille, une observation manuscrite intitulée : *Punaisie d'enfance ayant résisté à tous les traitements depuis douze ans, radicalement guérie par le fer rouge.*

M. Laboulbène dépose sur le bureau, au nom de M. E. Brasseur, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, un travail intitulé : *Chirurgie des dents et de leurs annexes.*

M. Brouardel présente, de la part de M. le docteur Paul Bruneau, un mémoire imprimé relatif à des *recherches sur les propriétés physiologiques du propylène.*

M. Henri Gueneau de Mussy présente 1° au nom de M. le docteur Ernest Brémond, une brochure ayant pour titre : *Traitement de la phthisie pulmonaire par l'huile essen-*

©BIU Santé

tielle de térébenthine ; — 2° au nom de M. le docteur Riant, une *Notice sur l'hôpital de Villepinte pour le traitement des phthisiques.*

M. Polaillon dépose sur le bureau :

1° De la part de M. Emile Serrant, chimiste, une brochure intitulée : *L'Aseptol ;*

2° Au nom de M. le docteur Martel (de Saint-Mâlo), un travail manuscrit ayant pour titre : *Du raccourcissement méthodique des os des membres dans le traitement des lésions avec destruction étendue des parties molles.* Comm. MM. Gosselin, Tillaux, Polaillon.

M. Vallin présente, au nom de M. le docteur Arragon, médecin-aide-major à Alençon, un mémoire *sur deux cas très rares d'anomalies dentaires.*

M. le docteur Ferrand, médecin de l'hôpital Laënnec, candidat pour la section de thérapeutique, lit un travail intitulé : *Traitement et prophylaxie de la phthisie pulmonaire ; le sanatorium d'Argelès.*

Après avoir indiqué les heureuses conditions du sanatorium d'Argelès, au double point de vue de la météorologie et de l'hygiène, et les bons résultats obtenus sur les malades qui y ont été traités jusqu'à ce jour, M. Ferrand termine par les paroles suivantes :

« Le professeur Fonssagrives publiait naguère, dans un grand journal, sur l'asile d'Argelès, une note dans laquelle on lit ces mots : « L'idée est donc passée dans la pratique et peut maintenant être jugée. Elle est excellente autant que généreuse, mais l'œuvre qu'elle a créée, comprimée par l'exiguïté de ses ressources, ne peut prendre le développement auquel elle est certainement appelée. »

« Le budget, alimenté par des cotisations, ne dépasse pas en effet 8,000 francs, et elle ne peut, dans ces conditions, et encore avec la plus grande parcimonie, entretenir que vingt jeunes filles. C'était assez, avant que l'expérience eût prononcé ; c'est peu de chose, en présence des résultats à atteindre. »

« Le suffrage de ce maître regretté est précieux, vu la haute compétence en ces matières. Venant de l'Académie de médecine, une parole d'encouragement serait plus précieuse encore.

« Si vous jugez que l'expérience a prononcé, votre approbation sera une récompense pour les efforts que cette œuvre a suscités, elle sera encore un gage de succès qui la rendra de plus en plus féconde. »

M. Lancereaux lit un travail intitulé : *Etude comparée des effets produits par les différentes boissons spiritueuses. — Conséquences à tirer de cette étude au point de vue de la prophylaxie de l'alcoolisme.* Voici les conclusions de ce travail :

« 1° Accorder une liberté absolue à la vente des boissons peu ou pas nuisibles, telles que cidre, bière et vin, à la condition que ces boissons soient de bonne qualité et non falsifiées.

« 2° Exercer une surveillance sur la fabrication des eaux-de-vie de grains, de betteraves et de pommes de terre ; accorder des primes d'encouragement pour améliorer ces liqueurs, soit en les débarrassant des substances nuisibles, soit en transformant ces substances en d'autres moins nuisibles et qui les rapprocheraient des alcools de vin.

« 3° Frapper les eaux-de-vie du commerce d'un impôt aussi élevé que possible suivant les lieux. Limiter le débit de ces liqueurs et exiger des débitants des *licences* sévères et une moralité reconnue.

« 4° Punir les personnes trouvées en état d'ivresse et établir des maisons de refuge pour celles qui ne peuvent éviter l'abus des liqueurs fortes. »

M. Leblanc lit un rapport, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bouley et Colin, sur un mémoire de M. le docteur Chassinat (d'Hyères), intitulé : *De la rage observée dans le département du Var.*

Le travail de M. le docteur Chassinat contient la relation d'une épizootie de rage qui a sévi dans le département du Var d'octobre 1884 à avril 1885. Cinquante cas de rage canine ont été observés ; on a constaté, en outre, quatre cas mortels de rage humaine.

A Hyères, dans une même famille, trois personnes furent mordues à la main et au

visage; sur ces trois personnes, une seule, celle qui avait été mordue, la seconde, succomba à la rage; elle avait, du reste, été traitée par la cautérisation, comme les deux autres qui n'eurent aucun accident.

M. le rapporteur croit devoir insister sur l'inobservation des règlements de police sanitaire de la part des autorités administratives auxquelles incombe le devoir de les faire respecter. Ainsi, le préfet du Var, au cours de cette épizootie, ne songea qu'au bout de six mois à rappeler à MM. les maires et agents municipaux les prescriptions de la loi du 21 juillet 1881. Pareille incurie s'est produite dans la plupart des départements, même dans celui de la Seine, même à Paris, où l'on voit errer sur la voie publique des milliers de chiens qui, à un moment donné, peuvent devenir des agents de contagion et de propagation de la rage.

Des statistiques, citées par M. Leblanc, des cas de rage constatés de janvier 1880 à octobre 1885, il résulte que les cas deviennent d'autant plus nombreux que l'application des règlements de police sanitaire est plus négligée. Dans les pays où ces règlements sont rigoureusement observés, la rage tend de plus en plus à disparaître. C'est ainsi qu'à Berlin, depuis un an, dans le grand-duché de Bade, depuis deux ans, il n'a pas été constaté un seul cas de rage, ce qui prouve que le mal peut être considérablement atténué, sinon complètement enrayé, si on le veut sérieusement.

« Il a paru utile à votre commission, dit en terminant M. le rapporteur, d'exprimer, à l'occasion du travail de M. le docteur Chassinat, le vœu qu'elle fait pour l'application des mesures sanitaires capables d'arrêter, en France, le développement de la rage. » M. le rapporteur propose, en outre, d'adresser des remerciements à M. le docteur Chassinat. (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT demande que M. Leblanc veuille bien rédiger des conclusions fermes qui, après avoir été soumises à l'approbation de l'Académie, seraient transmises à l'autorité compétente.

— A quatre heures quinze, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture de rapports, de MM. Léon Le Fort, Bergeron et Lagneau, sur les prix Amussat, Monbinne et Vernois, et ceux de M. Léon Le Fort, sur les candidats au titre de correspondant national dans la division de chirurgie, et de M. Empis, sur les candidats au titre d'associé national.

FORMULAIRE

MIXTURE CONTRE LE CATARRHE BRONCHIQUE. — Trastour.

Iodure de calcium	5	grammes.
Eau de chaux médicinale	100	—
Eau distillée	400	—

Faites dissoudre. — Une cuillerée à potage, au début des deux principaux repas, dans le premier verre d'eau rougie ou dans du lait, aux personnes atteintes de catarrhe des bronches. — L'usage de cette préparation devra être longtemps prolongé. — Révulsion fréquente sur le thorax, laxatifs répétés, balsamiques. — En cas d'oppression simulant l'asthme, antispasmodiques et calmants, en tête desquels figure la morphine à titre d'agent eupnéique. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La chaire d'histologie de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Schutzenberger (Paul) est nommé préparateur de la chaire de chimie minérale, en remplacement de M. Vienne, démissionnaire.

©BIU Santé

— Par décret, en date du 8 novembre 1885, M. le médecin-inspecteur Villemin a été, sur sa demande, placé, par anticipation pour cause de santé, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

Assistance publique. — MM. les médecins du Ier arrondissement de Paris sont informés que, le mercredi 9 décembre 1885, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance.

— M. F. Debray a soutenu devant la Faculté des sciences de Paris, le 11 novembre 1885, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Études comparatives des caractères anatomiques. »

Ecole pratique des Hautes-Études. — Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude comparative de la structure intime des tissus constitutifs des animaux, ont lieu tous les jours, de midi à cinq heures, au laboratoire d'anatomie comparée et d'histologie zoologique, rue de Buffon, 55, sous la direction de M. G. Pouchet, professeur au Muséum d'histoire naturelle.

Les élèves devront se faire inscrire auprès du moniteur, M. E. Bovier-Lapierre.

— Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie de la Faculté de médecine de Paris est ouvert à l'École pratique, 2, rue Vauquelin, à partir du mardi 10 novembre 1885, les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de neuf heures à onze heures du matin.

Ces travaux sont obligatoires pendant le semestre d'hiver pour tous les élèves de seconde année. Les inscriptions seront reçues de neuf heures à onze heures du matin au bureau du surveillant général de l'École pratique, sur présentation de la quittance à souche constatant le versement des droits afférents à la cinquième inscription. Une carte d'admission sera délivrée; cette carte indiquera à chaque élève la série qui lui sera assignée et dont il ne pourra changer sous aucun prétexte. Les étudiants de deuxième année qui négligeraient de se faire inscrire sont prévenus que les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Protection de l'enfance. — Le dimanche 25 octobre a eu lieu à Caen, sous la présidence de M. le docteur Rochard, la distribution des récompenses aux médecins inspecteurs et aux nourrices du service de la protection de l'enfance dans le département du Calvados. Cette cérémonie a permis de constater de nouveau les excellents résultats obtenus par ce service, grâce à l'active intervention de M. le préfet Monod et de M. l'inspecteur Henri Lefort.

Hôtel-Dieu. — M. le docteur Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra ses leçons de clinique des maladies des femmes, le mardi 24 novembre 1885.

Tous les jours, exercices cliniques, salle Sainte-Marie. — Le jeudi, consultation avec examen au spéculum. — Le mardi et le samedi, leçons dans l'amphithéâtre Desault.

— Un de nos confrères désire céder plusieurs collections de journaux et publications périodiques de grande valeur qu'il possède.

Parmi ces collections figurent : les *Bulletins de la Société anatomique*, de la *Société de biologie*, de l'*Académie de médecine*, la *Revue des sciences médicales de Hayem*, la *Revue mensuelle de médecine*, le *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, le *Journal de Brown-Séquard*, les *Archives de physiologie*, les *Archives générales de médecine*, les *Archives de tocologie*, les *Annales de gynécologie*, etc.

S'adresser au bureau du journal.

Dyspepsies. — Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez. — Exp. de MM. Archambault, Gubler, etc. (*Envoi franco échantillons*).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. L. Deligny : Observation d'un cas d'éruption simultanée d'eczéma et d'impétigo sur un même sujet. — II. Chassagny : Nouveau forceps. — III. Bibliothèque. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Variétés. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie.

Observation d'un cas d'éruption simultanée d'eczéma et d'impétigo sur un même sujet.

A propos de l'intéressant article de M. Eloy sur l'impétigo (*Union médicale*, 15 octobre 1885), je crois intéressant de rapporter l'observation suivante. La malade, sujet de cette observation, a été vue, avec moi par M. le docteur Revilliod, de Genève.

Mlle M..., de Saint-Etienne, est envoyée à Saint-Gervais vers le milieu du mois de juillet 1885. Elle est âgé d'environ 30 ans et a toujours été d'une bonne santé, mais toujours aussi très nerveuse. Jamais elle n'a eu ni affections cutanées, ni migraines, ni dyspepsie, ni rhumatisme, et il n'y a, dans sa famille, aucun antécédent à signaler.

Il y a deux ans, *à la suite de très grands chagrins*, elle eut une poussée intense d'eczéma qui envahit toute la face, les oreilles, le cou jusqu'au niveau des épaules, et les deux mains; le cuir chevelu était intact. Après cette première poussée, elle en eut d'autres successivement, à des intervalles plus ou moins éloignés; mais, à partir du mois d'avril 1885, ces poussées se succédèrent plus rapprochées, de telle sorte que la malade ne put quitter la chambre pendant trois mois. Désireuse de modifier cet état qui la désespérait, elle profita d'une période de calme pour venir à Saint-Gervais.

Elle arriva à la station thermale à quatre heures de l'après-midi; je la vis dès son arrivée et elle me dit que sa première sortie, depuis trois mois, avait été pour faire ce voyage très long, qu'elle avait voyagé nuit et jour et avait fait, en voiture découverte, le trajet de Genève à Saint-Gervais, lequel est d'une durée de six heures. Elle ajoutait que, pendant la route en voiture, elle avait éprouvé des picotements à la face et aux mains, que ces phénomènes annonçaient toujours une poussée, et qu'elle redoutait de la voir se produire.

A l'examen, je trouve quelques lésions eczémateuses sèches aux oreilles, aux sourcils, au pourtour de la bouche, aux coins du nez ; la peau des mains est rugueuse, un peu

FEUILLETON

CAUSERIE

L'opération d'Alexander et le progrès en chirurgie. Si c'est là le progrès, à bas le progrès !

Les *Annales de gynécologie* ont publié, dans leur dernier numéro, le compte rendu d'une discussion qui eut lieu à la Société obstétricale d'Edimbourg, et qui m'a jeté dans une grande perplexité. J'allais justement pratiquer une opération d'Alexander sur une jeune dame affectée de rétroversion utérine, qui souffre beaucoup de cette infirmité, qui pourrait, comme tant d'autres, avoir une existence très supportable en ayant recours aux bons offices d'un des nombreux pessaires perfectionnés (tout est très perfectionné à notre époque) qu'on invente chaque jour, mais qui, trop impatiente, veut être débarrassée très vite de ses douleurs, et aller et venir comme tout le monde. Heureusement la chirurgie moderne a imaginé un moyen de remédier rapidement à la rétroversion de l'utérus ; il s'agit tout simplement d'ouvrir le canal inguinal, de saisir solidement le ligament rond, de l'attirer au dehors jusqu'à ce que l'utérus ait repris sa place, puis de le fixer là, et de terminer le tout comme pour la cure radicale de la hernie. Vous voyez que c'est excessivement simple. C'est l'enfance de l'art, quoi. Voilà donc le cas, et, parfaitement convaincu, d'après les récits de divers journaux et le bruit favorable qui court sur cette opération, de son innocuité, de sa rapidité d'exécution et

©BIU Santé

desquamante, et il existe aussi des lésions eczémateuses sèches au-dessous des seins et à la ceinture. En somme, des lésions de peu d'importance, vestiges d'une poussée antérieure. La peau est chaude, il y a un peu de fièvre, la malade est fatiguée et se couche.

Deux heures après, une rougeur érythémateuse envahissait toute la face, les oreilles et le cou, et, sur cette surface, se formaient des vésicules très distinctes, un peu plus grosses qu'une tête d'épingle, qui se rompaient aussitôt formées, et fournissaient une sérosité citrine qui inondait la face et le cou. En essuyant avec un linge les parties humides, on constatait, à la place ou s'étaient formées les vésicules, un pointillé rougeâtre constitué, à l'examen à la loupe, par une multitude de petites dépressions d'où s'écoulait la sérosité. L'aspect de cet eczéma était certainement celui de l'eczéma vulgaire, classique, eczéma vésiculeux.

Mais, *en même temps*, se produisaient sur les mains d'autres accidents : à la face dorsale du poignet et des mains, à la face latérale des doigts, et au pourtour des articulations phalangiennes, se formaient des pustules arrondies, les unes isolées, les autres par groupes, qui se rompaient successivement et laissaient s'écouler un liquide compacte, jaunâtre, melliforme, formant des sortes de stalactites, *melitagra procumbens, dartre crustacée stalactiforme* d'Alibert. En faisant tomber cette matière, on voyait la peau rouge, exulcérée, donnant naissance à une nouvelle sécrétion de même nature, que je voyais s'accumuler sous mes yeux. En un mot, l'éruption des mains était tout à fait différente de l'éruption concomitante de la face, elle avait tous les caractères de l'impétigo.

Je fis appliquer sur la face des compresses d'eau de laitue, et, sur les mains, des cataplasmes de fécule. La poussée évolua en quinze jours, s'éteignit peu à peu, et la malade. désireuse de pouvoir faire une cure thermale, attendait avec impatience le moment propice.

Le 6 août, toute inflammation avait disparu, la peau de la face était sèche, desquamait en lambeaux; aux mains, les surfaces exulcérées étaient recouvertes de croûtes sèches, sous lesquelles ne se formaient plus de nouveaux produits de sécrétion. L'état général n'était pas mauvais ; je pensais pouvoir, au bout de quelques jours, commencer le traitement thermal. Mais, le 8 août, les règles apparurent, et, sous leur influence, une nouvelle poussée se fit, avec les mêmes caractères : eczéma vésiculeux à la face, impétigo aux mains. A ce moment, le docteur Revilliod vit avec moi la malade, et, comme moi, constata et s'étonna de la diversité de forme, si nette des lésions.

Mais, avec cette seconde poussée, et au moment où elle était à son maximum d'in-

---

de son efficacité, j'étais tout à fait disposé à la pratiquer, sans que ma conscience parût proférer le plus léger murmure.

Mais ce compte rendu fâcheux a arrêté ma main, car il met en question les trois termes qui militent en faveur de l'opération, c'est-à-dire le *tuto*, le *cito*, — et le *jucunde*, à savoir l'efficacité, qui permet à l'opérée de jouir de l'intervention chirurgicale. Les premières lignes de ce document précieux sont seules favorables à cette intervention.

Vous lisez, en effet, tout d'abord, que M. Alex. Sainclair a fait une communication sur un cas d'Alexander-Adam..... Ici je m'arrête, car ce début augmente encore ma perplexité; je me figurais, en effet, que l'opération portait le nom d'Alexander seul, et je vois qu'on lui en a adjoint un autre, probablement parce qu'il s'est élevé une question de priorité entre deux chirurgiens et que, pour les mettre d'accord sans rien trancher, on les a mis dos à dos sur le papier, — comme cela se fait à chaque instant, depuis que la mode est venue de donner aux maladies, aux méthodes et procédés opératoires le nom des médecins qui les ont les premiers ou le mieux décrits. — Mais vous verrez qu'un beau jour les chirurgiens français se rappelleront que cette opération a été proposée il y a quarante ou cinquante ans par leurs anciens maîtres, et qu'on pourrait peut-être bien lui donner le nom de Récamier ou d'un autre gynécologue de son temps.

Bref, cette opération d'Alexander, pratiquée par M. Sainclair, a eu un excellent résultat, dont l'a félicité son collègue M. H. Croom. Celui-ci estime que cette opération permettra de guérir certaines femmes de déplacements contre lesquels les anciennes méthodes restent à peu près impuissantes. C'est absolument ce que je pensais jusqu'à

tensité, se produisirent des troubles nerveux graves; pendant cinq heures consécutives, la malade eut, coup sur coup, des syncopes, avec arrêt du pouls et de la respiration, que je ne pus dominer qu'à l'aide d'une stimulation énergique.

Ces accidents et ceux de la peau disparus, il resta un tel état de faiblesse que je jugeai impossible de faire en ce moment une cure balnéaire.

J'ai cru devoir détailler cette observation, parce que, à mon avis, elle est intéressante à plusieurs points de vue.

Tout d'abord, quelle est l'explication pathogénique de cet eczéma? On ne trouve aucune indication ni dans les antécédents héréditaires, ni dans les antécédents personnels de la malade; elle s'est toujours bien portée, n'avait jamais eu aucune manifestation cutanée; il n'y a ni rhumatisants, ni goutteux, ni dartreux dans sa famille. Tout au plus existait-il chez elle, avant l'eczéma, un peu de chloro-anémie. Mais elle était extrêmement nerveuse, et les grands chagrins qui avaient précédé sa poussée d'eczéma avaient augmenté son état nerveux au point qu'elle dut faire un traitement par le bromure de potassium.

Ce traitement peut-il avoir provoqué les troubles cutanés? Je ne le crois pas, car il n'a pas été continué un assez long temps et à d'assez hautes doses.

N'est-il pas rationnel, dans ce cas, de penser que cet eczéma est un eczéma d'origne nerveuse, trouble trophique de la peau déterminé chez une personne très nerveuse par un affaiblissement résultant de peines morales persistantes. La femme de chambre de cette personne me disait avoir observé que chaque poussée avait coïncidé avec une circonstance renouvelant le chagrin de sa maîtresse.

L'étiologie nerveuse me paraît encore démontrée : 1° par l'absence de toute autre cause pathogénique; 2° par la rapidité d'invasion des poussées; 3° par l'influence de la menstruation; 4° par la symétrie parfaite des lésions, même aux mains.

Un autre point est encore intéressant, c'est celui qui concerne la forme

---

ce moment. Mais M. Croom, comme ce personnage célèbre des *Faux Bonshommes*, corrige immédiatement son enthousiasme. Il s'étonne qu'on ait dit que, pour Alexander, l'opération est d'une exécution facile; car lui-même, M. Croom, l'a pratiquée dans un cas, et il a éprouvé les plus grandes difficultés dans la recherche de l'extrémité du ligament rond. Il est persuadé que son exécution prit au moins une heure. Et le premier temps lui parut tellement long qu'il ne se crut pas autorisé à compléter l'opération par la recherche et le raccourcissement du second ligament. La malade garda le lit plusieurs semaines, durant lesquelles il s'écoula par la plaie une grande quantité de pus. Mais elle put, à la fin du mois, rentrer chez elle complètement guérie de sa rétroversion et débarrassée de tous les malaises qu'elle entraînait. Il pense qu'avec un peu plus d'expérience, on arrivera à faire l'opération plus rapidement, et il est persuadé que, bien faite, elle donnera les meilleurs résultats. — Très bien, mais qui paiera les frais de cette expérience?

Ainsi, moi qui me figurais que l'opération était facile et d'une exécution rapide! Et voilà que M. Croom vient me dire qu'il a éprouvé les plus grandes difficultés à la pratiquer, et qu'après avoir cherché *pendant une heure un des ligaments ronds*, il a mieux aimé renoncer à trouver l'autre que d'être obligé de le chercher aussi longtemps! Et M. Croom n'est pas le seul, car, après lui, M. S. Keith, un des plus éminents gynécologues du Royaume-Uni, est venu déclarer qu'il s'associait aux remarques de son collègue touchant les difficultés que comporte la recherche des extrémités des ligaments ronds. Dans un cas de sa pratique, l'opération dura au moins une heure et demie.

Une heure et demie à diviser entre deux ligaments ronds, cela fait une moyenne de

©BIU Santé

tout à fait différente des lésions, à la face et aux mains : eczéma vésiculeux à la face, impétigo aux mains.

Il me semble que, dans ce cas de développement simultané, cette coexistence n'est pas en faveur de l'opinion qui veut faire à l'impétigo une individualité clinique ; elle serait, au contraire, une preuve à l'appui de l'opinion professée par M. Hardy, que l'impétigo n'est qu'une variété d'eczéma et que la seule différence consiste dans le degré de l'inflammation, plus intense dans l'impétigo, déterminant des pustules au lieu de vésicules.

C'est aussi la manière de voir de l'école allemande ; Hebra et Kaposi ne reconnaissent pas l'impétigo comme une affection cutanée indépendante ; pour eux, l'impétigo résulte de la transformation purulente rapide du contenu des vésicules eczémateuses.

Dr L. DELIGNY.

Nouveau forceps.

Conférence du docteur Chassagny.

M. le docteur Chassagny (de Lyon) a fait, dimanche 15 courant, dans un des amphithéâtres de l'Ecole pratique, une conférence dans laquelle il a montré et décrit un nouveau forceps, qu'il a longuement comparé avec le forceps croisé généralement adopté et dont il se déclare l'adversaire ardent et convaincu.

Ce forceps, dont nous donnons ici le cliché, est constitué, comme tous les forceps, par l'ellipse classique ; seulement à la partie inférieure de cette ellipse, au lieu de se croiser pour former l'articulation, les branches changent de direction, elles divergent à droite et à gauche, et vont s'articuler à l'extrémité manuelle aux deux extrémités d'une traverse de 15 centimètres de longueur.

Il résulte de ces différences de construction que le forceps croisé forme un V ouvert aux extrémités des cuillers, et dont le sommet est à l'articulation. Le nouveau forceps, au contraire, forme un Λ renversé dont le sommet est aux extrémités des cuillers et dont l'ouverture est aux extrémités manuelles.

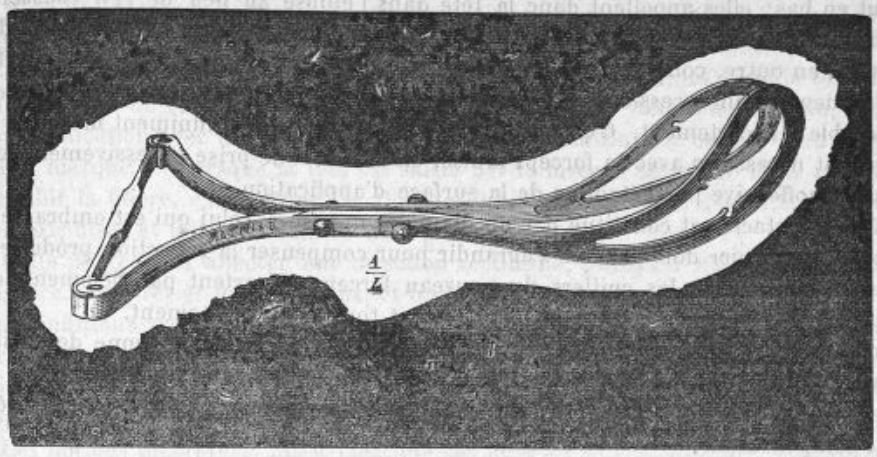
Lorsqu'une tête pénètre dans le V du forceps croisé, si les branches ont été introduites un peu profondément, les côtés de la partie inférieure de l'ellipse ne peuvent se

---

trois quarts d'heure pour chaque ligament. Ainsi, on peut être exposé à errer comme cela à l'aventure pendant TROIS QUARTS D'HEURE OU UNE HEURE dans le canal inguinal avant de trouver le ligament rond !!! Que diable peut-on bien faire pendant trois quarts d'heure dans le canal inguinal avant de trouver ce fameux ligament? Et si des gynécologues de profession, qui doivent connaître sur le bout du doigt jusqu'aux moindres filets nerveux ou fibreux de cette petite région, se noient en quelque sorte dans ce malencontreux canal, puisqu'ils abandonnent la partie, comment moi, pauvre petit chirurgien, pourrai-je m'en tirer? Ceci demande réflexion. Prenez patience, ma chère dame, prenez patience !

Mais au moins, quand l'opération est terminée, l'opérée est-elle à l'abri de tout danger, et la guérison est-elle radicale ? Peuh ! couci couci. Voyez l'opérée de M. Croom : elle fut obligée de garder le lit pendant plusieurs semaines, et, pendant ce temps-là, il s'écoula par la plaie une grande quantité de pus. Cette grande quantité de pus n'est pas sans m'effrayer ; car, d'où venait-elle? Du canal inguinal ? Sans doute, elle en sortait ; mais il ne peut à lui seul fournir une grande quantité de pus, et je m'imagine que, tout le long du cordon, il y avait une inflammation assez vive qui devait donner naissance à tout ce pus. Mais alors, dans quel état se trouvait donc la fosse iliaque? Et si le péritoine s'était enflammé? Je tremble à la seule pensée d'un tel événement ! Et je ne suis pas plus rassuré par la lecture du fait de M. Keith, car sa malade dut rester au lit cinq semaines, deux de plus que celle de M. Croom, jusqu'à parfaite cicatrisation des plaies.

rapprocher sans glisser jusqu'à ce que les extrémités soient arrivées en éventail; il se produit un glissement par pression. Ce glissement est d'autant plus prononcé que la tête est plus volumineuse, de telle façon que les têtes pénètrent d'autant moins dans l'ellipse qu'elles devraient y pénétrer davantage. Aussi tous les auteurs sont-ils unanimes à reconnaître que les forceps ont dûs être construits pour s'adapter aux têtes de dimensions moyennes, privant ainsi du benéfice de l'instrument les enfants les plus forts, les plus vigoureux, ceux surtout qui causent le plus souvent des dystocies.



Les branches du nouveau forceps, au contraire, s'éloignent ou se rapprochent l'une de l'autre en restant toujours presque complètement parallèles, de manière à saisir également bien les têtes de toutes les dimensions; elles peuvent s'adapter passablement bien, même à une tête d'adulte, et réaliser sur elle une prise assez sérieuse.

En second lieu, les pressions que le forceps croisé exerce sur la tête sont obliques de bas en haut et tendent toutes à la chasser, et elles la chassent jusqu'à ce qu'elle soit retenue par l'extrémité fortement recourbée des cuillers; il faut donc serrer très énergiquement les branches pour s'opposer au glissement, et quelle que soit la force qu'on emploie, il se produit toujours, au moment de la traction, un glissement longitudinal jusqu'à ce que les extrémités trouvent un point solide du squelette qui les arrête, et alors la partie moyenne des cuillers s'est écartée de la tête, qui n'est plus serrée que par les extrémités.

Quant au résultat final, il n'est guère non plus de nature à faire chanter victoire au bout de cinq semaines. En effet, chez la malade de M. Keith, neuf semaines après, l'utérus était légèrement antéfléchi; ce qui pouvait être considéré comme d'un bon augure; mais, deux semaines plus tard, les douleurs anciennes réapparaissaient, en même temps qu'un état de rétroversion presque aussi accusé qu'avant l'opération. Et M. Keith devient alors aussi perplexe que moi, et, après s'être consulté lui-même, se demande pour quelle raison les ligaments ronds ne se détendraient pas de nouveau, alors que la cause réelle du déplacement subsiste encore.

Mais alors, que deviennent les succès annoncés à grands coups de presse par les opérateurs aussitôt que leurs malades sont sorties de leurs mains? Qui me dit que l'opérée de M. Sainclair, qui a causé tant de joie à son chirurgien, va rester à l'abr des accidents qui ont nécessité l'opération, et que son utérus ne va pas reprendre la position horizontale qui convenait si mal, à la vérité, à ses ligaments relâchés, mais qu'ils étaient la seule à pouvoir conserver? Qui me dit que l'utérus de l'opérée de M. Croom, qui avait eu l'heureuse chance de pouvoir se redresser, bien qu'on n'eût raccourci qu'un seul de ses ligaments, ce qui, entre parenthèses, a dû fortement le faire tourner sur son axe, va pouvoir rester droit, alors que celui de la malade de M. Keith, soutenu des deux côtés, s'est affaissé paresseusement au bout de quelques semaines?

Ainsi, du *cito*, du *tuto* et du *jucunde*, rien ne reste ! Aussi en suis-je réduit à adopter l'opinion de M. Keith, et à me dire comme lui : « *Je ne suis pas convaincu que l'opéra*

©BIU Santé

Avec le nouveau forceps, les extrémités des cuillers arrivent premières au contact ; et, si les branches étaient rigides, elles détermineraient infailliblement des lésions dangereuses ; mais, grâce à leur longueur, grâce à la courbure peu prononcée de l'ellipse, grâce aussi au peu d'épaisseur du métal, les cuillers fléchissent dans leur partie moyenne, elles se rapprochent de la tête, sur laquelle elles se moulent d'une manière absolument exacte, déterminant ainsi des pressions sur de très larges surfaces. De plus, les forces déterminées par la pression exercée sur les branches sont obliques de haut en bas ; elles appellent donc la tête dans l'ellipse au lieu de l'en chasser ; la tendance au glissement longitudinal est ainsi complètement annulée. La solidité de la prise sera, en outre, complétée par les extrémités des cuillers, qui, après avoir fléchi sous l'influence d'une pression très minime, ont, par cette flexion, acquis une résistance considérable à l'écartement. C'est ainsi qu'avec une pression infiniment moindre que celle qui est nécessaire avec le forceps croisé, on réalise une prise excessivement solide et rendue inoffensive par l'étendue de la surface d'application.

Lorsque l'obstacle est constitué par un diamètre opposé à celui qui est embrassé par le forceps, ce dernier doit pouvoir s'agrandir pour compenser la réduction produite par le bassin ; dans ce cas, les cuillers du nouveau forceps s'écartent parallèlement, elles embrassent une tête plus grosse, et l'embrassent tout aussi exactement.

Avec le forceps croisé, au contraire, un écartement de la partie moyenne des cuillers en amènerait un beaucoup plus considérable des extrémités ; le glissement serait inévitable ; l'accoucheur est donc obligé de redoubler d'énergie pour s'opposer à tout écartement compensateur.

Si l'obstacle existe sur les côtés du bassin, soit par le fait d'un rétrécissement du diamètre transverse, soit par celui d'un bassin rétréci dans toutes ses dimensions, soit encore qu'il résulte de l'excès du volume de la tête, c'est par l'intermédiaire du forceps que devra se faire la réduction du diamètre qu'il embrasse, et alors elle se fera d'autant plus difficilement que la courbure de l'ellipse sera plus prononcée, qu'elle pourra moins se redresser, en un mot qu'elle augmentera davantage les dimensions du diamètre embrassé. La vérité de cette proposition est démontrée par une expérience consistant à apprécier la pression déterminée par une presse serrant la tête par l'intermédiaire du forceps, pour en réduire d'un centimètre les dimensions.

Une tête en caoutchouc est munie à l'intérieur d'un mécanisme qui en amène l'allongement par un procédé analogue à celui qui se produit dans une tête naturelle, c'est-à-dire par le redressement de ses arcs osseux. Cette tête étant saisie avec le nou-

---

tion puisse un jour entrer dans la pratique courante, en raison non seulement de l'échec qui peut la suivre, mais encore des accidents qu'elle entraîne parfois et du temps long, en certains cas, que les plaies mettent à guérir. »

Que vais-je conseiller maintenant à ma malade ? Car ce n'est pas tout de lui recommander la patience ; à moins d'y joindre le décubitus prolongé en sens inverse, c'est-à-dire sur sa face antérieure, je ne vois pas trop ce que mes exhortations pourraient produire. Eh bien, j'ai trouvé à la fin de cette discussion une inspiration qui me paraît assez heureuse. Elle m'a été donnée par la déclaration de M. Smart.

Cet honorable confrère n'a jamais vu, dit-il, le docteur Alexander opérer, mais il a failli le voir. Récemment, il lui avait demandé de raccourcir les ligaments ronds chez une femme qui lui paraissait être dans des conditions excellentes pour être opérée ; mais diverses circonstances empêchèrent l'opération. La malade fut alors traitée par les douches chaudes combinées à l'usage d'un pessaire approprié au cas, et la guérison fut parfaite.

Ainsi cette femme, considérée comme présentant toutes les indications requises pour être opérée, manque de l'être, et guérit grâce à un pessaire et à quelques douches ! Mais alors, celles qui ont été opérées, et qui présentaient aussi toutes les indications nécessaires, auraient donc pu guérir sans opération ! Que voilà une malade heureuse d'avoir été, comme Napoléon Ier, favorisée par les circonstances ! Et ma malade aussi peut s'estimer heureuse d'avoir été favorisée par les circonstances qui ont fait que j'ai lu ce bienheureux compte rendu, car elle ne sera pas opérée, ni d'Alexander, ni d'Adam !

veau forceps, et soumise à l'action de la presse, il faut, pour en réduire le diamètre d'un centimètre, une pression de 35 kilogrammes; il en faut 80 pour obtenir la même réduction avec le forceps croisé ; dans le premier cas, la pression des extrémités est à peu près nulle ; elle est considérable dans le second.

Il résulte de tout ce qui précède que les efforts de traction doivent être infiniment moindres, lorsque la tête est saisie par le nouveau forceps, que lorsqu'elle est embrassée par le forceps croisé.

Pour démontrer la justesse de cette proposition, la tête saisie par le nouveau forceps est engagée dans une filière constituant un rétrécissement d'un centimètre de chacun des diamètres transverse et longitudinal, il faut 30 kilogrammes pour la lui faire franchir, de plus un tube de caoutchouc, émergeant de cette tête pleine d'eau, est mis en communication avec un tube en verre gradué par centimètre cube ; l'eau arrive à un point marqué 0. Lorsque la tête est saisie par le forceps croisé, il faut, pour lui faire franchir la filière, exercer une traction de 70 kilogrammes ; 11 centimètres cubes d'eau sont expulsés et montent dans le tube gradué.

Cette filière a dû affecter une direction rectiligne, puisqu'il ne s'agissait pas, dans l'espèce, d'apprécier les directions, et qu'il fallait surtout placer les deux forceps dans des conditions parfaitement identiques. Quelle que soit la forme de la filière du bassin, lorsque le diamètre transverse sera trop étroit, les côtés constitueront toujours une filière qui produira nécessairement des résultats tout à fait analogues, que cette filière appartienne à un canal courbe ou à un canal rectiligne.

Ces notions théoriques, aussi bien que ces preuves expérimentales, sont parfaitement confirmées par une pratique déjà nombreuse. Dans toutes les applications du forceps, même dans celles terminées par des efforts considérables de traction manuelle ou mécanique, l'instrument ne laisse que des traces insignifiantes et transitoires, remarquables surtout par leur étendue. Ces traces sont portées au maximum dans les régions correspondant à la partie moyenne des cuillers, elles sont à leur minimum aux extrémités, lesquelles n'impriment absolument aucune marque, lorsque l'instrument est appliqué sur une région d'une convexité engendrée par un rayon plus petit que celui qui a engendré la concavité des cuillers, sur une bosse frontale, par exemple. Dans ce cas, l'extrémité de la cuiller dépasse le rebord orbitaire et c'est à ce point que s'arrête l'impression marquée sur la tête.

Combien je regrette, et combien plus encore doivent le regretter les opérées elles-mêmes, que des circonstances heureuses n'aient pas empêché leur chirurgien d'ouvrir leur canal inguinal et d'y fouiller pendant une heure, en les exposant aux plus grands dangers, sans aucun bénéfice !

Et je répète : sans aucun bénéfice. Car, ainsi qu'un de nos jeunes accoucheurs va l'apprendre incessamment à ceux qui ne le savent pas, le ligament rond, dans la rétroversion, atteint une longueur de 30 centimètres au minimum ; or, suivez bien mon raisonnement, quand on a, suivant le *modus agendi* des Alexandériens, réséqué 5 centimètres de ce ligament, est-ce que vous vous figurez que l'utérus est remis dans sa situation normale ? A d'autres ! Et encore je suppose qu'on est tombé sur un utérus exempt de toute adhérence avec sa couche anormale, que j'appelerais volontiers adultérine, si j'osais m'exprimer ainsi ; mais s'il existe des adhérences entre sa face postéro-supérieure et le cul-de-sac où il git depuis des années le plus souvent, hypothèse qui est très vraisemblable, n'est-il pas vrai, est-ce que vous vous figurez qu'en tirant sur le ligament rond, de façon à le faire sortir de 5 centimètres au dehors, vous avez décollé l'utérus et l'avez remis debout ? Naïfs, va ! Vous avez allongé le ligament rond de 5 centimètres de plus, et voilà tout ! Et voilà comme, dans les cas prétendus guéris, au bout de quelques semaines l'utérus a allongé sa courroie de quelques centimètres et a repris sa fâcheuse position.

Et l'on vient blâmer les chirurgiens français de ne pas accueillir à bras ouverts toutes les nouveautés opératoires qui nous arrivent de l'étranger! Et quand ils se refusent à

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE THERMOMÉTRIE MÉDICALE, par M. P. REDARD. — 1885. Paris, J.-B. Baillière.

Il fallait une véritable ardeur et une patience digne de tout éloge pour réunir et collationner les innombrables documents dont M. Redard s'est servi dans l'élaboration et la rédaction de cet ouvrage. Déjà, en 1877, notre distingué confrère avait en partie exploré ce sujet dans ses *Etudes de thermométrie clinique*, dont la reproduction remplit heureusement les vingt-cinq premiers chapitres du livre actuel.

Ces chapitres ont pour objet le problème, intéressant pour le physiologiste et pour le médecin, des abaissements de température et de l'algidité centrale. Pour le résoudre, M. Redard s'adresse aux diverses sources d'information clinique : à la physiologie normale, au moyen de laquelle il détermine la température aux divers âges; les rapports de la température axillaire et de la température rectale; les fluctuations de la chaleur animale au-dessous du niveau normal; à l'expérimentation, qui rend compte de l'action du froid extérieur, des bains, de l'immobilité, du balancement, de l'inanition et des hémorrhagies; enfin, à l'observation des malades, qui conduit à discuter la valeur diagnostique et pronostique des abaissements de température dans les maladies chroniques, les cardiopathies, les affections respiratoires, les lésions du système nerveux, les maladies aiguës et fébriles, les traumatismes et les opérations chirurgicales.

De ces remarques aux applications thérapeutiques, la distance est courte. Aussi M. Redard termine-t-il cette première partie de son ouvrage en exposant la médication générale des abaissements de température. Il constate que le réchauffement doit se faire promptement et avoir pour complément l'administration des médicaments stimulants et, parmi eux, des injections sous-cutanées d'éther.

Les vingt-sept chapitres de la deuxième partie roulent sur la thermométrie locale, question redevenue actuelle par les travaux de Demarquay, Broca, Peter, et d'autres médecins contemporains. Ici, d'ailleurs, M. Redard n'est pas seulement l'historien fidèle et le critique autorisé des travaux de ces dernières années, il est l'auteur de recherches personnelles et l'inventeur d'un ingénieux appareil de mensuration de la chaleur. Ses observations lui ont permis d'établir, avec une précision jusqu'ici inconnue, les lois de la répartition de la chaleur dans les diverses régions du corps, de ses oscillations allant de 2 à 6 degrés, de ses modifications sous l'influence du milieu extérieur et du milieu intérieur.

---

ouvrir leur trousse pour expérimenter ces nouveautés sur leurs malades, on les accuse d'être rétrogrades, et d'être les ennemis du progrès de leur art! Un éminent publiciste, M. E. Lockroy, résumant et critiquant en 1871 les fautes politiques du gouvernement français d'alors, s'écriait : « Si c'est là le progrès, à bas le progrès! » A mon tour, adoptant sa formule, je me permettrai de dire : « Si le progrès en chirurgie consiste à pratiquer des opérations difficiles, dangereuses, et sans aucun bénéfice pour les opérés, et cela pour remédier à des affections qui peuvent être sinon guéries, du moins très améliorées par des moyens simples, innocents, efficaces et à la portée de tous les praticiens, — si c'est là le progrès, à bas le progrès! »

Heureusement que, pour la chirurgie française, le progrès est assis sur des bases plus solides.

SIMPLISSIME.

Le gouvernement russe vient de prendre, au sujet de la profession de dentiste, certaines mesures. Il a décidé qu'à l'avenir, pour ouvrir un cabinet de dentiste et pratiquer l'art dentaire, il sera nécessaire d'avoir passé des examens spéciaux et obtenu un diplôme spécial. Les études préliminaires exigeront une assiduité de six années aux classes d'un gymnase ou collège ordinaire; et pour obtenir le diplôme de dentiste, les élèves devront faire un stage et subir des examens dans une Université ou des chaires d'odontologie; des laboratoires et des cliniques vont être institués. C'est seulement après avoir satisfait à cette condition que les candidats pourront être admis à l'exercice de leur profession.

Un des chapitres les plus dignes de la curiosité du lecteur est celui où M. Redard étudie les différences de température entre les deux côtés du corps; l'intensité plus grande de ces différences aux membres, et surtout aux membres inférieurs; leurs changements rapides à de courts intervalles et sans causes nettement appréciables. « Les « deux moitiés du corps présentent presque toujours, chez l'homme en parfaite santé, « des différences thermiques de deux à quatre dixièmes. » De là l'auteur conclut à n'accepter qu'avec réserve « des observations cliniques basées sur des différences de « température de quelques dixièmes entre deux régions ; » et cette conclusion a pour conséquence pratique de diminuer la valeur clinique des températures locales, et de mettre en garde contre l'enthousiasme de ceux qui prétendaient en faire un moyen certain de diagnostic.

A la lecture du livre de M. Redard, on se rend compte des innombrables causes des modifications thermiques et des motifs pour lesquels on doit, au lit du malade, leur accorder seulement une importance relative. Ces chapitres de transition précèdent utilement les pages dans lesquelles l'auteur étudie les températures locales morbides : l'hémi-hyperthermie cutanée des fièvres; la thermométrie péri-crânienne; les températures locales dans les hémiplégies, les anesthésies, les lésions cérébro-spinales, les cardiopathies, les maladies des yeux, les traumatismes, etc. Un chapitre est consacré à la thermométrie locale dans la tuberculose pulmonaire. Il sera lu avec d'autant plus de profit que, dans un temps, on s'était fait illusion sur la valeur de ce moyen. « La « thermométrie locale dans la phthisie, dit l'auteur, ne peut servir utilement, en pra« tique, au diagnostic de cette affection. »

Le livre de M. Redard, qu'il nous est impossible de faire connaître dans l'espace restreint d'une analyse, est un ouvrage de grande valeur appelé à faire son chemin dans la médecine pratique aussi bien que dans la physiologie, et à prendre le rang le plus honorable dans nos bibliothèques. — Ch. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 novembre 1885. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. le Président annonce que la séance annuelle de l'Académie des sciences aura lieu le lundi, 21 décembre prochain.

M. le Secrétaire perpétuel fait part de la mort de M. Guillaume-Benjamin Carpenter (de Londres), correspondant, depuis 1873, de la section d'anatomie et de zoologie.

M. Carpenter, qui avait pris une si grande part aux travaux d'exploration du Challenger, est mort le 10 novembre, à l'âge de 72 ans.

M. Jos. Bertrand met sous les yeux de l'Académie la glace foudroyée, dont nous avons parlé dans notre Bulletin du 31 octobre dernier, et sur laquelle la foudre était censée avoir photographié le paysage qu'elle reflétait au moment de l'orage. Tout bien examiné, il ne s'agit que de cristallisations produites par la fusion du tain, et M. Fizeau a eu raison de protester.

M. le Secrétaire perpétuel fait hommage à l'Académie d'un volume illustré intitulé : « Les derniers jours de la marine à rame », par M. l'amiral Jurien de la Gravière.

M. Vulpian dépose sur le bureau : 1° le résultat de ses nouvelles expériences relatives au nerf trijumeau, et faisant suite à ses précédentes recherches sur le facial et la glosso-pharyngien ; 2° au nom de MM. Castor et Lépine, professeurs aux Facultés des sciences et de médecine de Lyon, une note sur le sulfo de fuschsine et sur la safranine. La première de ces substances est ajoutée au vin, pour lui donner de la couleur ; elle ne détermine aucun accident chez les animaux, ni chez l'homme. (Elle a été, chez ce dernier, administrée dans certains cas de la maladie de Bright). Quand à la safranine, son emploi paraît avoir été suivie d'un peu de diarrhée. Peut-être ce résultat doit-il

©BIU Santé

être rapporté à ce qu'elle a été injectée directement dans le sang ; 3° un volume intitulé : « Guide hygiénique et médical du voyageur dans l'Afrique centrale », par MM. Nicolas, Lacaze et Signol.

M. Milne-Edwards dépose sur le bureau une note de M. Magnan, relative à la corde du tympan chez les oiseaux.

M. Schlœsing, au nom de MM. Guérin, H. Maquet, une troisième note sur la respiration des feuilles dans l'obscurité.

M. Pasteur, de la part de MM. Millard et H. Guyon, une note concernant la proportion de sels de cuivre que contient le vin, après qu'on a traité par le cuivre, les feuilles atteintes du mildew.

M. Gaudry présente une note de M. E. Rivière, sur ses recherches dans les sablières du Perreux, commune de Nogent-sur-Marne (Seine). Dans ces sablières, au nombre de quatre, ouvertes à peu de distance de la Marne, et depuis longtemps en exploitation, M. Rivière a recueilli de nombreux ossements quaternaires et des silex taillés, ainsi que des morceaux de bois fossiles, provenant des couches les plus inférieures, constamment baignées par les eaux d'infiltration de la rivière et formées par un conglomérat plus ou moins dur de sable, de gravier et de cailloux agglutinés par un ciment calcaire.

Les ossements et les dents, rencontrés dans ce milieu, dont la cote varie entre 33 et 36 mètres, selon l'obliquité plus ou moins grande des couches, constituent une forme identique à celle de Billancourt, déjà décrite en 1882, par M. Rivière, faune caractéristique de ce que l'on appelle les bas-niveaux.

Notre confrère indique, parmi ces animaux, l'*Elephas primigenius*, ou mammouth, le *Rhinoceros tichorhinus*, le cheval, un bœuf de grande taille (aurochs ou bison), un cervidé (cerf ou renne); puis, associés à ces débris, de nombreux instruments en silex de Champigny et en meulière de Beauce, dont les échantillons, présentés à l'Académie par M. Rivière à l'appui de sa communication, sont remarquables par leur belle conservation, par leur patine et leurs fines retouches. Ce sont des lames, des pointes, des grattoirs, etc., tout à fait caractéristiques par leur forme de l'époque industrielle primitive, dite du Moustiers.

Le Perreux constitue un nouveau et très important gisement à ajouter à ceux qui ont été déjà signalés aux environs de Paris. Non seulement il démontre une fois de plus la contemporanéité de l'homme et des grands animaux quaternaires, mais il complète, au point de vue des différentes phases de l'époque quaternaire, les découvertes faites sur le plateau de Montreuil et dans les sablières de Chelles.

M. Rivière a soin de rappeler, en terminant, les recherches faites également au Perreux, depuis plusieurs années, par un habitant de cette commune, M. Eck.

M. Paul Bert met sous les yeux de l'Académie les différents flotteurs employés par le prince héréditaire de Monaco, pour déterminer la direction des courants de l'océan Atlantique. Ces flotteurs sont de trois sortes : 1° des bouteilles; 2° des sphères de cuivre creuses; 3° de petites barriques. Elles renferment toutes des instructions traduites en toutes les langues de l'Europe. Le prince de Monaco s'est proposé surtout d'étudier le Gulf Stream au nord des Açores. Il a, lui-même, laissé tomber à la mer un de ces flotteurs, à la distance de 1 mille les uns des autres, sur un parcours de 170 milles, au mois de juillet dernier. On a déjà reçu des nouvelles de trois de ces flotteurs, et l'on attend que les autres aient été recueillis. M. Paul Bert indique, sans y insister, les services qu'une pareille expérience peut rendre aux navigateurs. Il laisse ce soin aux officiers de marine qui ont toute compétence en cette matière.

M. l'amiral Jurien de la Gravière ajoute que, bien que l'étude des courants ait perdu de son importance depuis les progrès récents de la navigation à vapeur, cependant elle ne doit pas être négligée tant qu'il existera des navires à voiles. Pour sa part, il a souvent eu à lutter contre la puissance des courants marins, notamment dans le canal

de Bahama et dans le détroit de Formose, où les navires, malgré le vent favorable, sont emportés par les courants avec une vitesse de trois nœuds à l'heure.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret. — M. L.

VARIÉTÉS

Échos du palais.

La troisième chambre de la Cour d'appel de Paris a jugé récemment une cause des plus originales.

En 1874, dit la *Gazette des Tribunaux*, M. Coirre, pharmacien à Paris, eut l'idée d'exploiter, comme produit pharmaceutique, la farine de gruau d'avoine, et la présenta au public, comme destinée à l'alimentation des enfants en bas âge, pour suppléer aux allaitements insuffisants et aider au sevrage : il donna à ce produit le nom de *farine Morton*.

Ce produit obtint rapidement une notoriété relativement importante, et, en 1876, M. Hugot, droguiste à Paris, en acquit l'exploitation.

Hugot mourut, et de sa succession deux parts furent faites : la maison de droguerie fut vendue à M. Carmouche, et, séparément, la farine Morton, à MM. Piot frères, autres droguistes.

Pourquoi M. Coirre avait-il baptisé sa farine du nom de Morton ? Parce que M. Morton est un nom bien frappé, qui sonne bien à l'oreille, de nature à se graver promptement dans les circonvolutions du souvenir.

Pour ces raisons, il fut adopté et fit fortune. Et cependant il a failli devenir funeste au produit qu'il patronnait d'abord.

MM. Piot frères ne tardèrent pas à s'apercevoir qu'ils n'étaient pas seuls vendeurs de *farine Morton*. Ils purent se convaincre que M. Carmouche vendait, lui aussi, un produit similaire, sous le même nom, et dans des boîtes semblables, avec imitation des étiquettes déposées par M. Coirre, et plus tard par eux-mêmes au tribunal de commerce de la Seine. De là, procès : action intentée à Carmouche, à l'effet d'obtenir des dommages-intérêts, et la cessation d'un commerce déloyal.

M. Carmouche riposte et soutient que non seulement il a le droit de vendre de la farine Morton, mais encore qu'il est seul fondé à vendre un produit de ce nom, comme dépositaire d'un Morton vivant et authentique, marchand de comestibles à Londres et producteur de farine d'avoine. La Cour vit comparaître en effet un M. J.-T. Morton, de Londres, qui répondait à ce signalement; ce négociant vint plaider son droit de vendre ou faire vendre une farine de son nom, et demanda en outre que défense fût faite à un autre de se servir de son nom.

L'artifice était trop évident : les juges n'eurent aucune peine à reconnaître que le traité d'association, intervenu entre M. Carmouche et le Morton qu'il avait découvert en Angleterre, était postérieur de beaucoup à l'acte de propriété de MM. Piot frères.

Il devint manifeste aussi que le fait de trafiquer d'une marchandise similaire à celle vendue par les successeurs légitimes de Hugot et de Coirre, sous une dénomination identique et en imitant leurs prospectus et l'aspect extérieur de leurs boîtes, la couleur et le contexte de leurs étiquettes, constituait un acte de concurrence déloyale.

En conséquence, M. Carmouche a été :

1° Condamné à des dommages-intérêts et aux dépens envers MM. Piot frères ;

2° Interdiction lui est faite d'employer les mots de *farine Morton*, autrement que selon la formule qui figure sur les étiquettes de J.-T. Morton en Angleterre, c'est-à-dire : farine d'avoine d'Ecosse de J.-T. Morton, de Londres ou d'Aberdeen, à son choix.

Comme on le voit, la Cour s'est appliquée à bien différencier les deux produits, afin qu'il ne puisse pas y avoir de confusion possible : farine Morton, d'une part, et farine d'avoine d'Ecosse de J.-T. Morton, de Londres, d'autre part.

Il y a lieu de supposer que M. Coirre, en choisissant à sa progéniture pharmaceutique, dans le calendrier des noms de fantaisie, le nom sonore de Morton, ne se doutait pas

©BIU Santé

que ce patron pût susciter de pareilles difficultés à ses successeurs. On ne pense pas à tout.

Et nunc erudimini, si vous voulez prescrire de la véritable farine Morton.

COURRIER

Concours. — Un concours, pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 14 décembre 1885, 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 lundi 16 novembre jusqu'au lundi 30 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

— Le nombre des exemplaires de thèses, dont le dépôt par le candidat est obligatoire, est fixé comme suit pour la durée de l'année scolaire 1885-1886 :

Faculté de médecine de Paris, 164 exemplaires. — Faculté de médecine des départements, 129 exemplaires. — Écoles supérieures de pharmacie, 104 exemplaires.

— Par arrêté préfectoral, en date du 3 novembre 1885, M. le docteur Josias (Albert) a été nommé inspecteur du service de la vérification des décès pour la septième circonscription (XIIe et XXe arrondissements de Paris.

— Sont appelés à jouir, pendant l'année scolaire 1885-1886 :

1° D'une des bourses d'enseignement supérieur instituées sur la fondation de Barkow : MM. Copin (Ernest) et Cuvillier (Jean-Henri), étudiants à la Faculté de médecine de Paris.

2° D'une des bourses d'enseignement supérieur instituées sur la fondation Pelrin : M. Lesieur (Maurice-Georges), étudiant à la Faculté de médecine de Paris.

Légion d'honneur. — M. Valette, lieutenant d'infanterie de marine, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur pour sa brillante conduite à Madagascar.

M. Valette est le fils du docteur Valette, ancien professeur à l'École de médecine de médecine de Lyon, mort il y a neuf ans.

Société protectrice de l'enfance de Lyon. — Les mères de famille de Lyon ou du Rhône et les mères-nourrices du département du Rhône, ou des départements voisins, qui désirent concourir pour les prix d'allaitement accordés par la Société protectrice de l'enfance de Lyon, au nom du Conseil général, sont priées de faire parvenir leurs dossiers avant le 31 janvier 1886, à M. Baudéuf, agent général, rue du Bas-Port, 23, à Lyon.

Les principales pièces à fournir sont : une demande sur papier libre résumant la situation de la famille, le bulletin de mariage, les bulletins de naissance et de décès des enfants, les certificats de vaccine, un certificat de bonnes vie et mœurs, et de plus, pour les mères-nourrices, un certificat du médecin-inspecteur des enfants.

Peuvent concourir : 1° les mères de famille qui ont nourri tous leurs enfants et en ont au moins quatre vivants ; 2° les mères-nourrices qui ont allaité des enfants lyonnais.

UNE CLIENTÈLE A CÉDER, à deux heures de Paris : On fait de la pharmacie. — Pour renseignements, s'adresser à la pharmacie Dehanot, 8, rue Mandar, Paris.

VENTE, après décès de M. B..., docteur en médecine, de meubles, bronzes, livres de médecine, ustensiles de chirurgie, à l'hôtel Drouot, salle 14, le mercredi 25 novembre 1885, à deux heures.

Me Cailleux, commissaire-priseur à Paris, rue Lafayette, 88.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Panas : Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil. — II. H. Stapfer : Revue tri-mensuelle des journaux d'obstétrique et de gynécologie. — III. Bibliothèque. — IV. Revue des Journaux. — V. Courrier.

Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil (1),

Par M. le professeur PANAS,

Recueillies par E. Blanc, interne des hôpitaux.

SIGNES DE LA PARALYSIE DE LA SIXIÈME PAIRE.

A. *Paralysie complète.* — Quand cette paralysie est complète et qu'elle est pure, c'est-à-dire exempte de toute complication du côté des autres nerfs, la pupille se porte en dedans au point que le bord externe de la cornée répond au centre de la fente palpébrale. De plus, en examinant avec soin la position de la pupille, on remarque qu'elle s'est portée non seulement en dedans, mais encore très légèrement en haut.

Pour bien examiner les malades atteints de paralysie, il faut faire fermer l'œil sain, puis, observant l'œil dévié, on engage le malade à regarder en dehors : quand la paralysie est complète, la pupille ne pourra dépasser la ligne médiane. Si on insiste, on verra l'œil se porter, non pas en dehors, mais un peu en bas et en dehors, tout en subissant un mouvement de rotation très étendu, de dehors en dedans, sur son axe antéro-postérieur : c'est le grand oblique qui vient à la rescousse, mais qui, agissant seul, ne suffit pas à entraîner l'œil en dehors. D'ailleurs, je vous ai dit, dans une de mes précédentes leçons, qu'il ne peut s'associer au petit oblique, son antagoniste, innervé par une autre branche nerveuse, pour former avec lui un couple abducteur.

B. *Paralysie incomplète.* — Les muscles droits externes peuvent être frappés à des degrés divers par la paralysie et, dans les cas les plus légers, il faut beaucoup d'attention pour reconnaître l'impuissance motrice. On comparera alors l'œil présumé malade avec l'œil sain, afin de rechercher si les deux lignes visuelles sont bien parallèles ; puis on provoquera des mouvements très étendus du globe oculaire dans le sens du muscle supposé impuissant. En pareille circonstance, vous serez souvent étonné de l'étendue du mouvement d'abduction ; mais si vous engagez le malade à maintenir son regard en dehors, au bout de peu d'instants le muscle parétique se fatiguera et vous verrez alors le globe oculaire subir des secousses, du nystagmus, qui indique que le muscle est à bout de forces.

Dans les cas douteux, vous trouverez un précieux moyen de diagnostic dans l'étude des doubles images. Vous savez que, quand il y a une déviation paralytique de l'œil, le cerveau n'en a pas conscience et que l'œil dévié projette dans une direction vicieuse les objets qui viennent se peindre sur sa rétine. Ainsi quand une portion plus externe de cette membrane vient, par suite de la position normale de l'œil, à être impressionnée par l'image au lieu de la macula, l'image sera projetée en dedans ; si, au contraire, la macula se trouve déplacée en dehors de sa situation habituelle et qu'un point de la surface interne de la rétine vienne occuper sa place, l'image perçue sera projetée en dehors. Nous sommes donc en mesure de recon-

(1) Suite. — Voir les numéros des 22 septembre, 6, 17 et 31 octobre 1885.

©BIU Santé

naître, d'après la situation de l'image vue par l'œil dévié, quel point de la rétine occupe la région de la macula, et, par suite, quelle est la position exacte du globe oculaire. Pour faciliter l'examen de la diplopie, vous munirez l'un des yeux du malade, l'œil sain de préférence, d'un verre coloré, rouge si vous voulez, et vous lui ferez fixer un objet lumineux, tel que la flamme d'une bougie. S'il y a diplopie, le malade verra deux flammes dans certaines directions du regard : l'une rouge, et l'autre avec sa coloration habituelle. C'est d'après les rapports que ces deux images affectent, l'une avec l'autre et avec les yeux qui les regardent et aussi d'après la zone dans le champ du regard où commence à apparaître la diplopie, que vous déterminerez la variété de déviation qu'a subie le globe oculaire, et, par suite, quel est le muscle paralysé ainsi que le degré de la paralysie. Si l'œil gauche, par exemple, est muni d'un verre rouge et que l'image rouge soit à gauche, la diplopie est dite *homonyme ;* si l'image rouge passe à droite de l'autre image, la diplopie est dite *croisée.*

Eh bien, pour les raisons que je viens de vous développer, dans la paralysie du droit externe, l'œil étant dévié en dedans et, par conséquent l'image se peignant en dedans de la macula, le malade projettera en dehors l'image fautive ; il aura de la *dyplopie homonyme*. Cette diplopie ne se produira pas dans toute l'étendue du champ du regard ; elle ne fera son apparition que lorsque le muscle impuissant sera sollicité à se contracter, dans la moitié du champ du regard correspondant au côté où le droit externe est paralysé. Mais il y a une cause d'erreur ; car une diplopie occupant, par exemple, la moitié droite du champ du regard peut dériver, non pas seulement d'une paralysie du droit externe du côté droit, mais encore d'une paralysie du muscle droit interne du côté gauche. Comment reconnaître auquel des deux muscles il faut rapporter la diplopie ? Ce diagnostic différentiel est bien simple : s'il s'agit d'une paralysie du droit interne, la diplopie sera croisée, l'image vue par l'œil gauche sera située à droite de celle perçue par l'œil droit ; s'il y a paralysie du droit externe, au contraire, la diplopie sera homonyme. Donc, la dyplopie homonyme correspond à une paralysie des droits externes, tandis que la diplopie croisée appartient à celle des droits internes. C'est là un fait général et qu'il est important de retenir.

Dans la diplopie, les deux images n'ont pas la même netteté : celle qui correspond à l'œil sain est normale, mais celle qui répond à l'œil dévié est toujours plus ou moins trouble et vague, ce qui tient à ce qu'elle se peint non plus sur la macula, mais sur quelque portion plus ou moins excentrique de la rétine, malhabile à la vision directe. C'est pour cela que, lorsqu'on recherche la diplopie, il n'est pas indifférent de placer le verre coloré devant l'œil sain ou devant l'œil dévié. Le verre de couleur nuit effectivement à la netteté de l'image, et il faudra éviter de le placer devant l'œil dévié, qui déjà voit indistinctement. C'est donc devant l'œil sain que vous interposerez le verre rouge, couleur employée ordinairement.

Je viens d'examiner devant vous une malade atteinte de paralysie de la sixième paire, et vous avez constaté avec moi, non seulement la diplopie homonyme, dans le sens horizontal, mais vous avez entendu la malade déclarer que l'image fautive lui paraissait située un peu plus bas que l'autre tout en lui demeurant parallèle, c'est-à-dire en ne s'inclinant pas. A quoi rapporter, Messieurs, cette légère diplopie verticale surajoutée à la diplopie homonyme? Cela tient à ce que, ainsi que je vous l'ai dit précédemment,

'œil malade est non seulement dévié en dedans, mais encore que sa pupille est un peu plus élevée que celle du côté sain. C'est là un fait constant, qu'il s'agisse de paralysie du droit externe ou de véritable strabisme convergent, l'œil dévié s'élève un peu en même temps qu'il se porte en dedans. Il faut connaître cette petite différence de niveau, sur laquelle de Graefe a insisté, sans quoi on serait tenté d'admettre à tort une parésie du droit inférieur.

Plus vous porterez l'objet fixé dans le sens du muscle lésé, plus sera prononcé l'écartement des doubles images, et cet écartement atteindra son maximum à mesure que vous éloignerez de l'œil l'objet fixé.

Un moyen rapide de savoir quels muscles sont lésés consiste à demander aux malades, qui viennent à vous se plaindre de diplopie, s'ils voient double quand ils regardent au loin ou si les deux images n'apparaissent que lorsqu'ils fixent un objet rapproché. Si la diplopie est plus prononcée au loin, vous avez affaire à une paralysie des abducteurs; si elle n'apparaît que dans la vision rapprochée, ce sont les adducteurs qui sont en cause.

Dans la paralysie de la sixième paire, la théorie indique qu'il ne doit y avoir de diplopie que dans la moitié externe du champ du regard, et pourtant vous venez de voir une femme qui présente une paralysie limitée au muscle droit externe du côté gauche, et qui a de la diplopie non seulement dans la moitié gauche du champ du regard, mais encore dans une bonne partie de la moitié droite. Comment expliquer ce fait? Il y a là un facteur qui vient nous troubler : c'est la rétraction spasmodique de l'antagoniste, qui joue un très grand rôle dans les paralysies musculaires et qui vient ici entraîner fortement en dedans l'œil déjà dévié par la paralysie du droit externe. Cette rétraction n'est pas constante, de sorte que nous pouvons établir au point de vue des phénomènes consécutifs du côté de l'antagoniste deux classes de paralysies : les *paralysies avec rétraction et les paralysies sans rétraction.*

A quoi peut tenir cette rétraction de l'antagoniste qui ne se montre que dans certains cas et non dans tous. Nous sommes en droit, de par la clinique, de l'attribuer à un processus irritatif de la substance nerveuse dépendant probablement de la même cause qui plus loin a donné lieu à de la paralysie. Nous dirons donc de la femme que vous venez de voir qu'à côté de la lésion bulbaire, cause de la paralysie du droit externe, elle fait un processus irritatif dans la région des noyaux de son oculo-moteur. Il résulte de cette rétraction de l'antagoniste dans les paralysies musculaires que, lorsque celles-ci guérissent après avoir duré un certain temps, la déviation n'en subsiste pas moins, un véritable strabisme s'étant alors substitué à la paralysie.

Telle est, dans ce qu'elle a d'essentiel, la paralysie de la sixième paire; elle se borne à annihiler le fonctionnement du moteur oculaire externe. Elle n'entraîne l'impuissance motrice d'aucun autre muscle, et il n'y pas dans la règle de phénomènes pupillaires. On a cependant observé exceptionnellement de la mydriase coïncidant avec une paralysie de la sixième paire, ce qui s'explique par ce fait (Pourfour de Petit) que la racine motrice du ganglion ophthalmique peut naître anormalement de la sixième paire.

PARALYSIE DE LA TROISIÈME PAIRE.

L'étude de cette paralysie est bien plus complexe que celle de la sixième paire, et cela se conçoit, puisque le moteur oculaire commun innerve non

©BIU Santé

seulement plusieurs muscles extrinsèques de l'œil, mais encore qu'il préside aux mouvements du sphincter irien et du muscle ciliaire. La paralysie peut frapper tous les filets de l'oculo-moteur, aussi bien ceux destinés aux muscles extrinsèques que ceux qui se rendent aux muscles intrinsèques : en pareil cas, on dit que la *paralysie est totale*. Souvent, au contraire, on voit la paralysie se localiser dans un ou plusieurs des muscles innervés par la troisième paire, sans en affecter la totalité. On a alors affaire à une *paralysie partielle*. Relativement à leur intensité, nous distinguerons les *paralysies complètes*, dans lesquelles l'impuissance motrice est absolue, des simples parésies, qu'on peut désigner sous le nom de *paralysies incomplètes*.

A. *Paralysie totale.* — Elle est à la fois extra-oculaire et intra-oculaire. Tous les muscles innervés par la troisième paire sont paralysés, sans exception. Cette paralysie totale n'est pas très fréquente, ou bien elle coexiste avec d'autres paralysies oculaires, comme chez cet ataxique du service de M. Vulpian, que je vous ai montré, et chez qui tous les muscles de l'œil droit sont paralysés, tandis qu'il ne lui reste que le grand oblique de l'œil gauche. Même le muscle ciliaire est paralysé chez ce malade et le réflexe accommodateur manque, comme le réflexe lumineux, contrairement à ce qui s'observe généralement chez les tabétiques. Il n'est pas très facile d'ailleurs de connaître la fréquence relative de la paralysie totale de la troisième paire, car nombre de celles-ci ont été observées par des médecins étrangers à l'ophthalmologie, et trop souvent l'état du réflexe lumineux et de l'accommodation n'a pas été noté avec assez de soin. Cette distinction de la paralysie en intra-oculaire et extra-oculaire est cependant d'une importance capitale, et vous devrez noter soigneusement, pour que votre observation soit valable, l'état de l'innervation intrinsèque de l'œil, chaque fois que vous vous trouverez en présence d'une paralysie de la troisième paire. Et vous saisirez l'importance de cette distinction, quand je vous dirai, Messieurs, que les paralysies nucléaires, dont je vous ai entretenu, ne donnent presque jamais lieu à de l'ophthalmoplégie interne et que l'existence de troubles du côté de l'accommodation ou du sphincter irien est un motif pour rechercher la cause de la paralysie ailleurs que dans le bulbe.

Quels sont les signes de la *paralysie complète* et *totale* de la troisième paire :

a) Le malade s'avance vers vous la tête rejetée en arrière. La paupière supérieure paralysée recouvre une grande partie de la cornée, et le malade ne peut la relever, même très légèrement, qu'en faisant appel à l'action du muscle frontal, qui peut suppléer en partie celle du releveur (suppléance dont on tire parti dans l'opération du ptosis). Je vous ai dit qu'on supprime l'influence du frontal en pressant avec un doigt, assez fortement, sur le sourcil du sujet : vous voyez alors la paupière demeurer absolument immobile, malgré les efforts du malade, dont le front se couvre de rides du côté correspondant à la paralysie.

b) Pour observer les autres symptômes, il faut écarter les paupières avec le doigt, afin de découvrir le globe oculaire. On note alors du strabisme externe, l'œil étant entraîné en dehors par le muscle droit externe, auquel ne résiste plus son antagoniste le droit interne. Celui-ci est, en effet, complètement inerte et, si vous engagez le malade à regarder en dedans, vous verrez que sa pupille ne peut dépasser la ligne médiane.

c) Faites porter le regard en haut, le malade ne peut vous obéir. Tout mouvement d'élévation, même partiel, même minime, est devenu impossible. C'est que les deux élévateurs : le droit supérieur, ou élévateur direct, et le petit oblique, ou élévateur accessoire, sont tous deux innervés par la troisième paire, et que tous deux étant paralysés, aucune force ne peut les suppléer.

d) Mais si vous priez le malade de regarder en bas, vous verrez la pupille s'abaisser un peu; car nous trouvons ici, à côté de l'abaisseur direct (droit inférieur) dont l'action est annihilée, le muscle grand oblique, abaisseur accessoire qui est innervé par le pathétique. Ainsi, Messieurs, tandis que les mouvements d'élévation et d'adduction sont totalement supprimés dans la paralysie qui nous occupe, nous voyons persister un certain degré d'abaissement de la pupille, à moins qu'une paralysie de la quatrième paire ne soit venue s'ajouter à celle de la troisième. C'est cette persistance d'action du muscle grand oblique qui explique comment, dans la paralysie pure et simple de la troisième paire, le strabisme externe est quelque peu inférieur. C'est l'action non compensée du grand oblique qui vient se combiner à celle du droit externe pour entraîner cette déviation.

e) *Paralysie intérieure de l'œil.* — Vous savez que du rameau de l'oculo-moteur, qui se rend au muscle petit oblique, se détache un petit filet qui forme la racine motrice du ganglion ophthalmique et va ensuite présider, par l'intermédiaire des nerfs ciliaires, à la contraction du sphincter irien et aux mouvements d'accommodation. Dans la paralysie totale de la troisième paire, on observe donc la dilatation de la pupille, qui ne réagit plus à la lumière. Cette dilatation est moyenne, bien différente de la mydriase excessive provoquée par l'instillation d'un collyre à l'atropine. Il y a, en outre, paralysie de l'accommodation et vous constaterez facilement que la pupille ne se resserre plus quand vous faites regarder un objet rapproché. En outre, l'individu est devenu presbyte. S'il était emmétrope avant sa paralysie, il vous déclare que, lorsqu'il ferme l'œil sain, il n'y voit plus pour lire avec l'œil malade, mais que, de loin, la vue est aussi bonne qu'auparavant, ce qui empêche de songer à une atrophie papillaire concomitante.

Mais, s'il était hypermétrope avant ces accidents oculaires, il vous dira que, même de loin, la vue est brouillée et il faudra recourir à l'ophthalmoscope pour s'assurer que le fond de l'œil est sain. C'est que, par le fait de sa paralysie, l'hypermétrope ne peut plus se livrer à ces efforts inconscients d'accommodation qui rendaient latente, en partie ou totalement, son hypermétropie. Il est évident que, de près, la vue sera encore plus mauvaise que de loin. Donnez à cet hypermétrope, pour voir de loin, un verre convexe corrigeant exactement son hypermétropie, ajoutez trois ou quatre dioptries au verre destiné à voir de loin, afin de lui permettre de lire et d'écrire, et vous rendrez une vision nette à cet hypermétrope, qui pourra dès lors vaquer à ses occupations. Si l'hypermétrope n'a pas besoin d'un verre, corrigeant exactement sa réfraction, déterminée objectivement à l'ophthalmoscope, c'est qu'il a non pas une paralysie, mais une simple parésie de l'accommodation. Pour l'emmétrope, vous agirez comme avec un presbyte et vous lui donnerez pour lire et écrire un verre de trois à quatre dioptries, si la paralysie de l'accommodation est absolue.

©BIU Santé

Chez les myopes, la paralysie du muscle ciliaire entraîne bien moins d'inconvénients que chez l'emmétrope et surtout l'hypermétrope, et si la myopie atteint quatre dioptries, ce qui est chose fréquente, le sujet ne se ressentira aucunement de la perte de son accommodation, à moins qu'il n'ait à examiner de petits objets à une distance moindre de 25 centimètres. C'est que le myope, parvenu à quatre dioptries de myopie, n'a que faire de son accommodation, qui est souvent pour lui plutôt une cause de gêne, quand il souffre de spasme de l'accommodation qui vient augmenter encore le vice de réfraction.

Donc inconvénients nuls ou à peu près de la paralysie accommodative chez le myope, inconvénients modérés chez l'emmétrope, infirmité véritable et des plus gênantes chez l'hypermétrope. Souvenez-vous de cette distinction et n'allez pas instiller sans des raisons très sérieuses, dans un œil hypermétrope, tels mydriatiques qui, comme l'atropine, ont la propriété de paralyser l'accommodation pendant plusieurs jours. (*A suivre.*)

REVUE TRI-MENSUELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Annales de gynécologie. — Archives de tocologie. (Juillet, — août, — septembre 1885.)

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — JUILLET 1885.

Déviations latérales congénitales de la matrice dans leurs relations avec les tumeurs péri-utérines et le mécanisme de l'accouchement, par J. LAZAREWITCH, professeur de l'Université de Kharkoff (Russie).

La matrice est retenue dans sa position de la façon suivante :

1° Par l'élasticité de son tissu et des tissus des parois du vagin ;

2° Par ses fibres musculaires superficielles, qui s'étendent dans toutes les directions sous le péritoine ;

3° Par les ligaments ronds, qui retiennent le fond de l'utérus à une distance fixe de la paroi antérieure du bassin ;

4° Par les ligaments sacro-utérins, qui attirent le col de l'utérus vers le sacrum, le suspendant en arrière ;

5° Par les ligaments larges, qui ne permettent pas à la matrice de s'incliner de l'un ou de l'autre côté ;

6° Par le tissu conjonctif qui entoure le col de l'utérus et qui permet à la matrice et à ses parties annexes de changer de position, tout en gardant certaines relations entre elles ;

7° Enfin, par la pression intra-abdominale d'en haut : du diaphragme, des parois abdominales, des intestins, et par la pression d'en bas : du bassin et du périnée.

Les déviations congénitales dépendent le plus souvent d'une différence congénitale dans le développement de ses ligaments et des parois du vagin.

Quand les ligaments sacro-utérins sont raccourcis, on observe :

1° L'anté-version et l'anté-flexion ;

2° La disposition des tumeurs en arrière et au-dessus du corps de la matrice ;

3° Pendant la grossesse et les accouchements, la déviation du col en arrière et en haut, et la dilatation sacciforme de la paroi antérieure du segment inférieur de l'utérus ;

4° Pendant les suites de couches, l'anté-version et l'anté-flexion.

Quand la paroi antérieure du vagin est très courte, on observe :

1° La rétroversion et la rétroflexion ;

2° La disposition des tumeurs en avant;

3° Pendant la grossesse et l'accouchement, la déviation du col de l'utérus, en avant et en haut, et la dilatation sacciforme de la paroi postérieure du segment inférieur de l'utérus.

Quand les parois latérales du vagin sont inégalement développées; quand l'un des ligaments larges est plus court que l'autre, on observe :

1° La latéro-version ou la latéro-flexion;

2° La disposition des tumeurs en avant ou en arrière de l'utérus;

3° Pendant la grossesse et l'accouchement, la dilatation sacciforme unilatérale du segment inférieur de l'utérus.

Sur 1,000 cas de la pratique du professeur Lazarewitch, la matrice avait 599 fois la position médiane, 359 fois la position latérale gauche et 42 fois la position latérale droite.

D'après les gynécologistes, les latéro-positions et latéro-versions de la matrice n'ont aucune importance. Suivant le docteur Courty, les déplacements latéraux ne peuvent être produits que par une tumeur. Suivant le docteur de Sinéty, les déviations latérales de l'utérus persistent chez l'adulte et diminuent par le fait du développement génital.

Le professeur Lazarewitch, comme on l'a vu, a constaté la fréquence de la latéro-position congénitale; de plus, il l'a observée surtout chez les femmes jeunes et vierges. Il a noté, de plus, quantité de cas où la latéro-position persista, malgré les grossesses, et avant l'apparition, pendant l'existence, comme après la disparition de tumeurs du petit bassin.

Diagnostic. — Si l'exploration interne est difficile ou impossible, on peut, si les parois abdominales ne sont pas trop épaisses, reconnaître l'inclinaison latérale de l'utérus par la percussion, ou par la palpation en déprimant les parois.

Par le toucher rectal, on peut quelquefois saisir l'utérus.

Si le toucher vaginal est praticable, il n'y a plus de difficultés de diagnostic.

On reconnaît l'inclinaison à la différence de hauteur et de largeur des voûtes du vagin. Il faut toucher des deux mains. De la droite, on n'explore bien que la voûte gauche, et, de la gauche, que la voûte droite. Dans le cas où la diathèse est peu considérable, il faut, pour l'apprécier, conduire l'indicateur vers le coccyx et, en même temps, appliquer la base du doigt contre le ligament triangulaire, sous l'arcade pubienne.

Si la latéro-position est congénitale, les voûtes sont également souples; si elle est due à l'atrophie ou à la cicatrisation des tissus, l'une est simple et mobile, l'autre fixe et indurée.

En introduisant le spéculum Cusco, la voûte du vagin est visible d'un côté et invisible de l'autre.

Dans beaucoup de cas de latéro-position congénitale, dans la moitié du corps correspondant à la matrice, le mamelon et l'aréole sont moins développés, et quelquefois, du même côté, les petites lèvres, et même les grandes, ont été arrêtées dans leur développement.

Si la latéro-position est bien marquée, les ligaments sacro-utérins, étant déplacés, prennent une position oblique, et alors la partie médiane du cul-de-sac recto-vaginal, en avant du promontoire, ne correspond plus à l'utérus. L'ovaire qui se trouve du côté plus large de l'espace péri-utérin, éloigné de la partie latérale du bassin, se rapprochant du cul-de-sac recto-vaginal, peut facilement y descendre, tandis que l'ovaire, du côté étroit opposé, se déplace ordinairement en dehors et en haut.

Il arrive alors que, du côté où l'utérus est éloigné de la paroi latérale du bassin, l'ovaire, étant placé près du col de l'utérus, devient accessible au toucher vaginal. L'ovaire du côté opposé, placé au-dessus du fond de la matrice, et quelquefois même du détroit supérieur du bassin, devient inaccessible. L'ovaire descendu se congestionne, se tuméfie, et souvent s'hypertrophie. Il devient plus sensible (oophoralgie) et détermine différents symptômes morbides dans la moitié correspondante du sacrum, et ailleurs par synesthésie.

©BIU Santé

Pour favoriser le changement de position de l'ovaire et le retenir au-dessus du cul-de-sac médian rétro-utérin, la femme doit être en pronation latérale, le bassin un peu élevé par un oreiller. La malade ayant pris cette position plusieurs fois par jour, pendant un certain temps, l'ovaire devient inaccessible au toucher et les troubles morbides disparaissent.

C'est une fausse opinion de penser que l'ovaire, se transformant en tumeur kystique, repousse la matrice du côté opposé à sa situation primitive. Si l'utérus est en latéro-position gauche ou droite, il conservera cette position malgré l'existence de kystes gauches ou droits.

Quand la matrice est déviée à gauche, le ligament droit est le plus long; si le kyste siège sur l'ovaire de ce côté, il aura un pédicule long; s'il occupe l'ovaire gauche, le pédicule sera court. Les exceptions sont rares. Dans 13 cas, sur 18, la longueur du pédicule du kyste fut trouvée en rapport avec la position de l'utérus.

La position latérale congénitale de l'utérus peut devenir la cause de divers troubles morbides et même favoriser l'avortement. Chez une malade dont l'utérus occupait le côté gauche du bassin, pendant trois grossesses consécutives, la sensibilité diminua dans la jambe gauche, de l'œdème et des varices parurent, et la femme finit par avorter au troisième ou quatrième mois.

Les latéro-positions de l'utérus exercent une influence plus ou moins défavorable sur le mécanisme de l'accouchement.

Les deux côtés du segment inférieur se dilatent différemment; l'un d'eux se dilate peu ou point, l'autre se transforme en sac. L'effacement du col et la dilatation de l'orifice sont retardés. De plus, l'un des bords peut se déchirer. Enfin, l'inclinaison à droite et en arrière du fond de l'utérus favorise les droites postérieures.

La latéro-version peut facilement être corrigée en couchant la femme sur le côté opposé à la moitié du corps où se trouve le fond de l'utérus. Il suffit ordinairement de faire coucher la femme sur le côté gauche pour que le dos du fœtus se mette à gauche et en avant. Pendant le travail, il faut attirer les bords de l'orifice avec le doigt vers le centre du bassin.

Tel est le résumé de ce travail, dont certaines conclusions obstétricales ne sont pas absolument neuves pour les accoucheurs français, ce qui n'enlève rien au mérite personnel d'une étude clinique qui prouve un remarquable talent d'observation.

Du pseudo-hermaphrodisme comme impédiment médico-légal à la déclaration du sexe dans l'acte de naissance, par le docteur A. Leblond. — Dans un rapport lu à la Societé de médecine légale, le docteur Leblond demande avec raison que l'on puisse, dans certains cas, déclarer sur l'acte de naissance d'un enfant que son sexe est douteux. Ces êtres mal venus ne pourraient être définitivement classés que plus tard, après une expertise. On éviterait ainsi bien des inconvénients, et en particulier les alliances monstrueuses.

Sur un point du manuel opératoire de la basiotripsie, par M. P. Bar, accoucheur des hôpitaux. — L'un des avantages de l'instrument de M. Tarnier est de permettre la mobilisation de la tête solidement saisie entre la branche gauche et le perforateur, de façon à placer sans difficultés la branche droite à l'extrémité de tel ou t diamètre du bassin.

Dans le cas cité par M. Bar, le fœtus se présentait en OIGT.

« Si j'avais dû, dit-il, employer le céphalotribe, j'aurais dû appliquer les cuillers de l'instrument aux deux extrémités du diamètre transverse, et j'aurais saisi la tête du front à l'occiput, prise qui eût été défavorable, car, pendant le broiement, la branche gauche eût certainement glissé sur la nuque du fœtus, et la base du crâne n'aurait été qu'imparfaitement broyée; il ne m'était pas possible de faire une application oblique, car la cuiller placée en avant n'eût pu être régulièrement placée, étant donnée la façon dont la tête faisait saillie en avant du pubis.

Grâce au basiotribe, je pus broyer la tête en appliquant une cuiller au niveau de l'apophyse orbitaire externe droite, et l'autre sur l'apophyse mastoïde gauche, c'est-à-dire suivant le diamètre que je pensai être le plus favorable pour un broiement parfait, et

pour réduire au minimum les dimensionr de la tête. J'obtins ce résultat en procédant de la manière suivante :

Je fis la perforation au niveau de la suture sagittale, immédiatement en arrière de la fontanelle bregmatique. Quand le perforateur eût pénétré dans la cavité crânienne, j'introduisis la branche gauche non à l'extrémité gauche du diamètre transverse, mais à plat, contre le côté gauche du promontoire, — de telle sorte qu'elle fut appliquée sur l'apophyse mastoïde gauche du fœtus, le bord concave de cette branche regardant à gauche. J'eus soin de porter légèrement à gauche le manche de cette branche et j'articulai; je ne fis aucun broiement, mais je saisis solidement entre le perforateur et la cuiller gauche l'écaille du temporal et la partie postérieure du pariétal gauche de la tête fœtale.

Il fallait maintenant appliquer la branche droite de l'instrument en avant de l'apophyse zygomatique du côté droit.

La conformation du pelvis m'empêchant de placer directement la cuiller de l'instrument sur ce point de la tête fœtale, je procédai de la manière suivante :

J'introduisis la branche droite du basiotribe à l'extrémité droite du diamètre transverse du détroit supérieur, la cuiller répondait donc au front. Tenant alors de la main gauche le manche de cette branche, et saisisssant avec la main droite le manche de la branche gauche articulé avec le perforateur, j'imprimai à ce double manche un mouvement de rotation de gauche à droite; la tête solidement saisie exécuta elle-même un mouvement de rotation semblable, qui amena contre la cuiller droite de l'instrument, cuiller qui n'avait pas bougé, le point exact de la surface crânienne, au niveau duquel je m'étais proposé de l'appliquer.

Fœtus de 4,840 grammes sans la substance cérébrale. Opération aisée. Suites de couches normales.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — JUILLET 1885.

De l'ablation des ovaires dans le traitement des fibro-myomes utérins et des ménorrhagies incoercibles, par le docteur Simon DUPLAY, professeur à la Faculté de Paris. — Lecture de ce mémoire a été faite devant l'Académie de médecine, le 2 juin 1885, par M. le professeur Duplay.

L'abus scandaleux que les étrangers avaient fait de l'opération de Battey avait éloigné d'elle les chirurgiens français. L'opération n'en est pas moins une véritable conquête, en particulier dans les cas de ménorrhagies incoercibles dues aux fibro-myomes. Voici les conclusions de l'important mémoire du professeur Duplay.

1° L'ablation des deux ovaires est appelée à rendre les plus grands services dans les cas de métrorrhagies incoercibles, symptomatiques de la présence de corps fibreux de l'utérus.

2° Quoiqu'elle ne présente pas une très grande gravité, puisqu'elle ne donne pas plus de 14,6 p. 100 de mortalité, on ne doit y recourir qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique.

4° Elle est surtout indiquée dans les cas de fibro-myomes moyens et petits, dans lesquels l'hystérectomie serait parfois impossible et toujours extrêmement grave, sinon mortelle.

4° Dans ces conditions, la castration est suivie presque constamment de la cessation complète et définitive des hémorrhagies et très fréquemment de la diminution de volume de la tumeur.

5° La castration est contre-indiquée dans les très gros fibro-myomes et dans les cysto-fibromes pour lesquels l'hystérectomie est seule convenable.

6° La castration doit toujours être double; il est utile d'enlever en même temps que l'ovaire la trompe de Fallope pour être sûr de ne plus laisser de tissu ovarien dans le pedicule et réséquer une plus grande partie du plexus péri-ovarien.

Erysipèle de la face chez le mari. — Guérison. — Septicémie puerpérale chez la femme. — Mort, par le docteur A. GUICHARD (d'Angers), chirurgien-adjoint de la Maternité d'Angers. — Un chauffeur de la compagnie de l'Ouest eut un érysipèle qui commença le 15 janvier et se termina le 30. Sa femme accoucha le 17 et mourut,

©BIU Santé

le 30, avec tous les symptômes de l'infection. Nouvel exemple, très démonstratif, de la contagion et de l'importance des précautions antiseptiques.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — AOUT 1885.

De l'élevage des enfants nés avant terme; communication faite à l'Académie de médecine, le 21 juillet 1885, par M. le professeur TARNIER. — M. Tarnier a déjà, il y a longtemps, proposé de placer les enfants, nés avant terme, dans des couveuses spéciales pour les maintenir dans une atmosphère à peu près constante de 32 à 34°. Ce moyen, adopté aujourd'hui par nombre d'accoucheurs, a fourni déjà d'excellents résultats, qu'on peut rendre encore plus favorables en complétant la méthode par le *gavage* des enfants.

Pour pratiquer ce dernier, on introduit dans l'estomac une sonde uréthrale n° 16 en caoutchouc rouge souple, munie d'un bout de sein en verre qui sert d'entonnoir.

On verse alors le liquide nutritif, et le meilleur paraît être le lait de femme. On ne peut encore formuler des règles fixes touchant la quantité de lait à donner et le nombre des gavages. Aux tous jeunes enfants, 8 grammes de lait toutes les heures.

Plus tard, on fait alterner les tétées avec les séances de gavage; mais il ne faut pas suspendre celles-ci de bonne heure, parce que les efforts de succion pour les nouveau-nés débiles sont une cause d'affaiblissement.

Sitôt le lait introduit dans l'estomac, il faut prestement retirer la sonde, sans quoi on risquerait de voir des vomissements se produire.

On doit aussi éviter de donner du lait en excès pour ne pas provoquer un mouvement d'hypernutrition; l'excès se traduit par un œdème aigu inquiétant. La réglementation sage de l'alimentation fait disparaître cet œdème.

M. Tarnier est persuadé que, grâce aux couveuses, on pourra reculer le terme de la viabilité au sixième mois..

Il présente à l'Académie deux nouveau-nés qui ne doivent d'avoir survécu qu'à ces nouveaux procédés. Le premier est un jumeau; il pesait 1,020 grammes à la naissance. La conception, d'après la mère, ne pouvait guère remonter à plus de six mois. Peu de jours après la naissance, il était tombé à 850 grammes; mais, sous l'influence du gavage, il était vite remonté à 1,015 grammes. Vingt jours après la naissance, l'enfant tétait. Le deuxième enfant pesait, lorsqu'il est né, 1,100 grammes. Descendu à 1,000 grammes, il est remonté peu à peu, sous l'influence du gavage, à 1,500 grammes.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — SEPTEMBRE 1885.

De la dilatation prœfœtale de la vulve; nouvelles considérations. Etude sur la formation et la rupture de la poche des eaux, par le docteur DUMAS, professeur à la Faculté de Montpellier. — **Des cystocèles vaginales, avec ou sans chute de l'utérus, compliquées de calculs,** par M. VARNIER, interne des hôpitaux. — Ces travaux, en voie de publication, seront analysés dans la prochaine revue.

Dr H. STAPFER.

BIBLIOTHÈQUE

NOTICE HISTORIQUE SUR L'ANCIENNE CORPORATION DES CHIRURGIENS, DITE CONFRÉRIE DE SAINT CÔME, par M. le docteur DAUCHEZ. — Paris 1885; Lechevalier.

Donner en abrégé l'histoire accidentée de la célèbre confrérie, raconter ses origines, rappeler les interminables querelles de barbiers à chirurgiens, ou de chirurgiens à médecins; faire revivre pour un instant les rivalités de saint Côme et de saint Luc était un travail d'érudition, et j'ajouterai un travail assez ingrat, surtout quand il doit remplir seulement l'étroit espace de seize pages.

M. Dauchez a su le faire et, dans ce modeste opuscule, fixer la curiosité du lecteur. Quel a été le but de ces recherches et à quelle fin tendent-elles? Cette question ne me semble pas indiscrète, puisque M. Dauchez se charge lui-même d'y répondre, dès les premières lignes en indiquant l'origine de cette brochure ; « Au moment où plusieurs

« de nos confrères, écrit-il, réunis au Mans par les soins de Sa Grandeur Monseigneur « Doutremont, sur l'initiative de son dévoué collaborateur, M. le docteur Le Bèle, unis- « saient leurs efforts pour travailler en commun à restaurer la Confrérie de Saint « Côme. »

Cet aveu nous dispense d'insister sur la note dominante et la philosophie du mémoire. Aussi nous bornerons-nous, en applaudissant aux efforts de M. Dauchez pour jeter un rayon de lumière sur des institutions qui eurent leurs heures de gloire et aussi de défaillance, à faire nos réserves sur le renouvellement des essais infructueux de Lacordaire en 1847, du *Catéchisme médical* de cette époque et de la *Revue d'anthropologie catholique*. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la sueur fétide des pieds. (*Edimburg medical Journal*, mars 1885). — Le docteur Stewart d'Edimbourg recommande contre cette désagréable tutélaire affection, le traitement suivant dont il a éprouvé l'efficacité. Après avoir bien fait nettoyer les pieds à l'eau chaude. les faire tremper pendant quelques minutes dans une solution de permanganate de potasse à 0,25 ou 0,35 de permanganate pour 30 grammes d'eau.

Puis les pieds sont séchés et recouverts de bandelettes imbriquées en cuirasse, de largeur variable mais toujours faible, et abondamment graissées avec la pommade à la céruse d'Hébra.

On pourrait, selon nous, remplacer ces bandelettes de vieux linge par des bandelettes d'emplâtre à la céruse. Quoi qu'il en soit, les orteils sont d'abord enveloppés par ces bandelettes imbriquées, puis on fait un véritable Scultet sur le pied qui est recouvert, y compris le talon, jusqu'au-dessus des malléoles.

On renouvelle ce pansement toutes les douzes heures avec d'autres bandelettes et de la pommade nouvelle, et cela pendant une période variant de 10 à 16 jours, selon la ténacité du cas et l'épaisseur de la peau du talon qui, nous l'avons dit, doit être compris dans ce pansement, bien que nous voyions mal l'importance d'intéresser, dans ce pansement, le revêtement épidermique épais et privé de glandes sudoripares qui recouvre tout le talon.

Dans la majorité des cas, d'après l'auteur, l'odeur sera notablement diminuée vers la fin du troisième jour et ne sera plus perceptible vers le neuvième. L'exfoliation de l'épiderme se fait *pari passu*, en même temps que se forme la nouvelle cuticule; elle peut n'être complète que vers la fin de la troisième ou même de la quatrième semaine.

Nous rappellerons qu'il n'est pas toujours sans danger, a-t-on dit, de guérir radicalement la sueur fétide des pieds, et de priver certains sujets de cet émonctoire naturel. Ce traitement, au moins en ce qui concerne l'immersion des pieds dans la solution concentrée de permanganate de potasse, ne saurait, selon nous, être mis en pratique qu'en temps qu'il n'y aurait pas d'ulcérations ou de fissures interdigitales ou interphalangiennes.

L. Dn.

Une formule contre le prurit. (*The Canadian practitionner*, juillet 1885.) — Le professeur Bartholow, de l'Université de Philadelphie, conseille l'emploi de la solution suivante contre le prurit avec ou sans éruption :

Acide phénique	8	grammes.
Glycérine	30	—
Eau de roses	240	—

Contre les névralgies superficielles idiopatiques, il emploie les fomentations avec le niment suivant :

Huile de girofle — de gaulteria — de thym	àà	4 grammes.
Teinture de benjoin — de canelle	àà	120 grammes.

L. Dn.

©BIU Santé

COURRIER

L'Académie des inscriptions et belles-lettres a décerné vendredi, 13 novembre 1885, dans sa séance publique annuelle, une mention honorable à M. le docteur Le Paulmier pour son livre intitulé : *Ambroise Paré, d'après de nouveaux documents découverts aux Archives nationales, et des papiers de famille.*

ÉCOLE DES HAUTES-ÉTUDES. — M. Lallement (Gustave-Henri), licencié ès sciences physiques, est délégué dans les fonctions de préparateur au laboratoire de chimie dirigé par M. Troost, en remplacement de M. Saglier, appelé à d'autres fonctions.

HÔPITAUX DE NANCY. — Ont été nommés : Internes des hôpitaux : MM. Lefranc, Renaud, Licht (Eugène), Wuillaume.

Externes des hôpitaux : MM. Lenez, Guirlet, De Langenhager, Lebrun, Manson, Simon, Sturel, Claude, Vaté, Specker.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Sont nommés : M. le professeur Layet, premier assesseur ; M. le professeur Coyné, second assesseur.

MM. les professeurs Oré, Masse et Guillaud sont nommés membre de la commission scolaire.

MM. Viéron et Rochon-Duvigneau sont nommés aides d'anatomie.

Le prix Godar est décerné à M. le docteur Princeteau.

Le prix de thèse est décerné à M. Bernard ; des médailles d'argent sont accordées à MM. Phélippot et Chasseriaud ; enfin des médailles de bronze sont accordées à MM. Denigès, Moussons (A), Salvat, Lantier, Dufourcq et Loumeau.

Le prix Gintrac est accordé à M. le docteur Bergonnier.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — *Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.* — Le lundi 28 décembre 1885, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour quatre places d'élèves internes.

Le lundi 11 janvier 1886, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour huit places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats à l'internat devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront de plus à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

HOSPICE GÉNÉRAL DE TOURS. — La Commission administrative donne avis qu'un concours sera ouvert le lundi 3 mai 1886, à l'hospice général de Tours, pour un emploi de médecin-adjoint à l'hôpital civil. — La durée des fonctions des médecins-adjoints est de six ans.

— La même Commission administrave donne également avis qu'un deuxième concours sera ouvert le lundi 17 mai 1886, à l'hospice général de Tours, pour deux places de chirurgien-adjoint à l'hôpital civil. — La durée des fonctions des chirurgiens-adjoints est de six ans.

Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est Français, âgé de 25 ans au moins, et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine pris dans une faculté de l'État.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau de l'Economat un mois au moins avant l'ouverture du concours, et déposer entre les mains de M. l'Econome leur acte de naissance, leur diplôme, l'indication de leurs titres universitaires et un exemplaire de leurs travaux scientifiques.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Doléris et Ricard : Recherches anatomiques et opératoires a propos du raccourcissement des ligaments ronds ou opération dite d'Alexander-Adams. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Sociétés médicales des départements. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Recherches anatomiques et opératoires à propos du raccourcissement des ligaments ronds ou opération dite d'Alexander-Adams.

Par MM. A. Doléris, accoucheur des hôpitaux, et Ricard, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux.

Les gynécologues anglais en sont à la période des aménités, la controverse a dégénéré en épigrammes. Il est à craindre que ce ne soit beaucoup de bruit et de colère pour un mince résultat. En réalité, le *raccourcissement artificiel des ligaments ronds*, pour la cure de la rétroversion utérine et du prolapsus, a rencontré quelques chauds partisans, beaucoup d'incrédules et d'adversaires, mais la majorité des chirurgiens se tient sur la réserve et attend les statistiques nettes et des résultats démonstratifs. Des cas malheureux et des insuccès ont été signalés, sans compter l'impossibilité même d'exécuter l'opération dans certains cas. Il nous a paru intéressant d'étudier la question à un point de vue directement pratique, avant d'entrer dans la discussion critique des faits. Nous nous sommes, dans ce but, livrés dès le mois d'août de cette année à des recherches cadavériques et à l'étude de la technique opératoire du *shortening round ligaments*. Nos investigations ont porté sur vingt-huit cas, comprenant : des nullipares et des multipares ; — des sujets d'âge différent ; — des cadavres présentant une disposition absolument normale de l'appareil génital, et d'autres qui offraient justement des types pathologiques passibles de l'opération : retroversion simple ou compliquée de flexion, de prolapsus, de fibromes, de perimétrite, d'adhérences de l'utérus et de l'un ou des deux ovaires à la paroi postérieure du bassin, des paramétrites inflammatoires ou néoplasiques.

Sans toucher à l'historique de la question et sans vouloir préjuger de l'efficacité décisive du procédé contestée par certains, nous pouvons avancer, avec beaucoup d'autres, que l'opération comporte des difficultés matérielles d'exécution, des dangers relatifs, et parfois des conditions d'échec certain, de nature à mettre en garde les chirurgiens désireux de l'entreprendre.

I. *Difficultés.* — Elles consistent dans la recherche même de l'extrémité extra-péritonéale du ligament rond. Il y a vingt ans environ trois chirurgiens belges, qui tentèrent l'opération, durent renoncer à leur entreprise et refermer la plaie sans avoir trouvé le ligament. La chose fit scandale. Le *réinventeur* prétendu, le docteur Alexander, qui recommandait, au début, à ses imitateurs une patience minutieuse, semble considérer aujourd'hui la manœuvre comme fort aisée. Toutefois, peu de gynécologues sont de son avis, et, chose assez piquante, pendant qu'il traite de haut les chirurgiens maladroits qui ont éprouvé des désillusions ou des échecs, son collaborateur dans l'invention, le docteur Adams, plus modeste ou plus avisé, s'insurge contre l'idée d'en livrer l'exécution à des chirurgiens novices : « Le ligament rond est parfois très-difficile à voir..., même à montrer à l'amphithéâtre, sur le cadavre. » (*British medic. Journ.*, 3 octobre 1885). Quoi qu'il

©BIU Santé

en soit, dans deux cas sur quatre, un gynécologue américain expérimenté, Mundé, n'a jamais pu réussir à les mettre à découvert, même en ouvrant largement le canal inguinal, chez des femmes grasses ; il a fallu renoncer à l'opération. Ces faits sont tout récents. Plus récemment encore, Emmet a vu échouer l'opération, et elle ne lui inspire qu'une mince sympathie ; de même Lawson Tait, dans le seul cas où il l'ait entreprise ; Reeves, Keith, Croom, Duncan, Smart, etc., trouvent la recherche du ligament rond très difficile ; il a fallu, dans plusieurs cas, consacrer une heure et demie et jusqu'à deux heures pour en découvrir un sur les deux et l'on a renoncé à trouver l'autre. (*British med. associat.*, 10 juin 1885. — *Société obstétricale Edimburgh*, 25 mai 1885).

M. le docteur Tissier, qui a fait quelques recherches en collaboration avec M. le docteur Hache, a aussi indiqué cette difficulté à la séance du 9 avril 1885, de la Société clinique. — Ce sont là des faits et des autorités. — Il n'est pas douteux qu'Alexander a exagéré la simplicité du procédé ; il aurait eu tout avantage, ce nous semble, à donner une note plus exacte et plus en harmonie avec la moyenne des faits.

Nos recherches expliquent largement les dissentiments et les issues diverses des tentatives. Elles nous ont montré qu'à partir de l'orifice inguinal interne, il n'existe plus, à proprement parler, que des *vestiges insignifiants* du ligament rond ; nuls chez les jeunes sujets, nuls chez les femmes maigres, introuvables, s'ils existent, chez les sujets très gras, ils sont un peu plus visibles chez quelques vieilles femmes et dans la période post-puerpérale. Mais, dans ces derniers cas, il serait difficile d'y découvrir autre chose que des artérioles, quelques veinules parfois variqueuses, des filets nerveux dont un volumineux : la branche inguinale du nerf génito-crural, et quelques tractus fibrillaires qui les unissent. Parfois ces tractus sont remplacés par des pelotons graisseux et les éléments vasculo-nerveux épars et dissociés dans le trajet inguinal ne représentent même plus une fausse apparence de ligament. Voilà ce qu'il faut dire, voilà la vérité anatomique, qui aurait évité les déceptions.

En réalité, donc, le ligament rond, au sortir du petit bassin, se fixe solidement sur la charpente fibreuse de l'orifice interne du trajet inguinal ; il s'épuise sur les fascias et les tendons aplatis qui constituent cette charpente. Dans l'origine du trajet, il reçoit quelques fibres détachées du petit oblique avec lesquelles il se confond ou plutôt avec lesquelles il semble se continuer. Dans le trajet lui-même, les éléments vasculo-nerveux, réunis ou non à quelques tractus fibrillaires, se retrouvent seuls, lâchement fasciculés ou isolés les uns des autres. Il serait impossible d'y démontrer des fibres musculaires lisses dans la majorité des cas. Or ce sont, le plus souvent, les faisceaux déliés, détachés du petit oblique, ou les vaisseaux et leur gaine, parfois le nerf ou un de ses minces filets, que l'on saisit soit à la sortie du canal inguinal, soit dans l'intérieur du trajet.

Si, au moyen de la sonde cannelée portée dans le canal, on réussit à dégager un faisceau suffisant formé de ces éléments divers et à le charger ou à le fixer avec une pince, qu'on exerce alors des tractions, et on verra se produire les phénomènes suivants : d'abord les tissus pincés se dissocient, et si on ne continue pas à les dégager au moyen du bistouri, ce que conseille Alexander et ce qui est peut-être dangereux, à cause des artères immédiatement avoisinantes, ils cèdent avec la plus grande facilité ; — ensuite, à supposer qu'on ménage les tractions, on réussit bien parfois à

replacer à peu près l'utérus dans son attitude normale, mais, si on a le soin de regarder du côté de la cavité abdominale parallèlement ouverte pour surveiller l'opération, on voit, au fur et à mesure des tractions exercées, le péritoine se tendre sur la paroi pelvienne correspondante. Tous les tissus sont tiraillés, artères, veines, nerfs, fascias, et un infundibulum se dessine, du côté de l'abdomen, au niveau de l'orifice inguinal interne. Cet infundibulum, que le doigt sent très bien sur le cadavre, s'approfondit en proportion des tractions et il en faut très peu pour amener la séreuse dans l'orifice externe du canal inguinal. Or, souvent, cette sorte d'invagination est déjà très nettement accentuée, lorsque l'utérus commence seulement à être mobilisé. On peut juger de ce qui arrive lorsque le redressement est complet, et il ne peut l'être, quoi qu'on en ait dit, sur le cadavre du moins, qu'après la résection de 6, 8, parfois 10 centimètres du ligament, habituellement allongé par la déviation en arrière de l'utérus. Il est étrange que quelques opérateurs, qui disent avoir réussi, aient pu obtenir un résultat quelconque avec la résection de 2 ou 5 centimètres seulement.

Que l'on suppose maintenant l'opération faite sur le vivant. Le chirurgien qui aura, non sans peine, reconstitué le trajet inguinal en dissociant tout ce qu'il contient et réussi à dégager un semblant de faisceau, qui tirera sur les fibres, vaisseaux ou nerfs de ce faisceau faisant suite à l'extrémité réelle du ligament rond, sentira, après quelques efforts, la résistance céder; pensant avoir mené à bout son opération, il verra le faisceau s'élargir, s'isoler, devenir net, et il en réséquera la longueur qu'il jugera nécessaire. Il s'apercevra alors qu'il a fait un trou au péritoine et que ce qu'il prenait pour la portion abdominale du ligament rond, dégainée de son revêtement péritonéal, est justement la face externe de l'infundibulum séreux doublant le ligament. Il aura tiré comme s'il tenait un parapluie par le petit bout. Heureux si déjà il n'a pas, sans s'en apercevoir, perforé le péritoine avec la sonde. La séreuse étant reconnue ouverte, cet accident, quoique grave pour une opération prétendue si insignifiante, est réparable évidemment ; mais, s'il passe inaperçu et que l'on fasse dans la plaie, ainsi que cela est conseillé, des irrigations antiseptiques à un fort titre, avant de serrer les fils des sutures, on voit les conséquences qui en découlent. Or, dans nos premières opérations sur le cadavre, nous avons souvent ouvert le péritoine en cherchant à dégager, au fond du trajet inguinal, l'extrémité du ligament rond, et nous ne nous en apercevions même pas à cause de l'infundibulum qui nous cachait l'ouverture du côté du ventre. Dans l'incision même, la séreuse apparaissait comme une gaine celluleuse entourant le ligament.

Un fait est donc certain, c'est que le ligament rond ne glisse pas sous le péritoine pelvien qui l'engaine; il lui adhère intimement. Si on veut l'attirer à l'extérieur pour le réséquer dans sa portion intra-abdominale, la seule qui soit en cause, il faudra entraîner aussi le péritoine, tirailler la séreuse et ses dépendances dans toute la région intra-pelvienne correspondante, l'ouvrir et la mettre ainsi directement en communication avec la plaie. Sinon, on ne fera que réséquer la portion extra-abdominale du ligament rond, c'est-à-dire *rien* ; ce sera une opération inutile. La blessure du péritoine est considérée, par Alexander, comme le résultat de la maladresse de l'opérateur. Nous affirmons, nous, que, dans bien des cas, on ne peut réséquer une longueur suffisante du ligament rond sans ouvrir le péritoine. Il est vrai, d'autre part, que cette nécessité sera diversement jugée

©BIU Santé

par les chirurgiens, et son importance n'est que relative, mais il n'est pas moins utile de mettre les faits à leur point exact.

II. *Dangers.* — Ils apparaissent maintenant d'une façon assez claire. D'après ce qui précède, on peut les résumer ainsi : ouverture du péritoine, blessures possibles de vaisseaux importants, tiraillements douloureux, et, enfin, conséquence plus déplorable encore, formation d'un *trajet herniaire* uniquement fermé par la région de la cicatrice. Sans vouloir exagérer ces faits, il est intéressant de les signaler à l'attention. D'ailleurs, trois cas de mort et diverses complications ont déjà été publiés; or, l'opération n'est guère courante que depuis deux ans environ.

III. Restent les *impossibilités* de l'exécution. *Elles se manifestent justement quand on a affaire à des cas qui semblent réclamer ce procédé.* Lorsque l'utérus est rétroversé, la portion intra-abdominale des ligaments ronds est notablement allongée et affaiblie. Lorsqu'il existe des adhérences, c'est du côté où se sont établies ces adhérences que l'allongement est le plus marqué; chose fort difficile, sinon impossible à diagnostiquer sur le vivant. Lorsqu'il reste des exsudats plastiques dans le paramétrium, le ligament rond est confondu intimement avec les tissus voisins; il est comme maçonné dans la paroi pelvienne, à laquelle il demeure accolé. Il n'est alors mobilisable par aucun moyen et résiste à toute traction.

Enfin, il faut ajouter que ces tractions sont rendues, dans ces différentes conditions, à peu près inefficaces par les changements de direction des ligaments, les coudes nombreux que leur imposent les déviations de l'axe utérin et les adhérences.

La force des tractions se réfléchit sur des angles parfois très accentués sans aboutir à l'utérus. Dans beaucoup de cas, où les ovaires et le fond de la matrice adhéraient au cul-de-sac de Douglas, ou même l'un des ovaires seulement, nous avons vu le ligament correspondant, ou bien tous les deux, se diriger en arrière vers la paroi pelvienne postérieure, se réfléchir ensuite, en avant, à angle aigu, suivre toute la paroi latérale de l'excavation, enfin se réfléchir de nouveau vers l'orifice inguinal du péritoine pour se couder encore dans le trajet inguinal, si l'on veut admettre encore qu'il existe, une fois hors du bassin. Nous ne parlons pas des détails accessoires de l'opération, tels que le redressement, l'usage des pessaires à tige, la restauration du périnée et de la vulve, qui ont accompagné ou suivi l'opération d'Alexander, dans beaucoup des cas publiés, et qui pourraient bien même avoir été un notable élément dans le succès relatif obtenu.

IV. Enfin, le *résultat*, si tant est qu'il soit réel, sera-t-il durable? Les recherches cadavériques, qui montrent bien la nouvelle situation qui est faite à l'utérus et aux organes voisins, la vessie surtout, permettent d'apprécier que le développement du réservoir urinaire ne se fera qu'avec difficulté et qu'il aura pour effet de rejeter en arrière l'utérus porté en totalité vers le pubis par l'opération, et, ce faisant, de tirer sur la plaie d'abord, sur la cicatrice ensuite, faits observés dans certains cas, et enfin de tirailler à nouveau et d'allonger les ligaments ronds, d'où la nécessité d'un cathétérisme soigneux au début, et l'explication de quelques complications signalées par certains chirurgiens du côté de la plaie.

Nous ne pouvons tout dire dans cette simple note, mais nous pensons qu'elle renferme quelques notions utiles et qu'elle réduit à des proportions plus exactes l'idée qu'on serait tenté de se faire de l'opération d'Alexander.

Nous ne prétendons pas qu'il faille y renoncer pour les raisons mentionnées ici et ailleurs, mais il nous semble que les indications en sont limitées, et peut-être que ces notions abrégées, qui ne sont pas toutes nouvelles, serviront à mieux préciser ces indications.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DU DIABÈTE, par FL. FRERICHS; traduction par le docteur LUBANSKI. Paris; 1885. — J.-B. Baillière.

On connaît la faveur qui accueillit l'édition allemande de cet ouvrage. M. Lubanski a donc été bien inspiré, en publiant cette traduction française qui, sans nul doute, obtiendra, dans les pays latins, les succès de son aînée dans les contrées de langue allemande. Faut-il en donner la raison et faire l'éloge du traducteur, après avoir rappelé les mérites de l'auteur? *Non est hic locus*, car M. Lubanski est des nôtres, habite la maison de l'*Union médicale*, et possède depuis longtemps la sympathie de ses lecteurs, au premier étage comme au rez-de-chaussée.

Je ne rappelerai pas les têtes de chapitre de cet ouvrage, qui sont les mêmes que dans l'édition allemande. Toujours fidèle à sa prédilection pour la chimie biologique, Frerichs y associe constamment les sciences accessoires à l'observation clinique. Il étudie le *rôle du sucre dans les échanges organiques, son passage dans l'urine*. Après avoir fait œuvre de clinicien, en énumérant la *symptomatologie*, les *complications*, ou les *lésions anatomiques* du diabète, il discute, en physiologiste et en thérapeute expérimenté, *son étiologie, son traitement et sa nature*.

Oubliant les théories hépatique, gastro-intestinale, pulmonaire, pancréatique et chimique, toutes impuissantes à expliquer l'excès du sucre dans le sang, qu'il s'agisse d'une exagération de production ou d'une insuffisance de destruction, Frerichs jette les assises de la théorie nerveuse et veut montrer qu'un tel trouble dans les échanges organiques ne peut relever que d'une cause générale : l'action du système nerveux, mis en jeu par les causes les plus diverses, depuis la piqûre du quatrième ventricule jusqu'aux ébranlements moraux de toute nature.

La dissémination et la variété des lésions anatomiques, sur des points différents des centres nerveux, ne permettent pas, à coup sûr, d'attribuer à la maladie un siège spécial, ni une localisation ; mais comme l'écrit M. Lubanski dans sa préface, on est fondé à se représenter — « l'encéphale comme atteint dans les territoires nerveux qui com-« mandent les actes intimes de la nutrition, et la meilleure idée qu'on puisse se faire « du diabète, c'est d'y voir une rupture dans l'équilibre normal entre les phénomènes « d'inhibition et les phénomènes de dynamogénie ; ceux-ci prenant le dessus, suivant « un sens déterminé, pour pousser à la formation du sucre dans tout l'organisme, tant « aux dépens des ingesta qu'aux dépens des humeurs et des tissus. »

Cette opinion, que résume si nettement le distingué traducteur, a pour elle l'appui et la haute autorité de M. Charcot. La préface de cette édition française du livre allemand expose donc les opinions du savant médecin de la Salpêtrière. Cet appui ne contribuera pas peu au succès du livre actuel et de la théorie nerveuse dans l'opinion médicale.

Ainsi considéré, ce diabète ne consiste plus dans un ralentissement des échanges nutritifs ; ralentissement peu en rapport avec les phénomènes de consomption qui en sont l'aboutissant. Indice d'une suractivité morbide des échanges nutritifs, il devient « une dyscrasie par excès de production et d'élimination. L'exagération de la soif et « de l'appétit sont là comme les moyens de défense de l'organisme, obligé de faire face « à des dépenses inutiles. La dénutrition a enfin sa signature dans l'excès d'urée et « d'acide urique », contenue dans les urines des diabétiques. Quant au diabète gras, on ne saurait en invoquer la physionomie clinique contre cette théorie ; car il n'est « qu'une phase transitoire du diabète, où l'organisme balance encore ses pertes et « réalise même des bénéfices, grâce à l'exubérance des fonctions digestives. »

©BIU Santé

Cette argumentation est séduisante, et il faut rendre hommage à la sagesse du plaidoyer et à l'habileté de l'avocat. Satisfait-elle à toutes les inconnues de la pathogénie du diabète ? Il serait téméraire de l'affirmer. Par contre, de toutes les théories, c'est la plus vraisemblable ; elle a pour elle le témoignage de nombreux faits cliniques, des preuves de médecine expérimentale et l'autorité de maîtres éminents.

On ne saurait trop savoir gré à M. Lubanski d'avoir facilité, aux médecins étrangers à la langue allemande, la lecture du livre de Frerichs. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Le choléra, par Raymond Royers. — Dans un article où il expose ses idées sur le choléra indien, notre confrère américain considère cette affection comme une *névrose*, dans laquelle la diarrhée riziforme est une sorte d'hémorrhagie, ayant pour conséquence l'abolition de toute stimulation du cœur et des centres nerveux, par soustraction de liquide sanguin. Cette théorie n'est pas absolument originale, mais, sans m'arrêter à sa discussion, je constate qu'elle conduit l'auteur à des considérations thérapeutiques.

C'est d'abord la nécessité de faciliter l'afflux du sang vers l'encéphale par la position à donner au malade : Horizontale dans les cas de moyenne intensité, elle doit être celle de l'abaissement de la tête dans les cas graves jusqu'au moment où la réaction sera établie. Il est même de ceux qui, par ce moyen, comptent diminuer l'abondance des selles et prévenir les effets de la pesanteur, parce que étant liquides celles-ci agissent sur — « *the sphincter and by gravitation* » et provoquent — « *catharsis* »

A une période avancée, quand il y a arrêt de l'absorption, il recommande des injections hypodermiques de morphine, les inhalations de chloroforme, la glace et l'eau presque froide, *ad libitum*. Il ajoute que, cette maladie étant d'origine névrosique, les exagérations de la presse politique contribuent beaucoup à augmenter la gravité des épidémies en semant la frayeur parmi les populations. Enfin, conclusion qui est celle d'un praticien expérimenté, M. Raymond Royers avoue avec franchise que les inconnues de ce problème de pathogénie sont encore à découvrir. Cette réserve ne manque pas de sagesse ; on lui en doit remerciement. (*Journal of the American medical Association*, octobre 1884.) — C. L. D.

Les accidents pulmonaires des diabétiques, par Dreschfeld. — Ces accidents sont les suivants :

1° La pneumonie croupale aiguë, rare d'après Frerichs, assez commune d'après M. Lécorché, est plus fréquente dans l'âge adulte que dans la vieillesse. A début insidieux, comme celui de la pneumonie alcoolique, elle évolue sans hyperthermie, sans diaphorèse et sans expectoration, excepté dans les cas de gangrène ;

2° La broncho-pneumonie aiguë. Elle s'observe à tout âge, possède une marche aiguë et aboutit souvent à la gangrène ou à l'état chronique, sous forme de foyers caséeux. A l'examen histologique, on constate, dans les alvéoles, la présence de cellules épithéliales isolées ou mélangées avec des exsudats fibrineux, des globules blancs ou des produits analogues à ceux de la pneumonie croupale ;

3° La pneumonie caséeuse chronique ou tuberculeuse, qui est fréquente, débute par le sommet, par une broncho-pneumonie, ou avec les allures habituelles de la phthisie. — Elle en présente d'ailleurs tous les caractères anatomiques, et l'auteur y a constaté les bacilles spécifiques. A l'exception de la tuberculisation intestinale, les tubercules y sont rares dans les organes autres que le poumon ;

4° La pneumonie chronique, non tuberculeuse, dont l'auteur rapporte une observation, et dont des exemples ont été publiés par Green, Greenfield, Harris (*The journal of anatomy and physiology* 1881), et par Marchand (*Virch. Arch.* t. LXXXII).

5° La gangrène pulmonaire qui, dans l'espèce, a pour caractère de ne pas donner toujours lieu, d'après Frerichs, aux crachats fétides, mais de les rendre acides. On y trouve en abondance des bactéries, des microphytes et des cristaux de Charcot. L'absence d'odeur dans ces crachats n'a pas été expliquée, d'ailleurs elle ne fait pas défaut dans tous les cas.

Les autres affections pulmonaires qui se rencontrent dans le diabète : l'emphysème et la bronchite, ne méritent pas, d'après l'auteur, une description spéciale. (*The medical chronicle*, octobre 1884, p. 5). — C. L. D.

Thérapeutique de la néphrite aiguë avec anurie, par THORN. — Aufrecht a récemment soutenu cette thèse : que, dans la néphrite aiguë avec anurie, en particulier, il fallait s'abstenir des diurétiques, accusés à bon droit d'augmenter le mal en irritant un rein qui n'en pouvait mais, et en activant encore la destruction épithéliale. Il ajoutait qu'il n'avait connaissance, dans la littérature médicale, que d'un seul cas d'anurie néphrétique ayant guéri par l'usage des diaphorétiques et diurétiques, après s'être prolongée quatre-vingts heures, comme dans le cas qu'il publiait et dans lequel il s'était borné à un traitement purement diététique. L'observation de Thorn répond à cette exagération. Un enfant de 9 ans resta pendant plus de trois jours sans émettre une seule goutte d'urine, et on ne put extraire par la sonde que 5 grammes d'un liquide rouge brunâtre, presque en entier composé d'albumine et d'hématies. Le traitement diurétique et diaphorétique classique n'en fut pas moins institué : bains chauds, pilocarpine, uva ursi, lait, etc., et cela avec succès. L'urine reprit peu à peu sa quantité normale, l'œdème des paupières et des malléoles, l'hydrothorax disparurent, et la teneur de l'urine en albumine est tellement minime à cette heure qu'elle équivaut à une guérison absolue. (*Id.*, p. 324.) — R. L.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LA HAUTE-VIENNE PENDANT LE PREMIER SEMESTRE DE 1885.

Malgré le nombre des mémoires consacrés à l'étude de cette question, le travail de M. RAYMONDAUD, sur la *trachéotomie dans le croup*, sera lu avec intérêt. Il contient, en effet, un aveu précieux, sortant de la bouche autorisée d'un praticien, en faveur du procédé opératoire en deux temps. De par l'expérience de notre confrère, ce procédé est supérieur à la méthode de Trousseau, dont la longueur est préjudiciable dans une opération d'urgence et aussi à la méthode, pour ainsi dire extra-rapide, de M. de Saint-Germain, qui est d'une « insécurité redoutable ».

A l'appui de ces conclusions, M. Raymondaud fait connaître six observations récentes qui font honneur à son habileté chirurgicale. Il condamne encore les trachéotomies par la méthode ignée, les opérations par le thermo-cautère exigeant de la lenteur, beaucoup de temps et des précautions pour éviter les inconvénients du rayonnement; or, à quoi bon, ajoute-t-il avec raison, « se créer des difficultés dans une opération qui doit « être simple, sûre et rapide? »

Ce mémoire sera donc utilement consulté par tous les praticiens. Le suivant est d'intérêt plus local; il est motivé par les maladies professionnelles résultant de l'industrie du pays. M. BOUDET y fait connaître ses *recherches sur les maladies des porcelainiers*, et les termine par des conclusions intéressantes. — Les porcelainiers, écrit-il, sont soumis à des causes morbides plus nombreuses que les ouvriers des autres professions. Les maladies des voies respiratoires sont plus fréquentes parmi eux; en particulier, les hémoptisies chez les useurs de granit, et la phthisie pulmonaire tardive chez la plupart d'entre eux. Les brusques variations de température et l'aspiration des poussières de kaolin, de feldspath et de silice en sont probablement les causes pathogènes.

Le rhumatisme n'est pas rare non plus parmi eux; la conjonctivite s'observe chez les émailleurs, et on rencontre une déformation rachidienne, consistant dans une élévation de l'épaule gauche chez les peintres sur porcelaine. Ce vice de conformation est particulier aux hommes et ne se rencontre pas parmi les femmes, parce que celles-ci sont assises sur des sièges élevés et dans une attitude où l'incurvation du rachis est moins prononcée.

Un autre professeur de l'Ecole de Limoges, M. Prosper LENAISTRE, a soulevé de nouveau la question de la *longévité chez les femmes à cancer du sein opéré*. Il se demande si

©BIU Santé

elle surpasse celle des femmes auxquelles on n'a pas pratiqué l'ablation de la tumeur et, à l'appui de sa thèse, signale deux cas de cancer du poumon consécutifs à l'ablation des seins cancéreux. Il conclut cette note en déclarant « qu'il y a toujours le plus grand « danger à enlever le cancer de la mamelle, parce qu'on court le plus souvent la triste « chance d'activer le mal ou de le pousser à des manifestations sur des organes plus « essentiels à la vie. » Cette opinion ne sera pas ratifiée par tous les chirurgiens; elle n'en a pas moins sa valeur.

Parmi les autres travaux de la Société, pendant ce semestre, il faut encore noter une observation de *névralgie sciatique rebelle*, traitée par l'*élongation*. Cette tentative opératoire de M. Raymondaud se termina par une abondante suppuration et par la mort du malade. Enfin, M. E. Raymondaud a donné communication d'un autre fait chirurgical, celui d'une *luxation de l'avant-bras en arrière datant de six mois*. La réduction fut obtenue par les mouffles et la guérison absolue, malgré l'ancienneté de la maladie.

C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 novembre 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Sur le traitement des abcès du cerveau. — Remarques cliniques à propos de l'influence des ovariotomies doubles sur la menstruation. — Rapport sur un travail intitulé : *Applications thérapeutiques de la compression hydraulique*. — Des rapports du traumatisme avec l'impaludisme. — Compression de la moelle par un instrument tranchant brisé dans une plaie du rachis. — Cancer du corps thyroïde; ablation; résection de la carotide, de la veine jugulaire et du nerf pneumogastrique; guérison; mort par récidive du cancer. — Présentation de malade : Pyélo-néphrite calculeuse; néphrectomie; guérison. — Présentation de pièce pathologique : Fibro-myxome naso-pharyngien. — Staphylome chronique pellucide de la cornée. — Opération d'Estlander.

On nous prie de transmettre à nos lecteurs le renseignement suivant :

Dans son comité secret du 11 novembre, sur la proposition de la commission désignée pour examiner la demande de M. le docteur de Forniel, la Société a décidé que les aides-médecins de la marine, *nommés au concours*, pouvant être assimilés aux internes des hôpitaux, auraient le droit de concourir pour le prix Duval.

— M. Le Dentu, à l'occasion du procès-verbal et de la discussion sur le traitement des abcès du cerveau par la trépanation, communique l'observation d'un malade qui avait reçu, à bout portant, une balle de revolver de gros calibre dans la région frontale : monoplégie brachiale, aphasie, vomissements dont la fréquence et la persistance font soupçonner à M. Le Dentu une lésion très étendue allant jusqu'au cervelet. Grâce à un traitement très énergique, le malade allait beaucoup mieux, lorsque, à la suite d'un refroidissement, les accidents cérébraux reparurent avec un caractère de plus en plus marqué de dépression et d'affaissement allant jusqu'à un état voisin du coma.

Soupçonnant une collection purulente au niveau de la blessure, M. Le Dentu pratiqua, à ce niveau, une ponction exploratrice avec un trocart qui ne ramena pas trace de pus. Il pensa, comme les vomissements du début le lui avaient fait soupçonner, qu'il s'agissait d'une lésion diffuse contre laquelle il n'y avait pas lieu de pratiquer l'opération du trépan.

Le malade ayant succombé, l'autopsie montra une traînée d'encéphalite suppurée allant de la partie antérieure du lobe frontal jusqu'à l'extrémité postérieure du lobe occipital gauche et touchant à la substance du cervelet.

Dans ces conditions de lésion diffuse très étendue, il est évident que la trépanation n'eût donné aucun résultat, et M. Le Dentu s'applaudit de ne pas l'avoir pratiquée.

M. Pozzi fait un rapport sur un travail de M. le docteur Desplats, professeur à la

Faculté libre de Lille, intitulé : *Applications thérapeutiques de la compression hydraulique.*

M. Pozzi fait remarquer que M. le docteur Chassagny (de Lyon) avait déjà, en 1877, employé des appareils analogues pour la compression *par l'air et par l'eau.* Mais il est juste de remarquer que la pression était obtenue, par M. Chassagny, en refoulant directement le liquide dans des coussins compresseurs, tandis que M. Desplats utilise simplement l'influence de la pesanteur et les principes de l'hydrostatique.

M. Terrier lit un mémoire intitulé : *Remarques cliniques à propos de l'influence des ovariotomies doubles sur la menstruation.*

Le travail de M. Terrier porte sur 22 opérées qu'il a pu suivre jusqu'à cette année, les unes depuis plus de dix ans, les autres depuis un an seulement.

En général, les opérations ont été faites pendant la période sexuelle *active,* c'est-à-dire lorsque les femmes étaient parfaitement réglées. Une malade n'avait été réglée que trois fois en sa vie, à 16, à 18 et à 22 ans; elle fut opérée à 42 ans.

Deux opérées n'avaient plus leurs règles depuis plusieurs mois, ce qui tenait à la gravité de l'état général. Toutes les autres, 19 sur 22, étaient réglées, les unes très normalement, les autres assez régulièrement, les autres enfin irrégulièrement, mais c'est l'exception.

Il est remarquable de voir, malgré les néoformations qui nécessitèrent l'ablation des deux ovaires, la fonction menstruelle persister dans la plupart des cas, et persister régulièrement, sans troubles appréciables, 13 fois sur 22 cas.

Après l'ablation simultanée des deux ovaires, les règles ont absolument disparu dans 13 cas sur 20 ; or, toutes ces opérées étaient réglées avant leur opération, sauf une dont l'état général était fort grave et dont les règles s'étaient arrêtées six à sept mois avant l'intervention chirurgicale, et une autre qui n'avait eu ses règles que deux fois.

Chez une malade opérée d'ovariotomie simple, les règles réapparurent trois mois après l'opération et furent régulières jusqu'au moment où l'on dut pratiquer la deuxième opération après laquelle les règles disparurent tout à fait.

Chez une autre malade, opérée d'un kyste paraovarien droit avec ablation de l'ovaire correspondant, les règles revinrent au bout d'un mois. Ultérieurement et en raison de douleurs vives et d'accidents hystériques graves provoqués par les menstrues, M. Terrier fit l'ablation de l'ovaire gauche. Or, après cette deuxième opération, le résultat ne fut pas immédiat en ce sens que, au bout de trois mois environ, les règles se montrèrent pendant cinq jours ; mais, depuis, la ménopause paraît s'être établie définitivement.

Chez trois opérées, les menstrues revinrent un certain nombre de fois, tantôt régulièrement, le plus souvent irrégulièrement, puis elles finirent par disparaître tout à fait, après un espace de temps variable, dans un cas, après trois ans et demi. Un premier point paraît acquis après l'analyse de ces diverses observations, c'est que l'ablation simultanée ou successive des deux ovaires, détermine la suppression des règles. Tel parut être, en effet, le résultat ordinaire. Toutefois cette suppression peut ne pas être immédiate, et l'écoulement menstruel a pu reparaître, tantôt une seule fois, quelques mois après l'opération, tantôt deux fois en un an, tantôt quatre fois en trois ans.

Dans ces cas, il semble qu'il y ait eu des poussées congestives, par une sorte d'habitude fonctionnelle, poussées qui, de temps à autre, donnent lieu à un écoulement sanguin, considéré par certains auteurs, non comme des règles véritables, mais de simples hémorrhagies, des épistaxis utérines, des *métrostaxis* (Spencer Wells).

Dans un seul cas, après avoir reparu irrégulièrement, cinq fois dans une année et demie, les menstrues se régularisèrent et revinrent pendant deux ans pour cesser à 39 ans et demi. Ici, il ne peut plus être question d'épistaxis utérin, ce sont bien des règles qui sont revenues, et ont duré deux ans. Or, l'ablation des deux ovaires avait été complètement faite ; l'un était transformé en un énorme kyste, l'autre était en voie de dégénérescence. Dans trois cas, chose plus étrange, non seulement les menstrues sont revenues après la double ovariotomie, mais elles persistent, fort régulièrement après quinze mois, un an et huit mois, même après sept ans !

©BIU Santé

Dans deux de ces observations, M. Terrier croit pou voir expliquer la persistance des règles chez ses opérées par l'ablation incomplète des ovaires ; mais dans la troisième où l'ablation complète a été certaine, il lui paraît difficile de se rendre raison de la conservation de la fonction menstruelle pendant deux années.

Enfin, il semble résulter d'une observation relatée par le professeur Schatz (de Rostock), qu'une partie même petite de l'ovaire peut non seulement entretenir la menstruation, mais encore rend possible une grossesse, à la condition, bien entendu, que la trompe correspondante soit intacte.

M. Championnière pense qu'un certain nombre de faits de persistance des règles, après l'ovariotomie double peuvent être expliquées par l'existence d'un fragment d'ovaire laissé par le chirurgien. On ne saurait donner une autre explication des cas où une femme ainsi opérée est devenue enceinte. Mais, en dehors de ces faits exceptionnels, on peut dire que, le plus souvent, il s'agit simplement de poussées congestives dues à l'habitude fonctionnelle laquelle persiste pendant quelque temps pour s'éteindre au bout d'un certain temps. Il en est de cette ménaupause traumatique ou chirurgicale, si l'on peut ainsi dire, comme de la ménopause naturelle qui ne survient pas tout d'un coup, mais s'établit après des retours plus ou moins irréguliers.

M. Tillaux a opéré par ovariotomie double deux jeunes femmes dont l'une n'a plus eu ses règles à partir de l'opération, tandis que l'autre a continué de voir. Celle-ci, qui était une jeune fille, a tenu, à la demande de M. Tillaux, un calendrier de ses époques restées très régulières. Or, il y a six ans que l'opération a été pratiquée; la jeune fille s'est mariée, mais n'a pas eu d'enfant. M. Tillaux a la certitude d'avoir enlevé en entier les deux ovaires.

— M. le docteur Houzel lit une observation relative à un individu chez lequel des accès de fièvre intermittente se sont réveillés au bout de quatorze ans, à la suite de la luxation de l'astragale. (Comm. MM. Nepveu, Berger, Richelot.)

— M. Kirmisson, chirurgien des hôpitaux, communique une observation de compression de la moelle dorsale par une lame de couteau dont un fragment était resté dans la plaie du rachis. A la suite de l'extraction du corps étranger, la paralysie survenue dans le membre inférieur, au moment de la blessure, s'est dissipée, en laissant toutefois de la contracture dans les muscles du membre, consécutive sans doute à des altérations de sclérose irritative. (Comm. M. Berger.)

— M. Peyrot, chirurgien des hôpitaux, lit une observation ayant pour titre : « Cancer du corps thyroïde, ablation, résection de la carotide, de la veine jugulaire et du nerf pneumogastrique; guérison temporaire; mort à la suite de la récidive du cancer. Comm. MM. Richelot, Tillaux, Humbert.)

— M. Polaillon présente une malade à laquelle il a enlevé le rein gauche, il y a six mois, pour une pyélo-néphrite calculeuse datant de l'enfance. Tous les détails de cette observation ont été communiqués à l'Académie de médecine, dans les séances du 5 mai et du 7 juillet derniers. M. Polaillon veut donc se borner à quelques considérations sur le procédé opératoire qu'il a suivi.

Le rein formait une tumeur volumineuse qui remplissait tout le flanc gauche, s'approchait à trois travers de doigt de l'ombilic et s'étalait dans la fosse iliaque. Une incision verticale, même une incision courbe à concavité antérieure, n'aurait pas donné assez de jour pour enlever la tumeur.

M. Polaillon fit donc une incision en L, dont la branche verticale. située immédiatement en dehors des muscles de la masse lombaire, s'étendait de la douzième côte à la crête iliaque, et dont la branche horizontale suivait d'arrière en avant le bord supérieur de la crête iliaque. Non seulement cette incision donne un jour considérable, mais encore elle permet de se rapprocher le plus possible du hile des vaisseaux à lier.

Les incisions furent tracées avec le bistouri. La section des muscles jusqu'au rein fut faite avec le thermo-cautère, afin de ménager la perte du sang chez une malade très affaiblie.

Arrivé sur le rein, l'isolement de l'organe avec les doigts fut facile. Pendant cette

manœuvre, le rein se rompit dans un point où son tissu était fort aminci. Ce fut là une circonstance favorable, car elle permit d'extraire les calculs et d'évacuer le liquide que contenait la poche rénale. En effet, celle-ci ayant diminué de volume put être attirée un peu au dehors, ce qui rendit possible d'atteindre le hile.

Les vaisseaux du hile et l'uretère furent liés en masse par deux fils de catgut superposés à une distance d'environ un demi-centimètre. Drainage, suture de l'incision, pansement de Lister.

La plaie suppura pendant plus de deux mois, malgré les irrigations antiseptiques pratiquées dans le foyer de la plaie. La capsule adipeuse du rein s'élimina sous forme de masses blanchâtres moulées comme des matières fécales.

La santé de la malade s'est complètement rétablie. Le rein droit suffit à l'intégrité de la fonction urinaire. Il faut ajouter, cependant, que la malade se plaint depuis quelque temps d'une douleur vague dans la région du flanc droit; mais l'urine n'est pas altérée et rien n'indique jusqu'à présent que le rein droit soit devenu malade à son tour.

M. Le Dentu rappelle qu'il a pratiqué deux fois la néphrectomie en se bornant à faire une incision verticale, en dehors de la masse du muscle sacro-lombaire; dans ces deux cas, il eut une certaine difficulté à pénétrer jusqu'au rein, même en réséquant une portion de la douzième côte.

Dans une opération récente, dans laquelle il assistait le professeur Verneuil, M. Le Dentu s'est assuré qu'une incision verticale faite très en dehors de la masse sacro-lombaire, à 8 centimètres environ de la colonne vertébrale, puis recourbée d'arrière en avant au-dessus du bord supérieur de la crête iliaque, donnait tout le jour nécessaire pour arriver dans la cavité rénale. C'est là, suivant lui, l'incision de choix dans les opérations de néphrectomie. Elle permet de diviser le pédicule en trois tronçons pour en faire la ligature.

M. Le Dentu n'est point partisan du thermo-cautère auquel il reproche de rendre la cicatrisation plus lente et plus difficile; il estime qu'il est préférable de se servir seulement du bistouri.

Après l'opération, M. Le Dentu conseille la réunion immédiate, à l'aide de plusieurs points de suture, des fils de la ligature ayant été préalablement coupés au ras du pédicule. On termine par le pansement de Lister.

— M. le docteur Galezowski lit un travail sur le staphylome chronique pellucide de la cornée. Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Terrier.

— M. Tillaux met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique, provenant d'un jeune homme qu'il a opéré à l'Hôtel-Dieu, d'une variété de polype naso-pharyngien que l'on décrit aujourd'hui sous le nom de fibro-myxome, mais qui a été longtemps confondu avec le vrai polype naso-pharyngien. Cette pièce est remarquable, en ce qu'elle offre un exemple type de fibro-myxome naso-pharyngien.

— M. le docteur Delorme, médecin-major, présente un malade auquel il a pratiqué l'Eslander pour une pleurésie totale suppurée ayant résisté à plusieurs opérations d'empyème. La résection a porté jusque sur la première côte dont 3 centimètres ont été enlevés. — A. T.

FORMULAIRE

Pommade contre le phagédénisme. — E. Vidal.

Acide pyrogalliqu.....	10 grammes.
Axonge ou vaseline.....	40 —

Mêlez. — Pour donner plus consistance à la pommade, on peut remplacer un cinquième de l'excipient gras, par de l'amidon. — Cette pommade est prescrite contre le phagédénisme du chancre simple. — Si l'ulcération chancreuse est peu large, mais profonde, on la remplit avec la pommade, et on recouvre de charpie. On continue le traitement, jusqu'à ce que l'aspect de la plaie soit complétement modifié, que les bords soient

©BIU Santé

affaissés et le fond exhaussé. L'ulcération se sèche, et prend une teinte grise, qui ne tarde pas à devenir noirâtre. Tous les 3 ou 4 jours, on détache l'escarrhe qui s'est formé sous la poudre. Lorsque la plaie est couverte de bourgeons charnus, on la lave avec de l'alcool camphré étendu d'eau, ou bien avec une solution de chloral au centième, puis on la saupoudre de sous-carbonate de fer. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rabuteau, décédé le 21 courant. Les obsèques auront lieu aujourd'hui mardi, à midi. On se réunira à la maison mortuaire, 72, rue de Rennes.

Concours. — A la suite du concours ouvert le 4 de ce mois à la Faculté de médecine de Paris, pour une place de professeur suppléant de pathologie interne et de clinique médicale, vacante à l'École de médecine de Rennes, M. le docteur Bertheux, chef des travaux anatomiques à ladite École a été nommé.

Le jury se composait de MM. Brouardel, président, Damaschino, Debove, Lefeuvre et Bruté, juges titulaires.

Les questions données ont été : 1° pour l'épreuve écrite, « Les embolies pulmonaires »; 2° pour l'épreuve orale, « Le cancer de l'estomac. »

Société d'anthropologie de Paris. — Le jeudi 26 novembre, à quatre heures de l'après-midi, aura lieu, au siège de la Société d'anthropologie, la conférence annuelle Broca.

M. S. Pozzi traitera des caractères distinctifs du cerveau de l'homme, et M. Letourneau lira le rapport sur le prix Godard.

On trouve des billets au siège de la Société, 15, rue de l'École-de-Médecine.

École de médecine de Nantes. — Sont nommés :

M. le docteur Olive, chef de clinique médicale; M. Trouaille de Larabrie, chef de clinique chirurgicale; M. Colonna, prosecteur; M. Monnier, aide d'anatomie; M. Touchaleaume, aide de médecine ophthalmologique; M. Allaire, préparateur de chimie et pharmacie; M. Perrouin, préparateur de physique, d'histoire naturelle et de matière médicale.

Ont été proclamés lauréats de l'école :

Élèves en médecine. — Première année : Premier prix, M. Landois; deuxième prix, *ex æquo*, MM. Guibert et Jeulin; accessit, M. Dauly.

Deuxième année : Premier prix, M. Valentin; deuxième prix, M. Rive.

Troisième année : Prix, M. Lapeyre; accessit, M. Nicolas.

Quatrième année : Prix, M. Gaboriau; accessit, M. Toché.

Prix de clinique. — M. Gaboriau.

Élèves en pharmacie. — Première année : Prix, M. Allaire.

Deuxième année : Premier prix, M. Lerat; deuxième prix, M. Charpentier ; accessit M. Perrouin.

Troisième année : Premier prix, M. Fredet; deuxième prix, M. Bonnaud.

Prix des travaux pratiques. — Première année : Prix, M. Allaire; accessits, MM. Maynard et Moyon.

Deuxième année : Premier prix, M. Lucas; deuxième prix, M. Perrouin.

Troisième année : Prix, M. Fredet; accessit, M. Soupault.

De toutes les préparations martiales, la *liqueur de Laprade* à l'albuminate de fer est sans conteste la plus facilement assimilable. Sa composition, son goût agréable, font qu'elle est très bien supportée par l'estomac; aussi l'emploie-t-on aujourd'hui, d'une façon générale, contre toutes les manifestations de la chlorose et de l'anémie.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimeri Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Panas : Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil. — II. Lettres de Suisse et d'Allemagne. — III. Bibliothèque. — IV. Hydrologie. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Thèses de doctorat. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil (1),

Par M. le professeur PANAS,

Recueillies par E. Blanc, interne des hôpitaux.

B. *Paralysies partielles.* — Elles peuvent frapper isolément un ou plusieurs muscles extrinsèques, ou encore se localiser à l'intérieur de l'œil. Ces paralysies sont très fréquentes et vous reconnaîtrez facilement le ou les muscles atteints en examinant le malade méthodiquement. Quelques-unes de ces paralysies partielles sont intéressantes au point de vue étiologique. Je vous citerai notamment la paralysie isolée du releveur qui, survenant en même temps qu'une monoplégie ou qu'une paralysie faciale inférieure, doit faire penser, comme M. Landouzy l'a démontré, à une lésion corticale, voisine du pli courbe.

Vous observerez fréquemment des paralysies partielles de la troisième paire chez les ataxiques. Comme, au début de la maladie, ces paralysies sont souvent transitoires, elles ont dû être prises souvent, en raison de leur disparition rapide, pour des paralysies rhumatismales ; ou bien encore, le malade étant syphilitique, on lui a prescrit des frictions mercurielles avec de l'iodure de potassium et, la motilité étant revenue après quelque temps, on s'est flatté d'avoir fait résorber quelque gomme ou quelque périostite de la base du crâne, alors qu'on avait affaire en réalité à un début de tabes.

La paralysie peut se cantonner dans le sphincter irien et respecter le muscle ciliaire : c'est ce qu'on observe chez les ataxiques, qui présentent le signe d'Argyl Robertson.

Enfin, vous verrez des paralysies respecter toute la musculature extrinsèque de l'œil et se localiser dans l'iris et le muscle ciliaire. Tel est le cas, pour ne citer qu'un exemple, de la paralysie de l'accommodation qui survient après les angines diphthéritiques.

Paralysies incomplètes. — Tous les degrés sont possibles, depuis les paralysies qui se traduisent par du strabisme et une perte très apparente de la motilité, jusqu'à celles qui ne se trahissent que par de la diplopie dans les limites extrêmes du champ du regard. Mais, il serait sans intérêt pour vous, messieurs, de revenir sur l'étude objective de la paralysie de la troisième paire et d'en étudier les symptômes dans leur atténuation. Je préfère, pour les besoins de l'enseignement, supposer que nous nous trouvons en présence d'une paralysie qui ne donne lieu qu'à des signes objectifs douteux, et dont on ne peut diagnostiquer la localisation que par la méthode subjective, c'est-à-dire par une analyse attentive de la diplopie. C'est après l'examen objectif, l'étude subjective de la paralysie de l'oculo-moteur que nous allons entreprendre. C'est une étude difficile et qui suppose une connaissance parfaite de la physiologie des muscles de l'œil.

(1) Suite. — Voir les numéros des 22 septembre, 6, 17, 31 octobre et 22 novembre 1885.

©BIU Santé

Un malade vient à vous et vous déclare qu'il voit double ou trouble. Vous ne constatez aucune déviation notable du globe oculaire et la motilité paraît normale, ou du moins la différence entre le côté malade et le côté sain n'est pas telle qu'on puisse affirmer que tel muscle est atteint plutôt que tel autre. Ce malade a cependant une paralysie musculaire, puisqu'il voit double, et vous parviendrez toujours à déterminer le côté et le muscle paralysé en étudiant la diplopie. Mais, pour ne pas s'égarer, il faut procéder méthodiquement. Interposez donc un verre rouge devant un des yeux du malade, faites-lui fixer une bougie allumée ou, mieux encore, une fente lumineuse, et assurez-vous d'abord rapidement que la sixième paire et le muscle droit externe ne sont pas en cause. Le malade ne voit pas double de loin, mais seulement dans la vision rapprochée, il n'y pas de diplopie dans la moitié externe du champ du regard ou du moins celle-ci, si elle existe, n'est pas homonyme. Cela suffit ; les droits externes ne sont pas en cause, vous pouvez chercher du côté de la troisième paire.

Le malade ayant toujours le verre de couleur devant un œil, vous lui faites tenir la tête immobile, afin que les muscles du cou ne viennent pas faciliter la direction du regard vers tel ou tel point, vous tenez à la main un objet lumineux quelconque, tel qu'une bougie allumée, et vous engagez le malade à la suivre du regard et à vous avertir dès qu'il verra double.

Vous portez alors, vers la droite ou vers la gauche, la bougie ou la fente lumineuse tenue horizontalement à hauteur des yeux. Si l'un des muscles droit interne est parésié, on aura de la diplopie dès que la position de l'objet lumineux exigera, pour que cet objet soit fixé, plus d'adduction que n'en peut fournir le muscle. On reconnaîtra que c'est un adducteur qui est en cause à ce fait que la diplopie sera croisée, c'est-à-dire que, si le muscle droit interne de l'œil gauche est insuffisant, il extériorera la fausse image à droite de celle vue par l'œil droit et inversement. Les images ne seront pas inclinées, mais elles ne seront pas non plus exactement dans le même plan horizontal, et le malade vous dira que l'image vue par l'œil paralysé est placée un peu plus haut que l'autre, ce qui tient à ce que le droit interne du côté sain élève très légèrement la pupille, en même temps qu'il la porte en dedans ; cette action, très secondaire d'ailleurs, résulte du mode d'insertion du muscle à la sclérotique par un tendon dont la principale moitié se fixe au-dessus du méridien horizontal.

Passant ensuite à l'examen des élévateurs, vous portez progressivement en haut la bougie ou la fente lumineuse, tenue d'abord à hauteur des yeux, et vous engagez le malade à la suivre du regard. Il y aura ou non diplopie. Si l'œil suit la bougie aussi haut que vous pouvez l'élevez sans voir double, c'est que les élévateurs sont intacts ; vous pouvez passer à l'examen des autres muscles. Dans d'autres circonstances, le malade verra double, et l'image fautive correspondant au muscle paralysé sera vue plus haut que l'autre, en vertu de cette règle générale suivant laquelle l'image fausse est toujours projetée dans le sens de l'insuffisance musculaire. Vous en concluez qu'un des élévateurs est paralysé ; mais lequel ? Est-ce le droit supérieur (élévateur direct) ou le petit oblique (élévateur accessoire), ou bien encore sont-ils tous les deux atteints ? On parvient à faire le diagnostic différentiel en tenant compte de ce qui est essentiel et de ce qui est secondaire dans l'action de ces deux muscles, et en se rappelant qu'à l'état normal l'action adductrice du droit supérieur dans l'élévation est corrigée par la force abductrice du petit oblique, et que, tandis que le premier incline en dedans le

méridien vertical, le second l'entraîne en dehors, de façon que ces deux effets rotateurs se neutralisent dans l'élévation directe. Quand l'un des deux muscles est paralysé, ces actions accessoires, qui ne sont plus contrebalancées, deviennent manifestes et ajoutent à la diplopie verticale commune aux deux élévateurs, telle modification qui permet de dire avec sûreté lequel des deux muscles est atteint.

Supposons d'abord une paralysie du droit supérieur avec intégrité du petit oblique. La diplopie verticale ne tardera pas à se manifester dans la moitié supérieure du champ du regard, car, à lui seul, le petit oblique n'est qu'un pauvre élévateur qui joue un rôle bien secondaire quand on dirige le regard en haut. Le malade nous dira donc qu'il voit double presque aussitôt après que nous aurons élevé la bougie au-dessus de ses yeux. Mais l'action du petit oblique n'étant plus contrebalancée par celle du droit supérieur paralysé, à la diplopie verticale vont s'ajouter quelques caractères qui nous permettront d'affirmer que le faible mouvement d'élévation persistant est bien dû au petit oblique. Effectivement, ce muscle est, avant tout, rotateur en dehors du méridien vertical et, de plus, abducteur de la pupille. L'œil, en même temps qu'il s'élèvera, sera entraîné en dehors, et la diplopie sera non seulement verticale, mais encore croisée, comme cela survient chaque fois qu'un adducteur est paralysé et que la pupille est entraînée dans l'abduction par l'antagoniste. Il y aura donc diplopie croisée. Ce n'est pas tout; il y aura encore inclinaison de l'image déviée qui formera, avec l'image régulièrement projetée, un angle ouvert en haut. En résumé, si nous avons une paralysie du droit supérieur de l'œil gauche, et si après avoir placé devant l'œil droit un verre rouge, nous faisons fixer une fente lumineuse que nous élevons progressivement, le malade verra bientôt : 1° sur la ligne médiane, par son œil droit sain, une fente lumineuse rouge dans le point où elle se trouve réellement; 2° à droite de celle-ci, une image un peu trouble située un peu plus haut que la précédente et inclinée de façon que son extrémité supérieure soit la plus éloignée de la ligne médiane et que les deux images soient rapprochées par leur pied. Tandis que la diplopie verticale est liée à l'impuissance élévatrice et que le croisement des images tient à la perte d'une action adductrice, l'inclinaison de l'image résulte de la rotation du globe oculaire autour de son axe antéro-postérieur sous l'influence non contrariée du petit oblique. Dans l'espèce, la rotation s'est faite de dedans en dehors et la surface rétinienne, qui correspond normalement au méridien vertical, a été remplacée par un méridien secondaire plus ou moins incliné par rapport à l'axe vertical. Or, ces changements dans la position de la rétine se faisant à l'insu de notre cerveau, celui-ci raisonne comme si l'image s'était réellement peinte sur le méridien vertical de la rétine et attribue l'inclinaison à l'objet lui-même. Cette question de l'inclinaison des images est d'ailleurs fort difficile à rechercher en pratique et, pour obtenir des réponses nettes, il faut avoir affaire à des malades fort intelligents. En résumé, la paralysie du droit supérieur donne lieu aux phénomènes suivants :

1° Symptômes objectifs : Strabisme inférieur; strabisme un peu externe;

2° Symptômes subjectifs : Diplopie verticale (perte d'un élévateur); diplopie croisée; image inclinée en dedans (angle ouvert en haut).

Paralysie du petit oblique. — Nous trouvons ici un symptôme commun avec la paralysie du droit supérieur : la diplopie verticale, à laquelle

©BIU Santé

s'ajoutent des caractères secondaires qui la différencient nettement : la diplopie homonyme et l'inclinaison de l'image en dehors. Tandis que, dans la paralysie du droit supérieur, la diplopie verticale apparaît dès qu'on a, tant soit peu, élevé l'objet lumineux, on ne fait naître les doubles images, lorsque le petit oblique est seul en cause, que dans la partie la plus élevée du champ du regard, et ceci se conçoit, étant donné que les mouvements d'élévation relèvent presque entièrement du droit supérieur, auquel le petit oblique n'apporte qu'un secours bien faible et qui n'est utilisable que dans les mouvements exagérés. La diplopie verticale sera donc très légère et le strabisme ne sera visible que quand on forcera le regard en haut. L'image fautive sera vue plus élevée que l'autre ; mais elle ne sera pas sur la même ligne verticale. Le petit oblique est un muscle abducteur. Lorsqu'il est paralysé, le droit supérieur, demeuré seul actif, qui, lui, est légèrement adducteur, entraînera la pupille en dedans pendant les mouvements d'élévation et il en résultera une diplopie homonyme. Enfin, l'action du droit supérieur sur le méridien vertical n'étant plus neutralisée par l'influence contraire du petit oblique, ce méridien sera incliné en dedans. Il y aura donc inclinaison de l'image fautive en dehors et les extrémités supérieures des deux images divergeront. Donc, légère diplopie verticale, appréciable seulement dans les mouvements forcés d'élévation ; diplopie homonyme avec inclinaison de l'image en dehors : voilà les principaux signes subjectifs de la paralysie du petit oblique. Du reste, rappelez-vous que le rameau qui innerve le petit oblique fournit la racine motrice du ganglion ophthalmique, et tient ainsi sous sa dépendance l'iris et le muscle ciliaire. Vous aurez donc fréquemment, avec la paralysie du petit oblique, de la mydriase et la perte de l'accommodation, qui pourront vous mettre sur la voie du diagnostic dans les cas difficiles.

Vous pouvez prévoir, d'après tout ce que je viens de vous dire, à quels symptômes donnerait lieu la paralysie simultanée des deux élévateurs. Nous n'aurions alors affaire qu'à de la diplopie verticale, mais celle-ci serait aussi prononcée que possible et apparaîtrait à la moindre tentative faite par le malade pour regarder au-dessus d'un plan horizontal passant par ses yeux. Par contre, on n'observerait ni inclinaison des images ni diplopie homonyme ou croisée, puisque ces éléments, surajoutés à la diplopie verticale, quand un seul des élévateurs est paralysé, sont purement et simplement le fait des actions accessoires et non contrariées du muscle demeuré sain.

L'examen des élévateurs étant achevé, vous procéderez de la même façon à l'analyse de la paralysie des abaisseurs, s'il y a lieu, c'est-à-dire s'il survient de la diplopie dans la moitié inférieure du champ du regard, preuve certaine de l'impuissance motrice d'un des abaisseurs (droit inférieur et grand oblique) ou des deux.

Si c'est le droit inférieur, le muscle étant l'abaisseur principal, la diplopie se manifestera aussitôt que l'objet lumineux aura été descendu quelque peu au-dessous d'un plan horizontal passant par les yeux, et la fausse image sera extériorée dans le sens de l'insuffisance musculaire, c'est-à-dire plus bas que l'image projetée par l'œil sain. De plus, par suite de la perte du droit inférieur, l'œil subit, quand il cherche à regarder en bas, l'influence non corrigée du muscle grand oblique qui est, il est vrai, un abaisseur accessoire, mais encore et surtout un muscle abducteur et rotateur en dehors du méridien vertical. La diplopie verticale sera donc combinée à de

la diplopie croisée et à une inclinaison en dehors de l'image qui formera, avec l'image perçue par l'œil sain, un angle ouvert en bas.

Dans la paralysie du grand oblique, nous aurons, comme dans celle du droit inférieur, de la diplopie verticale; mais, vu la persistance d'action du droit inférieur, qui est le principal agent de l'abaissement du regard, cette diplopie n'apparaîtra que dans les mouvements forcés d'abaissement, vers les limites du champ du regard. Ici encore, l'image correspondant à l'œil paralysé sera vue plus bas que l'autre. Ce n'est pas tout, le grand oblique n'est plus là pour corriger les actions accessoires du droit inférieur qui, en même temps qu'il abaissera la pupille, l'entraînera un peu en dedans, tandis qu'il inclinera en dehors le méridien vertical. L'image fausse, dans la paralysie du grand oblique, sera donc vue non seulement plus bas que l'autre, mais encore en diplopie homonyme et inclinée en dedans, de façon à former, avec l'image régulièrement projetée, un angle à sommet supérieur.

Vous le voyez, Messieurs, qu'il s'agisse des élévateurs ou des abaisseurs, il existe un phénomène essentiel, constant, caractéristique: la diplopie verticale, telle que la fausse image, est toujours déviée dans le sens de l'insuffisance musculaire. Puis, lorsqu'un des élévateurs ou un des abaisseurs est seul paralysé, l'autre demeurant intact, l'œil va subir, sans défense possible, l'influence fâcheuse des actions accessoires, qui entraîneront des modifications dans les caractères de la diplopie, la rendront homonyme ou croisée et inclineront l'image fautive de différentes manières. Quand les deux agents qui portent le regard en haut ou en bas sont paralysés simultanément, aucune de ces modifications secondaires ne se produit et la diplopie est purement verticale, c'est-à-dire que l'image fausse est projetée directement au-dessus ou au-dessous de celle perçue par l'œil sain et que de plus elle ne subit aucune inclinaison. (*A suivre.*)

Lettres de Suisse et d'Allemagne

Berne, le 9 novembre 1885.

La réunion annuelle des médecins suisses, qui vient d'avoir lieu, à Olten, le 31 octobre passé, me donne l'occasion de reprendre ma correspondance interrompue depuis quelque temps et de vous donner quelques détails sur nos **Assemblées médicales suisses** en général. Depuis une année, nous avons chez nous trois Sociétés principales qui, par leur réunion, forment la Société des médecins suisses. Ces trois Sociétés sont, par rang d'ancienneté : la Société médicale de la Suisse romande, fondée en 1867 sous la présidence de M. Morax de Morges; le Centralverein (Ærztlicher Centralverein), fondé trois ans plus tard (mai 1870), à Olten, par des médecins de la Suisse romande, et, enfin, la Società medica della Svizzera italiana, constituée seulement l'année passée, et fondée par des médecins du Tessin et des Grisons. Chacune de ces Sociétés a son organe de publication. Ainsi, la « Revue médicale » est publiée par la Société médicale de la Suisse romande, et paraît tous les mois à Genève; le Correspondenzblatt für Schweizer Ærzte, par le Centralverein, et paraît tous les quinze jours à Bâle; et le « Bolletino medico », par la Società medica della Svizzera italiana. Ce dernier ne paraît que depuis le nouvel an dernier.

Comme vous voyez, chacune de ces Sociétés correspond à une des nationalités et des langues qui sont représentées dans notre pays. Nos assemblées médicales ont aussi, par ce fait même, beaucoup plus d'attraits et surtout beaucoup plus d'intérêt, parce qu'elles offrent généralement les opinions les plus diverses sur les sujets traités. Les discussions en sont aussi plus approfondies qu'elles ne seraient si tous les méde-

©BIU Santé

cins de notre pays, — petit par son territoire, — avaient les mêmes idées, prises à la même école. La Société des médecins suisses se réunit régulièrement deux fois par an, une fois au printemps et l'autre en automne.

C'est le 30 mai 1885 que l'alliance finale des trois Sociétés sus-nommées fut fêtée à Berne. Jusqu'alors seulement la Société de la Suisse romande et le Centralverein s'étaient réunies : le percement du Gothard nous amena nos confrères du Tessin. Le corps médical suisse est donc au complet maintenant. Outre les travaux scientifiques, il manifeste son activité collective de deux façons : d'abord, par la *Commission des médecins suisses*, laquelle, composée d'hommes qui jouissent de la confiance générale, résume bien en elle les compétences médicales du pays et entre en relation directe avec l'autorité fédérale dans les affaires de son ressort. La seconde forme d'activité est la *Caisse de secours*. Cette Caisse, née l'an dernier, avait reçu, le 30 mai 1885, la somme de 14,000 francs. La réunion de Berne fut fréquentée par environ trois cents médecins venus de tous les points de la Suisse. A côté des communications très intéressantes qu'y firent, entre autres, M. DE CÉRENVILLE, ancien médecin en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne, *sur l'intervention opératoire dans les affections du poumon*, et M. le professeur LICHTHEIM (de Berne), *sur la thérapeutique du choléra*, le temps fut consacré à la visite des hôpitaux et des différentes cliniques de la ville, où des conférences furent encore faites par les chefs des divers services. La conférence la plus intéressante fut, sans contredit, celle du professeur KOCHER, qui communiqua à l'assemblée le résultat de ses nombreuses *excisions de goître* (130 cas). Chez 34 malades (sur 40) qui ont survécu à l'excision totale de la glande thyroïde un certain nombre d'années, Kocher a observé *24 fois* la maladie nommée par lui *cachexia strumipriva*. Il avait convoqué ses opérés pour l'occasion, et la plupart d'entre eux étaient venus se présenter. Dans leur ensemble, ces opérés présentaient la cachexie en question dans toutes ses formes et à ses différents degrés. Cette présentation de cachectiques, — unique jusqu'ici, — ne manqua pas de laisser une grave impression sur chaque assistant. Elle fut, certes, le meilleur moyen pour dissiper les doutes du chirurgien le plus incrédule sur l'exactitude des données de Kocher, quant aux suites de l'excision totale du goître.

Après la visite des hôpitaux et cliniques, et après la séance, les assistants se réunissent à un banquet, où de nombreux discours sont prononcés, puis on se sépare.

La deuxième et dernière assemblée de ce genre vient d'avoir lieu, comme je vous l'ai dit plus haut, à Olten, le 31 octobre passé. M. MÜLLER, professeur d'accouchements à l'Université de Berne, y fit une conférence sur un *nouveau mode d'organisation des écoles de sages-femmes*. Chez nous, les sages-femmes dépendent encore de l'autorité cantonale. Tandis que quelques cantons (comme Berne, Zurich, Bâle) sont très sévères pour leur enseignement et leur admission dans la pratique (les sages-femmes doivent faire un apprentissage de neuf mois à un an dans une maternité); d'autres, comme Glaris, Appenzell, où l'art d'exercer la médecine est libre, sont d'une indulgence effrayante et laissent s'établir chaque personne qui veut. Les inconvénients, qui nécessairement dérivent de cette inégalité dans l'éducation des sages-femmes, sautent aux yeux. M. Müller, pour les combattre, propose l'établissement d'écoles centrales de sages-femmes, qui seraient réparties dans les différentes parties de la Suisse, selon le besoin. Ainsi, il a pensé à Berne, Bâle, Zurich, Lausanne, Genève et Lugano. L'organisation de ces écoles serait partout la même, les conditions d'examen et d'admission aussi, et, de la sorte, on pourrait aisément avoir un corps de sages-femmes à la hauteur des prétentions médicales modernes. Ces propositions furent renvoyées à la Commission des médecins suisses, qui les étudiera et les soumettra à l'autorité fédérale. Il serait, certes, bien désirable qu'elles fussent acceptées. Je ne manquerai pas de vous en donner le résultat.

M. KAUFMANN, agrégé de chirurgie à Zurich, développa *un procédé nouveau de drainage du genou*, et démontra, à l'aide de figures et de tableaux, que le drainage par derrière par le creux poplité était de beaucoup le meilleur. Puis M. SCHULER, inspecteur de fabriques, préconise l'*installation d'une chaire d'hygiène* à l'Ecole polytechnique fédérale de Zurich. Cette question aussi est remise à la Commission des médecins suisses,

qui fera un rapport dans la prochaine séance (printemps 1886). — Comme vous voyez, ces deux réunions annuelles des médecins suisses leur donnent amplement l'occasion de se mettre au courant de la science, aussi bien que de tout ce qui se rapporte à leur art. Aussi sont-elles généralement très fréquentées et forment-elles le rendez-vous désiré de quantité de confrères qui ne se voient pas sans cela, et qui retrouvent ainsi le plaisir de renouer bonne connaissance et de parler des vieux temps d'études.

A côté d'Olten, nos médecins eurent, cet automne, l'occasion d'aller au Congrès des naturalistes allemands qui, cette fois, s'est tenu tout près de chez nous à Strasbourg, et dans lequel plusieurs Suisses ont fait des conférences. Vous ayant suffisamment parlé de réunions médicales et craignant d'ennuyer vos lecteurs par le récit de tout ce qui a été dit et discuté à Strasbourg, je préfère vous renvoyer, pour tout ce qui concerne ce Congès, au compte rendu officiel, où vous puiserez avec plus d'utilité que dans quelques journaux français, qui en ont parlé d'une manière bien incomplète.

Passant maintenant aux nouvelles médicales proprement dites, je vous parlerai d'une communication que le docteur Gérard (de Berne) vient de publier dans le *Centralblatt für Chirurgie* (n° 39, Leipzig). Il s'agit d'une *modification de la suture continue* (Fortlaufende Naht), laquelle, combinée avec une antisepsie rigoureuse que je vous mentionnerai plus bas, a donné à ce chirurgien des résultats peu connus jusqu'ici. Gérard emploie des aiguilles droites et de la soie préparée au sublimé. Il commence sa suture en traversant les deux bords de la plaie de gauche à droite, après avoir fait un nœud à la soie au point de départ. Il enfonce ensuite l'aiguille à droite, un peu plus bas et retourne à gauche, etc. Arrivé ainsi au bout de la plaie, il fait alors une seconde suture, la suture continue, qui est rendue très facile par l'accollement de la plaie dans la profondeur. Le bout de la soie est alors noué avec le nœud du point de départ de la première suture. Dans les cas où la pression de la soie est très forte et où l'on risque de voir les sutures s'enfoncer trop profondément, Gérard fait enfiler des petits bouts de drains au niveau des points de suture. Ainsi chaque pression est éliminée. Cette modification d'une suture, déjà connue sous bien d'autres formes, est dénommée par Gérard, *suture à pli*. Elle a le grand avantage de très bien affronter les bords de la plaie, d'empêcher la formation et la stagnation des sécrétions, et, en un mot, d'accélérer la réunion par première intention. M. Gérard ne draine jamais par la plaie, mais fait toujours une incision à côté. Il trouve cette manière de drainage plus rationnelle, en ce sens que l'ouverture du drain se ferme plus vite, que quand le drain a été placé dans la plaie même.

Gérard emploie, en outre, les mesures antiseptiques suivantes : Il se sert du sublimé à raison de 1 p. 1,000 pour les opérations; il stérilise sa plaie avec cette solution; puis, l'ayant cousue d'après la méthode indiquée plus haut, il la recouvre d'une gaze au sublimé, mais imbibée d'iodoforme. Il ne se fie pas assez au sublimé pour lui demander des qualités antiseptiques de longue durée, ce corps formant de nouvelles combinaisons avec les sécrétions de la plaie. Il en combine donc l'usage avec un corps, dont les propriétés antiseptiques persistantes sont garanties, et le meilleur de ces corps est, selon Gérard, l'iodoforme. Toutes les plaies dans son service sont traitées d'après ces principes. Les résultats qu'il communiqua dernièrement (3 novembre) à la Société de médecine bernoise sont, en effet, des plus satisfaisants et parlent hautement en faveur de cette méthode. Les sept derniers cas de goître que Gérard a opérés ont été guéris, par première intention, le *quatrième jour!* Il en est de même pour les cas de kélotomie, d'excisions de tumeurs diverses, en général pour tous les cas, dans lesquels il ne s'agit que de la réunion pure et simple de la plaie. Cette méthode est donc assurément appelée à rendre de très grands services en chirurgie. La preuve que, dans les résultats précités, la méthode par elle-même est pour beaucoup me paraît être que, non seulement sur les malades opérés par Gérard lui-même, mais aussi sur ceux qui ont été opérés par d'autres chirurgiens et internes à l'hôpital cantonal de Berne, les mêmes résultats ont été obtenus. Quand on pense que, avant la publication de Kocher sur le mode d'excision du goître, cette opération était redoutée par beaucoup de chirurgiens, que, à présent, elle est pour ainsi dire à la portée de tout le monde, et que les malades peuvent être renvoyés guéris en quatre à sept jours (à la clinique chirurgicale j'eus, en ma qualité d'in-

©BIU Santé

terne, maintes fois l'occasion de constater la guérison d'un goître le septième jour), on avouera que les progrès faits dans ce domaine de la chirurgie sont pour ainsi dire sans égaux.

Dans le *Centralblatt für Gynæcologie* (n° 32, 1885), MÜLLER (de Berne) publie un cas d'*intoxication par le sublimé*. Il s'agit d'un cancer de l'utérus, pour lequel on fit l'hystérectomie qui dura une demi-heure. La solution de sublimé employée était de 1 p. 1,000 pour les mains de l'opérateur et des assistants, puis réduite à 1/2 et 1/4 p. 1,000 pour les éponges et l'irrigation de la plaie. Deux jours après l'opération, la malade eut de la diarrhée très forte, avec pertes de sang; urine très peu abondante, contenant de l'albumine en grande quantité. Le troisième jour, de nouveau de la diarrhée avec du sang, anurie, collapsus, mort. Pouls entre 86° et 172°. Température 36°1'-39°1'. L'autopsie confirma le diagnostic d'intoxication par le sublimé, le côlon ascendant étant parsemé d'ulcérations fraîches. Pas de néphrite. Depuis cet accident, le sublimé est employé à la clinique de M. Müller avec beaucoup plus de prudence. Ainsi, pour la désinfection des mains et pour les injections intra-utérines 1 p. 2,000. Les éponges sont mises dans une solution de 1 p. 4,000 et pour l'irrigation 1 p. 8,000. Ces solutions, tout en étant moins dangereuses, garantiront néanmoins, d'après Müller, la plaie de l'infection.

Dans une de mes dernières correspondances, je vous ai parlé des thermomètres allemands que M. Lewinski (de Berlin) avait examinés, et des résultats peu corrects qu'il en avait obtenus. Aujourd'hui, je puis vous communiquer une innovation très pratique, venant d'Allemagne, et qui permettra à chaque médecin de contrôler son thermomètre lui-même. Il s'agit d'un thermomètre fabriqué dans les ateliers du docteur Geissler (Franz Müller, success.), à Bonn. Cet instrument possède, à sa partie inférieure, une graduation allant de — 2° à + 2° C., divisée en dixièmes. Cette échelle est séparée de l'échelle supérieure par un double coude qui empêche la rentrée de l'index dans le réservoir. Pour s'assurer de l'exactitude du thermomètre, il suffit de plonger son réservoir dans un verre contenant de la glace pilée et d'observer le point d'arrêt du mercure; si ce point n'est pas exactement le zéro, mais est placé un peu au-dessus ou au-dessous, il sera facile de mesurer la correction qu'il sera nécessaire de faire subir aux indications données par l'instrument. Ce thermomètre pourra servir également au contrôle des autres thermomètres.

Permettez-moi, avant de finir, d'appeler l'attention de vos lecteurs sur la publication de la seconde partie de Strümpel, traduit par le docteur Schramme (de Bruges). La publication de la première partie vous a été notifiée par M. Lardy (*Union médicale*, n° 154, 1884). Cette seconde partie est de beaucoup la meilleure de tout l'ouvrage, elle traite des maladies du système nerveux. L'exposé en est excessivement clair, court et complet, beaucoup plus pratique en tous points que, par exemple, le livre d'Eichorst, qui se perd dans des discussions à l'infini. La traduction est très correcte, de sorte que l'ouvrage est recommandable sous tous les rapports.

Dr F. DUMONT.

BIBLIOTHÈQUE

DICTIONNAIRE DE BOTANIQUE, par M. H. BAILLON; dix-huitième fascicule. — Librairie Hachette.

Il n'est pas nécessaire de faire l'éloge du *Dictionnaire de botanique* de M. le professeur Baillon; sa réputation est faite; c'est une des plus belles et des plus utiles publications de l'époque. Typographie, rédaction, exactitude scientifique, dessins, tout y est remarquable. Le deuxième volume sera complété par la deux centième livraison. Nous jetterons alors un coup d'œil sur ce second volume, et nous chercherons à en mettre en relief les qualités. Nous nous bornons aujourd'hui à signaler les articles importants : FEUILLE, FLEURS, FIGUIER, avec ses planches excellentes, FOUGÈRE, également éclairé par des dessins d'une incontestable valeur. — Dr G. RICHELOT.

HYDROLOGIE

De l'avenir des eaux minérales de table.

La consommation des eaux minérales naturelles a pris une telle extension pendant ces dernières années, surtout depuis que les travaux de Pasteur ont démontré que les maladies épidémiques avaient les liquides pour véhicule de transmission, qu'on s'est demandé par quel prodige les compagnies arrivaient à pourvoir le marché de la quantité devenue indispensable aux besoins de la population. Le public, rendu assez méfiant depuis l'installation du laboratoire municipal, allait même jusqu'à soupçonner certains marchands de falsifier les eaux minérales ou plutôt de vendre comme eaux naturelles des eaux fabriquées artificiellement.

Cette idée nous a paru prendre assez de consistance pour mériter une sérieuse réfutation. Les soupçons se portaient naturellement sur les eaux de table digestives, à faible minéralisation, dont Saint-Galmier Badoit est le type le plus apprécié et le plus répandu. La limpidité de ces eaux, leur admirable minéralisation, et surtout leur immense consommation (plus de 12 millions de bouteilles en 1884), avaient excité à la fois la jalousie des sources rivales et la surprise du public qui se demandait naïvement si une source pouvait réellement avoir un débit de 12 millions de bouteilles. Il suffit de quelques minutes de réflexion pour se rendre compte qu'il n'est pas rare de rencontrer sur notre sol des sources pouvant produire un débit encore plus considérable. Telles sont, par exemple, les établissements thermaux d'Aix ou de Vichy, qui distribuent chaque année plus de 200,000 bains. D'après les rapports officiels des ingénieurs des mines, la source Saint-Galmier Badoit peut fournir chaque année plus de *trente millions de bouteilles*, et la progression régulière et non interrompue des demandes permet d'entrevoir que le chiffre de vente égalera, dans un avenir peu éloigné, le débit de la source.

Quiconque a visité l'établissement de Saint-Galmier a pu se rendre compte de l'impossibilité absolue d'une falsification ou plutôt d'une fabrication qui ne pourrait être faite clandestinement, et serait, du reste, dix fois plus dispendieuse qu'un simple remplissage de bouteilles.

La source Badoit est arrivée aujourd'hui, par des prodiges d'économie, à fournir au commerce une eau de table naturelle parfaite, répondant admirablement aux besoins de l'hygiène et de la santé publique, à un prix aussi minime que les siphons et autres eaux gazeuses artificielles qui ne supportent, du reste, que très difficilement la concurrence.

Les statistiques commerciales démontrent, en effet, que, depuis les remarquables travaux présentés à l'Institut, par Boutmy, sur l'insalubrité des siphons, la consommation des eaux minérales artificielles a considérablement diminué au profit des eaux minérales naturelles. Il y a là un progrès dont il faut se féliciter, et qui est dû en grande partie aux efforts de la Compagnie Badoit, qui est arrivée à livrer à la consommation une eau d'une pureté absolue et à un prix accessible à tous. A ce titre, elle mérite tous les éloges du médecin et de l'hygiéniste.

Nous pensons avoir démontré à nos confrères que la falsification des eaux minérales de table est impossible ou plutôt impraticable; outre la surveillance de l'inspection administrative et les pénalités sévères qu'encourraient les délinquants, les commerçants ne falsifient pas les eaux de table naturelles *parce qu'ils n'ont pas intérêt à le faire*, et qu'il est évidemment plus dispendieux de fabriquer une eau que de recueillir simplement à un griffon inépuisable dans des conditions aussi parfaites que celles que présente la Compagnie Badoit. (*Journal de médecine de Paris*, réd. en chef, Dr Lutaud.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de M. le docteur Blache et de M. Péligot (de l'Académie des sciences) pour la section des associés libres;

©BIU Santé

2° Un travail de M. le docteur Paul Bruneau, intitulé : *Recherches sur les propriétés physiologiques du propylène.* (Comm. : MM. Vulpian, Brouardel et A. Gautier.)

3° Un travail, de M. le docteur Surbled (de Corbeil), sur la mortalité infantile, à Corbeil, de 1881 à 1884.

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Closmadeuc (de Vannes) : 1° l'exposé de ses titres scientifiques; 2° une série de brochures sur divers sujets de médecine et de chirurgie; parmi ces dernières, on doit signaler à part la relation de trois opérations césariennes suivies de succès.

M. Dujardin-Beaumetz présente, de la part de M. le docteur Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat, deux brochures : « 1° Nature et traitement curatif de l'angine de poitrine; » — « 2° Pneumonie cérébrale des enfants. »

M. Siredey donne lecture du rapport officiel sur les épidémies qui ont sévi en France pendant l'année 1884. Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un associé national.

La commission présente les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Desgranges; en deuxième ligne, M. Tholozan; en troisième ligne, M. Lafosse.

Le nombre des votants étant de 67, majorité 34, M. Desgranges obtient 50 voix; M. Tholozan, 14; M. Lafosse, 2; M. Heurteaux, 1.

En conséquence, M. Desgranges, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre associé national.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un correspondant national (2e division). La commission classe les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Berne (de Lyon); en deuxième, M. Heurteaux (de Nantes); en troisième, M. Paquet (de Lille); en quatrième, M. Cazin (de Boulogne-sur-Mer); en cinquième, M. Bitot (de Bordeaux); en sixième, M. Surmay (de Ham).

Le nombre des votants étant de 64, majorité 33, M. Cazin obtient 21 suffrages; M. Berne, 20; M. Heurteaux, 20; M. Surmay, 3.

Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité des suffrages, il est procédé à un deuxième tour de scrutin.

Le nombre des votants étant de 57, majorité 29, M. Cazin, obtient 26 suffrages, il est procédé à un troisième tour de scrutin.

Le nombre des votants étant de 50 majorité 26, M. Cazin obtient 41 suffrages; M. Berne, 9.

En conséquence, M. Cazin, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé correspondant national.

M. Constantin Paul lit le rapport officiel sur les eaux minérales. Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

— M. Peter lit le rapport sur le prix Portal; question : *Etiologie et traitement de l'angine de poitrine.* Huit mémoires ont été adressés pour ce prix. Les conclusions de ce travail sont réservées pour le comité secret.

M. Mesnet lit le rapport sur le prix Civrieux; question : *De l'hémichorée.* Les conclusions de ce rapport sont réservées pour le comité secret.

— A cinq heures quinze minutes, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture des rapports de M. Vidal sur le prix Desportes, de M. Henri Roger sur le prix Itard, de M. de Villiers sur le prix de l'hygiène de l'enfance.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat depuis la rentrée jusqu'au 28 novembre 1885.

Mercredi 28 octobre, à 1 heure. — M. Munschina : Contribution à l'étude des accidents laryngés chez les ataxiques. (Président, M. Potain.) — M. d'Emmerez de Charmoy :

Contribution à l'étude clinique du cancer de l'œsophage et du rétrécissement qu'il détermine. (Président, M. Guyon.) — M. Rochette : Essai sur la tuberculose primitive du scrotum. (Président, M. Guyon.)

Jeudi 29, à 1 heure. — M. Skinner : Sur une nouvelle méthode balnéothérapique refrigérante spécialement employée dans le traitement de la fièvre typhoïde. (Président, M. Bouchard.) — M. Adriet : Contribution à l'étude du grattage de l'utérus. (Président, M. Duplay.)

Vendredi 30. — Pas de thèses.

Samedi 31, à 1 heure. — M. Gérard : Essai sur la pathogénie des ulcères variqueux. (Président, M. Sappey.) — M. Perrin de la Touche : Des ecchymoses cutanées ; étude médico-légale. (Président, M. Brouardel.)

Lundi 2 novembre, mardi 3 et mercredi 4. — Pas de thèses.

Jeudi 5, à 1 heure. — M. Rioblanc : Du pronostic des néphrites aiguës. (Président, M. Jaccoud.) — M. Rouffignac : Sur une épidémie de caserne (Nouvelle France, juin 1885). — Fièvres à manifestations bilieuses. — Fièvre typhoïde. (Président, M. Ball.) — M. Saquet : Chorée consécutive aux maladies infectieuses. (Président, M. Ball.)

Vendredi 6, à 1 heure. — M. Pettier : Sur l'éléphantiasis des Arabes. (Président, M. Verneuil.) — M. Barthe : Des gangrènes morbilleuses et principalement de la gangrène pulmonaire comme terminaison des broncho-pneumonies rubéoliques. (Président, M. Damaschino.) — M. Courcenet : Contribution à l'étude des complications osseuses de la fièvre typhoïde. (Président, M. Damaschino.)

Samedi 7, à 1 heure. — M. Chaput : Des fractures anciennes de la rotule. — Anatomie et physiologie pathologiques. — Pronostic et traitement. (Président, M. Duplay.) — M. Laguesse : Recherches sur le développement embryonnaire de l'épithélium dans les voies aériennes. (Président, M. Cornil.) — M. Petitjean : Contribution à l'étude de l'érysipèle. (Président, M. Cornil.)

Lundi 9. — Pas de thèses.

Mardi 10, à 1 heure. — M. Doublet : Du Maté. (Président, M. Brouardel.) — M. Margerite : Étude sur les troubles sensitifs dans la tuberculose aiguë. (Président, M. Brouardel.) — M. Bettremieux : Étude sur l'extraction de la cataracte. (Président, M. Panas.)

Jeudi 12, à 1 heure. — M. Barbouet : De l'adénopathie rétro-pharyngienne d'origine syphilitique. (Président, M. Vulpian.) — M. Mordagne : Relation de deux épidémies de choléra observées en 1885, à Lacassaigne et à Constanly (Aude.) (Président, M. Brouardel.)

Vendredi 13, à 1 heure. — M. Moreau : Des diverses modalités cliniques de la grippe. (Président, M. Potain.) — M. Fernagut : Essai sur l'action de l'antipyrine dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Damaschino.)

Samedi 14 et lundi 16. — Pas de thèses.

Mardi 17, à 1 heure. — M. Fargin : Ténorhaphie et greffe tendineuse. (Président, M. Duplay.) — M. Cabral : Essai de topographie médicale et statistique de Buenos-Ayres. (Président, M. Proust.)

Jeudi 19, à 1 heure. — M. Meunier : Contribution à l'étude des paraplégies par troubles de circulation de la moelle. (Président, M. Vulpian.) — M. Sebillon : Gastrite phlegmoneuse. (Président, M. Cornil.)

Vendredi 20, samedi 21, lundi 23 et mardi 24. — Pas de thèses.

Mercredi 25, à 1 heure. — M. Buhot : Contribution à l'étude de la colotomie iliaque dans le traitement des cancers du rectum. Nouveau procédé opératoire de M. le professeur Verneuil. (Président, M. Verneuil.) — M. Naudin : Essai sur la tarsotomie. (Président, M. Lannelongue.)

Jeudi 26. — M. Mitry : Etude sur le ptosis congénital. (Président, M. Panas.) — M. Marevery : De la mort subite. Statistique de la Morgue de 1871 à 1884. (Président, M. Brouardel.)

Vendredi 27 et samedi 28. — Pas de thèses.

©BIU Santé

FORMULAIRE

SUPPOSITOIRE CONTRE LA CYSTITE CHRONIQUE. — Mallez.

Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 01 à 0 gr. 02 centigr.
Datura stramonium pulv.....	0 gr. 02 —
Beurre de cacao.....	Q. s.

pour un suppositoire, destiné à calmer les douleurs produites habituellement par la cystite chronique. Il est également utile aux calculeux qui viennent d'être lithotritiés et dont la vessie est encore enflammée par suite de l'opération. Dans le cas où le suppositoire ne produit point l'effet qu'on en attend, on le remplace par un quart de lavement de graine de lin, additionné de morphine. — N. G.

COURRIER

M. le docteur Stapfer, chef de clinique d'accouchements, recommencera son cours le 1er décembre (exercices pratiques, théorie, manœuvres, examens cliniques). Pour tous renseignements, s'adresser à la Clinique.

HÔPITAL BEAUJON. — Le docteur Léon Labbé reprendra ses conférences de clinique chirurgicale, à l'hôpital Beaujon, le mardi 1er décembre, à neuf heures du matin, et les continuera les mardis suivants.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — L'École supérieure de pharmacie a tenu, le 7 novembre, sa séance de rentrée dans laquelle ont été distribués les prix et récompenses qui suivent pour l'année scolaire 1884-1885 :

Première année : prix, M. Noël; mention honorable, M. Fillion.

Deuxième année : mention honorable, M. Beaudoin.

Troisième année : médaille d'or et prix, M. Cuminet; mention très honorable, M. Charaux.

Récompenses pour travaux pratiques (médailles et livres). — Première année (chimie et pharmacie galénique) : MM. Fillion et Patard.

Deuxième année (chimie et pharmacie galénique) : MM. Beaudoin et Winoback; micrographie générale : M. Klée.

Troisième année (chimie analytique et toxicologie) : M. Charaux ; micrographie appliquée : M. Starck.

HÔPITAUX DE NANTES. — Sont nommés : 1° *Internes titulaires*, MM. Chéneau, Monnier, Rivet, Valentin, Voyer et Landois;

2° *Internes provisoires* : MM. Guimbretière et Bourdon ;

3° *Externes* : MM. Oiry, Dauly, Guibert, Chauvet, Gendron, Magrey, Mirallié, Chaillou, de Bouays, Le Beyon, Joüon, Guépin et Morin.

VILLE DE CANNES. — *Déclaration des consuls.* — En présence des nombreuses demandes de renseignements qui nous sont adressées sur l'état sanitaire de Cannes, nous croyons, pour être utiles à nos nationaux, devoir recourir à la publicité pour leur faire savoir que Cannes a, pendant l'été 1885, été totalement à l'abri des atteintes du choléra, que les médecins n'y ont pas constaté *un seul* cas de cette maladie. L'état général de la santé publique est, ce qu'il n'a pas cessé d'être, excellent.

Les voyageurs qui se rendent à Cannes par la voie de Paris-Lyon-Marseille, ne sont soumis à aucune mesure de désinfection, sur aucun point de leur parcours.

(*Suivent les signatures.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Germain Sée : Du sulfate de spartéine comme médicament dynamique et régularisateur du cœur. — II. Revue des Journaux. — III. Intérêts professionnels. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie.

Du sulfate de spartéine comme médicament dynamique et régularisateur du cœur

Par M. le professeur Germain Sée.

La spartéine, que Stenhouse découvrit en 1850, est un alcaloïde qui se trouve dans un genêt appelé *spartium scoparium*. C'est un liquide dont la formule est $C^{15} H^{16} Az^2$. En raison de son amertume et de son insolubilité dans l'eau, il ne pouvait pas être employé en nature; mais, à cause de son alcalinité très prononcée, il se combine avec tous les acides, et forme avec l'acide sulfurique en excès un sel parfaitement soluble dans l'eau et cristallisable; c'est ce sel qui a été expérimenté au point de vue de son action physiologique, en 1863, par Mils; puis, dix ans plus tard, par Fick; en 1880, M. de Rymond, élève de M. Vulpian, fit, sous la direction de M. Bochefontaine, notre chef de laboratoire, des recherches nouvelles qui contredirent en partie celles de Fick. En 1883, je mentionnai la spartéine parmi les médicaments cardiaques. Enfin, dans ces derniers temps, les expériences furent reprises par M. Laborde, qui voulut bien me faire part de l'action de cette substance sur le cœur à l'état sain.

Exposé des faits cliniques. — Après avoir expérimenté sur les animaux, après avoir recherché la dose active non toxique, j'arrivai à la formule thérapeutique pour les malades atteints de maladies du cœur. Une solution aqueuse de 0,10 centigrammes de sulfate de spartéine produisit des effets remarquables sur le cœur, sans troubler en quoi que ce soit ni la digestion, ni le système nerveux.

L'observation porte sur six malades, dont le pouls fut examiné à l'aide du

FEUILLETON

CAUSERIE

Pourquoi l'on prend un médecin.

Le projet d'organisation de la médecine, que j'ai développé dans ma dernière causerie, m'a valu plusieurs lettres, où mes correspondants me prodiguent d'autant plus de compliments qu'ils se déclarent plus résolûment hostiles à mes idées. A en juger par les réfutations qu'on m'a fait l'honneur de m'adresser, mon projet aurait rencontré parmi mes aimables lecteurs un insuccès d'estime des plus accentués; à moins que je ne compte comme des partisans tous ceux qui ne m'ont rien écrit, et dans ce cas c'est une imposante majorité qui me serait acquise. Je n'ose espérer tant d'adhésions, et je pense qu'il me reste beaucoup d'adversaires à convaincre, même parmi ceux qui n'ont émis jusqu'ici aucun vote sur mes propositions.

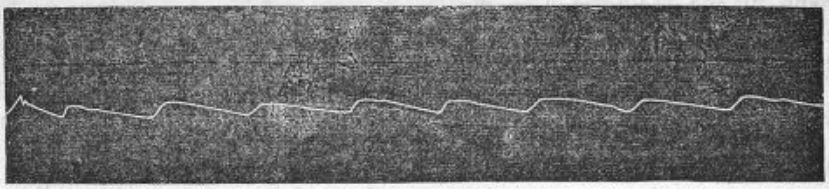
On me reproche d'abord de retarder sur mon siècle, de ne rien entendre à l'économie politique (ce qui est la vérité), de vouloir ramener le monde à des centaines d'années en arrière, en supprimant la liberté de la médecine. Je ne suis pas bien sûr que quelques-uns ne m'aient pas accusé de répudier les conquêtes de la Révolution française, en me jetant à la face l'intention perverse de rétablir à notre profit les corporations, les jurandes et les maîtrises ! Cette sorte d'arguments m'a trouvé plein d'indulgence; je ne puis oublier, en effet, que mes lecteurs m'écrivaient sous les impres-

©BIU Santé

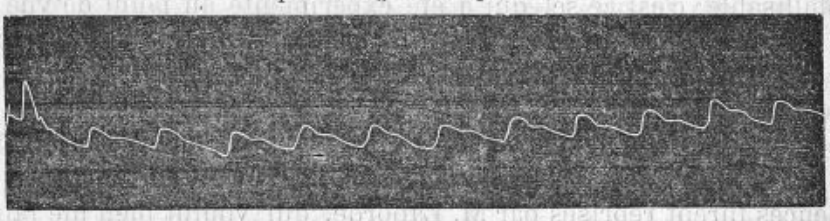
sphygmographe de Marey avant l'administration du médicament, puis pendant plusieurs heures et les jours suivants. Tous les tracés que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie indiquent les différences considérables qui résultèrent immédiatement de l'action du médicament; ils ont tous été recueillis par le même élève dans des conditions identiques. (Je passe sous silence huit observations aussi concluantes.)

Dégénération fibreuse et atrophique du muscle cardiaque.

Avant l'usage de la spartéine.

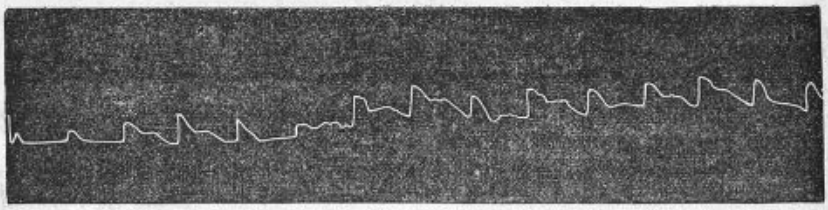


Après l'usage de la spartéine.



Insuffisance de la valvule auriculo-ventriculaire gauche avec péricardite.

Avant.

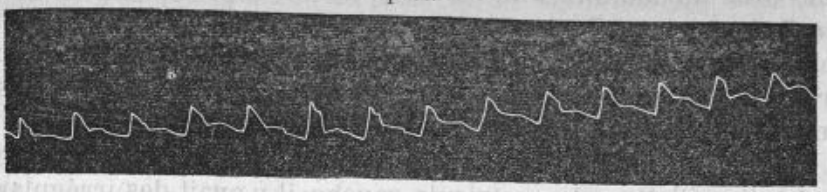


sions toutes fraîches de la période électorale, et je comprends qu'il leur soit resté dans la tête des lambeaux de discours et professions de foi, où sont signalés à la foule les crimes de lèse-Révolution et les complots pour le rétablissement de l'ancien régime. Je me déclare innocent de semblables menées, et sans titre sérieux pour le rôle de spectre, quelle qu'en soit la couleur.

Plus simplement, on m'objecte que nous vivons dans une époque de liberté et de concurrence, et non pas de privilèges et de monopoles, et qu'il n'y a pas de raison pour refuser à la médecine ce qu'on accorde à la boulangerie et aux théâtres. Soit médecin qui voudra, et que chacun se tire d'affaire le mieux possible. En principe, c'est parfait; mais c'est précisément pour distinguer la médecine de la boulangerie que je la voudrais organisée différemment, et cet argument se retourne contre ses auteurs. Que les boulangers et les directeurs de théâtres luttent entre eux pour attirer la pratique, les uns en installant des boutiques somptueuses et en faisant des rabais aux clients, les autres en publiant dans les journaux le chiffre de leurs recettes et les noms des grands personnages qu'on a pu voir dans des baignoires, tout cela est fort naturel et convient à ces genres de commerce; les médecins, je le sais, n'usent pas de ces façons, sauf de rares exceptions; or, c'est là l'injustice et l'infériorité de leur sort, d'être tributaires du public comme le premier commerçant venu, et de n'avoir pas à leur disposition les moyens par lesquels tous les autres commerçants sollicitent la faveur du public.

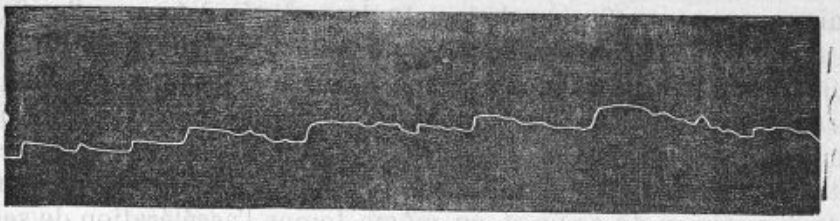
Un autre reproche m'a été adressé, d'un ordre plus pratique, mais plus spécieux que juste. Si vous installez, me dit-on, des médecins officiels, soignant pour rien les ma-

Après.

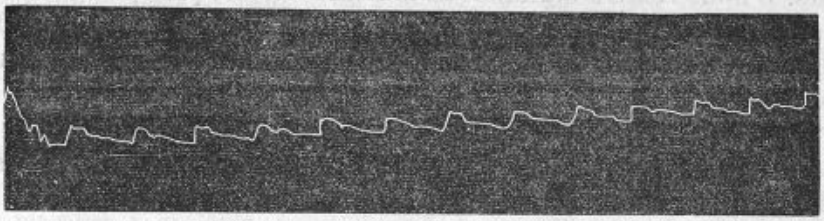


Asthme cardiaque avec albuminurie.

Avant.



Après.



Deux femmes âgées étaient atteintes de la dégénération cardiaque fibreuse et atrophique la plus avancée avec oppression permanente, débilité générale et surtout faiblesse de l'impulsion du cœur, dont les battements étaient à peine perceptibles par l'auscultation, le pouls lui-même étant à peine appréciable sous le doigt. A l'état normal, une ligne verticale allongée du tracé indique l'énergie contractile du muscle cardiaque; ici cette ligne était à peine marquée. Sur la ligne de descente, il existe

---

lades de leur circonscription, vous ouvrirez la porte à d'innombrables abus; le client qui n'aura plus à payer son médecin le fera venir à chaque instant pour des riens, le dérangera sans pitié à toute heure du jour et de la nuit; nous n'aurons plus alors ni trêve, ni repos, notre existence sera un enfer. Je ne crois pas beaucoup aux abus qu'entraînerait la gratuité de la médecine, parce que, dans l'état actuel des choses, ce dont on se préoccupe le moins quand on fait venir un médecin, c'est précisément de la dépense qui en résultera, et dont on relègue tout d'abord le souci dans un avenir lointain. Et, en effet, vous apercevez-vous qu'aujourd'hui on se gêne pour nous déranger inutilement, qu'on réfléchisse beaucoup avant de solliciter nos visites, au risque d'allonger la note des honoraires, mais avec l'arrière-pensée de la discuter à la fin, de crier à l'exploitation et, en résumé, de ne pas la payer?

Les motifs pour lesquels on prend un médecin sont multiples et complexes; leur étude et leur énumération constitue toute une science, qui mériterait une place distinguée dans les connaissances humaines sous le nom de *psychologie du client;* sans avoir la prétention de posséder à fond cette science intéressante et pleine de mystères, je puis cependant en formuler quelques données fondamentales.

D'une façon générale, on prend un médecin autant par luxe que par nécessité, autant par vanité que par besoin réel. Par dessus tout, la fréquentation d'un médecin répond, pour beaucoup de gens, au désir instinctif de se rendre intéressants, de s'occuper de soi-même et d'en occuper les autres. On ne peut méconnaître, dans ce concours de circonstances, le doigt de la Providence; car, si nous n'étions consultés que par des

©BIU Santé

toujours près du sommet une saillie provenant de ce que le sang, après avoir reflué vers les valvules aortiques du cœur, en revient et produit une nouvelle ondée qui soulève l'artère; le point saillant indique le choc en retour. Chez nos malades, il n'existait pas. Dès le lendemain, les tracés reprenaient le type normal, qui se maintint trois à quatre jours. Chez une autre femme, atteinte d'un rétrécissement de l'ouverture de communication entre l'oreillette et le ventricule gauche, il y avait des irrégularités du cœur et du pouls; elles disparurent entièrement. Le rythme du cœur était encore bien plus troublé chez un homme jeune atteint d'une péricardite chronique, avec insuffisance de la valvule destinée à fermer l'orifice dont nous avons parlé; l'agencement des pulsations redevint naturel. Dans un cinquième cas, qui se rapporte à une dilatation du cœur provoquée par l'altération des artères, il existait une arythmie marquée avec œdème, albuminurie, dépression et ralentissement du pouls; sous l'influence du sulfate de spartéine, il se manifesta la régularisation du pouls, l'augmentation de l'impulsion du cœur et en même temps l'accélération de ses mouvements. Il nous reste à signaler un sixième cas des plus probants, il s'agit d'un asthme cardiaque avec albuminurie, le pouls présentant une dépression et un trouble complet; quarante minutes après l'ingestion du médicament, tout était changé, la régularité et la force avaient reparu.

Résultats et indications thérapeutiques. — Trois effets caractéristiques et constants résultent de ces observations; le premier, qui est le plus important, c'est le relèvement du cœur et du pouls; sous ce rapport, il équivaut à la digitale et à l'alcaloïde du muguet, appelé convallamarine et infiniment plus marqué, plus prompt et plus durable. Le deuxième effet, c'est la régularisation immédiate du rythme cardiaque troublé; aucun médicament ne saurait lui être comparé à cet égard. Le troisième résultat, c'est l'accélération des battements qui s'impose, pour ainsi dire, dans les graves atonies avec ralentissement du cœur, et, par cela même, se rapproche de la belladone. Tous ces phénomènes apparaissent au bout d'une

---

malades, et pour des cas absolument sérieux, je vous laisse à penser ce qui en arriverait de désagréable pour nos inventaires de fin d'année. Il est donc fort heureux qu'en matière de visites et de consultations, nous ayons le superflu pour parer à l'insuffisance du nécessaire.

Nous sommes, de tous les fournisseurs de nos clients, les seuls chez qui l'on entre volontiers sans y être forcé, par désœuvrement, par curiosité, pour passer le temps, pour voir ce que nous dirons. On va chez son tailleur quand on manque de vêtements; on va chez le fumiste quand on a une cheminée qui fume; on va chez son médecin quand on croit avoir besoin de lui, sans attendre qu'on en soit sûr. Nous sommes, en un mot, pour beaucoup de gens, un agrément, un embellissement de la vie, ce qui est infiniment flatteur pour nous. Mais, s'ils savaient, ceux dont nous embellissons l'existence, combien ils assombrissent et enlaidissent la nôtre, en nous faisant perdre notre temps à écouter leurs doléances et leurs demandes d'explications! Voyez ce vieux beau, serré dans son veston, les cheveux teints, la moustache cirée, qui prend, avec son potage, deux pilules *ante cibum*, et qui se fait apporter dans la soirée un verre d'eau où il verse attentivement une pincée de bicarbonate de soude! Il a consulté un médecin pour se faire ordonner ce traitement, et ce médecin, retenu par diverses considérations, n'a pas pu trancher l'entretien en disant au malade : « Mon vieux, vous êtes gâteux, que voulez-vous que j'y fasse? »

Le monde, en somme, est exigeant et indiscret avec les médecins parce qu'il les paye, et qu'il veut en avoir pour son argent; du jour où il ne les paiera plus, le fait de consulter

heure ou de quelques heures au plus, et se maintiennent trois à quatre jours après la suppression du médicament. Pendant ce temps, les forces générales augmentent et la respiration est facilitée, mais beaucoup moins bien que par l'iodure de potassium; la fonction urinaire seule ne paraît pas influencée par la dose modérée que nous avons employée jusqu'ici.

Le sulfate de spartéine semble donc indiqué chaque fois que le myocarde a fléchi, soit parce qu'il a subi une altération de son tissu, soit parce qu'il est devenu insuffisant pour compenser les obstacles à la circulation. Lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, le sulfate de spartéine rétablit rapidement le type normal. Quand enfin la circulation est ralentie, le médicament paraît immédiatement obvier à ce trouble fonctionnel, tout en maintenant ou en augmentant la force acquise du muscle.

REVUE DES JOURNAUX

Bacilles spécifiques dans les lésions syphilitiques, par S. Lustgarten. — Bien qu'encore insuffisantes en nombre, les recherches de Lustgarten ont démontré la présence de bacilles en forme de bâtonnets grêles, rectilignes ou légèrement recourbés, de même aspect que ceux de la tuberculose, dans des cellules lymphoïdes sur les coupes de deux scléroses au début et d'une gomme syphilitique. De plus, il a cru reconnaître des zones claires comparables aux zones sporogènes que Koch décrit dans les bacilles de la tuberculose. Au moyen d'un procédé de coloration qu'il indiquera plus tard, cet observateur distingue ces organismes de ceux de la lèpre, de la tuberculose et des autres maladies à microbes. Contrairement à d'autres auteurs, Lustgarten n'a pas trouvé de cocci. D'ailleurs, avec une prudente réserve, il évite, pour le moment, de se prononcer sur les rapports étiologiques de ces microbes avec la syphilis. (*Wiener medizinische Wochens*, 22 novembre 1884, et *Annales de dermatologie*, 25 décembre 1884, p. 711.) — C. L. D.

Traitement de la migraine. — Cette médication, recommandée par le *Philadelphia med. Times*, consiste dans l'administration du bromure de potassium associé avec la teinture désodorisée d'opium. Elle aurait pour résultat d'atténuer les douleurs, mais non pas de faire disparaître les accès. La dose employée serait de 5 à 6 grammes de

---

ou d'appeler un médecin perdra les trois quarts de son attrait et de son piquant. Si je rêve la transformation du médecin en fonctionnaire public, c'est pour qu'on y regarde à deux fois avant de pénétrer jusqu'à lui. Car je ne sais pas si vous êtes comme moi, mais la seule idée d'avoir affaire à un fonctionnaire ou employé quelconque dans son bureau me donne de l'inappétence, de la fièvre, des maux de tête, des hallucinations et jusqu'à de la syncope. Je ne puis rien souhaiter de mieux à mes confrères que ces difficultés d'abord qui font des heures si douces à la grande famille des ronds de cuir.

Tout ce qui précède ne s'applique pas, comme de juste, à la classe encore nombreuse des gens bien nés qui traitent leur médecin avec le tact et les égards les plus délicats, et le consolent de tous les déboires de la profession. Dans un autre genre, je mets aussi à part les bons paysans; ceux-ci, peu sensibles au luxe, ignorent principalement le luxe du médecin; quand il y a urgence, ils consultent le pharmacien; car dans les petites villes et les campagnes, si les médecins font souvent peu de médecine, les pharmaciens en font toujours beaucoup, avec la pharmacie par dessus le marché.

*
* *

Voulez-vous un échantillon du sans-gêne et des caprices qui inspirent parfois les malades quand ils nous mandent à leur chevet? Voici une histoire véridique qui en fait foi :

J'ai dans mon voisinage et dans ma clientèle un ménage attaché à un grand établissement, le mari comme cuisinier, la femme comme lingère. Le mari est alcoolique et la femme hystérique, naturellement. Malgré cela, c'est un couple uni jusqu'à la tendresse;

©BIU Santé

bromure uni à dix gouttes de teinture opiacée. (*Ann. Soc. méd. chir. de Liège*, déc. 1884, p. 491. — C. L. D.

De l'antipyrine ; nouvelles recherches, par Paul Suyers. — Continuant ses essais thérapeutiques, M. Suyers a donné vingt fois l'antipyrine dans la fièvre typhoïde. Ce médicament diminue la température sans exercer une action spécifique sur la maladie. C'est donc seulement à titre d'antithermique qu'elle rend de grands services. Administrée quinze fois dans la tuberculose à des doses de 3 à 2 grammes par quantité de 50 centigrammes, elle abaissait la température jusqu'au-dessous de la normale. Dans le rhumatisme articulaire aigu, Alexander (*Centralbl. f. Klin. méd.*, 1884, n° 36), Tilmann (*Deutsche medicinische Woch.*, n° 35), Pribram (*Prager med. Woch*, 1884) et Demuth (*Artzliches intelligenzblatt*, 1884, 9 déc.), avaient cru reconnaître une atténuation des symptômes locaux en même temps que la chute de la température. Dans ses expériences de contrôle, M. Masius a pu constater des résultats comparables à ceux que produit le salicylate de soude. Aussi M. Suyers n'hésite pas à conclure que la rapidité de l'amendement des symptômes est en rapport avec la dose employée. Conséquemment, cette substance agirait à la fois comme un antithermique et comme un modificateur des manifestations articulaires. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, déc. 1884, p. 472.) — C. L. D.

Un caractère pathognomonique de l'intoxication saturnine récente, par M. Du Moulin. — La peau étant une des voies d'élimination du plomb, l'auteur a constaté qu'en appliquant à sa surface du monosulfure de sodium, au moyen d'une baguette trempée dans la solution aqueuse de ce sel, on obtenait une coloration noirâtre. Pour vérifier la valeur de cette réaction et prouver qu'elle n'était pas le résultat d'un dépôt de particules métalliques sur la peau, M. Du Moulin répète les mêmes essais sur l'épiderme de nouvelle formation là où, quelques jours auparavant, il avait appliqué un vésicatoire. Quatorze fois, il a pu la constater sur 14 saturnins. La solution employée contient 5 p. 100 de sulfure de sodium dans l'eau distillée ou bien une proportion semblable de sulfhydrate d'ammoniaque.

De plus, en pratiquant un lavage de la peau avec une solution de tartrate d'ammoniaque, on obtient un liquide contenant du plomb et noircissant par l'addition du sulfure de sodium. Ces intéressantes recherches donnent un moyen de diagnostic chimique de l'intoxication saturnine et démontrent l'élimination du plomb par la peau. (*Annales de la Soc. de méd. de Gand*, nov. 1884.) — C. L. D.

---

aussi m'envoie-t-on chercher pour les moindres indispositions. Dernièrement, il s'agissait d'une attaque de nerfs. La femme grinçait des dents, roulait des yeux tout blancs, suffoquait, trépignait, et son mari la calmait de son mieux en lui caressant les joues avec ses grosses mains rouges, crevassées et graisseuses. Je prescris le repos et surtout l'isolement ; on laisse la femme dans sa chambre, où elle se trouve à merveille, à condition qu'on s'abstienne de la déranger pour prendre de ses nouvelles. Et pendant plusieurs jours, à la même heure, même attaque de nerfs, disparaissant comme par enchantement par les mêmes procédés.

J'étais un peu désorienté par ces manœuvres, quand certains indices, des impatiences caractéristiques me firent découvrir le pot aux roses. La jeune femme, agacée des prévenances un peu lourdes de son mari, profitait de ce que j'avais recommandé de la laisser seule quand elle aurait mal aux nerfs ; et c'était tout simplement pour se débarrasser des cajoleries du cuisinier aux mains luisantes qu'elle me faisait venir en toute hâte, dès qu'elle éprouvait le besoin d'être seule un moment.

Cela aurait pu durer longtemps si je m'étais laissé faire. Aussi insistai-je sur la ténacité des attaques, les graves accidents dont elles pouvaient s'accompagner, pour affirmer qu'il serait désormais très imprudent de laisser la malade un instant seule pendant ses crises ; que son mari ne devait pas la quitter, rester avec elle et tout près d'elle, et lui prodiguer ces menues attentions à odeur de graillon qui plaisaient peu à la patiente.

Ainsi fut fait, et depuis lors ma cliente est délivrée de ses attaques de nerfs, et moi aussi.

P. Dubray.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA LOIRE ET DE LA HAUTE-LOIRE.

Cette Société locale, l'une des plus zélées et des plus nombreuses parmi les Associations départementales agrégées à l'Association générale, tenait sa séance annuelle le 27 septembre dernier, sous la présidence de son doyen d'âge, M. Riembault.

Je n'insiste pas sur la cordialité de cette réunion. Mieux vaut noter les importantes résolutions qui ont été adoptées à une grande majorité :

1° Cette Société a émis le vœu « qu'aux Assemblées de l'Association générale, chaque « Société locale soit autorisée à faire exprimer, par sa délégation, le total des suffrages « auxquels elle a droit, de par le nombre de ses membres. Cette proposition permettrait au délégué unique, d'une Société ayant droit à plusieurs représentants à l'assemblée générale, d'émettre le total des voix dont elle dispose réglementairement. De plus, pour que la mission des délégués prenne le caractère d'un mandat effectif, nos collègues de la Loire ont décidé « que ces délégués règleront leur conduite à l'Assemblée « générale sur les idées dominantes » de la majorité de leurs collègues. Cette proposition a pour but de répondre en partie à une circulaire des médecins de la Gironde demandant que les Sociétés locales tiennent deux séances annuelles, l'une en septembre, avant la fin de l'exercice; l'autre en mars, avant l'Assemblée générale. Elle aurait pour effet d'enlever à la commission administrative la responsabilité des décisions à prendre en vue de cette Assemblée fédérale.

2° Sur l'opportunité de créer un Ordre des médecins, les avis ont été partagés : les uns, avec MM. Riembault et Fabreguette, approuvant cette institution comme moyen de moralisation et de protection professionnelle; les autres, avec MM. Magnien et Vibert, préférant la liberté absolue avec ses inconvénients. Entre les deux opinions, M. Chavanis adopte un moyen terme. Sans défendre ni repousser la création d'un Ordre des médecins, dont la consécration légale ne trouverait guère en ce moment la faveur des pouvoirs publics, assez mal disposés à l'égard du Corps médical, il est plutôt « le partisan de voir l'Association générale s'occuper avec plus de soin de la réalisation « des promesses contenues dans un article de ses statuts qui a trait à la moralisation « de la profession ». Le débat s'est terminé par l'avis presque unanime de « conserver « la liberté dont nous jouissons et d'ajourner la question, tout en demandant la revi- « sion de la loi concernant l'exercice illégal de la médecine ».

3° Le secret médical, dans ses rapports avec la déclaration des causes des décès, venait ensuite à l'ordre du jour.

L'utilité scientifique et sociale de dresser la statistique des causes de mortalité étant reconnue par tous les membres de l'Assemblée, la discussion portait sur le moyen pratique de concilier les intérêts de la statistique avec le secret médical. Elle a eu pour conclusion de faire inscrire ce diagnostic sur une feuille séparée ou aisément séparable de celle qui porte le nom du décédé, ou bien de transmettre cette feuille sous pli cacheté. Ce système, est-il besoin de le rappeler, fonctionne déjà avec succès à Paris, et, d'après nos confrères stéphanois, dans la ville où ils exercent.

Enfin, un vœu ultime, proposé par M. Convers, invite le Conseil général de l'Association à intervenir auprès du gouvernement en faveur des Syndicats et d'une réforme de la boiteuse législation du 21 mars 1884. Je signale ce vœu pour montrer que le régime de l'Association est un régime de liberté permettant à toutes les opinions de se produire et même de triompher légalement par la voie du suffrage universel.

Aussi, après tous ces vœux, je me permets à mon tour d'en formuler un autre. Je l'adresse à ceux des médecins de la Loire, de la Haute-Loire, des départements et de la capitale qui demeurent encore étrangers à l'Association. Leur résistance à s'inscrire parmi nous n'a guère sa raison d'être. Par contre, elle est inopportune au moment où, par leur énergie et leur activité, les Sociétés locales essayent d'imprimer une impulsion nouvelle à l'Association. — Ch. E.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 novembre 1885. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Stanislas Meunier adresse une note sur un bolide qu'il a observé le 18 novembre courant, le soir, au sud de Paris.

M. le Secrétaire perpétuel propose de mettre à l'ordre du jour la nomination d'un membre de l'Académie, pour remplacer feu M. Milne-Edwards, dans la commission du prix Volney. Ce prix, fondé il y a plus de 50 ans, doit être décerné au meilleur ouvrage de philologie. Originairement, Volney désirait que l'on trouvât le moyen de traduire d'une façon aussi exacte que possible, au moins phonétiquement, les mots des anciennes langues orientales dans les idiômes européens. Il arrive, en effet, que le même mot d'une antique inscription ne se ressemble pas, selon qu'il est écrit en français, en anglais, en allemand ou en russe.

A ce propos, M. Bouquet de la Grye dit que c'est surtout dans les cartes à l'usage de la marine, que cette différence d'orthographe et de prononciation est fréquente et peut être préjudiciable, certaines localités côtières sont désignées de vingt-deux manières différentes. Une commission, dont fait partie M. Bouquet de la Grye, a déjà proposé d'adopter à cet égard une orthographe universelle. Sa proposition a été entendue, et les Anglais s'y sont ralliés, en faisant même, — chose surprenante, — abandon de leur propre orthographe et de leur prononciation. Un bon point à nos voisins.

M. Vulpian dépose une note faisant suite à ses expériences physiologiques sur les nerfs crâniens, et relative au nerf de Wrisberg dont un filet préside à la gustation dans le voile du palais. L'honorable académicien dépose aussi une note critique de M. Vignal, sur la prétendue circulation des cellules nerveuses glanglionnaires.

M. Pasteur, au nom de Mme la duchesse de Fitz-James, une courte note sur l'emploi de la chaux, pour combattre le mildew.

— M. le professeur Germain Sée donne lecture d'un travail intitulé : *Du sulfate de spartéine comme médicament dynamique et régularisateur du cœur*. (Voir plus haut.)

— A quatre et demie, l'Académie se forme en comité secret. — M. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 novembre 1885. — Présidence de M. de Beauvais.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend les journaux et revues de la quinzaine : le *Progrès médical*, le *Journal des sages-femmes*, la *Gazette de gynécologie*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal des Sociétés scientifiques*, les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, les *Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez*, le *Pacific medical and surgical Journal de San-Francisco*, numéro d'octobre, 1885, etc.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le docteur Géry, ancien président de la Société, qui sollicite le titre de membre honoraire. Cette lettre est renvoyée à une commission, composée de MM. Collineau, Perrin et Blondeau, rapporteur.

M. le Président annonce à la Société que M. de Ranse vient d'être élu membre correspondant de l'Académie de médecine.

M. Cyr dépose sur le bureau un certain nombre de brochures envoyées par M. le docteur Moncorvo, membre correspondant.

M. Budin offre à la Société un exemplaire de son livre récemment paru : *Obstétrique et gynécologie.*

M. le Président remercie M. Budin et le félicite, au nom de la Société, du rétablissement de sa santé.

COMMUNICATIONS.

M. Richelot lit une observation *sur un cas d'hématurie.* (Sera publiée.)

M. Reliquet : Comme nous le dit M. Richelot, il est souvent bien difficile de déterminer d'une façon certaine le lieu d'origine du sang dans les hématuries.

Notre collègue, après une analyse fort bien faite de tous les détails, des moindres incidents, arrive à supposer que le sang est dû, chez son malade, à une exsudation sanguine des parois de la vessie, à la fin de la miction ; au moment où la tunique musculaire comprime la muqueuse, la vessie étant vide.

Je suis de son avis. Pour arriver encore à plus de certitude, on peut employer le moyen suivant : Une sonde en gomme souple introduite, on vide la vessie. Au moment où celle-ci est vide, on observe s'il s'écoule du sang pur. Pour contrôler, on remplit la vessie d'eau boriquée, limpide, tiède, puis on laisse couler ce liquide. D'abord, il sort clair ou à peine teinté. Mais à la fin, la coloration rouge s'accentue et devient complète : c'est du sang pur. Ainsi on sait que le sang vient de la vessie.

J'ai observé bien souvent l'hématurie, et toujours, quelles que soient les probabilités d'origine du sang, je ne manque jamais d'écarter la cause, la plus fréquente de la congestion des voies urinaires. Quelquefois en enlevant cette cause, l'hématurie cesse. — Je veux parler de la stagnation fécale dans le gros intestin. — On ne doit jamais s'arrêter à l'assertion du malade, qui presque toujours affirme qu'il n'est pas constipé, qu'il va même plusieurs fois par jour à la garde-robe. — J'impose toujours le grand lavement, donné matin et soir, (le malade étant couché sur le côté droit, la canule souple en gomme introduite d'au moins 10 centimètres dans le rectum, et le liquide n'arrivant que très lentement dans l'intestin.) Ainsi matin et soir, je fais pénétrer un litre d'eau tiède additionnée de deux cueillers à bouche de glycérine dans le gros intestin.

J'ai vu, chez plusieurs malades, l'hématurie cesser immédiatement dès que le gros intestin a été ainsi maintenu constamment vide.

Je me rappellerai toujours un malade que je soignai avec Archambault, chez lequel l'accumulation des matières dans l'intestin avait fait croire à un cancer de cet organe, et dont l'hématurie cessa dès qu'on eut vidé et maintenu vide l'intestin. Ce malade nous disait qu'il n'était pas constipé.

Dans le fait de M. Richelot, ce moyen peut rendre service, il peut faire cesser le sang, l'arrêter pendant les périodes où il est peu abondant, et mettre en relief les intermittences d'hématurie, ramenant alors le fait à ceux observés chez les hémorroïdaux.

Il ne faudrait pas croire que ces intermittences bien nettes, exactement périodiques, doivent faire écarter l'idée de l'existence d'une tumeur vésicale. En 1878, j'ai opéré avec succès, par les voies naturelles, d'un papillome du trigone, un officier supérieur. Pendant dix-huit ans, il a eu régulièrement tous les mois par l'anus une évacuation sanguine, puis ce flux s'arrête, et se produit tous les mois pendant quinze ans, par les voies urinaires. Il me disait : « Tous les mois, j'attends avec impatience mon pissement de sang, qui soulage ma tête... » J'ai d'autres faits où le papillome du trigone s'est ainsi développé après de nombreuses évacuations sanguines hémorroïdales par les voies urinaires.

Je crois qu'on peut très bien admettre que le papillome, dans ces cas, s'est formé sur les points de la paroi vésicale où les ruptures évacuatrices se sont produites.

Les faits où le sang venant d'un rein, sans qu'il soit possible de reconnaître, dans un de ces organes, le moindre signe physique à la palpation ou à la percussion, sont très fréquents. En ce moment, je soigne un malade qui urine du sang depuis plusieurs années. Il a été examiné successivement par au moins quatre de nos confrères des plus éclairés et attentifs. Aucun d'eux n'a trouvé un des reins malades. Appelé il y a peu temps, j'ai

©BIU Santé

trouvé le rein droit volumineux; mais certainement il n'avait pas ce volume quand nos confrères ont examiné ce malade.

Pendant plus de trois mois, j'ai vu un malade qui avait de l'hématurie à des moments très variables. C'était un sujet maigre dont l'examen du ventre, par le palper et la percussion, était des plus facile; plusieurs confrères l'ont vu avec moi. A de nombreux examens, ni eux, ni moi, nous n'avons perçu le moindre indice physique dénotant une affection d'un des reins. Et cependant, plus de deux ans après ces examens, l'état d'un des reins était tel qu'on fit la néphrectomie.

Ainsi il faut être très circonspect et craindre toujours l'origine sanguine rénale.

Chez tous ces malades, il faut observer avec minutie tout ce qui sort des voies urinaires; le moindre détritus organique doit être examiné au microscope; son lieu d'origine indique le lieu de la lésion.

Il faut aussi observer la quantité d'urine des vingt-quatre heures, et, par l'analyse des urines, savoir s'il n'y a pas diminution dans la quantité d'urée. Ainsi on reconnaît l'insuffisance rénale, ce qui met sur le voie d'une affection des reins.

M. Christian : Je ne saurais me permettre d'intervenir dans le débat, encore moins de discuter la question chirurgicale soulevée par M. Richelot. Je veux seulement, à propos de cette communication, citer le fait d'un malade d'une cinquantaine d'années, mort, il y a quelques années, dans mon service, et chez lequel, pour diverses causes, et entre autres à cause de son extrême indocilité, il ne fut pas possible d'établir un diagnostic exact. Comme seul symptôme : hématuries fréquentes et abondantes. Il succomba après six semaines de maladie environ. A l'autopsie, je constatai, à ma grande surprise, l'intégrité absolue de la vessie et de ses annexes; il existait un cancer encéphaloïde des reins, et cependant il n'y avait eu aucun signe de cachexie cancéreuse.

M. Bouloumié fait la lecture d'un mémoire de M. Patezon, membre correspondant : *De l'utilité d'une cure aux eaux de Vittel après l'opération de la pierre.*

Je suis chargé, par mon très honoré confrère le docteur Patezon, membre correspondant de notre Société, et comme moi médecin à Vittel, de vous exprimer ses regrets de ne pouvoir assister à cette séance, et de vous lire un travail qu'il eût été heureux de vous présenter lui-même.

Ce mémoire a pour but d'établir l'utilité du traitement par les eaux de Vittel après l'opération de la pierre. Il est la contre-partie de considérations, que j'ai eu autrefois l'occasion de développer devant vous, sur le danger ou l'inutilité du traitement, dit traitement d'épreuve ou traitement révélateur, chez les calculeux en général ou plutôt chez les malades soupçonnés d'être calculeux. Et, à ce sujet, je rappelerai que ces idées, formellement exprimées et nettement formulées par moi en 1878, ont été reproduites depuis; mais, je peux le dire ici comme M. Trélat a bien voulu le dire à la Société de chirurgie, un peu trop comme nouvelles et personnelles par mon confrère et ami le docteur Brongnard.

DISCUSSION.

M. Dubuc : Il me semble que cette question est, avant tout, une question d'espèces. Ainsi, dans certains cas, il est certain qu'après la lithotritie, une cure d'eau minérale est indiquée. Dans d'autres cas, au contraire, et notamment chez les prostatiques, le traitement hydro-minéral est formellement contre-indiqué.

M. Bouloumié : Je comprends les réserves faites par mon collègue M. Dubuc, et je répondrai, je crois, à son désir en précisant les cas dans lesquels le traitement hydro-minéral de Vittel est nécessaire ou simplement utile et ceux dans lesquels il peut être nuisible.

Le traitement hydro-minéral de Vittel me paraît *nécessaire* dans les circonstances suivantes :

1° Quand le malade est un graveleux qui continue à faire de la gravelle rénale;

2° Quand c'est un diathésique goutteux-graveleux;

3° Quand il y a un certain degré de pyélo-néphrite à marche chronique qui a résisté aux moyens ordinaires;

4° Quand il y a du catarrhe vésical proprement dit;

5° Quand il y a un certain degré d'atonie vésicale, mais avec très peu de stagnation chronique;

6° Quand il y a un état général que peut seul modifier un traitement agissant en même temps sur l'ensemble des fonctions, et sur la lésion ou la maladie locales.

Il me paraît *utile*.

1° Dans tous les cas où la réapparition de la gravelle est imminente;

2° Dans les cas où existent certaines formes de cystite chronique avec reproduction facile de concrétions phosphatiques, mais sans tendance aux poussées aiguës;

3° Dans le cas où existent à un faible degré l'engorgement et l'irritation prostato-cystiques.

Il me paraît *nuisible :*

1° Dans les cas où il y a parésie vésicale avec stagnation habituelle dépassant 60 à 80 grammes;

2° Dans les cas où il y a augmentation de volume de la prostate, élévation concomitante du col, et difficulté d'autant plus grande à uriner que la vessie est plus stimulée;

3° Dans les cas où il y a tendance à ces reproductions faciles de dépôts phosphatiques légers autour du col vésical, et imminence constante de poussées inflammatoires et douloureuses;

4° Dans les cas où il y a polyurie simple liée à l'excitation d'un point quelconque de l'appareil urinaire.

Je ne peux pas discuter un à un tous ces cas; il faudrait pour cela plusieurs séances, mais je crois qu'ils présentent un tableau assez exact des indications du traitement hydro minéral de Vittel après l'opération de la pierre.

M. Rougon lit un rapport sur la bibliothèque et les archives de la Société.

M. le Président remercie M. Rougon et le félicite du zèle qu'il apporte à ses fonctions d'archiviste.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Traitement de l'ovarite. — A. Ferrand.

Dans l'ovarite simplement congestive, au premier degré, repos dans la position horizontale, cataplasmes et fomentations émollientes sur l'hypogastre; injections et lavements émollients, le tout tiède. — Quand l'ovarite est confirmée, lavements laudanisés ou belladonés, injections avec les décoctions de morelle, de jusquiame, de tête de pavot; onctions avec des pommades à base d'extraits narcotiques, embrocations avec les huiles et les liniments calmants. — A l'intérieur, on prescrit l'opium à doses fractionnées, s'il existe une vive douleur. — Les sangsues peuvent être appliquées à l'hypogastre, sur les fosses iliaques, aux aines, aux grandes lèvres, au périnée. — Calomel à doses altérantes et même purgatives. Les révulsifs cutanés (teinture d'iode, vésicatoires volants) sont souvent efficaces; enfin il peut être avantageux d'exercer une légère révulsion sur l'intestin, à l'aide de purgatifs doux.

Le traitement de l'ovarite chronique comporte les mêmes moyens, moins les émissions sanguines. — Dans les paroxysmes douloureux, c'est surtout aux calmants qu'il convient d'avoir recours, ainsi qu'aux révulsifs et aux altérants. — Les bains de mer et même l'hydrothérapie marine sont efficacement conseillés, et agissent à la fois sur la lésion locale et sur la constitution des malades. — N. G.

COURRIER

Erratum. — Dans le dernier numéro de l'*Union médicale*, p. 884, ligne 43, au lieu de *la deux centième livraison* — lisez : la vingtième livraison.

©BIU Santé

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 14 novembre 1885, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Zuber, médecin-major de première classe.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Roberdeau, Desmons, Lasserre, Comte, Follenfant; M. le médecin aide-major de première classe, Hassler; M. le pharmacien-major de deuxième classe, Dauphin; Mme Laroche, en religion sœur Marie de la Croix, supérieure des sœurs de l'ambulance d'Haïphong.

Faculté de médecine de Paris. — M. Durand-Fardel est nommé préparateur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Babinski.

M. Toupet, interne des hôpitaux, est nommé moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Durand-Fardel.

M. le docteur Coudray est chargé des fonctions de préparateur du cours de pathologie externe, en remplacement de M. Frémont.

— Les candidats inscrits dans les diverses Facultés de province pour le concours de l'agrégation (section de médecine, pathologie interne et médecine légale), qui doit s'ouvrir le mercredi 1er décembre 1885, à Paris, sont au nombre de douze. Ce sont :

Faculté de médecine de Lille, MM. les docteurs Chuffart et Lober;

Faculté de médecine de Lyon, MM. les docteurs Audry, Boinet, Dufourt, Lemoine et Weill.

Faculté de médecine de Montpellier, MM. les docteurs Brousse et Sarda.

Faculté de médecine de Nancy, MM. les docteurs Colin, Parisot et Simonin.

Soit, avec les candidats inscrits à la Faculté de médecine de Paris, 35 candidats pour les quatorze places d'agrégés à pourvoir, lesquelles se répartissent ainsi par Facultés : Bordeaux, 2; Lille, 2; Lyon, 2; Montpellier, 2; Nancy, 2, et Paris, 4.

Ecole supérieure de pharmacie. — *Année scolaire 1885-1886* (1er semestre). — M. Dupuy, pharmacien, avocat, commencera son cours libre d'histoire, de législation et de déontologie pharmaceutiques, dans la salle des conférences de l'Ecole, le mardi 1er décembre, à une heure trois quarts, et le continuera, à la même heure, le mardi et le samedi de chaque semaine.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Foubert, ancien médecin inspecteur des bains de Villers, décédé à l'âge de cinquante-huit ans; et de M. Dumollard, externe à l'hôpital de la Charité de Lyon.

Exposition du travail. — Nous apprenons que la Société hydro-minérale, dont nous avons tout récemment annoncé l'émission d'actions, vient d'obtenir une médaille d'or à l'Exposition du travail.

— Notre confrère, M. Louis Bourne, directeur-propriétaire du journal *le Travail*, vient de recevoir du Ministère de l'instruction publique les palmes d'officier d'Académie pour services rendus à la cause de l'enseignement professionnel, ainsi qu'à l'Exposition du Travail, où il avait su très bien organiser la section d'hygiène.

Nos félicitations à notre jeune et sympathique confrère.

—Nous annonçons avec plaisir que notre collaborateur, M. le docteur Tartivel, vient d'ouvrir à Bellevue-Meudon (Seine-et-Oise) un nouvel établissement hydrothérapique destiné à remplacer l'ancien établissement fondé en 1847 par M. le docteur Louis Fleury. Le nouvel établissement, situé avenue Mélanie, n° 6, et rue du Cerf, nos 3 et 5, est ouvert toute l'année. Il reçoit des pensionnaires et des externes. Il est entouré de beaux jardins. Les salles des douches sont pourvues d'appareils perfectionnés pour toutes les applications de l'hydrothérapie froide ou chaude, suivant les indications médicales.

ON DEMANDE UN MÉDECIN (docteur ou officier de santé) pour une petite ville qui est une station de bains de mer très suivie pendant la belle saison. — S'adresser aux bureaux du Journal.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimer Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. SURMAY : Fièvre typhoïde ambulatoire (?). — Perforation intestinale et vaste collection stercorale. — Laparotomie. — Mort. — II. BIBLIOTHÈQUE. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. THÈSES de doctorat. — V. FORMULAIRE. — VI. COURRIER.

Fièvre typhoïde ambulatoire (?). — Perforation intestinale et vaste collection stercorale. — Laparotomie. — Mort.

Par le docteur SURMAY

Chirurgien de l'hôpital de Ham, membre correspondant de la Société de chirurgie.

Le 27 août 1885, on apporte à l'hôpital de Ham la femme V..., âgée de 28 ans.

Cette femme présente toutes les apparences extérieures d'une péritonite suppurée, ou, tout au moins, d'un phlegmon du ligament large : ventre excessivement ballonné et douloureux; empâtement de la région iliaque droite; figure grippée; pouls d'une vitesse excessive; vomissements incessants; diarrhée; intelligence entière.

Voici ce que la malade me raconte elle-même et ce que j'apprends du médecin qui l'a soignée chez elle :

Le 10 août, elle avait été prise tout à coup d'une douleur très vive dans le ventre, alors qu'elle ne se sentait pas malade et qu'elle vaquait à son travail habituel. Elle avait eu une garde-robe naturelle, sans diarrhée, la veille, et, ce jour-là, elle n'en avait pas eu malgré les douleurs qu'elle ressentait.

Le lendemain, souffrant toujours, n'allant pas à la garde-robe, mais ayant des vomissements, elle avait appelé son médecin. Elle présentait alors les signes d'un étranglement interne ou d'une péritonite par perforation : douleur extrêmement vive, spontanée et à la pression dans le flanc droit; sensibilité excessive du ventre, vomissements bilieux, absence de selles, figure grippée, yeux excavés, pouls excessivement rapide. Des purgatifs répétés, des lavements purgatifs et des lavements d'eau de Seltz avaient été administrés sans résultat ou à peu près jusqu'au 20. Ce jour-là étaient arrivées des selles diarrhéiques, et, en même temps, la malade, qui était grosse de six mois, était accouchée d'un enfant qui n'avait pas vécu. Les vomissements n'avaient pas discontinué; les douleurs de ventre n'avaient fait qu'augmenter, et tous les signes d'une péritonite grave s'étaient montrés. C'est dans cet état qu'elle était entrée à l'hôpital seize jours après le début appréciable des accidents.

Les vomissements cessent au bout de trois ou quatre jours, et, jusqu'à la mort, il y a chaque jour des selles diarrhéiques assez abondantes. La malade prend volontiers quelques bouillons, du lait, des potages, un œuf. La face garde l'aspect grippé qu'elle avait au moment de l'entrée à l'hôpital. L'intelligence reste entière. Le pouls conserve une grande fréquence, mais prend assez de développement.

Par le toucher, je reconnais un utérus non douloureux avec le volume qu'il doit avoir sept jours après l'accouchement. Je sens dans le cul-de-sac droit un empâtement douloureux qui paraît faire partie de celui que l'on suit en palpant le flanc et la fosse iliaque du côté droit. La palpation du reste du ventre provoque peu de douleur, excepté dans la région sous-ombilicale gauche où la douleur est pourtant beaucoup moins vive qu'à droite.

Le ballonnement du ventre s'affaisse peu à peu jusqu'à disparaître tout à fait, en même temps que l'état général s'améliore et que la malade prend plus volontiers et en plus grande quantité des aliments. Il y avait lieu de penser à un étranglement interne, comme début des accidents, à une péritonite qui en aurait été la conséquence et enfin à un phlegmon du ligament large droit, ayant suivi l'accouchement, le tout en voie d'amélioration et peut-être de guérison.

En même temps que se montrent ces phénomènes presque rassurants, apparaît sur la ligne médiane du ventre, au-dessus du pubis, un gonflement en saillie arrondie et un peu allongée, d'abord grosse comme le poing et qui s'accroît de jour en jour. Cette sorte de tumeur est molle, d'une sonorité tympanique, complètement réductible dans

SBIU Santé

la cavité abdominale, sous une pression modérée et sans gargouillement. La tumeur réduite, on sent à sa place une large fente dans laquelle on enfonce la peau et qui paraît limitée par les muscles droits; en un mot, cela a les apparences d'une éventration, si ce n'est qu'on ne sent pas à la palpation les anses intestinales et que la réduction de la tumeur ne produit pas de gargouillement.

Au bout de quelques jours la peau ainsi soulevée présente quelques taches rouges, et, au matin, pendant que je palpe le ventre, il s'échappe de la paroi abdominale une fusée de gaz à odeur intestinale. Je trouve un pertuis, fin comme la pointe d'une aiguille caché sous une croûte mince. La pression en fait sortir du liquide intestinal. Les jours suivants, en même temps que cette perforation s'agrandit, d'autres semblables se font sur la surface de la tumeur et par elles s'échappent des matières intestinales liquides.

Il n'y a plus de doute, une perforation intestinale a donné lieu à une collection stercorale et celle-ci est venue s'ouvrir au-dehors. Il suffit de presser légèrement sur la tumeur pour donner issue à des flots de matière stercorale liquide.

Je prends alors la résolution d'ouvrir cette vaste poche pour aller à la recherche de la perforation intestinale et je procède de la manière suivante :

Je pratique sur la ligne médiane une incision qui va presque de l'ombilic au pubis. Je pénètre ainsi dans une immense cavité, s'étendant en profondeur jusque dans le petit bassin et, à droite et à gauche, jusqu'aux flancs. Les liquides intestinaux venant de droite, je fais une seconde incision perpendiculaire à la première, et allant jusqu'au flanc droit. J'arrive ainsi à trouver une perforation qui me paraît appartenir à l'intestin grêle et dans laquelle j'introduis facilement l'index. En avant, la paroi de la collection est formée par la peau et des débris musculaires ; vers les flancs, les différents plancs de la paroi abdominale sont disséqués par le pus jusqu'à la limite antéro-postérieure de cette région ; le fond est représenté par une membrane fort épaisse, à surface un peu rugueuse et d'un blanc grisâtre. Après avoir soigneusement nettoyé à l'eau phéniquée cet immense clapier, j'introduis dans l'intestin perforé un gros tube en caoutchouc et je remplis la cavité avec des compresses de tarlatane phéniquée entre lesquelles passe le drain pour arriver à l'extérieur. Le ventre est enveloppé d'ouate et d'un bandage de corps.

Réveillée du sommeil chloroformique, la malade se sent assez bien et peut prendre quelques gorgées de grog. Dans la journée, elle prend quelques bouillons qu'elle ne vomit pas, et, le soir, sans aucun accident nouveau, elle s'éteint. C'était le 17 septembre. Il y avait trente-huit jours que s'était faite la perforation qui avait marqué le début appréciable des accidents.

Voici ce que je trouve à l'autopsie :

La paroi postérieure de la collection stercorale est formée par le grand épiploon. La cavité dans laquelle étaient rassemblés les liquides stercoraux est donc limitée par le grand épiploon et ses adhérences au péritoine pariétal. Mais la paroi antérieure est réduite presque seulement à la peau, les muscles et le péritoine pariétal ayant été détruits et ne laissant plus que des débris macérés dans le pus et la matière stercorale. Dans cette cavité s'ouvrait d'une part l'iléon, perforé à une petite distance de son insertion au cœcum et, d'autre part, le cœcum lui-même. Examinant d'un bout à l'autre la muqueuse de l'intestin grêle, je reconnais plusieurs plaques de Peyer ulcérées ; quelques-unes n'ont plus que la tunique péritonéale et enfin une est le siège d'une perforation large de près de 3 centimètres. Dans le cœcum une plaque de Peyer présente une perforation d'égale dimension, et toutes deux s'ouvrent dans la collection stercorale. En dehors de cette poche, le reste de la cavité abdominale est presque entièrement sain. Il n'y a que quelques adhérences molles et légères entre quelque anse intestinale, mais aucune trace de pus.

Voilà donc une femme qui paraît avoir eu une fièvre typhoïde, dont le premier signe appréciable a été une perforation de l'intestin (fièvre typhoïde ambulatoire). Et voilà une double perforation intestinale avec épanchement stercoral énorme qui, après avoir donné lieu, au moment où elle s'est faite, aux accidents les plus alarmants, a pu permettre la vie pendant trente-huit

jours, malgré cet épanchement qui ne s'est ouvert au-dehors que quelques jours avant la mort.

Que dire après un tel fait ? — Que l'organisme a des ressources et une résistance inimaginables ; et que, dans ce cas particulier, cette si longue résistance doit sans doute être attribuée à ce que l'épanchement stercoral, au lieu de se répandre dans toute la cavité péritonéale, s'est trouvé de suite séparé de cette grande cavité par le grand épiploon, lequel par ses adhérences au péritoine pariétal l'a vite enkysté.

Ne pourrait-on pas aussi trouver dans cet exemple de si parfaite limitation d'un épanchement stercoral, une justification de la laparotomie déjà proposée et pratiquée dans certains cas bien reconnus de perforation intestinale et d'épanchement péritonéal, surtout de cause traumatique ?

BIBLIOTHÈQUE

CAUSES ET PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ, par E. FUCHS, traduction par M. FIEUZAL. — 1885, Paris, G. Steinheil.

Le Congrès international d'hygiène de la Haye, en 1884, avait à juger la question mise au concours, deux années auparavant, par les membres du Congrès de Genève, et dont l'initiateur, M. Roth, y représentait la *Society for the prevention of blindness*. Sous le titre : *Des causes et prévention de la cécité,* M. Fuchs, professeur à l'Université de Liège, a présenté le mémoire actuel et obtenu les honneurs du concours.

Cet ouvrage vient d'avoir pour interprète, dans notre langue, et pour introducteur dans la science française, M. le docteur Fieuzal. Ce nom recommandera certainement l'ouvrage à l'attention des oculistes et des hygiénistes, le mémoire couronné et l'important problème qu'il expose sous ses diverses faces.

Dès les premières lignes, on reconnaît l'esprit pratique qui inspirait l'auteur dans cette définition qu'il donne de la cécité : « Nous appellerons aveugle, écrit-il, celui « dont la force visuelle est à ce point diminuée, qu'elle le rend incapable d'apprendre « aucun des métiers nécessitant l'usage appliqué des yeux. » — Ce n'est pas tout et pour mieux marquer encore le point de vue auquel il se place, M. Fuchs se hâte d'ajouter : « Il est d'importance secondaire qu'un tel individu ait encore conservé ou « non un faible reste de sa vue ; le point essentiel est que l'individu, que nous désignons « comme aveugle, n'est pas capable de gagner lui-même sa vie, de sorte qu'il est réduit « à demander l'aide de ses semblables, dans les divers besoins de la vie. »

Cette définition suffit pour montrer le côté social de la question et légitimer l'appel de M. Fieuzal, à tous ceux dont la mission officielle est de — « limiter autant que pos- « sible les ravages causées par l'ignorance et la négligence. »

Dans ce but, il importait de bien déterminer l'étiologie de la cécité : tel est l'objet des cinq premières sections, où l'auteur passe en revue les maladies des yeux d'origine héréditaire ; les maladies de l'enfance, les maladies de la période scolaire, et surtout la myopie acquise, dont il étudie les causes et fixe la prophylaxie ; les maladies résultant d'affections générales aiguës ou chroniques, et les maladies contagieuses, blennorrhée des nouveaux nés, et trachôme.

Les sixième, septième et huitième sections traitent de l'influence de la profession, de la vie sociale, du climat et de la race sur le développement des maladies des yeux. Enfin, une dernière section a pour objet leur traitement prophylactique.

L'auteur espère assurer cette prophylaxie par la vulgarisation de notions d'hygiène populaire, par une répartition plus égale des médecins à la surface du territoire de chaque pays, par le perfectionnement de l'enseignement de l'oculistique dans les Universités, par la multiplication des dispensaires pour les maladies des yeux, enfin par l'organisation d'institutions de prophylaxie sanitaire comparables à celles de la Suède et de l'Angleterre.

©BIU Santé

Après cet exposé des motifs, on comprend pourquoi M. Fieuzal regarde le mémoire de M. Fuchs comme — « destiné à rendre un réel service, non seulement aux médecins et au « public, mais encore aux autorités, telles que les Conseils d'hygiène, chargés de veiller « plus spécialement sur la santé publique. » — Puisse cet appel être écouté des hygiénistes officiels, des économistes et des philanthropes ! En l'appuyant de son autorité, M. Fieuzal a bien mérité de la science. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre 1885. — Présidence de M. Duplay.

Sommaire : Influence des ovariotomies doubles sur la menstruation. — Rapport sur une observation d'arrachement du doigt médius avec les deux fléchisseurs. — Kyste hydatique du foie traité et guéri par la laparotomie; discussion. — Présentation de malade : opération d'Estlander.

M. le docteur Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, adresse une lettre par laquelle il pose sa candidature à la place déclarée vacante de membre titulaire.

— M. le président Duplay, à l'occasion du procès-verbal et de la discussion relative à l'influence des ovariotomies doubles sur la menstruation, cite, au nombre des causes invoquées pour expliquer la persistance de la menstruation à la suite de semblables opérations, l'existence d'ovaires supplémentaires chez les opérées qui ont présenté ce phénomène. La possibilité de cette cause résulte des recherches d'un auteur allemand qui a trouvé des ovaires supplémentaires, sur un certain nombre de femmes, que M. Duplay ne saurait déterminer d'une manière précise, quant à présent.

M. Terrier, à l'appui de la remarque de M. Duplay, dit que la multiplicité des ovaires a été également observée chez les femelles d'animaux. Il a reçu de M. le sous-directeur du Jardin d'acclimatation l'observation suivante : Une vache présentait des manifestations sexuelles extrêmement prononcées. On lui pratiqua la castration en lui enlevant les deux ovaires dont l'un offrait un volume tout à fait anormal. Malgré cette castration, la vache n'en continue pas moins à entrer en rut et à présenter des phénomènes de congestion et de poussée sexuelle comparables aux menstrues des femmes. L'animal ayant été abattu après engraissement, on trouva, à l'autopsie, un ovaire encore en état de congestion, ce qui rend compte de la persistance du rut malgré l'ablation des deux ovaires.

— M. Polaillon lit un rapport sur une observation de M. le docteur Cravin relative à l'arrachement du doigt médius avec les deux fléchisseurs. Cet arrachement, produit par la traction violente d'une machine, eut lieu au niveau de la deuxième phalange qui se détacha en entraînant les deux fléchisseurs sur une longueur de 25 centimètres. La douleur fut nulle au moment de l'arrachement. La phalange qui restait était lacérée sur sa partie dorsale depuis l'articulation métacarpo-phalangienne.

Malgré cela, les suites de l'accident furent aussi simples que possible. La première phalange fut conservée; il restait assez de parties molles pour recouvrir la tête. A l'aide de quelques points de suture, on réunit la plaie existant sur la face dorsale de cette phalange. Le pansement de Lister fut appliqué dans toute sa rigueur, avec enveloppement ouaté de l'avant-bras et légère compression.

Au bout de trois jours se manifestèrent de la rougeur et du gonflement sur la face dorsale de la main et la réunion échoua complètement. Des cataplasmes, substitués au pansement phéniqué, eurent rapidement raison de cette inflammation, et la cicatrisation s'opéra ensuite sans encombre au bout de huit à dix jours.

L'observation de M. le docteur Cravin mérite d'être retenue parce qu'elle offre un exemple très rare d'arrachement portant sur le médius. M. le rapporteur n'en connaît pas d'autre. Il signale en particulier, dans cette observation, deux phénomènes presque constants dans l'histoire de ces arrachements des doigts, à savoir l'absence de douleur au moment de l'accident et la bénignité des suites de la blessure.

— M. Richelot attire l'attention de la Société sur un *kyste hydatique du foie* qu'il a traité récemment à l'hôpital Bichat.

Il y a quelques mois, M. Terrier avait guéri par l'extirpation incomplète et la suture du pédicule à la plaie abdominale, un kyste hydatique de la face inférieure du foie qu'on avait pris pour un kyste de l'ovaire.

Chez son malade, M. Richelot a procédé de parti pris de la même façon, en incisant largement la paroi abdominale. Il s'agissait d'un kyste saillant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Une incision de 10 centimètres fut faite sur la ligne blanche et ouvrit le péritoine; le kyste fut trouvé adhérent à la paroi; M. Richelot décolla les adhérences dans une faible étendue, pour s'assurer de leur solidité; puis, sans aller plus loin, il ouvrit largement le kyste et en fit le nettoyage complet. La plaie du kyste fut suturée à celle de l'abdomen; drainage et pansement antiseptique. La guérison eut lieu sans aucun accident, et, au bout de deux mois, le malade put reprendre ses occupations; il avait encore, au-dessus de l'ombilic, une fistule très étroite qui nécessitait quelques pansements.

Partant de ce fait, M. Richelot fait la critique des diverses modes de traitement des kystes hydatiques du foie, *ponctions capillaires*, *méthode de Récamier*, *gros trocart* préconisé par M. Verneuil. Il cite, en passant, l'observation d'un malade qui avait subi les ponctions capillaires et le traitement de Récamier; les ponctions avait amené l'issue d'un peu de liquide dans l'abdomen, une péritonite suppurée latente qui produisait une voussure abdominale et simulait une récidive du kyste; le caustique avait été appliqué sur la paroi abdominale au niveau de la voussure, et, lorsque le trocart fut enfoncé dans la tumeur, après la chute de l'eschare, le malade fut emporté par une péritonite suraiguë.

Le gros trocart enfoncé d'emblée, comme le recommande M. Verneuil, a donné de nombreux succès, qui s'expliquent peut-être par la fréquence des adhérences, plus grande qu'on ne le croit généralement. Mais, si la tumeur est mobile, n'est-il pas à craindre que le liquide ne fuse dans le péritoine? Ce procédé n'a-t-il pas quelque chose d'aveugle, qui répugne à nos habitudes modernes de précision? La cure n'est-elle pas inutilement prolongée par l'étroitesse de l'ouverture que fait le gros trocart?

Au lieu d'éviter à tout prix d'ouvrir l'abdomen, M. Richelot propose de faire reposer le traitement des kystes hydatiques du foie sur un principe diamétralement opposé : *l'incision franche du péritoine*, comme dans le procédé de Volkmann. L'incision de la séreuse permet de bien voir ce qu'on fait et de ne plus opérer à l'aveugle; c'est une laparotomie, sans doute, mais aussi limitée qu'on le juge à propos; elle est inoffensive, à moins qu'on ne la fasse avec des mains sales. On pourrait dire, en quelque sorte, qu'elle n'engage à rien; car il ne s'agit pas de faire, dans tous les cas, une opération complexe et radicale. Deux cas peuvent se présenter :

1° *Kystes de la face inférieure du foie*, saillants dans l'abdomen. Incision de la paroi; si le kyste est de grand volume et peut être attiré au dehors, il y a tout avantage à en exciser la plus grande partie et à suturer le reste à la plaie abdominale, comme on le fait dans une ovariotomie incomplète. S'il est de moyen volume et très adhérent, il suffit de l'inciser en respectant les adhérences, et en évitant l'ouverture du péritoine. C'est ainsi que M. Richelot a procédé chez son malade, après avoir jugé *de visu* qu'il n'était pas nécessaire d'aller plus loin.

2° *Kystes de la face convexe.* — M. Richelot pense qu'il ne sera pas téméraire d'agir de même, c'est-à-dire de faire l'excision partielle et la suture à la paroi, si le kyste est très saillant et peut être attiré au dehors. S'il est profondément inclus dans le parenchyme, on se bornera au traitement de Volkmann : inciser la paroi; attendre, s'il y a lieu, la formation des adhérences; ouvrir largement.

En résumé, M. Richelot formule ainsi la conduite à tenir en présence des kystes hydatiques du foie :

1° Incision franche du péritoine, entourée des précautions antiseptiques; 2° exploration de la tumeur; 3° traitement variable du kyste, approprié à son volume et à ses connexions.

©BIU Santé

DISCUSSION.

M. Terrier distingue trois catégories de kystes hydatiques du foie, impliquant des modifications dans le manuel opératoire qui leur est applicable.

Tantôt le kyste est libre au sein de la cavité abdominale, et il est possible de l'extraire complètement comme s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire.

Tantôt le kyste est plus ou moins saillant hors du tissu hépatique; on pratique la résection de la partie saillante et l'on suture ce qui reste à l'incision de la paroi abdominale.

Tantôt, enfin, le kyste présente des adhérences telles qu'il ne peut être ni enlevé, ni réséqué, comme dans le cas de M. Richelot; alors on doit se borner à faire une simple incision suivie de suture des parois du kyste à l'incision abdominale, d'évacuation du contenu de la poche et de drainage.

M. Terrier cite diverses observations tirées de sa pratique dans lesquelles il a dû modifier le manuel opératoire, suivant les indications des cas différents qu'il avait sous les yeux. Dans un cas semblable à celui de M. Richelot, M. Terrier déclare qu'il n'eût pas agi autrement que son collègue.

M. Verneuil fait remarquer qu'à l'époque où il a imaginé la méthode de traitement des kystes hydatiques du foie par la ponction avec le gros trocart, il n'était pas question d'autre procédé que de celui de Récamier, c'est-à-dire de l'ouverture par les caustiques. Il croit avoir fait faire ainsi un progrès réel à la thérapeutique de cette affection. Les seuls revers qu'il ait éprouvés sont imputables à d'autres causes que les défectuosités ou l'insuffisance de sa méthode; par contre, il a eu de nombreux succès, obtenus sans qu'il ait jamais eu à concevoir ni inquiétudes, ni soucis pendant tout le cours du traitement

Ce qui doit surtout préoccuper le chirurgien dans la recherche d'un procédé opératoire, c'est de s'adresser à celui qui, à efficacité égale, réunit le mieux les conditions de bénignité et de simplicité. Or, à ce double point de vue, il n'est pas possible de trouver un procédé, à la fois plus simple et plus bénin que la ponction avec le gros trocart, aussi facile à exécuter que la ponction de l'hydrocèle. Il n'est aucun médecin qui ne soit capable de mener à bien une semblable opération.

Quant à la durée du traitement, elle est de cinq à six semaines dans les cas ordinaires, de deux mois au plus dans les cas les plus graves. L'élimination de la poche hydatique commence du cinquième au sixième jour; tous les deux jours, on retire le tube qui sert à l'évacuation des liquides, et il est remarquable de voir avec quelle facilité sortent les hydatides les plus larges par un orifice permettant à peine l'introduction du doigt.

Mais comme, dans certains cas, l'élimination de la poche kystique peut se faire d'une manière tardive, M. Verneuil a cru devoir modifier son procédé en vue de hâter cette élimination. Il pratique maintenant, séance tenante, deux ponctions avec le gros trocart, à trois travers de doigt l'une de l'autre; puis, au bout de quelques jours, comme il est assuré d'avoir des adhérences dans toute la partie de l'organe comprise entre les deux tubes, il incise le pont qui les sépare et il obtient ainsi une grande ouverture par laquelle l'élimination de la poche s'effectue avec une facilité qui supprime les lenteurs du troisième temps de l'opération.

Si l'on a soin de bien calfeutrer la plaie avec de la baudruche et du collodion, et de maintenir la sonde introduite dans cette large ouverture, le malade peut aller, venir, se promener dans les salles sans le moindre inconvénient. On peut, en outre, pratiquer par cette sonde toutes les injections antiseptiques nécessaires, de telle sorte que la guérison évolue ainsi, jusqu'à la fin, sans autre accident que la fièvre d'inflammation éliminatrice qui survient du cinquième au sixième jour.

Ainsi, jusqu'à ce qu'on lui ait apporté la preuve de l'existence d'une méthode meilleure, M. Verneuil croit devoir s'en tenir à celle qui lui a donné de nombreux succès sans aucun accident.

M. Championnière, tout en admettant les résultats heureux obtenus par M. Verneuil,

ne croit pas que la ponction par le gros trocart puisse suffire à tous les cas. Il a vu des cas où la ponction eût déterminé fatalement des accidents formidables, celui, par exemple, dans lequel le kyste, partout adhérent et ayant des parois extrêmement épaisses, avait contracté avec une anse intestinale des adhérences qui avaient amené la fusion complète de l'intestin avec la paroi du kyste. Dans ce cas, l'opération de Volkmann a guéri complètement le malade en vingt et un jours.

Il semble difficile à M. Championnière d'admettre avec M. Verneuil que tous les kystes du foie doivent être traités par la ponction. Il est des cas auxquels l'incision abdominale doit être appliquée de préférence; cette incision, faite en deux temps, est d'ailleurs absolument inoffensive; elle donne de bons résultats; elle permet, en outre, au chirurgien de voir ce qu'il fait et ce qu'il y a à faire.

M. Polaillon estime que, dans le cas de M. Richelot, la ponction eût été préférable à la laparotomie, puisque, en somme, le kyste était adhérent et de moyen volume. Suivant lui, dans les cas de kyste sessile et de volume moyen, mieux vaut faire la ponction au gros trocart; la laparotomie doit être réservée pour les kystes de très grand volume; on s'assure ainsi de l'état des adhérences et l'on peut évacuer en totalité le contenu de la poche, laquelle venant à suppurer dans toute son étendue peut amener les plus graves accidents.

M. Tillaux pense qu'il n'existe pas de méthode générale pour le traitement des kystes du foie. La ponction est l'opération à laquelle tous les chirurgiens ont tout d'abord recours, lorsque le kyste n'a pas encore suppuré; elle peut suffire à la guérison, même dans les cas de suppuration du kyste, ainsi que l'observation le démontre.

M. Tillaux a souvent recours à un procédé qui lui est particulier et qui, depuis cinq ou six ans qu'il l'emploie, lui a donné les meilleurs résultats. Ce procédé consiste, après incision de la paroi abdominale jusqu'au péritoine, avec le bistouri ou le caustique, à traverser le péritoine et le kyste avec une flèche de Canquoin qu'on laisse à demeure. Au bout de cinq ou six jours, l'eschare se détache et l'on est sûr que des adhérences se sont formées. Puis, à un moment donné, le kyste se vide tout à coup dans sa totalité et la poche se rétracte. La guérison s'effectue ensuite très rapidement. M. Tillaux ne pratique jamais la laparotomie pour un kyste hydatique du foie.

M. Terrier fait remarquer qu'il ne conseille la laparotomie que pour les kystes de la face inférieure du foie inaccessibles aux autres procédés. Il n'y a pas de règles mathématiques applicables à tous les cas.

M. Verneuil estime également que la meilleure méthode est celle qui répond le mieux aux diverses indications d'un cas donné. Un sage éclectisme est ici nécessaire.

M. Trélat se plait à constater l'accord qui s'est fait peu à peu, au cours de la discussion, entre les divers membres qui y ont pris part. Il n'est pas douteux que la laparotomie crée, dans certains cas, des ressources nouvelles que ne présentaient pas les méthodes anciennes. Des indications diverses appellent des méthodes diverses. La ponction élargie par M. Verneuil a ses indications; à d'autres cas s'appliquent les flèches de Canquoin préconisées par M. Tillaux; à d'autres cas, enfin, convient la laparotomie conseillée par MM. Terrier et Championnière. Tout le monde, en somme, est d'accord sur la nécessité de se garder des généralisations systématiques, des méthodes et des procédés appliqués à la majorité des cas; tout le monde comprend qu'il faut graduer la thérapeutique chirurgicale d'après un diagnostic aussi exact que possible.

M. Richelot fait remarquer que la laparotomie n'est pas nécessairement l'incision de la paroi abdominale depuis l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis; elle a ses degrés suivant les cas; l'incision de Volkmann, en particulier, est inoffensive; elle aura toujours, sur le gros trocart, l'avantage de permettre au chirurgien de voir ce qu'il fait. La méthode, en somme, consiste essentiellement dans l'incision franche du péritoine, petite ou grande, après laquelle le chirurgien, ayant le kyste sous les yeux, se décide, suivant le cas et avec connaissance de cause, à remplir telle ou telle indication.

— M. le docteur Phocas présente un malade auquel il a pratiqué avec succès l'opération d'Estlander. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 novembre 1885. — Présidence de M. Vidal.

Sommaire : *Inoculation de la varicelle. — Pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés. — Paralysie curable par méningite simple chez un tuberculeux, à la suite d'une carie du rocher. — Marche des lésions anatomiques de la méningite tuberculeuse en plaques. — Hystérie chez l'homme, paralysies et traumatismes. — Hystérie expérimentale et paralysies par suggestion. — Cirrhose hypertrophique pigmentaire du foie dans le diabète.*

M. Dumontpallier prend la parole à l'occasion du procès-verbal, pour faire connaître le texte même du travail de Steiner sur les inoculations de varicelle, dont il a été question dans la séance précédente. Parmi les cas publiés par l'auteur viennois, M. Dumontpallier en signale deux comme présentant seuls des garanties absolues contre la méprise qui consiste à prendre des cas de contagion pour des faits d'inoculation. Pour aller au devant de l'objection qui devait lui être adressée au sujet du caractère peu concluant des expériences faites dans un foyer épidémique, c'est-à-dire dans un hôpital où se trouvaient des varicelleux, Steiner a recueilli sur des enfants de son service, dans des tubes stérilisés, de la sérosité varicelleuse et inoculé deux enfants dans des familles différentes très loin de l'hôpital; ces deux inoculations ont été suivies de résultats positifs, après une incubation de huit jours dans les deux cas. Ce sont là deux faits expérimentaux qu'il n'y a pas lieu de contester, mais M. Dumontpallier n'en trouve pas moins extraordinaire que, dans ces deux cas de Steiner, l'incubation a été de huit jours, tandis que, dans les deux faits positifs de M. d'Heilly, l'incubation a varié de quatorze à dix-sept jours, comme il arrive dans la varicelle transmise par contagion.

M. Damaschino lit les conclusions d'un mémoire de M. Dreyfous, sur la pseudo-paralysie syphilitique des enfants nouveau-nés. Cette affection, qui mérite le nom de maladie de Parrot, consiste en une impotence fonctionnelle des membres tenant à la douleur que font naître chez certains enfants, atteints de syphilis héréditaire, des lésions du squelette faciles à méconnaître, et souvent confondues avec la paralysie atrophique de l'enfance. Le traitement spécifique est souvent efficace quand il est institué à temps.

M. Troisier présente un phthisique chez lequel il a observé une hémiplégie suivie de guérison; dans ce cas, la relation entre la tuberculose et la paralysie n'est pas la même que dans celui de méningite tuberculeuse en plaque circonscrite, rapporté par M. Desnos dans la précédente séance. — Un homme de 52 ans est atteint depuis cinq à six ans de tuberculose pulmonaire, il a des signes d'induration et de ramollissement des deux sommets. Il y a seize mois, il fut frappé d'une impotence du bras et de la main du côté droit, qui progressa pendant quelques jours au point que le malade ne pouvait plus faire que des mouvements de flexion des doigts. A ce moment, le membre inférieur droit se prit et bientôt fut aussi paralysé. Un certain degré de contracture existait aux deux membres droits; les réflexes étaient un peu exagérés, quoi qu'il n'y eût pas d'épilepsie spinale provoquée. Au bout d'un certain temps, les mouvements réapparurent au point que le malade marche aujourd'hui, et marque 15 degrés au dynamomètre avec la main droite. Il n'y a jamais eu d'anesthésie. Un mois après le début des accidents paralytiques, on constatait une atrophie musculaire telle qu'aujourd'hui il y a une différence de circonférence d'un centimètre et demi en moins du côté malade; le malade se plaint de temps en temps d'une douleur d'épaule, et on constate un peu d'arthrite sèche de cette articulation, trouble trophique sans doute comme l'atrophie musculaire. Jamais la face, la langue, le pharynx, les yeux n'ont été paralysés, il n'y a pas eu de troubles de la parole. Les lésions pulmonaires ont subi certainement un temps d'arrêt.

M. Troisier élimine, comme causes possibles de cette hémiplégie guérie, le ramollissement et l'hémorrhagie par embolie, le ramollissement par thrombose, l'existence d'un tubercule cérébral ou d'une gomme syphilitique, la méningite tuberculeuse. En revanche, l'état de la paroi crânienne lui paraît donner l'explication du fait. Le malade a eu, il y a trois ans, une otite interne suivie d'écoulement purulent et de surdité; il a donc eu probablement une carie du rocher. Encore aujourd'hui, il a une douleur limitée à la pression dans un point de la fosse temporale. Il est probable qu'il existe à ce niveau une lésion

du pariétal, qui a causé une pachyméningite vulgaire localisée au niveau de la scissure de Rolando ; l'hémiplégie en a été la conséquence, puis cette méningite simple circonscrite a guéri.

M. Du Castel rappelle qu'il a communiqué, l'année dernière, un cas de méningite tuberculeuse du lobule paracentral, à propos duquel il a montré que la loi classique, d'après laquelle le début de la méningite se ferait par les parties inférieures de l'artère sylvienne pour remonter ensuite le long de ses branches, n'est pas toujours vraie. Chez l'adulte surtout, elle commence, au contraire, souvent par les dernières ramifications de la sylvienne, au niveau du lobule paracentral, pour suivre ensuite le sillon de Rolando de haut en bas, comme si les bacilles en circulation s'étaient arrêtés d'abord au niveau des capillaires. C'est souvent à la fin de la tuberculose pulmonaire que ces sortes de méningite se montrent; elles débutent subitement, comme dans un cas de M. Potain, publié par MM. Jean et Sapelier, puis reproduit dans la thèse de Chantemesse, où on voit un homme ressentir brusquement une crampe dans le mollet, puis devenir paralysé successivement de la jambe et du bras pour succomber au bout de quelques jours. Deux autres faits analogues ont été publiés par M. Gouguenheim et M. Ballet. La paralysie atteint toujours le membre inférieur avant le supérieur, et la mort survient au bout de quelques semaines. Dans le cas de M. Troisier, au contraire, la paralysie a suivi la marche inverse et la guérison s'est produite; il est donc probable qu'il s'agit bien d'une méningite d'autre nature, et l'explication de M. Troisier est très valable.

M. Féréol présente deux malades mâles, hystériques, atteints tous deux de paralysies avec atrophie musculaire, et ayant subi l'un et l'autre des traumatismes, mais qui diffèrent cependant par des points importants.

Le premier a 34 ans; il a une hémianesthésie gauche totale, rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie et attaques convulsives. Sa profession consiste à faire des dessins et des portraits avec des cheveux; il a l'aspect un peu féminin. Il y a quelques mois, il a reçu sur la tête, du côté gauche, un coup de rouleau à pâtisserie qui l'étendit sans connaissance; après plusieurs jours d'hébétude, il se trouva hémiplégique à gauche des deux membres. La jambe a, depuis lors, récupéré sa motilité; le bras reste atteint de paralysie flasque. De ce côté, l'atrophie musculaire est manifeste au niveau des muscles épitrochléens, du biceps, du triceps, des éminences thénar et hypothénar, avec état lisse de la peau par trouble trophique. La réaction électrique est conservée avec son type normal. — Les antécédents de famille sont : un père goutteux, graveleux, obèse, alcoolique et ayant eu déjà des ictus apoplectiques (c'est lui qui est l'auteur du traumatisme exercé sur la tête de son fils); — une mère névropathe, dyspeptique, paralysée du côté gauche; — des grands parents paralytiques. Dans sa première enfance, le malade a eu des convulsions; à 10 ans, une fièvre typhoïde suivie d'amnésie pendant six mois; il n'a pas eu la syphilis. Prisonnier de guerre, en Allemagne, en 1870, il s'est éveillé, après une nuit passée sur la terre humide, paralysé de la sensibilité et du mouvement du côté gauche; la motilité réapparut au bout de quatre mois dans le bras d'abord, puis dans la jambe, c'est-à-dire en sens inverse de ce qui s'est passé cette année. L'hémianesthésie et l'atrophie musculaire constatées actuellement remontent peut-être à la première attaque paralytique et reconnaissent peut-être le froid pour cause. M. Féréol a déjà soigné ce malade à Beaujon, en 1881, pour un rhumatisme articulaire aigu et croit se rappeler que l'hémianesthésie existait alors. Cependant, comme il est notablement asymétrique, on peut se demander si l'atrophie musculaire n'est pas congénitale.

Le deuxième malade est d'aspect robuste; il a une hémianesthésie droite, des attaques convulsives à caractère épileptiforme, rétrécissement du champ visuel, amblyopie, dyschromatopsie, polyopie plus accusée à gauche, un certain degré de ptosis double, sténose pupillaire et paralysies associées de certains muscles de l'œil (paralysies conjuguées) survenant passagèrement quand le malade s'est fatigué le cerveau et a de la céphalalgie. A l'âge de 4 ans 1/2, il a été mutilé par une lourde voiture; des fractures multiples ont rendu le bras droit impotent et ankylosé, et déformé aussi la main gauche; après quatre

BIU Santé

ans de séjour au lit, on constata de l'atrophie musculaire et un arrêt de développement des membres supérieurs. Le membre supérieur droit est aujourd'hui le siège d'une atrophie considérable. Le trapèze et le deltoïde paraissent assez bien conservés comme volume, et cependant le malade ne peut réaliser l'élévation du bras qu'en élevant le côté correspondant du tronc. Les pectoraux sont complètement atrophiés. Les réactions électriques sont normales, sans inversion de la formule ordinaire.

M. Féréol voit dans cet ensemble singulier de lésions quelque chose d'analogue aux paralysies radiculaires consécutives à des tiraillements des plexus brachiaux, récemment étudiées par Miss Klumpke, dans la *Revue de médecine*. Le tiraillement des plexus aurait été causé par le traumatisme de l'enfance. Ce qui n'empêche pas que le malade ne soit bien et dûment un hystérique. Comme signe accessoire pouvant corroborer l'existence de paralysies radiculaires, M. Féréol invoque les signes oculo-pupillaires, l'absence de sueurs au niveau des parties paralysées, que Mlle Klumpke attribue à des lésions du premier nerf dorsal communicant.

M. Debove rappelle ses communications antérieures sur la coexistence de l'hémianesthésie avec des paralysies et des ictus apoplectiformes, en déclarant qu'il répudie absolument l'interprétation qu'il admettait en 1879. Il ne croyait pas alors que les malades ainsi atteints, qui guérirent par l'action d'agents esthésiogènes fussent des hystériques. En 1882, il commençait à changer d'avis ; maintenant, il est convaincu que les faits de ce genre, au moins ceux qu'il a publiés lui-même, sont tous imputables à l'hystérie.

Aujourd'hui il présente un homme de 36 ans, cordonnier robuste, qu'on ne peut soupçonner de désirer rester à l'hôpital en simulant des maladies. Rien dans l'aspect de cet homme ne fait penser à l'hystérie. Il y a un an, il ressentit soudain des douleurs de siège assez vague, mais très aiguës. M. Debove, ayant été amené à découvrir, non sans surprise, qu'il était hypnotisable, fit cesser par suggestion ces douleurs. Les stigmates ordinaires de l'hystérie font défaut, mais il a une sœur hystérique, avec accès de somnambulisme. Il a eu dix-huit ans auparavant la syphilis ; aussi, lorsqu'il a eu, un an avant son entrée dans le service de M. Debove, une paralysie intéressant la sensibilité de la face et la motilité du membre supérieur droit, on diagnostiqua à l'hôpital Saint-Louis une monoplégie syphilitique ; après deux mois d'iodure de potassium à haute dose la guérison survint. M. Debove pense pourtant qu'il s'agissait d'une paralysie hystérique. L'année dernière, apparaissait une hémiplégie droite avec hémianesthésie qui guérit par suggestion; les mêmes accidents se sont reproduits cette année avec possibilité de transfert ; cet homme est éminemment suggestionable et hypnotisable. On obtient à volonté chez lui tous les troubles qu'on lui commande d'avoir : perte de la vue, de l'ouïe, de la parole, paralysies et contractures. — M. Debove insiste sur l'impossibilité d'admettre une simulation. Si la simulation est facile de la part d'un malade qu'on voit une fois, elle est toujours dépistée par des examens multipliés pendant plusieurs mois. L'anesthésie peut être simulée, bien qu'il soit difficile d'admettre qu'un homme supporte si longtemps des piqûres et pincements douloureux. En outre, on peut faire avaler à ce malade de l'acide picrique, dont l'amertume est si grande, en lui suggérant qu'il a une saveur sucrée. On peut enfin s'assurer de la réalité de l'amblyopie de l'œil qu'on a paralysé par suggestion au moyen d'un appareil employé par les oculistes, sorte de stéréoscope qui ne permet de voir les objets qu'avec un œil, sans que la personne qui regarde puisse savoir avec lequel. M. Debove croit que, si l'incrédulité est légitime de la part des médecins, quand elle est excessive, elle entrave les progrès de la science. — Puis, sous les yeux de la société, M. Debove fait naître et disparaître à volonté des contractures, supprime et rétablit l'ouïe chez son malade par de simples affirmations fermes et catégoriques.

M. Dumontpallier demande si ces phénomènes ont été obtenus d'emblée par suggestion simple sans avoir été produits une première fois pendant l'état d'hypnotisme.

M. Debove a répété d'abord certaines de ces recherches pendant l'hypnotisation ; mais, en général, on peut à volonté, chez de tels sujets, produire d'emblée tous les phénomènes qu'on veut ; il suffit de leur affirmer énergiquement, sans hésitation, qu'ils vont

éprouver tel trouble, et, à ce point de vue, les charlatans qui n'ont pas les mêmes raisons de doute que les médecins, réussissent souvent mieux et plus vite.

M. C. Paul pense que la culture développe singulièrement cette disposition à la suggestibilité.

M. Dumontpallier corrobore cette opinion ; il croit d'ailleurs, comme M. Debove, qu'il faut jusqu'à nouvel ordre enregistrer de tels faits sans prétendre en chercher une explication théorique. Il ajoute que, si, en les soumettant à la constatation des médecins, on pouvait en offrir une théorie valable, toute incrédulité cesserait.

M. Letulle apporte deux observations de cirrhose hypertrophique pigmentaire du foie dans le diabète. Il rappelle que M. Hanot et M. Chauffard ont publié, il y a deux ans, les deux premières observations de ce genre, dans un mémoire excellent ; mais M. Letulle s'éloigne de ses collègues quant à l'interprétation pathogénique de la pigmentation.

Le premier malade était un petit diabétique (40 à 50 grammes de sucre). Il avait une rétraction de l'aponévrose palmaire, de la mélanodermie, une ascite ayant nécessité la paracentèse, qui permit de constater la présence de glycose dans le liquide ascitique. L'autopsie fit voir une pigmentation du péritoine et du péricarde, des poumons, du foie, de la rate. Dans les capillaires du poumon, autour des fibres musculaires du cœur, on voyait au microscope des embolies par amas de pigment semblable à celui qu'on trouvait dans les vaisseaux et les cellules du foie, qui, pesant 1,720 grammes, d'un brun roux avec placards noirâtres sous-péritonéaux, présentait les lésions histologiques d'une cirrhose bi-veineuse annulaire.

Deuxième malade, grand diabétique (200 grammes de sucre), pas de mélanodermie, cirrhose bi-veineuse annulaire hypertrophique, foie pesant 3,000 grammes et pigmenté. Le pancréas était le seul autre viscère pigmenté.

MM. Hanot et Chauffard ont admis que la pigmentation est le résultat de l'adultération du sang par le sucre, et d'un vice d'irrigation par artérite, faisant fonctionner avec exagération le protoplasma hépatique et produisant une hypergenèse pigmentaire de la cellule hépatique, avec résorption du pigment par le réseau capillaire et diffusion ultérieure de ce pigment dans l'organisme. M. Letulle croit, au contraire, que le phénomène primitif est un trouble nutritif général amenant une dégénérescence des globules sanguins, par destruction et métamorphoses de l'hémoglobine; le pigment accumulé dans le foie, comme ailleurs, jouerait le rôle de corps étranger et provoquerait le processus cirrhotique. Il rappelle que déjà des lésions du sang ont été constatées dans le diabète par d'autres auteurs (lipémie, état visqueux et points noirs dans les globules).

M. Hayem pense que l'on pourrait par la numération s'assurer, dans les cas de ce genre, de la réalité de la destruction des globules ; le diabète est d'ordinaire une maladie qui ne déglobulise pas; l'examen du sérum, après coagulation, permet toujours, d'après sa coloration, de juger la quantité d'hémoglobine mise en liberté.

M. Richard demande si l'écorce cérébrale présentait une coloration pigmentaire.

M. Letulle : Elle avait la coloration normale. — P. L. G.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 30 novembre au 5 décembre 1885.

Lundi 30. — M. Menut : De la virulence du bubon qui accompagne le chancre mou. (Président, M. Fournier.) — M. Pineau : Du sommeil et des médicaments hypnotiques proprement dits. (Président, M. Damaschino.) — M. Ory : Du vomissement chez les phthisiques et de l'application de la cocaïne à son traitement. (Président, M. Damaschino.)

Mardi 1er décembre. — M. Degoul : De la version podalique partielle par manœuvres internes et externes combinées. (Président, M. Pajot.) — M. Pugliesi : Des accidents causés par la puce chique à la Guyane française. (Président, M. Proust.)

©BIU Santé

Mercredi 2. — M. Ladroitte : Etude sur l'oblitération de l'urèthre non congénitale. (Président, M. Guyon.) — M. Sacreste : De l'hyperthermie syphilitique post-partum. (Président, M. Tarnier.)

Jeudi 3. — M. Binaut : Etudes sur quelques altérations globulaires du sang dans la diphthérie. (Président, M. Le Fort.) — M. Fournier : Rhumatisme articulaire pendant la grossesse. (Président, M. Peter.) — M. Lairac : Des bains de briques. (Président, M. Laboulbène.) — M. Dupré : Considération à l'étude du rhumatisme cérébral. Traitement par l'hydrothérapie. (Président, M. Proust.) — M. Artzrouny : De l'œdème carpo-métacarpien rhumatismal et de sa pathogénie. (Président, M. Ball.) — A 9 heures : M. Rebillard : Des troubles laryngés d'origine cérébrale. (Président, M. Ball.) — M. Trévelot : Quelques considérations sur l'amputation de l'omoplate avec résection de la clavicule dans le cas d'arrachement du membre supérieur. (Président, M. Panas.)

Vendredi 4. — Pas de thèses.

Samedi 5. — M. Dalché de Desplanels : De l'ovarite. (Président, M. Richet.) — M. Courtade : Du polype papillomateux du voile du palais. (Président, M. Richet.)

FORMULAIRE

Traitement de la pulpite. — Magitot.

Dans le cas d'inflammation spontanée de la pulpe dentaire, et en l'absence de carie, on commence par des émissions sanguines pratiquées sur la gencive, à l'aide de sangsues, ou bien au moyen d'un scarificateur, et, si l'on ne réussit pas à l'enrayer, on a recours aux cautérisations ponctuées au moyen du galvano-cautère.

Ces remèdes sont applicables aux formes simples ou subaiguës. Si la pulpe a suppuré, il est indispensable de pratiquer le débridement de l'organe enflammé et étranglé. Pour cela, on trépane la dent au collet, à l'aide d'un petit perforateur mis en mouvement par la main ou par un tour spécial; on retire de la cavité dentaire la pulpe désorganisée, puis après les pansements appropriés auxquels on a recours dans le cas de carie pénétrante, on obture la cavité de la pulpe. — Lorsque la pulpite est le résultat d'une fracture, on obture le canal radiculaire, afin de conserver le fragment restant de la dent, qui peut-être utilisé plus tard, pour l'application d'un appareil de prothèse.

N. G.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 24 novembre 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Leconte, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier : M. Géraud, médecin de première classe de la marine.

Bureau de bienfaisance. — MM. les médecins du Ier arrondissement de Paris sont informés qu'il sera procédé, le mercredi 1er décembre 1885, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance.

— MM. les médecins du Ve arrondissement de Paris sont informés qu'il sera procédé, le mercredi 16 décembre 1885, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance.

— Le mercredi 25 novembre 1885, à deux heures, dans l'amphithéâtre des sciences naturelles de la Sorbonne, M. François a soutenu une thèse ayant pour sujet : « Contribution à l'étude du système nerveux central des hirudinés », pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. R. Longuet : Les paralysies radiculaires du plexus brachial. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Revue des Sociétés savantes de l'étranger. — V. Thérapeutique. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

Les paralysies radiculaires du plexus brachial.

(*Paralysie radiculaire supérieure. — Paralysie radiculaire totale. — Paralysie radiculaire inférieure*).

Nous avons fait connaître en leur temps, sous le nom de paralysies associées du plexus brachial, les observations présentées par Erb, en 1874, au Congrès d'Heidelberg, et d'après lesquelles il convenait d'admettre une forme de paralysie brachiale caractérisée par l'atteinte simultanée d'un groupement musculaire fort composite en apparence — deltoïde, biceps, brachial antérieur (1), long supinateur, — mais dont l'appoint de nouveaux travaux, dus à Remak, Hœdemaker, Vierordt, Bernhardt, ne tardait pas à éclairer l'intéressante pathogénie (2).

Nous rappelions que Duchenne avait depuis longtemps, dans son traité de l'*Electrisation localisée*, et, en dehors des faits similaires de paralysie obstétricale dont le rapprochement s'imposait déjà à Erb, signalé très explicitement des observations presque identiques, à propos desquelles il traçait même une ébauche de localisation, premiers pas dans la solution du problème.

M. Sécrétan, dans sa récente thèse (3), veut bien nous donner acte de cette revendication qu'il poursuit à nouveau dans les détails, et l'an dernier, Bernhardt, en résumant le sujet, par un procédé trop rare de probité scientifique, propose le nom de groupe de Duchenne-Erb, pour désigner l'ensemble musculaire habituellement compris dans cette paralysie.

Le nombre des faits s'est accru, tant en France qu'à l'étranger ; M. Sécrétan rassemble vingt-six observations qui forment, à ce jour, le bilan respectable d'une variété de lésion nerveuse dont l'autonomie date d'hier.

Mais à côté des paralysies du groupe Duchenne-Erb, ou radiculaires supérieures, et en suivant la voie ouverte par ces deux observateurs, on s'est livré à une étude non moins fructueuse des autres combinaisons paralytiques nées des lésions associées des racines voisines ; si bien qu'on est en mesure d'ouvrir aujourd'hui deux nouveaux chapitres : l'un, consacré aux paralysies radiculaires totales ; l'autre, aux paralysies radiculaires inférieures du plexus brachial. Sur ce thème, Mlle A. Klumpke vient d'écrire un mémoire, que des détails secondaires de méthode et de composition ne nous empêcheront pas de présenter comme un modèle de sagacité clinique et d'ingéniosité expérimentale (4).

C'est sur les conclusions de ce travail que nous nous appesantirons aujourd'hui, en revenant tout d'abord sur la paralysie de Duchenne-Erb, dans le sens surtout des progrès réalisés par son étude, et comme la meil-

(1) Et non pas le coracobrachial, comme tout le monde l'a répété après le premier traducteur. Le *Brachialis internus* des Allemands est bien notre *brachial antérieur*.

(2) *Union médicale*, 1883, I, p. 270.

(3) Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial. Th. de Paris, 1885.

(4) *Revue de médecine*, 1885, p. 591 et 739.

©BIU Santé

leure introduction, dans l'ordre logique ainsi bien qu'historique, à la description intelligible des autres paralysies radiculaires du plexus.

I

La paralysie radiculaire supérieure, due à une lésion des deux premières racines du plexus brachial, c'est-à-dire de la cinquième et de la sixième racine cervicale, n'est souvent que le reliquat d'une paralysie totale du plexus.

Elle reconnaît le plus fréquemment pour cause un traumatisme, contusion du cou, chute sur l'épaule, plaie pénétrante, etc. Le membre est tout d'abord entièrement paralysé ; puis, au bout de quelques jours ou de quelques semaines, la paralysie s'amende, disparaît même dans certains muscles et reste localisée au groupe de Duchenne-Erb, deltoïde, biceps, brachial antérieur, et long supinateur. Cette paralysie est transitoire, ou, selon la gravité du trauma, on observe par la suite, dans le domaine des nerfs en cause, tous les phénomènes secondaires qui signalent la dégénérescence des nerfs périphériques, l'atrophie, la perversion des réactions électriques des muscles (réaction de dégénérescence), les troubles trophiques cutanés, la glossy skin (J. Paget), la cyanose, la perte de la réaction sudorale à la pilocarpine (Strauss), l'adipose sous-cutanée (Landouzy), les ongles en griffes d'oiseau et l'ankylose fibreuse (Weir Mitchell), l'abaissement de la température, etc. Ces lésions, dont nous avons dû faire l'énumération une fois pour toutes, sont cependant moins fréquentes et moins accusées ici, que dans les autres paralysies radiculaires, totale et inférieure.

Dans les cas dits spontanés, ou *a frigore,* à la suite d'une névrite, de la compression par une tumeur, mal de Pott, etc., la paralysie subit une marche inverse ; la lésion, très limitée au début, se développe graduellement et atteint son summum en quelques jours, ou en quelques mois, voire même en plusieurs années.

En dehors des muscles mentionnés, peuvent être touchés accessoirement, par ordre de fréquence, le court supinateur, les sus et sous-épineux, le grand pectoral, le sous-scapulaire, le trapèze, le grand rond, le grand dorsal.

Quant aux troubles de la sensibilité, ils sont inconstants et peu marqués ; on a parfois noté une anesthésie passagère dans la zone de distribution cutanée du musculo cutané, du radial, du circonflexe ou du médian ; des malades se sont plaints de fourmillements, d'une sensation d'engourdissement sur le trajet des nerfs, et de douleur à la pression sur le point d'Erb, ou à la palpation des muscles atrophiés.

Erb a placé, avons nous dit, le point de départ de cette paralysie dans une lésion des cinquième et sixième racines cervicales, à l'exclusion trop évidente d'un trouble nerveux périphérique qui devrait atteindre simultanément les nerfs circonflexe, musculo-cutané et radial, ces deux racines lui paraissant plus particulièrement prendre part à la formation des nerfs atteints dans cet ensemble, et Ferré à confirmé depuis, par des études minutieuses, le bien fondé de cette opinion (1). D'ailleurs, par l'excitation électrique d'un point nettement défini de la région sus-claviculaire, correspondant à l'émergence de ces racines entre les scalènes, au niveau du tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale

(1) *Arch. de neurologie*, 1883, p. 15.

(point d'Erb), il parvenait à faire contracter simultanément et exclusivement les muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur et long supinateur.

D'autres points d'électrisation se rencontrent dans le creux sus-claviculaire. En plaçant l'électrode olivaire plus en dehors et plus profondément, Erb obtenait la contraction de tous les muscles innervés par le radial, à l'exception du long supinateur. Plus en dehors et en bas, on obtient une contraction simultanée des muscles commandés par les nerfs cubital et médian. Ces variations de l'expérience préparent à comprendre l'association, au groupement de Erb, d'autres masses musculaires, ou, au contraire, l'existence de formes incomplètes, suivant le niveau de la lésion, la participation de l'ensemble ou de partie des racines, les variétés de leur constitution anatomique.

C'est ainsi que Klumpke et Déjérine ont constamment vu la contraction du grand pectoral se joindre à celle du groupe Duchenne-Erb, que Forgues, Ferrier et Yeo obtiennent, par l'excitation des cinquième et sixième paires cervicales chez le singe, la contraction des muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur, long supinateur, grand pectoral, grand dentelé, grand dorsal. Dans la paralysie obstétricale, ainsi que l'a fait remarquer Hœdemaker, on trouve, affecté en plus, le sous-épineux, indiquant la participation du nerf sus-scapulaire qui nait très haut, de la cinquième et sixième racine cervicale. Dans un fait de Vierordt, le trapèze était également touché ; le trapèze, innervé par la branche externe du spinal dont les racines médullaires descendent jusqu'à l'origine de la cinquième racine cervicale, et par des rameaux du troisième et du quatrième nerf cervical. Dans un cas unique de Strauss, la mobilité et la sensibilité étaient abolies dans toutes les branches du plexus brachial à l'exception du nerf médian.

Enfin, dans une dernière variété par défaut (cas de Bernhardt), à la suite d'une lésion d'abord diffuse des cinquième et sixième nerfs cervicaux (coup de couteau de la fosse sus-épineuse), le long supinateur seul ne réagissait plus à l'électrisation du point d'Erb, la lésion des filets correspondants dans la racine étant restée définitive; observation à rapprocher de la deuxième expérience d'Erb dans laquelle le long supinateur seul ne répond pas à l'excitation, et du résultat d'une dissection de Féré, qui a pu suivre sur un sujet le nerf du long supinateur, réuni avec la branche superficielle du radial en un faisceau commun qui se laissait, par exception, nettement dissocier dans le plexus jusqu'à la sixième racine, ne fournissant rien de plus au nerf radial.

Il n'en existe pas moins que la paralysie du groupe Duchenne-Erb, la plus constamment observée, peut être acceptée comme un type auprès duquel les formes voisines devront être considérées comme des variétés par excès ou par défaut. On n'a pas la raison absolue de cette vulnérabilité particulière des deux premières racines; cependant, en ce qui concerne l'origine *a frigore*, la situation relativement superficielle de ces deux troncs peut être envisagée comme une cause prédisposante d'une certaine valeur, et dans certains traumatismes de la région, dans certaines attitudes, c'est encore eux que le bras, en abduction ou adduction forcées, comprime entre la clavicule et les apophyses tranverses des sixième et septième vertèbres cervicales; par exemple, dans le cas d'un malade qui portait un lourd fardeau sur la tête en le soutenant de ses mains; dans une chute, le bras étendu; chez un homme qui, en montant un piano dans un escalier, avait eu l'épaule droite violemment comprimée par la courroie, alors que

©BIU Santé

la tête inclinée à gauche exagérait déjà la tension du cou (Bernhardt). Dans les chutes lourdes sur l'épaule, il est probable encore que des dispositions anatomiques particulières font affluer à leur niveau l'extravasat sanguin qui les enveloppe et les comprime (Bernhardt).

II

On aura pu faire la remarque que la plupart des groupements musculaires atteints, dans la paralysie de Duchenne-Erb et ses satellites, présentent un certain air de parenté avec ceux qu'affectent ces atrophies musculaires progressives, myélopathiques ou myopathiques, dont l'étude s'est complètement renouvelée dans ces dernières années, type supérieur de la paralysie saturnine de Remak, forme juvénile de la paralysie musculaire progressive d'Erb, type scapulo-huméral de Vulpian, type facio-scapulo-huméral de Landouzy et Déjérine.

C'est qu'en effet les groupements coordonnés des filets nerveux dans les racines sont déjà réalisés et condensés dans le névraxe en autant de centres autonomes, moteurs et trophiques, susceptibles d'être atteints primitivement, de sorte que la lésion clinique Duchenne-Erb peut impliquer aussi bien une lésion spinale qu'une paralysie radiculaire.

Mais on aura des éléments de détermination suffisamment précis dans le sens d'une origine radiculaire, du fait de l'unilatérabilité de la lésion, de la prédominance de la paralysie sur l'atrophie, des troubles éventuels de la sensibilité, des circonstances étiologiques, du mode de début et d'évolution, et de l'ensemble des phénomènes concomitants, existence d'une tumeur, douleur et son siège, etc.

Toutefois, la possibilité de la production de foyers de poliomyélite très limités, admise par certains auteurs, peut, dans des cas exceptionnels, et au moins dans la première phase de l'affection, créer un litige à peu près insoluble.

Quant au diagnostic différentiel avec les paralysies consécutives à une luxation scapulo-humérale, en dehors de l'abduction du membre, l'atrophie et la paralysie limitées à l'épaulette scapulo-humérale, au deltoïde, au grand pectoral, aux sus et sous-épineux, sans aucune participation du biceps, du brachial antérieur, les troubles fréquents de la sensibilité, l'étiologie tangible, écartent toute difficulté. Il en est de même des paralysies et des amyotrophies qui succèdent aux contusions simples de cette région.

Le pronostic est variable; on doit prendre en considération la cause première de la lésion, le degré de l'atrophie musculaire et de la perversion des réactions électriques. La plupart des observations sont d'ailleurs incomplètes au point de vue du résultat du traitement, dont l'électricité, le courant faradique surtout, forme la base.

III

Nous venons maintenant aux paralysies radiculaires totales, si bien étudiées par Mlle Klumpke.

La paralysie radiculaire totale relève généralement d'un violent traumatisme, chute, choc sur l'épaule, réduction d'une luxation scapulo-humérale. Le membre entier est frappé d'impotence, main, avant-bras, bras, épaule, et les troubles de la sensibilité, nuls ou insignifiants dans la paralysie radiculaire supérieure, sont ici constants et accusés.

L'anesthésie, complète à la main et à l'avant-bras, remonte le plus sou-

vent à un ou deux travers de doigt au-dessus du coude, où sa limite est dessinée par une ligne plus ou moins régulière. Il peut même se faire que le bras soit envahi jusqu'au niveau de l'insertion deltoïdienne, mais dans la région postéro-externe seulement; la peau de la région interne du bras et celle de l'épaule sont, en effet, dans la zone de distribution des nerfs intercosto-huméraux et accessoire du brachial cutané interne, et les premiers tirent leur origine des branches perforantes des deuxième et troisième nerfs intercostaux, qui envoient encore une importante anastomose au second.

Suivant la gravité du traumatisme, tout se bornera à des troubles fonctionnels plus ou moins marqués, ou on observera la série complète des lésions dégénératives secondaires accompagnant les lésions graves des nerfs périphériques, sur lesquelles nous n'avons pas à revenir. Disons seulement que Mlle Klumpke a constaté, à l'exploration galvanique des nerfs sensitifs cutanés, une altération qualitative de leur irritabilité de tout point comparable à celle des nerfs moteurs dégénérés, phénomène déjà constaté par Mendelssohn chez un certain nombre d'ataxiques; les nerfs sensitifs réagissaient suivant la formule An S E > Ka S E; celle de la réaction des nerfs moteurs étant An S Z > Ka S Z (1).

Mais une donnée caractéristique est celle qui est fournie par les phénomènes oculo-pupillaires ; pathognomoniques d'une lésion radiculaire inférieure, comme nous le verrons, ils gardent leur signification parmi les manifestations des paralysies radiculaires totales : myosis, rétrécissement de la fente palpébrale; quelquefois, petitesse et rétraction du globe oculaire; il peut s'y ajouter l'aplatissement de la joue correspondant à la paralysie; mais ce qu'il faut surtout noter concurremment, c'est l'absence de tout trouble vaso-moteur du côté de la face.

Ce syndrome indique en toute évidence une lésion du sympathique, mais de quel siège?

Ce n'est pas le centre cilio-spinal qui est directement touché, parce que le myosis n'est pas double et qu'il n'existe, d'autre part, aucun symptôme médullaire. Est-ce le tronc même du sympathique? Pas davantage, parce que des troubles vaso-moteurs de la face devraient s'ajouter aux phénomènes oculo-pupillaires. Il est d'ailleurs bien invraisemblable que ce cordon, profondément enfoui sous le paquet vasculo-nerveux du cou, puisse subir isolément l'action élective d'un traumatisme respectant les autres organes; plus invraisemblable encore à accepter, l'opinion hasardée d'Eulenburg et Guttmann sur la constitution du sympathique, que ce traumatisme se soit mathématiquement localisé aux fibres oculo-pupillaires, périphériques, respectant les fibres vaso-motrices, centrales. Vulpian a bien démontré que, dans les sections expérimentales du sympathique au

(1) E. Empfindung (sensation). — Nous ne verrions aucun inconvénient à ce qu'on remplaçât, en électrologie, la notation allemande, ainsi qu'on l'a proposé, par une abréviation empruntée aux termes français; par exemple, le symbole en question : An S Z > Ka S Z (*Anode*, courant positif; *Kathode*, courant négatif; *Schliessung*, fermeture du courant; *Zuckung*, contraction), ne serait pas désavantageusement remplacé par celui-ci : P F C (positif, fermeture, contraction) > N F C (négatif, fermeture, contraction), — plus clair et aussi précis. Le moyen terme accepté par Grasset (*Tr. des mal. nerv.*, 1886, 3e éd.) ne nous paraît pas heureux. En effet, M. Grasset garde Ka, An; et il se sert de S, comme abréviation de *secousse*, qui est appelé à faire une confusion inévitable avec le S des Allemands, entendu par eux de la *fermeture* du courant.

©BIU Santé

cou, les phénomènes vaso-moteurs diminuent peu à peu pour disparaître complètement, les phénomènes oculo-pupillaires restant seuls permanents; mais encore doit-on observer quelque temps, au début, des troubles vaso-moteurs, et ici ils ont fait défaut en tout temps. La même circonstance ne permet pas de se rejeter sur cette autre vue, purement hypothétique, que les fibres vaso-motrices offrent plus de résistance que les fibres oculo-motrices.

Doit-on enfin admettre, avec Bærwinkel, une lésion de l'anneau de Vieussens dans lequel la dissociation, déjà réalisée, des fibres oculo-pupillaires et vaso-motrices permet d'incriminer la branche antérieure. Mais l'anneau de Vieussens entoure l'artère sous-clavière et une lésion de ce vaisseau n'a été notée dans aucune observation.

On arrive donc par exclusion à placer encore plus bas le siège de la lésion, dans les rami communicantes, ainsi que l'ont admis Hutchinson et Seeligmuller.

Or, les expériences pratiquées sur le chien par Mlle Klumpke lui ont permis de rattacher avec la dernière précision l'apparition des phénomènes oculo-pupillaires à la lésion du rameau communiquant du premier nerf dorsal, par lequel le sympathique est en rapport avec le centre cilio-spinal dilatateur de Budge et Waller, qui siège à la partie supérieure de la moelle dorsale. Le myosis est bien dû à la paralysie des fibres radiées de l'iris. Les nerfs constricteurs de la pupille proviennent, comme on sait, du moteur oculaire commun.

Claude Bernard avait déjà démontré depuis longtemps que, de toutes les racines du plexus brachial, le premier nerf dorsal contient seul les fibres oculo-pupillaires, distinctes, par conséquent, des fibres vaso-motrices de la face, qui passent par les racines antérieures des troisième, quatrième, cinquième et sixième paires dorsales, et cette dissociation explique que les symptômes oculo-pupillaires, dans le cas de lésion isolée du rameau communiquant du premier dorsal ne s'accompagnent pas de troubles vasculaires. Ces expériences ramènent donc à l'opinion de Cl. Bernard et renversent, après Guillebeau et Luchsinger, l'opinion de Fr. Franck, qui place les fibres irido-dilatatrices dans le nerf vertébral (rameaux communiquants des cinquième, sixième, septième et huitième nerfs cervicaux).

Les symptômes oculaires autres que les phénomènes pupillaires témoignent encore de lésions des branches afférentes du sympathique; le rétrécissement de la fente palpébrale et l'enfoncement du globe oculaire sont dus à la paralysie du muscle de Müller, muscle à fibres lisses de la capsule de Ténon, qui est bien innervé par le tronc du sympathique cervical (Prévost et Jolyet), sans participation du ganglion sphéno-palatin (Müller). Quant à l'aplatissement de la joue sans atrophie musculaire ni paralysie, sans aucun des symptômes de la trophonévrose faciale, la cause en est totalement inconnue.

(*A suivre.*) R. LONGUET.

BIBLIOTHÈQUE

LA PATHOLOGIE COMPARÉE, par O. LARCHER. — 1885, Paris, G. Masson et Asselin.

La pathologie comparée, voilà trois mots dont la compréhension est bien vaste. Qu'est, en effet, la pathologie comparée ? « La science des maladies, répond M. Larcher,

« éclairée par la comparaison des diverses observations ou expériences faites sur les « différents êtres. » — Elle a donc pour objet « l'histoire générale comparative des « maladies étudiées chez les animaux et les végétaux, aux divers âges de l'existence « du monde et des individus, dans les sexes différents et dans les régions variées du « globe. »

On juge par là de l'immensité des connaissances, indispensables au savant ambitieux d'embrasser une telle étendue. Aussi M. Larcher fait-il appel au concours et à la saine émulation des travailleurs pour l'apport des matériaux nécessaires à cette science encore naissante. Il énumère les ressources actuellement disponibles pour atteindre ce but ; soit dans les musées, les laboratoires, les chaires bien peu nombreuses consacrées à cet enseignement ; soit encore dans la bibliographie scientifique.

La coordination des innombrables matériaux que fournissent l'observation et l'expérimentation promet, dès à présent, une abondante moisson de découvertes, en attendant la fondation nécessaire d'un Institut de pathologie comparée analogue à l'Institut Brown, de Londres. M. Larcher convie à ces recherches fructueuses les médecins praticiens en collaboration avec les médecins naturalistes. Il faut espérer que cet appel sera entendu, qu'il s'agisse de pathologie humaine, de médecine vétérinaire, ou de médecine expérimentale.

C'est donc une magistrale introduction à l'étude et à l'enseignement de la pathologie comparée, que notre estimé confrère vient de publier. Elle constitue l'un des meilleurs chapitres du *Dictionnaire encyclopédique* et mérite l'attention de tous ceux qui cultivent les sciences biologiques. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Influence des voyages en mer sur les fonctions génitales de la femme, par Irwin. (*The London Medical Record*, juillet 1885.) — Dans un récent meeting de la Société médicale du comité de New-York, le docteur J. A. Irwin a lu un travail sur ce sujet. Ce travail est la résultante d'une longue observation faite pendant plusieurs années sur les passagères des transatlantiques à bord desquels le docteur Irwin a pratiqué comme médecin du bord.

Pendant son service de mer, 15,000 femmes environ ont été soumises à son observation. Sur ce nombre, il y avait 104 femmes enceintes; 11 accouchèrent à bord, 3 firent une fausse couche, et 451 dames, normalement conformées, eurent à s'adresser à lui pour des accidents variés de la menstruation.

Sur ces 451 observations, 281 malades furent interrogées par l'intermédiaire de la stewardess du bord. Les réponses précises obtenues à certaines questions permettent à l'auteur de considérer ce témoignage comme parfaitement digne de confiance.

Chez chacune de ces femmes, on ne pouvait supposer la grossesse. Chez toutes, la menstruation avait été régulière avant l'embarquement; 21 d'entre elles n'eurent point leurs règles à l'époque attendue alors qu'elles étaient à bord; chez 43, l'écoulement vint avant le temps; chez 224 autres, il se montra juste à l'époque voulue; 23 femmes accusèrent des douleurs inaccoutumées dans le bassin.

Dans quelques cas rares, l'abondance de l'écoulement fut augmenté ou diminué. Tandis que, sur 201 autres femmes, il n'y eut rien d'anormal à signaler. Sur les 163 observations directement faites par le docteur Irwin sur des personnes d'une position sociale supérieure à celle des personnes interrogées par la maîtresse d'hôtel, 13 passèrent leur période menstruelle à bord sans avoir leurs règles; 11 d'entre elles ressentirent, d'une façon plus ou moins marquée, les sensations spéciales attribuées au molimen hémorrhagique; 51 furent menstruées avant terme et 99 à l'époque régulière. Sur ces 99 femmes, normalement réglées pendant le voyage, 47 accusèrent une gêne et un malaise inaccoutumés, accompagnés, chez 37 d'entre elles, d'écoulement prolongé et augmenté d'abondance, et chez 2 autres, au contraire, d'écoulement diminué. Sur les 13 passagères qui avaient passé sur le steamer l'époque de leurs règles sans avoir rien vu, 3 s'y trouvaient encore à la période menstruelle suivante. Sur ces 3 personnes, l'une

©BIU Santé

d'elle ne fut pas observée, la seconde eut des règles d'une abondance et d'une durée anormale; mais, pendant les deux autres périodes menstruelles suivantes, elle eut de l'aménorrhée. La troisième fut à peu près normalement réglée.

Le docteur Irwin pense que, pendant les traversées, il existe chez la femme adulte un état de congestion des organes pelviens ou une tendance à cet état congestif qui permettrait d'expliquer la majorité des phénomènes anormaux observés dans l'état des fonctions menstruelles.

Quant aux conditions spéciales qui, dans la durée d'une longue traversée, peuvent être supposées exercer une influence sur l'habitude de la femme, on pourrait les ranger sous trois chefs, ce sont : 1° les influences psychiques résultant du changement radical des occupations et des préoccupations, l'appréhension des dangers inhérents aux grands voyages maritimes; 2° les influences qu'on pourrait appeler atmosphériques résultant des propriétés spéciales de l'air marin; et 3° les influences dues au déplacement continuel du navire et de tous les objets qui entourent.

En ce qui concerne la périodicité, la modification la plus souvent observée est le retour prématuré des règles, et ce retour prématuré peut se faire à tout moment de la période intermenstruelle. Chez une femme s'embarquant peu après la cessation de ses règles, on peut voir l'écoulement réapparaître peu après ou les sensations du molimen hémorrhagique se reproduire sans écoulement, et cette anomalie conduire à la suppression des règles à l'époque menstruelle suivante. L'aménorrhée totale pour une ou deux époques menstruelles est souvent une suite lointaine d'une traversée transatlantique.

De tous les effets exercés par un voyage transatlantique sur les fonctions menstruelles aucun n'est plus fréquent ni plus pénible que l'aggravation des douleurs et du malaise qui accompagnent trop souvent l'approche des règles chez une femme saine. Un voyage maritime peut être considéré comme un puissant emménagogue, jouissant d'une influence tonique très marquée et sédative. On ne doit pas l'ordonner empiriquement, mais en vue d'obtenir un résultat bien défini. Les voyages en mer pourraient être conseillés, dans certains cas de chloro-anémie, d'aménorrhée douloureuse et de retard de la maturité sexuelle, dans certaines formes de leucorrhée et d'hystérie tenant à de l'aménorrhée, consécutive elle-même à un arrêt de développement de l'organe ou un retard dans l'établissemenf des fonctions utérines.

L'influence des voyages maritimes sur la gestation est importante. Selon l'opinion de l'auteur, la grossesse, surtout dans ses derniers mois, prédispose au mal de mer ou en aggrave les symptômes les plus angoissants. — L. Dn.

Revue des Sociétés savantes de l'étranger

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LIÈGE PENDANT L'ANNÉE 1884.

Parmi les Sociétés provinciales de médecine de la Belgique, celle-ci tient, à bon droit, l'une des premières places. Après vingt-quatre années d'une existence bien remplie, elle conserve la vitalité des premiers jours et reste, dans ce pays de rivalités et de concurrences universitaires, l'un des agents les plus vaillants du progrès scientifique. Sa renommée n'a donc pas seulement pour origine un glorieux passé, elle a aussi pour justification l'excellencé des travaux actuels de ses membres et la maturité d'un quart de siècle.

Il y a quelques mois, M. Schiffers, son sympathique secrétaire général, passant en revue les actes de ce corps savant pendant l'année 1884, montrait que cette activité ne se ralentit pas. En effet, elle s'exerce avec énergie dans les branches diverses de la science médicale que ses membres explorent avec succès; j'en trouve la preuve dans les mémoires de MM. P. et J. Snyers, Firket, Troisfontaines, Deschamps, Fraipont, Béco et autres, qui sont l'honneur du corps médical liégeois.

Cette année avait été féconde pour la chirurgie. M. Lebeau (de Liège) avait rapporté l'histoire clinique d'un *abcès intra-osseux de la diaphyse tibiale* et d'une *ostéotomie fémo-*

rale pour un genu valgum; M. Fraipont avait étudié le *cancer de l'utérus* et les indications d'amputer cet organe par la galvano-caustique, et donné le récit d'opérations de *laparo-hystérotomies* pour fibromes utérins; d'*ovariotomie,* de *cure radicale de hernie libre,* et l'observation remarquable de l'*extirpation d'un sac herniaire provoquant des symptômes d'obstruction intestinale.* Ces faits, et d'autres encore, témoignent de l'habileté chirurgicale de notre confrère belge.

A propos d'une *fracture bilatérale de la paroi antérieure du conduit auditif externe, consécutive à une chute sur le menton* M. P. Snyers a exploré la littérature médicale et, à l'aide de documents patiemment colligés, écrit la monographie de ces traumatismes. Dans ce même domaine de la médecine opératoire, M. Lenger a présenté une malade heureusement opérée d'une *double fistule vésico-vaginale par le procédé américain;* M. Schiffers, deux pièces anatomiques, l'une un *polype de l'oreille* enlevé au moyen du polypotome de Wilde, et l'autre, un *papillome du larynx* extrait au moyen de la pince; M. Troisfontaines, un garçon de 9 ans, sur lequel il avait pratiqué la *tarsotomie cunéiforme* pour un pied-bot varus congénital rebelle aux autres traitements; M. Béco, un malade dont il avait suturé, avec succès, les tendons des muscles palmaires, fléchisseurs superficiel et profond, cubital antérieur, ainsi que les nerfs cubital et médian; enfin, M. Deschamps, une observation de *thrombose fémorale* puerpérale du membre inférieur droit avec gangrène. La malade subit avec succès l'amputation fémorale.

A côté de ces communications qui honorent la chirurgie liégeoise, voici des travaux de clinique médicale et de thérapeutique de réelle valeur et de haute actualité.

Les *manifestations cérébrales des oreillons* ont été étudiées par M. Janson-Zuede dans une note destinée à établir la symptomatologie et la gravité de cette complication relativement peu connue, de la fièvre ourlienne. Tel était aussi l'intérêt des communications de M. Schiffers sur une *nécrose typhoïdique du cartilage arythénoïde,* sur la *sténose laryngée* consécutive à une périchondrite de même origine, et sur la *syphilis laryngée grave* avec œdème des replis aryténo-épiglottiques, contre lequel la solution d'acide chromique au sixième a été efficace. A côté de ces manifestations de nature infectieuse, il faut encore rappeler une lecture, de M. J. Snyers, sur deux cas de *péritonite infectieuse chez deux jeunes filles vierges.*

La médication anti-thermique a trouvé deux avocats autorisés dans la personne de MM. Firket et Bodart. Le premier a témoigné en sa faveur en exposant les résultats obtenus par l'emploi de l'*antipyrine* à la clinique de l'Université de Liège, et le second a plaidé la cause de la *kairine* au moyen de documents recueillis dans cette même clinique. On peut juger, par ces communications pleines d'actualité, quel est l'esprit scientifique des observateurs belges, l'usage qu'ils font des procédés modernes d'expérimentation et la faveur dans laquelle ils tiennent la méthode et l'enregistrement graphiques.

Ces travaux originaux ne sont pas les seuls qui aient occupé l'ordre du jour de ce corps savant. On s'en rend aisément compte en parcourant les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège* et les comptes rendus de ses séances, que remplissent des rapports, des analyses bibliographiques et des revues critiques. Ce sont là les gages de prospérité pour l'avenir, c'est-à-dire pour le deuxième quart de siècle dans lequel ce corps savant entrera bientôt. La sénilité précoce est l'attribut des institutions stériles et leur condamnation; un incessant renouvellement de jeunesse est le privilège des œuvres généreuses et leur couronnement. La Société médicale de Liège est de ces dernières. — Ch. Eloy.

THÉRAPEUTIQUE

Le taffetas Berthault, par M. le docteur Achenne.

Nous recevons fréquemment des échantillons ou spécimens de nouveautés pharmaceutiques, j'entends parler ainsi de produits nouveaux, soit par la forme ou le mode de préparation, soit par leur nature même de leur composition. Il nous est absolument im-

©BIU Santé

possible, de toutes façons, de les signaler tous. Mais il en est qui méritent une mention, parce que ce sont de véritables contributions de la pharmacie à la thérapeutique.

Nous appelons aujourd'hui l'attention de nos lecteurs sur le taffetas Berthault, une des plus élégantes et des plus intéressantes parmi ces inventions nouvelles.

Jusqu'à présent, nous avions, pour appliquer le pansement par occlusion aux coupures, à certaines plaies et aux éruptions eczémateuses et impétigineuses, les divers sparadraps adhésifs, c'est-à-dire des toiles relativement épaisses sur lesquelles étaient étendues et adhérentes des couches d'emplâtres divers, simples ou composés; nous avions les divers taffetas noirs et roses et la baudruche gommée, et, depuis quelques années, des toiles de caoutchouc, de gutta-percha laminée, etc., etc. En somme, notre arsenal, à ce point de vue, paraissait abondamment pourvu et même riche d'engins perfectionnés.

Malgré tout, cette richesse apparente cachait une disette réelle, si l'on en juge par les défauts et les inconvénients de ces topiques si nombreux. Quoi qu'il en soit, on peut affirmer que le dernier venu de ces moyens nouveaux laisse très loin de lui tous ses aînés.

Le taffetas Berthault est diaphane; il a la transparence de la très mince lame de verre qui sert de couvre-objet au microscope; son épaisseur est celle d'une pelure d'oignon. Il représente un épiderme artificiel et translucide, au travers duquel on peut voir, comme à nu, l'état du derme ou des tissus sur lesquels il est appliqué.

Il est souple et élastique comme le caoutchouc; sa résistance est grande contre toute vraisemblance.

Il donne l'idée d'une très mince lame de gélatine ou d'une couche légère de collodion; mais il est infiniment supérieur à ce dernier.

Il est adhésif sur ses deux faces, ce qui permet de l'appliquer sur lui-même, et, au besoin, de multiplier les couches. Il est imperméable aux liquides et insensible aux variations de température.

Au point de vue chimique, il est neutre, inattaquable par les acides et les alcalis, et par les liquides de l'économie.

Toutes ces propriétés sont faciles à contrôler. Il en est d'autres pour la vérification desquelles il serait nécessaire de recourir aux procédés de la chimie. Cette préparation admet dans sa composition quelques-uns des principes que l'expérimentation a démontrés doués de propriétés antiseptiques.

Je n'hésite pas à prédire, avec la conviction la plus absolue, à ce nouveau-né de la pharmacie le plus large succès.

Je ne connais rien de plus parfait pour le pansement des coupures, des gerçures de toute sorte, des brûlures, des plaies chirurgicales, où le mackintosh et le protective lui céderont la place aussitôt qu'il sera connu des chirurgiens; pour le pansement des eczémas dans le traitement desquels il a fait déjà ses preuves. Mieux que tous les masques, il se prête à recouvrir les surfaces les plus inégales.

Le taffetas Berthault doit incontestablement prendre un des premiers rangs dans la grande et la petite chirurgie. Il doit aussi être un des objets de pansement les plus nécessaires dans la médecine domestique.

Il trouvera son emploi toutes les fois qu'il y a lieu d'isoler des surfaces, de pratiquer l'occlusion et l'antisepsie. L'isolement, l'occlusion, l'antisepsie, ne voilà-t-il pas les trois termes qui marquent tous les progrès réalisés par la chirurgie contemporaine?

(Extrait de la *Gazette des hôpitaux.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er décembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de M. Lacaze-Duthiers (de l'Institut), pour la section des

associés libres; — de M. le docteur Brake (de Tours), pour la section de thérapeutique; — de M. le docteur Prosper Lemaistre (de Limoges), pour le titre de membre correspondant national; — de M. de Cigala (de l'île de Santorin), pour le titre de membre correspondant étranger.

2° Des lettres de remerciements de MM. Desgranges (de Lyon) et Cazin (de Boulogne-sur-Mer), récemment élus membres correspondants.

M. le docteur Herrgott (de Nancy) envoie une notice sur le docteur Saucerotte, ancien membre correspondant de l'Académie.

M. le docteur Chassinat, médecin à Hyères (Var), adresse une note de renseignements complémentaires sur l'épizootie de rage canine qu'il a observée dans le département du Var, en 1884 et 1885, et sur laquelle il a envoyé un mémoire qui a été l'objet d'un rapport de M. Leblanc. Cette note est renvoyée à l'examen de M. Leblanc.

M. le docteur Hallopeau, candidat pour la section de thérapeutique, adresse à l'Académie l'exposé de ses titres et travaux scientifiques.

M. le Président a la douleur d'annoncer à l'Académie la mort de M. Bouley.

M. Bouley a succombé, dans la nuit de dimanche à lundi, après de nombreux jours de souffrances. Il y a moins d'un an, il jouissait encore de la plénitude de son intelligence si remarquable et de son esprit si vif et si alerte. Des souffrances physiques et des souffrances morales ont eu raison de sa robuste constitution.

M. Bouley a tenu une place éminente dans l'élite des savants français; il meurt ayant conquis la plus haute situation que puisse ambitionner un savant, celle de président de l'Académie des sciences.

D'autres rappelleront quels services il a rendus, d'abord comme professeur à l'Ecole d'Alfort, puis comme inspecteur général des services vétérinaires, enfin comme professeur de pathologie comparée au Muséum; partout son passage a été marqué par des services rendus à l'enseignement, à la science et au pays; partout il a témoigné de son ardent amour pour le progrès qui, dans ses derniers temps, en avait fait l'apôtre convaincu des doctrines de M. Pasteur.

M. Bouley laisse à l'Académie un vide bien difficile à combler, on a le souvenir encore présent de la part si brillante et si active qu'il a prise à toutes ses discussions, depuis vingt-cinq ans, aussi bien sur les problèmes de pathologie générale, que sur les questions de pratique vétérinaire ou médicale.

L'Académie perd en M. Bouley un des hommes qui lui ont fait le plus d'honneur et qui ont jeté sur elle le plus d'éclat.

Après ces paroles, accueillies par des marques unanimes d'approbation, M. le Président lève la séance en signe de deuil.

FORMULAIRE

Traitement hydrothérapique de la maladie de Basedow.

Béni-Barde.

Contre le goitre exophthalmique, la meilleure méthode de traitement consiste dans l'emploi de la douche mobile. Elle doit être générale, froide, courte et légèrement percutante, surtout au début du traitement. Si elle est mal supportée, on donne la douche tiède, ou on se contente de lotions. Peu à peu, on augmente l'énergie de la douche, et on abaisse la température. On y joint au besoin des bains de siège froids, des douches utérines, des bains de pieds chauds ou froids, contre l'aménorrhée ou contre les métrorrhagies, des douches écossaises contre les douleurs, des demi-maillots ou des ceintures humides, contre les troubles des organes digestifs. On a pu ainsi, par un traitement de 4 à 8 mois et même davantage, obtenir des guérisons complètes. — Le docteur Valentiner préconise également, contre le goitre exophthalmique, les eaux de Pyrmont, qui renferment une petite quantité de bi-carbonate de fer et des sulfates alcalins.

N. G.

©BIU Santé

COURRIER

Nécrologie. — M. Bouley, qui vient de succomber à une affection cardiaque, avait été président de l'Académie de médecine ; aussi la séance du 1er décembre a-t-elle été levée en signe de deuil, après une courte allocution présidentielle. M. Bergeron a retracé dans les meilleurs termes les services rendus à la science par cet esprit distingué et cet orateur sympathique, qui meurt revêtu de la plus haute dignité qu'un savant puisse ambitionner, celle de président de l'Institut. Il était, en outre, inspecteur général des Ecoles vétérinaires, professeur au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Académie de médecine et de la Société d'agriculture, président de la Société d'acclimatation, secrétaire général de la Société centrale de médecine vétérinaire, commandeur de la Légion d'honneur.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 14 novembre 1885, M. Lemarchand, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Société de chirurgie. — La Société de chirurgie, dans son comité secret du 11 novembre, a décidé que les aides-médecins de la marine nommés au concours pourraient être assimilés aux internes des hôpitaux et auraient le droit de concourir pour le prix Duval.

Faculté des sciences de Paris. — Les laboratoires d'enseignement de zoologie, anatomie et physiologie comparée, de la Sorbonne, se sont ouverts le 25 novembre 1885, sous la direction de M. le professeur de Lacaze-Duthiers, et de M. Yves Delage, professeur à la Faculté des sciences de Caen, chargé de cours.

Les travaux pratiques auront lieu tous les jours de onze heures à quatre heures. Ils consisteront en dissections, exercices pratiques et conférences d'anatomie, physiologie et zoologie, dont les sujets seront pris dans les programmes de la licence et de l'agrégation des sciences naturelles. Les laboratoires de recherches seront ouverts pendant toute l'année scolaire, à la Sorbonne; aux stations maritimes de Roscoff (Finistère) pendant l'été, et de Banyuls-sur-Mer, laboratoire Arago (Pyrénées-Orientales) pendant l'hiver.

On s'inscrit de deux heures à quatre heures au secrétariat de la Faculté des sciences. Réunion et classement des élèves en séries, à midi et demi au laboratoire de zoologie de la Sorbonne.

Legs. — M. le docteur Forget, mort au mois d'août dernier, a légué par testament la nu-propriété de sa fortune à l'Association générale des médecins de France, pour être affectée au service de la caisse des retraites de cette Association.

Hospices civils de Saint-Étienne (Loire). — L'Administration des hospices civils de Saint-Étienne (Loire) prévient que le lundi 7 juin 1886, un concours public pour une place 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.

Le médecin nommé à la suite de ce concours entrera en exercice le 1er juillet 1886. Son traitement sera de 1,500 fr. par an. La durée de ses fonctions est fixée à 20 ans.

S'adresser pour les conditions particulières au secrétariat des hospices de Saint-Étienne, rue Valbeunoite, 40.

Hôpital de Mustapha. — Sont nommés : 1° internes titulaires, MM. Kuster, Deny, Armynot, Duchâtelet, Nourry et Montgorget. — 2° internes provisoires, MM. Azoulay, Fassina et Kadda-Ouled-Morsly.

Hôpital de la Pitié. — M. le docteur Lancereaux commence ses leçons cliniques, le mercredi 9 décembre, et les continuera les mercredis suivants, sur les *Maladies chroniques*. — Les vendredis, leçon au lit du malade.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. R. Longuet : Les paralysies radiculaires du plexus brachial. — II. L'Epidémie cholérique de 1885. — III. Thérapeutique. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Variétés. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie. — VIII. Formulaire.

Les paralysies radiculaires du plexus brachial (1).

(*Paralysie radiculaire supérieure. — Paralysie radiculaire totale. — Paralysie radiculaire inférieure*).

Le diagnostic des paralysies radiculaires totales n'offre pas de difficulté. La paralysie motrice localisée au membre supérieur, l'anesthésie nettement délimitée, les réactions électriques, l'absence de contracture, le défaut d'exagération des réflexes tendineux, les circonstances étiologiques enfin excluent une lésion médullaire ou corticale.

La distinction avec les paralysies hystéro-traumatiques, dont Charcot, Troisier, Joffroy et Rendu (2) ont fourni des exemples récents, peut être plus délicate; mais leur début, relativement lent et échelonné, comparé à l'apparition immédiate et d'emblée de la paralysie traumatique, l'extension de l'anesthésie, l'absence de troubles trophiques et de phénomènes oculo-pupillaires, la présence de stigmates hystériques dissiperont cette confusion.

Relativement au siège précis, les phénomènes oculo-pupillaires indiquent une lésion siégeant au point d'émergence même des racines. Dans les cas exceptionnels où une paralysie qui revêt les allures d'une paralysie radiculaire totale ne s'accompagne pas des phénomènes oculo-pupillaires, il faut localiser l'action du traumatisme plus en dehors, entre les trous de conjugaison et le plexus. On ne les rencontre dans les paralysies par esquille, fragment osseux ou cal exubérant de la clavicule, irritant ou comprimant le plexus, que s'il s'y ajoute par surcroît en amont du plexus, la lésion men-

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.
(2) Soc. méd. des hôpit., 13 novembre 1885.

FEUILLETON

CAUSERIE

En 1845, Jean Raimond, avant de devenir le Simplice de l'*Union médicale*, feuilletonnait tous les mardis dans la *Gazette des hôpitaux*. Un jour, analysant un ouvrage d'Alphonse Teste, intitulé : *Le magnétisme animal expliqué, etc.*, il rapporta un passage de ce livre, qui me paraît avoir dû servir de thème au roman, *Le nez d'un notaire*, d'Edmond About, paru en 1862. Le fait lui-même s'est d'ailleurs passé longtemps auparavant, car il a déjà été cité par Thouret et mis en vers par Voltaire, et je suis loin de le donner comme nouveau; mais qui de nous se rappelle ce qu'on écrivait en 1845, dans un feuilleton?

Il s'agit de la doctrine des sympathies entre deux personnes : « Deux amis qui voulaient s'entendre à toutes les distances imaginables échangeaient stoïquement quelques parties de leur chair. Sur chacun de ces deux lambeaux, de forme égale, qui se remplaçaient mutuellement sur le bras droit des deux amis, où certaines lois (très positives) de la vie organique ne tardaient pas à les faire adhérer, on traçait en rond les lettres de l'alphabet. Lorsqu'une des deux personnes touchait avec un stylet ces caractères magiques, l'autre en était instruite par une piqûre aux endroits où se trouvaient les lettres désignées. »

Et ainsi pouvait s'établir une correspondance télégraphique auprès de laquelle celle

©BIU Santé

tionnée. Hutchinson posait donc par hasard une conclusion qui valait mieux que ses prémisses, lorsqu'il diagnostiqua par l'absence de myosis la simulation d'une paralysie du plexus brachial chez un malade atteint d'une fracture de la clavicule et présentant un beau jour de l'impotence du membre supérieur gauche avec anesthésie. Le malade, en effet, guérit par la diète.

Cette histoire des paralysies radiculaires totales s'appuie sur un certain nombre d'observations recueillies sur l'homme à la suite d'un traumatisme brutal ou de délabrements opératoires (quatorze observations à ce jour) qui reproduisent et confirment, avec une certaine précision, les résultats de l'expérimentation sur les animaux.

Dans le fait bien connu de Flaubert, les efforts de réduction d'une luxation scapulo-humérale datant de cinq semaines (huit élèves employés à deux reprises à pratiquer l'extension), avaient abouti, après des accidents immédiats de suffocation, cyanose, syncope, etc., à la paralysie du membre avec anesthésie s'arrêtant à l'épaule, et à l'immobilité pupillaire. La mort survenait dans le marasme dix-sept jours après. A l'autopsie, on constatait l'arrachement des quatre racines inférieures du plexus brachial au niveau de leur implantation médullaire, avec le ramollissement de la région cervicale inférieure de la moelle (1).

M. Maury et Duhring ayant réséqué les branches du plexus brachial un peu au-dessus de leur division, pour remédier aux douleurs paroxystiques atroces d'un névrome cutané, eurent une paralysie atrophique totale du membre avec abolition de la sensibilité à partir de l'insertion deltoïdienne, sauf à la partie interne du bras, mais n'observèrent pas de myosis (2).

Le malade de Sands et Séguin, à la suite d'un traumatisme violent (projection au loin par l'explosion prématurée d'un canon qu'il chargeait) présenta, en outre d'une fracture de l'avant-bras, les symptômes d'une rupture des nerfs du plexus brachial au niveau de l'aisselle ou immédiatement au-

(1) *Rép. gén. d'anat., de pathol. et de clin. chir.*, 1827, III, p. 59.
(2) *The Americ. Journ. of med. sc.*, 1874, II, p. 29.

---

des appareils électriques les plus perfectionnés n'est que de la Saint-Jean. — Je continue :

« Un fait très extraordinaire confirma, dit Thouret, la doctrine des sympathies. Un habitant de Bruxelles s'étant fait faire un nez artificiel par la méthode de Taliacot, s'en était retourné, ainsi réparé dans ses traits, au lieu de son séjour ordinaire, où il continua de vivre assez bien portant, l'opération ayant réussi. Mais tout à coup, dit-on, la partie factice qu'il s'était procurée devint froide, pâle, livide se pourrit, et tomba. On ne savait à quelle cause attribuer ce changement imprévu dont on ne voyait aucune raison plausible; mais on apprit bientôt que, le jour même de la chute du nez factice à Bruxelles, un crocheteur de Bologne qui, pour de l'argent, avait fourni une portion de peau prise à son bras, était mort dans cette ville, où avait été pratiquée l'opération. Peu de temps après, plusieurs faits du même genre furent recueillis et publiés », etc.

« La chose fit beaucoup de bruit, comme vous pensez bien, et Voltaire, qui avait le privilège de rire de tout, même des sympathies magnétiques, s'émancipa dans les vers suivants, que je puis bien reproduire, puisque M. Teste n'a pas craint de le faire :

Ainsi Taliacotius,
Grand Esculape d'Etrurie,
Répara tous les nez perdus
Par une admirable industrie.

dessus : perte presque complète du mouvement volontaire et abolition de la sensibilité du membre, sauf à la face interne du bras; pas de phénomènes oculo-pupillaires. Les douleurs paroxystiques d'une névrite brachiale nécessitent l'amputation du bras, puis la résection des racines du plexus le plus haut possible, en rasant le scalène antérieur; la paralysie du plexus brachial était ainsi transformée en paralysie radiculaire, et le myosis apparut (1).

IV

Les paralysies radiculaires inférieures isolées sont rares. On n'en cite que deux observations, toutes deux consécutives à une blessure par arme à feu de la région sus-claviculaire, totales au début, pour se localiser plus tard à la racine, ou aux deux racines inférieures du plexus et manifester simultanément une paralysie du cubital, du brachial cutané interne et de son accessoire.

Le malade de Bærwinkel reçut à Sedan une balle qui pénétra, en arrière, au-dessus de l'omoplate droite, perfora la trapèze pour sortir en avant de la pomme d'Adam. La paralysie a été immédiatement complète ; un certain degré d'atrophie suivit ; l'électricité longtemps continuée a considérablement amélioré l'une et l'autre.

Un peu plus d'un an après la blessure, le grand dentelé n'a pas recouvré ses fonctions ; la main seule est atrophiée, les mouvements des deux derniers doigts entravés, la réaction faradique, cependant conservée par l'excitation directe ou indirecte. La sensibilité est éteinte dans la zone du cubital, sur tout le bord cubital de l'avant-bras et de la main, et à la face antérieure et postérieure des trois derniers doigts. Le cubital n'est pas douloureux à la pression ; mais il y a de l'hyperesthésie du médian dont la pression provoque des sensations périphériques, depuis le pli du coude, jusqu'à son entrée dans la paume de la main. L'œil droit est beaucoup plus petit que le

(1) *Arch. of scientif. and pract. med.*, 1873, I. p. 1.

Il vous prenait adroitement
Un morceau du cul d'un pauvre homme,
L'appliquait au nez proprement.
Enfin il arrivait qu'en somme,
Tout juste à la mort du prêteur,
Tombait le nez de l'emprunteur ;
Et souvent dans la même bière,
Par justice et par bon accord,
On remettait, au gré du mort,
Le nez auprès de son derrière.

***

About avait serré le thème de plus près que Voltaire, car le lambeau du nez de son notaire provenait réellement de la peau du bras ; mais l'opéré n'en fut pas plus heureux pour cela, ni pendant la cure, ni après, et vous vous rappelez certainement les transitions burlesques par lesquelles passa le nouveau nez quand l'Auvergnat qui avait fourni le lambeau devint alcoolique, syphilitique, et finalement mourut. Ce qui prouve qu'on ne prend jamais les gens d'esprit sans vers, même quand ils parlent du nez, et qu'ils peuvent toujours s'en tirer.

***

Quelques-uns de nos lecteurs ont regretté que nous ne les ayons pas éclairés sur l'origine exacte des incidents qui ont amené, cette année, la démission du premier jury

©BIU Santé

gauche ; la paupière supérieure est tombante, l'orifice palpébral est très rétréci, de même que la pupille. A aucune époque, il ne paraît avoir existé de troubles vaso-moteurs de la face (1).

Le malade de Seeligmuller est encore un blessé, de Beaumont. La balle entra au niveau de la portion claviculaire du sterno-mastoïdien gauche, à 3 centimètres au-dessus de la clavicule et sortit à gauche de l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre dorsale (2).

Il y eut tout d'abord une paralysie totale du membre supérieur qui se transforma, après dix semaines, en une paralysie radiculaire inférieure ; paralysie du cubital ; atrophie des éminences thénar et hypothénar, des espaces interosseux ; diminution de la contractilité faradique et intégrité de la contractilité galvanique ; anesthésie dans le domaine du cubital et en même temps un certain degré d'hyperesthésie (névrite ?), déterminée sur tout son trajet par une légère compression du nerf au coude. Myosis ; rétrécissement de l'orifice palpébral ; amaigrissement de la joue gauche.

Mais il existe de plus deux phénomènes qui constituent une anomalie dans l'histoire d'une paralysie radiculaire pure du plexus. Ce sont : l'anesthésie de la face interne du bras et de l'avant-bras, c'est-à-dire dans la zone de distribution du brachial cutané interne, de son accessoire et à la fois des nerfs intercosto-humeraux ; puis les troubles vaso-moteurs de la face. Près d'un an après la blessure, une vive émotion, un excès de libations déterminent une rougeur intense du côté gauche du visage.

Ici, la lésion est complexe. On pourrait, à la rigueur, admettre une lésion du tronc du sympathique ; mais, si elle peut expliquer la coïncidence des phénomènes vaso-moteurs et des troubles oculo-pupillaires, elle ne rend pas compte de l'anesthésie complète de la face interne du bras qui implique une lésion des nerfs intercosto-huméraux, c'est-à-dire, des deuxième et troisième nerfs dorsaux. L'interprétation que propose Mlle Klumpke est

(1) *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1874, XIV, p. 545.
(2) *Berl. klin. Woch.*, 1872, p. 43.

du concours de l'internat, et de n'avoir appris l'affaire que par les journaux politiques. Notre réponse sera très simple. Les deux parties, je veux dire l'interne et le chef de service incriminés, ayant jugé bon de soutenir leur querelle dans les journaux politiques, et ayant d'ailleurs produit des arguments et des récits contradictoires, la presse médicale en général, et l'*Union* en particulier, a de son côté jugé bon de ne point s'immiscer dans un débat qui avait déjà fait trop de bruit et qui aurait beaucoup gagné à rester plus intime. SIMPLISSIME.

TRAITEMENT DE L'OSTÉITE. — Heydenreich.

Contre l'ostéite de nature syphilitique, on administre le mercure et l'iodure de potassium ; contre l'ostéite scrofuleuse, l'huile de morue et les toniques. Dans le cas d'ostéite rhumatismale, on soustrait le malade au froid et à l'humidité, en même temps qu'on prescrit le traitement général du rhumatisme. — Les moyens locaux, auxquels on a recours contre l'ostéite chronique, sont les émissions sanguines sur le point douloureux (sangsues, ventouses) ; les révulsifs, tels que la teinture d'iode, les vésicatoires volants, les pointes de feu ; la compression avec de la ouate et un bandage roulé, ou avec des bandelettes agglutinatives. — Les onctions mercurielles sont particulièrement indiquées dans le cas d'ostéite syphilitique. Enfin une incision cruciale peut faire cesser les douleurs, quand elles sont occasionnées par l'étranglement inflammatoire résultant de la tension du périoste. — N. G.

ingénieuse et vraisemblable : la balle, effleurant les branches supérieures du plexus (paralysie totale, transitoire, du début), a lésé plus profondément le nerf premier dorsal (paralysie permanente du cubital et du brachial cutané interne), et atteint également les deuxième et troisième nerfs dorsaux, peut-être le quatrième, à leur émergence, intéressant leurs rami communicantes. La lésion des deux premiers dorsaux provoque les phénomènes oculo-pupillaires, celle du troisième et du quatrième les troubles vaso-moteurs, et les deuxième et troisième dorsaux rendent également compte de l'anesthésie.

V

Seeligmuller a encore publié deux observations appartenant évidemment aux paralysies radiculaires totales, mais présentant avec la forme commune, classique, comme on peut l'appeler dès à présent, au point de vue des phénomènes oculo-pupillaires, des divergences qu'il convient de signaler, quelque difficulté d'interprétation physiologique qu'elles provoquent.

L'un de ces malades a eu la clavicule fracturée au tiers externe, à la suite d'une chute d'une hauteur de trente pieds ; l'autre, un mineur, a reçu sur l'épaule un énorme bloc de houille. Tous deux présentent les signes évidents d'une paralysie totale du plexus brachial, mais il existe simultanément deux phénomènes contradictoires, de la mydriase et du rétrécissement de la fente palpébrale ; la mydriase, phénomène d'excitation (car une paralysie du nerf constricteur ne saurait être en cause), le rétrécissement de l'orifice palpébral, signe de paralysie.

La mydriase isolée pourrait encore être expliquée par une irritation réflexe, partie des nerfs du plexus brachial lésés ; et de fait, Mlle Klumpke a observé, dans un cas, une mydriase unilatérale, passagère, après une section des nerfs du plexus brachial à 2 centimètres en dehors du trou de conjugaison, c'est-à-dire laissant intact le rameau communiquant au premier dorsal. Mais que dire du rétrécissement de l'orifice palpébral qui lui est associé ?

La physiologie n'est pas en mesure de nous donner, à ce sujet, une réponse satisfaisante. Ces deux observations se signalent encore par une distribution singulière de l'anesthésie ; dans l'une, la sensibilité se trouve conservée au niveau des doigts, à la paume et au bord cubital de la main ; dans l'autre, les troubles sensitifs empiètent sur les régions sus-épineuse et sus-claviculaire, et semblent impliquer une participation du plexus cervical.

A côté des inconnues que la physiologie pathologique est incapable de dégager dès à présent, il faut encore compter avec l'imprévu des combinaisons que doivent réaliser les hasards des traumatismes ou les caprices de la spontanéité morbide. Aucune limite naturelle, fonctionnelle ou anatomique, ne sépare ces groupes radiculaires et leurs filets constitutifs si diversement associés ; les schémas de l'étude ne sauraient donc avoir la prétention d'établir des types inflexibles épuisant, en trois variétés fermées, toutes les modalités des plexiplégies brachiales. Le passage d'une forme à l'autre peut se faire par de nombreuses transitions, et on conçoit l'existence d'une foule de types intermédiaires qui ne sauraient prendre l'observation au dépourvu, en présence des repères fournis par ces faits bases, et des modèles d'interprétation physiologique suggérés par leur étude.

©BIU Santé

VI

Nous avons à rechercher maintenant quels enseignements se dégagent, au point de vue de l'anatomie et de la physiologie générales, du fait clinique des paralysies radiculaires et des travaux expérimentaux, que le problème de leur élucidation a fait naître entre les mains de Féré, David Ferrier et Yeo, Forgues et Lannegrâce, etc.

Le filet nerveux de chaque muscle n'a d'individualité anatomique bien distincte qu'en deux points, lorsqu'il pénètre dans le muscle, et, aux racines, au moment où il se dégage de la moelle. Chaque filet cheminant dans les racines a donc déjà sa spécialisation fonctionnelle; mais le groupement radiculaire se dissocie dans le plexus; par voie d'anastomoses et d'échanges, il s'établit une répartition différente des éléments dans les troncs nerveux qui en émanent; et les troncs constituent eux-mêmes de véritables plexus où s'opèrent de nouvelles combinaisons, qui achèvent de faire perdre la trace des filets primitifs.

Chaque filet indépendant, actionnant un muscle déterminé, émane d'un centre médullaire distinct, et qui est placé plus ou moins haut, suivant la loi posée par Forgues, selon que le muscle occupe lui-même dans le membre une situation plus ou moins élevée, ou qu'il est plus ou moins éloigné de l'axe du corps, les noyaux extenseurs ne descendant pas aussi bas que les noyaux fléchisseurs. Le filet nerveux gagne directement la racine antérieure et pénètre dans le plexus, qui concentre en un même tronc définitif des filets nerveux nés de noyaux moteurs différents, mais affectés à des territoires voisins. On s'explique donc qu'une lésion portant sur les racines compromette simultanément l'exercice et la nutrition de muscles qui n'ont entre eux aucune connexion de voisinage ou de fonction.

Cette notion, que la clinique, l'exploration électrique, l'expérimentation physiologique et l'anatomie ont établie sur des bases irréfutables, ruine donc définitivement l'opinion ancienne de Panizza, pour lequel les racines n'auraient pas d'action physiologique différentiée, les plexus jouissant d'une conductibilité indifférente à l'influx médullaire; dans cette hypothèse, un seul filet, survivant à la section de toutes les racines, devait suffire à maintenir tous les muscles en relation avec la moelle.

Quant à la loi qui règle le groupement primitif des filets dans les racines, l'idée défendue par P. Bert et Marcacci, que chaque racine innerve un groupe de muscles synergiques, correspondant dans la moelle à des centres d'extension, de flexion, d'adduction, d'abduction, régulièrement superposés, n'est qu'un postulat aussi mal défendu par l'expérimentation que par la clinique.

La constitution des racines ne pourvoit pas davantage à l'actionnement synergique de muscles d'action physiologique différente, mais prenant part à l'exécution de mouvements fonctionnels compliqués.

La racine, comme l'avait dit Müller, comme le démontre Forgues, n'a pas de caractère fonctionnel qualifié; son ressort est une zone déterminée, constante, dans laquelle peuvent entrer en jeu des muscles antagonistes; ses attributions sont surtout topographiques. « Elle est la racine d'un département donné, elle n'est pas la racine d'une fonction. »

On saisit par quel côté ce modeste sujet des paralysies radiculaires se rattache aux questions élevées des spécialisations fonctionnelles du système nerveux central, et dans quel sens la solution intervenue peut modi-

fier les idées reçues sur la nature et la constitution des centres moteurs médullaires. Mais ce serait sortir de notre tâche que de poursuivre dans cette direction les conséquences de notre étude qui nous montre une fois de plus comment, des petits faits, sortent les solutions des grands problèmes.

R. LONGUET.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1885.

Le choléra au Tonkin, en France, en Espagne, en Italie et dans l'Extrême-Orient.

Assurément, c'est une erreur de considérer comme définitive l'extinction du choléra de 1885. D'autre part, ce serait une fastidieuse énumération de passer quotidiennement a revue des localités où l'imagination populaire et les nouvellistes à court de copie signalent des cas et des décès plus ou moins suspects.

Est-ce à dire qu'il faut s'en remettre entièrement aux informations officielles, et à la providence administrative, du soin de nous prévenir et de la vigilance à tenir compte de la revivification possible du choléra vers le printemps de l'année prochaine ? Nul ne doute du contraire. Il y aurait donc beaucoup à dire à ce sujet, sans nulle pensée d'animosité systématique contre l'administration, et sans faire, aux reportages plus ou moins médicaux de certaines feuilles, un honneur immérité.

En ce moment, par exemple, l'arrivée du *Château-Yquem* et de la *Nive*, transports venant du Tonkin, a provoqué à l'étranger une émotion encore persistante ; bien que les premières informations relatives au mauvais état sanitaire de ces navires datent des premiers jours du mois de novembre.

A cette époque, les autorités sanitaires de ce port informaient le Conseil sanitaire de l'empire Ottoman de la contamination de ces transports. Le capitaine du *Château-Yquem* leur avait déclaré que, malgré une quarantaine de trente-deux jours en rade de Poulo-Condor, la désinfection du vaisseau et la destruction des hardes des cholériques, il avait eu à son bord 59 cas et 38 décès suspects, durant la traversée de la mer des Indes. On s'est demandé si les autorités du port d'embarquement avaient pris soin de laisser rapatrier seulement des convalescents, chez lesquels tout danger de contamination était réellement éteint ?

Les faits relatifs à la *Nive* sont plus graves encore. Ce navire, parti de Halong, le 22 septembre, avec 287 soldats, dont 30 convalescents du choléra, relâchait à Saïgon, et y subissait dix jours d'observation, durant lesquels un cas cholérique se déclarait à bord et était hospitalisé dans cette ville. Les jours précédents, on avait enregistré 2 décès cholériques et 6 autres par diarrhée chronique. Néanmoins, le 11 octobre, le navire prenait 579 passagers militaires, dont 401 convalescents ; 4 décès survinrent plus tard ; 2 pendant la traversée, et 2 en rade de Suez. On avait donc autorisé l'embarquement à Saïgon de ces 579 passagers, malgré la contamination du navire dès son arrivée dans les eaux cochinchinoises et la constatation d'un cas de choléra à bord, pendant la période d'observation quarantainaire dans ce port.

Ces dépêches sont loin d'être récentes : elles datent des premiers jours de novembre, époque où copie en parvenait à Paris par voie indirecte, et dont l'original devait conséquemment être entre les mains de l'Administration. Néanmoins, le silence officiel n'a pas été rompu et, aujourd'hui encore, on ignore quelle est la part de responsabilité des divers fonctionnaires et les motifs de cette tolérance dans l'embarquement d'individus en incubation cholérique.

A l'étranger, on invoque déjà l'exemple malheureux de la *Corrèze* en 1877, et on met ces faits en parallèle avec les précautions que le gouvernement anglais observa, dit-on lors de l'embarquement des troupes des Indes allant en Egypte ou en Europe.

Cette injure imméritée serait facile à éviter en établissant un sanatorium d'observation sur le trajet des navires venant du Tonkin et de la Cochinchine. L'établissement d'Obok, sur la mer Rouge, pourrait servir à cette œuvre sanitaire et rendre des services analogues à ceux que le gouvernement turc retire du lazaret de Comoran au moment des pèlerinages.

BIU Santé

Ces mesures de prudence seraient d'autant moins superflues que certains points du territoire national restent un favorable terrain pour le choléra. En effet, dans le *Finistère*, l'épidémie continue de régner sur la zone maritime, et surtout à Quimper, à Audierne et à Brest. Dans ces deux localités, la mortalité cholérique hebdomadaire s'est élevée à 15 ou 20 décès pour la première, et à 30 ou 35 pour la deuxième. Enfin, on a signalé depuis quelques jours des cas suspects aux Sables-d'Olonne.

Le principal foyer méridional est toujours le département des *Pyrénées-Orientales*, où l'on constate des cas à Prades, à Vinca, et aux environs de Perpignan. Ici, du moins, l'origine de la contagion s'explique par les relations fréquentes avec les provinces du nord de l'Espagne, où l'épidémie continue de sévir.

En Espagne, les provinces septentrionales sont actuellement le principal foyer de la maladie. En outre, les provinces des Asturies et de Huesca sont éprouvées surtout depuis une semaine. Dans la journée du 1er décembre, le nombre des cas s'y est élevé à 18 et celui des décès à 10.

En Italie, les renseignements officiels font défaut. Néanmoins, on enregistre chaque jour des cas isolés dans la banlieue de Palerme et des décès dans cette ville. Le nombre de ceux-ci varie de 15 à 20 par semaine.

Les nouvelles de l'Extrême-Orient mentionnent une atténuation de l'épidémie au Tonkin et en Cochinchine. Par contre, elle sévit avec intensité sur le royaume de Siam, et surtout à Bangkok et dans les environs. Il en est de même dans quelques-uns des ports du Japon. — C. L. D.

THÉRAPEUTIQUE

Du Morrhuol ou principe actif de l'huile de foie de morue,

Par M. le docteur Joseph Lafage (1).

En présence de la répugnance insurmontable qu'éprouvent certains malades pour l'huile de foie de morue, malgré les nombreux procédés mis en usage pour en masquer le goût, j'ai songé à reprendre la question intéressante des principes actifs de l'huile de foie de morue. Pour les uns, c'est le corps gras qui joue le principal rôle; pour les autres, au contraire, c'est au brome, à l'iode ou au phosphore qu'il faut attribuer les bons effets que l'on retire de son administration. Il s'agissait d'isoler ces divers corps de l'huile de foie de morue. M. Chapoteaut a bien voulu se livrer à ce travail et me faire connaître les procédés qu'il a employés.

Premier procédé. — On traite l'huile par une solution aqueuse de carbonate de soude qui dissout les acides à une basse température.

Deuxième procédé. — On agite l'huile de foie de morue avec de l'alcool à 90 degrés; l'alcool, séparé de l'huile, est distillé, et la partie non volatilisée renferme les principes actifs sur lesquels ont porté mes expériences.

Dans les deux cas, l'huile ainsi traitée devient à peu près inodore, sans goût, et se rapproche de l'huile obtenue des graisses animales. Quant au produit, le *Morrhuol*, il est âcre, amer, très aromatique, cristallisant en partie à la température ordinaire.

Ce produit renferme du phosphore, de l'iode et du brome en quantité très notable; on en trouve de dix à douze fois plus que dans l'huile primitive. Ces divers corps se trouvent tellement unis entre eux qu'il a été impossible de les isoler et de les doser séparément. Ils forment donc un produit complexe qui sera l'objet d'études chimiques plus complètes.

La quantité de morrhuol varie avec la qualité des huiles employées.

Les diverses huiles en fournissent : l'huile brune, de 4,50 à 6 p. 100; l'huile blonde, de 2,50 à 3 p. 100; l'huile blanche, de 1,50 à 2 p. 100.

Il était curieux de savoir si l'huile ainsi traitée et privée de son principe actif jouirait

(1) Extrait du *Bulletin de thérapeutique.*

des mêmes propriétés que l'huile de foie de morue en nature. Comme il était facile de le prévoir, ces huiles ne m'ont donné aucun résultat; elles agissent comme corps gras, mais seulement comme corps gras, elles ont perdu par le traitement qu'on leur fait subir les propriétés particulières à l'huile de foie de morue.

Restait donc le principe actif, qu'il s'agissait de présenter aux malades sous une forme acceptable. En présence de sa saveur désagréable et de son odeur aromatique très prononcée, M. Chapoteaut a songé à mettre le Morrhuol en capsules. Chaque capsule renferme 0,20 d'extrait, correspondant à 5 grammes d'huile de foie de morue.

A la dose de 2 capsules par jour chez les enfants de 6 à 8 ans, de 4 capsules chez les enfants de 8 à 12 ans, et de 8 à 10 chez les adultes, ces capsules, prises au moment des repas, m'ont rendu de réels services.

Je n'ai certes pas la prétention de remplacer l'huile de foie de morue par le Morrhuol, mais je crois que ce nouveau produit, grâce à une administration plus facile, pourra remplacer l'huile toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une répugnance insurmontable. Je crois même que là ne se bornera pas son rôle, car il présente des avantages sérieux. Il arrive souvent que l'huile, lorsqu'on est obligé d'en donner de certaines quantités, est mal digérée, qu'elle donne lieu à des nausées, à des vomissements, à de la diarrhée; en un mot, qu'elle amène des troubles de la digestion tels, qu'on est obligé de la supprimer. Rien de semblable avec son principe actif, dont l'usage prolongé pendant des mois à une dose relativement élevée, 12 capsules par jour, n'a jamais produit le moindre trouble du côté des voies digestives.

Le plus souvent, au contraire, dès les premiers jours de son administration, les troubles préexistants disparaissent, l'appétit augmente, les digestions deviennent plus faciles et les garde-robes plus régulières. Le Morrhuol, que les enfant supportent aussi facilement que les adultes, agit plus rapidement que l'huile de foie de morue. Cette action, plus rapide, découle tout naturellement de ce que son absorption est plus facile, plus complète.

Aussi ai-je obtenu des résultats surprenants chez des malades que l'huile de foie de morue eût certainement améliorés, mais pas avec la même rapidité. Je veux parler des tuberculeux à la première période, au moment où ils sont fatigués par une toux opiniâtre, surtout le soir, où leurs forces commencent à décliner et l'amaigrissement à devenir sensible. Sous l'influence du Morrhuol, de 6 à 8 capsules dans les vingt-quatre heures, la toux se calme rapidement, dans les trois ou quatre premier jours, l'appétit renaît, l'alimentation devenant plus complète, le teint des malades s'anime, ils ont le sentiment d'un accroissement des forces, dans les jambes surtout. Mes expériences ont porté sur un grand nombre de tuberculeux au début; c'est la maladie la plus commune dans la clientèle, et surtout dans une certaine partie de la clientèle. Chez tous, j'ai obtenu une amélioration notable. En même temps que l'état général devient meilleur et que la toux se calme, l'expectoration, surtout lorsqu'elle est due au catarrhe bronchopulmonaire, diminue rapidement.

Cette action rapide sur la sécrétion bronchique m'a amené à employer le Morrhuol dans la bronchite chronique, surtout lorsqu'elle est accompagnée d'une expectoration abondante. J'ai choisi de préférence mes malades parmi ceux qui avaient déjà suivi ou suivaient encore le traitement classique par les balsamiques, les eaux sulfureuses et l'iodure de potassium. Dans la plupart des cas que j'ai eu à traiter, les résultats ont été très satisfaisants. En huit jours ou quinze jours au maximum, les capsules, prises à la dose de huit par jour au moment des repas, ont modifié très favorablement l'état de mes malades. Diminution des crachats, facilité plus grande dans leur expulsion, suppression à peu près complète de la toux et de l'oppression. Ces malades éprouvent un tel bien-être qu'ils avouent n'avoir été soulagés de cette façon par aucun des nombreux médicaments qu'ils ont employés.

Continuant la série de mes expériences, dont le début remonte au mois de juillet 1884, j'ai fait prendre les capsules de Morrhuol aux enfants strumeux et scrofuleux auxquels j'avais jusqu'ici administré l'huile de foie de morue. Dans la plupart des cas, l'état général a été heureusement et assez rapidement influencé par le traitement. Il en est de même dans le rachitisme.

Je me propose de réunir mes nombreuses observations et d'en faire l'objet d'un nouveau travail qui montrera, je l'espère, les bons effets que l'on peut retirer de l'administration des capsules de Morrhuol dans les cas où l'emploi de l'huile de foie de morue est rendu impossible. Je crois même arriver à démontrer que, dans certains cas, il est avantageux de remplacer l'huile par son principe actif.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 novembre 1885. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

L'Académie n'a pas tenu séance. Immédiatement après la lecture du procès-verbal de la précédente séance, M. le Président, avec une émotion profonde, a fait part à ses confrères de la mort de M. Henri Bouley. Il a voulu, en quelques mots partis du cœur, rendre hommage aux grandes qualités du défunt et rappeler ses travaux; mais les larmes ont bientôt étouffé sa voix et il n'a pu que lever la séance.

M. H. Bouley avait succédé, en 1868, à Rayer, comme membre de la section d'économie rurale. La dernière séance qu'il ait présidée est celle du 26 octobre dans laquelle M. Pasteur a fait sa communication sur la rage.

L'Académie est cruellement éprouvée cette année. M. Bouley est, sauf erreur, le neuvième titulaire que la mort emporte depuis le mois de janvier.

— Puisque la place est libre, profitons-en pour revenir sur une importante communication faite, dans la dernière séance, par M. Vulpian, et relative aux fonctions du nerf de Wrisberg.

« Le nerf facial naît du bulbe rachidien, chez les mammifères, par deux racines : l'une, la plus volumineuse, est la racine motrice; l'autre, située entre le nerf acoustique et la racine motrice du facial, a été considérée comme la racine sensitive de ce nerf, et elle est connue sous le nom de *nerf de Wrisberg*. Cette racine se rend au ganglion géniculé, au sortir duquel elle se fusionne avec la racine motrice pour former le tronc du nerf facial qui parcourt ensuite l'aqueduc de Fallope.

« Une partie des fibres du nerf de Wrisberg se sépare, dans cet aqueduc, du tronc du nerf facial, pour constituer la corde du tympan. Il suffit d'énoncer ce fait pour que l'on voie combien il serait inexact de considérer le nerf de Wrisberg comme exclusivement composé de fibres nerveuses sensitives. La corde du tympan, ainsi que l'ont démontré Ludwig, Cl. Bernard, Schiff, est, en effet, le nerf excito-sécréteur de la glande sous-maxillaire; d'autre part, Cl. Bernard a découvert que l'excitation de la corde du tympan provoque la dilatation des vaisseaux de cette glande, et j'ai fait voir qu'elle exerce une action semblable sur la langue. La corde du tympan contient donc des fibres nerveuses excito-sécrétoires et des fibres vaso-dilatatrices. Elle contient aussi des fibres sensitives. On a reconnu, en effet, qu'elle est douée de sensibilité à la douleur. D'autre part, l'expérimentation et la clinique ont prouvé que la corde du tympan joue un rôle considérable dans les sensations gustatives : pour divers auteurs même, ce serait ce rameau nerveux qui serait le nerf du goût, et le nerf lingual, auquel vient s'unir la corde du tympan, ne donnerait à la langue que la sensibilité générale.

« Ainsi, le nerf de Wrisberg, dont la corde du tympan est une provenance, est à la fois nerf de sensibilité générale et de sensibilité gustative, nerf excito-sécréteur, nerf vaso-dilatateur.

« Je crois être en mesure de montrer : 1° que son intervention, comme nerf vaso-dilatateur, ne se confine pas dans la glande sous-maxillaire et dans la membrane muqueuse de la langue, mais qu'elle s'étend au voile du palais; 2° qu'il préside, en grande partie tout au moins, à la sensibilité gustative de ce voile.

« I. — Pour ce qui est de l'action vaso-dilatatrice, il suffit d'examiner, sous ce rapport, sur un chien curarisé et soumis à la respiration artificielle, les effets de la faradisation du nerf facial dans le crâne, entre le bulbe rachidien et l'entrée du conduit

auditif. Si l'on excite le nerf facial dans ce point, à l'aide d'un courant faradique saccadé, d'intensité relativement faible (appareil à chariot; pile de Grenet de moyen modèle; bobine au fil induit, séparée du point où elle recouvre entièrement la bobine au fil inducteur par un intervalle de $0^m,16$ à $0^m,18$), on voit, en quelques secondes, se développer une forte congestion de toute la moitié correspondante de la langue, dans les deux tiers ou les trois quarts antérieurs; la rougeur est tout aussi vive, du même côté, sur la face inférieure de la langue, sur le plancher buccal et sur le frein de la langue; elle s'étend à la face interne des gencives inférieures, surtout dans la région de la canine. En même temps, on peut constater une congestion très nette de la moitié correspondante du voile du palais, depuis le bord inférieur de ce voile jusqu'à $0^m,02$ en arrière du bord postérieur de la voûte palatine. La rougeur s'étend ainsi plus haut que le bord supérieur de l'amygdale; la couleur de celle-ci ne se modifie pas. Toutes les fois que l'expérience a eu lieu dans de bonnes conditions, la rougeur du voile du palais n'a jamais fait défaut. La congestion ainsi provoquée est un résultat d'action vaso-dilatatrice directe; car on l'observe avec les mêmes caractères dans les cas où l'excitation faradique porte sur le nerf facial, dans le crâne, après que l'on a détaché ce nerf du bulbe rachidien. Cette congestion est bien le fait de l'excitation du nerf facial, et non d'une transmission du courant aux nerfs voisins, c'est-à-dire au trijumeau ou à l'ensemble des nerfs glosso-pharyngien, pneumo-gastrique et spinal, car la faradisation isolée de chacun de ces nerfs, avec le même courant, ne produit jamais de congestion dans la moitié correspondante du voile du palais.

« Cette action vaso-dilatatrice, exercée sur le voile du palais par le nerf facial, me paraît devoir être attribuée au nerf de Wrisberg. On sait que la membrane muqueuse du voile du palais reçoit ses fibres nerveuses des nerfs palatins qui proviennent du ganglion Meckel. Or, l'un de ces nerfs, le nerf palatin postérieur, est regardé comme le prolongement du grand nerf pétreux superficiel, et ce dernier nerf qui émane du ganglion géniculé est formé surtout, en réalité, par le nerf de Wrisberg. Le nerf de Wrisberg exerce donc une action vaso-dilatatrice sur le voile du palais.

« II. — Ce nerf intervient-il, comme nerf du goût, dans les fonctions du voile du palais? Les auteurs ne sont pas absolument d'accord, relativement à la fonction gustative du voile du palais. Disons cependant que, si des physiologistes d'un grand mérite, au premier rang desquels on doit citer Longet, refusent au voile du palais toute sensibilité gustative, la plupart des expérimentateurs sont d'un avis contraire et admettent que ce voile membraneux possède à un certain degré ce mode de sensibilité spéciale. Pour moi, la question n'est pas douteuse; les expériences que j'ai faites sur moi-même et sur d'autres personnes m'ont convaincu que le voile du palais peut servir à reconnaître la saveur du sucre, celle du sulfate de quinine, etc., et cela, non seulement vers le milieu, mais encore par les parties latérales de sa face antéro-inférieure, jusqu'à une certaine distance de la ligne médiane. »

VARIÉTÉS

UNE VICTIME DE LA SCIENCE AU PÉROU : M. CARRION (DE LIMA).

Une endémie particulière à la vallée de Huarochiri, la *verruga peruana*, est l'objet de travaux et de controverses parmi les médecins péruviens contemporains. Aussi, la *Academia libre de Lima* a choisi l'étude de cette affection pour sujet de concours. Un prix décerné par cette savante assemblée en sera la récompense.

On avait bien supposé l'identité de cette affection avec la *fiebre de la Oroya* ou *fiebre anemizante*; mais cette identité reposait sur des observations comparatives et non pas sur la base plus solide de l'expérimentation directe. Un médecin très estimé, dont l'activité égalait la science, M. Carrion, a voulu donner la démonstration directe de ce fait pathogénique. Dans ce but, il pratiquait sur lui-même, en août dernier, des inoculations avec le sang d'un enfant atteint de *verruga peruana* à la période atrophique. Vingt-deux jours après, notre vaillant confrère présentait tous les signes de la *fiebre anemizante*. Il

©BIU Santé

n'en eut pas seulement les symptômes, car il succombait sept jours plus tard avec les lésions caractéristiques de cette dernière maladie. L'enfant en puissance de verruga guérit après avoir présenté les manifestations cutanées de cette endémie.

La démonstration a été complète; malheureusement, elle a été lugubre; car la mort de M. Daniel Carrion est une perte cruelle pour la science. Ce fait douloureux témoigne de l'enthousiasme scientifique et de l'héroïsme du corps médical péruvien. Il honore à la fois la victime, ses confrères distingués et sa patrie, et nous donne l'occasion d'exprimer à ses compatriotes toute notre admiration et toute notre sympathie.

Ch. Éloy.

FORMULAIRE

Mixture antidiarrhéique. — Farquharson.

Teinture de cachou	24	grammes.
Teinture d'opium	8	—
Craie aromatique pulv	8	—
Mucilage	30	—
Hydrolat de cannelle	180	—

Mêlez. — Une cuillerée à bouche après chaque garde-robe liquide. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Yvaren, ancien médecin en chef des hôpitaux d'Avignon.

Le docteur Yvaren avait publié, en 1854, les « Métamorphoses de la syphilis », ouvrage qui a précédé de longtemps les traités didactiques sur ce sujet. Il avait traduit Fracastor; les « Éphémérides » de Baillou; les « Odes » d'Anacréon et les « Bucoliques » de Virgile. Ces deux derniers ouvrages, traduits en vers français, avaient été couronnés par l'Académie française.

Homme bon, généreux, charitable, plein d'esprit, et du meilleur, bienveillant pour les jeunes et pour tous, ayant su ne pas se faire un ennemi, quoiqu'il ait joué un certain rôle en politique, aimé et respecté de tous, il fut, en un mot, le *vir probus, dicendi peritus*.

(*Gazette des hôpitaux.*)

École de médecine de Clermont-Ferrand. — Ont été proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1884-1885 :

Étudiants en médecine. — Première année : premier prix, M. Noir; deuxième prix, M. Fournier.

Deuxième année : premier prix, M. Souligoux; deuxième prix, M. Bassin.

Troisième année : premier prix (médaille d'argent donnée par M. Nivet), M. Faucillon; deuxième prix, M. Grasset.

Étudiants en pharmacie. — Première année : prix unique, M. Fraisse.

Deuxième année (médaille d'argent donnée par M. Nivet) : prix unique, M. Gibert.

Prix des travaux pratiques : prix unique, M. Dugnio.

Prix Fleury, donné aux élèves qui ont recueilli le plus d'observations au lit des malades : premier prix, une médaille d'or à M. Grasset, déjà nommé; deuxième prix, une médaille à M. Faucillon, déjà nommé.

Médailles d'argent données aux élèves les plus laborieux : MM. Bassin, Grasset et Noir, déjà nommés.

Prix des hospices, accordé aux élèves internes qui ont montré le plus de zèle dans le service des malades : partagé entre MM. Faucillon et Grasset déjà nommés, Fouriaux et Bargy.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Deligny : De l'eczéma chez les goutteux. — II. Louis Beurnier : Note sur l'anatomie des ligaments ronds au point de vue de l'opération d'Alexander. — III. Bibliothèque. — IV. Revue des Journaux. — V. Sociétés médicales des départements. — VI. Variétés. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

De l'eczéma chez les goutteux

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 24 octobre 1885,

Par M. le docteur Deligny.

L'eczéma n'est-il toujours, comme le professe l'Ecole de Vienne, qu'une lésion cutanée locale, une épidermo-dermite pouvant être provoquée chez tous les sujets indistinctement? Faut-il admettre, avec Kaposi, qu'il n'y a aucune dyscrasie quelconque, scrofule, arthritisme, herpétisme, capable de déterminer spontanément, directement, cette affection cutanée?

En Angleterre, où l'on s'occupe peu d'étiologie, on admet cependant l'influence de trois grandes maladies générales, la scrofule, la syphilis, la lèpre, et aussi la relation de la goutte avec certaines affections cutanées.

En France, la théorie des diathèses ou des causes constitutionnelles a toujours eu et a encore pour partisans la grande majorité des dermatologistes, et c'est à peine si, pendant un temps, sous l'influence des doctrines anglaises de Willan et Bateman, cette théorie a perdu du terrain. De même, l'école anatomique, avec Devergie, Gibert, Cazenave, n'a eu qu'une durée éphémère, et, avec Bazin et Hardy, les maladies générales ont reconquis leur importance.

Des divergences de doctrines existent encore, l'influence respective des diathèses a séparé ces deux grands pathologistes, et elle a encore bien des points discutés; mais l'idée fondamentale subsiste au milieu de tous ces débats et même y trouve une consécration nouvelle. La puissante conception de Bazin garde toute sa valeur, en dépit de toutes les protestations des écoles étrangères, et si l'herpétisme a croulé sur ses bases peu solides, la notion de l'arthritisme résiste à toutes les attaques. La théorie de M. Bouchard, sur les maladies par ralentissement de la nutrition, lui apporte un nouvel appui en signalant le lien commun qui réunit les maladies dites arthritiques, maladies différentes, mais de même famille, en signalant la cause commune qui les engendre et les associe, le trouble nutritif général.

L'observation clinique nous prouve, par maints exemples, la relation de certaines affections cutanées, et, en particulier, de l'eczéma avec les diverses affections de nature arthritique, l'obésité, la lithiase biliaire, la gravelle, la goutte, le rhumatisme; elle nous les montre prenant en quelque sorte un rang déterminé dans l'évolution diathésique, alternant avec ces affections, quelquefois même se substituant à elles. Les intéressantes statistiques de M. Bouchard sont des plus instructives à consulter à cet égard. 11 fois, il a trouvé l'eczéma parmi les antécédents personnels chez 100 malades atteints de lithiase biliaire; 13 fois sur 100, il l'a rencontré associé à l'obésité; 19 fois sur 100, il l'a vu aussi chez des sujets à antécédents personnels goutteux.

Ces rapports de l'eczéma avec la goutte sont surtout intéressants à étudier.

Gintrac est le premier auteur qui ait donné une description exacte des dermatoses goutteuses, dont il a fait le cinquième ordre des maladies cutanées occasionnées par diathèse polygénique. Indépendamment des altérations cutanées produites par la présence des tophus, il signale, comme étant les plus fréquentes, l'eczéma, le psoriasis, le lichen et le prurigo.

Rayer, Hufeland, Garrod, Graves, Trousseau, Golding Bird, et d'autres, ont cité des faits qui témoignent en faveur de la parenté étroite qui existe entre certaines dermatoses et les diverses manifestations de la goutte, relation que plusieurs auteurs anciens, Musgrave, Scudamore, Lorry, avaient eux-mêmes déjà signalés.

En rappelant les faits vraiment typiques de Trousseau et de Garrod, M. Rendu cite celui d'un vieux général, jadis dyspeptique et goutteux à manifestations articulaires,

©BIU Santé

qui cessa complètement d'avoir la goutte le jour où éclata chez lui un eczéma sec, généralisé, très prurigineux.

Nous avons observé, en 1883, un cas identique que nous croyons intéressant parce que les accidents alternants de goutte articulaire et cutanée ont évolué sous nos yeux.

M. F..., Anglais, âgé de 82 ans, encore très fort et actif, est envoyé à Saint-Gervais par M. le professeur Hardy. Il est atteint d'un eczéma sec nummulaire, très prurigineux, disséminé sur toute la surface du corps, mais surtout confluent aux membres inférieurs. Le malade raconte que cet eczéma existe depuis quatre ans, disparaissant de temps à autre et se reproduisant avec la même intensité; il ajoute qu'avant l'apparition de cet eczéma, il était sujet, depuis vingt-cinq ans, à des accès de goutte articulaire qui, depuis l'existence de l'eczéma, n'avaient pas reparu. Il y a deux mois, il a eu une poussée d'une intensité exceptionnelle, lui causant des démangeaisons intolérables, et cette poussée, depuis quinze jours qu'il a été soumis à un traitement par le bicarbonate de soude, tend à s'améliorer d'une façon très notable. Le malade commence son traitement thermal : bains salins et eau chlorurée-sulfatée à l'intérieur. Les premiers bains ont un effet remarquable sur la peau, les démangeaisons disparaissent, les lésions s'atténuent. Mais, après le dixième bain, et alors qu'il ne restait plus sur la peau que quelques plaques d'eczéma disséminées, survint un accès de goutte articulaire occupant les deux pieds. Il fallut cesser le traitement thermal pendant dix jours; l'état de la peau était très bon. Désireux de reprendre son traitement, le malade accepta une diète sévère et les manifestations articulaires cédèrent rapidement. Mais, à mesure que les articulations se dégageaient, les lésions de la peau se réveillèrent, d'abord les démangeaisons qui reparurent le soir avec une intensité extraordinaire, véritable crise prurigineuse intolérable, puis des plaques eczémateuses se formèrent, très nombreuses, surtout aux membres inférieurs. Le traitement thermal fut repris avec de grandes précautions, les bains courts et de deux en deux jours. L'état de la peau s'améliora de nouveau rapidement, aucune nouvelle manifestation articulaire ne survint, et le malade partit, en très bon état, après une assez longue cure.

Un fait intéressant chez ce malade : une alternance, un déplacement des manifestations morbides, de la peau vers les articulations, se préparait avant le traitement thermal. Le traitement thermal a hâté l'apparition des accidents articulaires. Nous avons, dans quelques cas, observé ce fait, après le traitement thermal, chez des eczémateux goutteux. Nous croyons que ce fait est une conséquence de la disposition du sujet, et que cette alternance dans les manifestations se produirait quand bien même l ne ferait aucun traitement hydro-minéral.

Nous avons vu, d'autre part, en 1884, un rédacteur d'un des journaux de Paris, qui, fils de goutteux, avait eu très jeune des accès articulaires qui s'étaient reproduits jusqu'à l'âge de 30 ans. A cette époque, il fut atteint d'un eczéma du cuir chevelu et des mains qui se reproduisit chaque année et durait depuis six ans. Depuis l'apparition de cette dermatose, et pendant ces six années, il n'a eu aucun accès de goutte articulaire.

L'eczéma est certainement la plus fréquente des dermatoses goutteuses. L'occasion de vérifier cette assertion ne se présente que très rarement dans les services d'hôpitaux, mais elle est fréquente dans la clientèle de ville et surtout dans la clientèle des stations thermales où un grand nombre des malades, atteints de la même affection, se trouvent réunis.

Les caractères objectifs, la marche, l'évolution, le siège de la lésion, ne permettent pas, à eux seuls, comme nous le verrons plus loin, de diagnostiquer la nature goutteuse d'un eczéma; il faut s'appuyer sur la connaissance des antécédents personnels ou héréditaires du sujet. La relation de la goutte et de l'eczéma est maintenant trop bien établie pour que, lorsqu'un eczéma se rencontre chez un sujet qui a des antécédents personnels ou héréditaires goutteux, et chez lequel on ne découvre aucune autre cause diathésique ou constitutionnelle, physiologique, anatomo-pathologique ou externe, pouvant éclairer l'étiologie de sa dermatose, pour que, disons-nous, on refuse à la goutte l'influence pathogénique qu'on accorde, avec moins de preuves et de faits cliniques à l'appui, à tant d'autres états morbides.

Sur 151 cas d'eczéma que nous avons traités à Saint-Gervais pendant la saison de 1885, nous avons trouvé 36 cas d'eczéma goutteux. Dans 16 cas, les malades avaient eu antérieurement des manifestations de goutte articulaire, et, dans 20 cas, il existait des antécédents héréditaires, 13 fois chez les grands parents, 7 fois chez les ascendants directs.

Chez les goutteux, ce n'est guère qu'à l'âge adulte, de 25 à 35 ans, que l'eczéma s'installe à l'état chronique, et prend une certaine importance comme manifestation cutanée. On l'observe bien dans la première enfance, mais comme manifestation passagère, et alternant souvent avec l'urticaire. Chose remarquable, et à noter, c'est que l'eczéma ne persiste, chronique, tenace, récidivant, chez les goutteux, qu'à ce moment de la vie des individus de cette race où les troubles dyspeptiques s'accusent, comme s'il existait une certaine relation entre ces troubles dyspeptiques et l'altération cutanée. M. Bouchard, qui a signalé ce fait, parfaitement vrai lorsqu'on y prête attention, en fait une preuve de l'influence des troubles de nutrition sur la production des manifestations de la goutte.

L'eczéma de nature goutteuse est plus fréquent chez l'homme que chez la femme; comme la goutte elle-même qui, d'après M. Durand-Fardel, est 25 fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et que M. Bouchard a trouvée 1 fois chez la femme pour 13 cas chez l'homme. Sur 36 cas d'eczéma goutteux, nous l'avons noté 28 fois chez l'homme et 8 fois chez la femme.

L'eczéma, en tant que lésion, ne revêt pas, chez les goutteux, de caractères particuliers qui le distinguent, tout au moins on n'a pas encore déterminé ces caractères distinctifs. L'eczéma, chez les goutteux, ressemble à l'eczéma chez les rhumatisants, et ce n'est pas le point le moins intéressant et le moins discuté de la pathologie cutanée.

Comme le fait observer M. Bouchard, c'est le plus souvent une lésion sèche, rarement suintante, squameuse, circonscrite, affectant souvent la forme discoïde ou orbiculaire. Mais ces mêmes caractères se retrouvent dans l'eczéma des rhumatisants.

Le siège même de l'affection cutanée ne présente aucune particularité distinctive. D'après M. Rendu, il peut être disséminé irrégulièrement à la surface des téguments, ou au contraire se fixer sur un point du corps avec une opiniâtreté désespérante; il peut affecter également les plis articulaires, le plus souvent dans le sens de la flexion, avec une symétrie parfaite. Suivant M. Bouchard, il est fréquent à la face latérale des doigts, occupant de préférence le pouce et l'index, pouvant envahir les autres doigts, mais s'étendant rarement à la main. On l'observe aussi au pourtour des malléoles, aux aisselles et au pli génito-crural.

Les 36 cas, dont nous avons relevé les observations, se répartissent ainsi, quant au siège :

Eczéma des aisselles	1 cas.
— disséminé	2 —
— orbiculaire des lèvres	2 —
— des oreilles	2 —
— des membres inférieurs	2 —
— des mains	2 —
— génital	3 —
— de la face et du cuir chevelu	9 —
— anal	13 —
	36 cas.

Nous avons toujours observé la fréquence de l'eczéma anal, chez les sujets à dispositions goutteuses, hommes et femmes. Il nous a paru que cette fréquence était due à l'existence du prurit anal que l'on rencontre si souvent chez les sujets de cette race. Le grattage, conséquence des démangeaisons, l'application de pommades irritantes pour calmer ce prurit, produisent facilement l'eczéma chez les individus gras, à peau susceptible.

L'eczéma, chez les goutteux, peut exister seul ; il peut aussi coexister avec d'autres

©BIU Santé

manifestations dépendant du même état diathésique. Les statistiques publiées sont intéressantes à consulter.

En ce qui nous concerne, sur 36 observations, nous avons trouvé :

3 fois l'eczéma seul.
20 fois l'eczéma avec la dyspepsie.
8 fois l'eczéma avec l'état hémorrhoïdaire.
7 fois l'eczéma avec la gravelle.
6 fois l'eczéma avec la migraine.
4 fois l'eczéma avec l'obésité.
3 fois l'eczéma avec la lithiase biliaire.
2 fois l'eczéma avec l'asthme.
1 fois l'eczéma avec le diabète.

Ces malades étaient, ou des goutteux ayant eu des manifestations articulaires, ou des sujets à antécédents héréditaires goutteux.

Nous devons signaler en passant l'observation d'un eczéma que nous avons rencontré chez un goutteux diabétique. Les rapports pathogéniques de la goutte avec le diabète sont aujourd'hui bien démontrés, ce n'est pas sur ce point que nous voulons appeler l'attention, mais sur le siège de l'eczéma chez notre malade. Il siégeait sur le prépuce et présentait une grande ténacité à toute médication. Le malade ne se soupçonnait pas diabétique, il n'avait pas depuis longtemps consulté son médecin ; il avait eu, il y a 7 ou 8 ans, une attaque de goutte articulaire, puis un eczéma des jambes assez persistant. Le siège de cet eczéma appela notre attention du côté des urines, et l'examen nous fit découvrir une forte proportion de sucre. C'était, par conséquent, une diabétide eczémateuse, développée chez un goutteux ; sa ténacité était due au contact de l'urine sucrée avec le gland et le prépuce, contact encore favorisé, chez ce malade, par une balano-posthite. L'alternance de l'eczéma avec d'autres manifestations de même ordre diathésique a été signalée par tous les auteurs. On retrouve aussi, chez tous les eczémateux goutteux, les accidents diathésiques que l'on rencontre chez les goutteux articulaires et qui appartiennent à une évolution pathologique antérieure : coryza fréquent, éruptions d'autres formes; épistaxis, bronchites à répétition, etc., etc., et la recherche de ces manifestations antérieures est une ressource précieuse pour le diagnostic étiologique.

Dans certains cas, l'eczéma arrive à son heure, dans la vie du malade, sans qu'on puisse l'attribuer à d'autre cause que la disposition constitutionnelle. Mais, le plus souvent, il se produit sous l'influence de causes occasionnelles qui sont absolument toutes celles qui peuvent, chez un goutteux, produire une manifestation quelconque : excès d'alimentation, manque d'exercice, peines morales, etc., etc. Les poussées d'eczéma sont surtout fréquentes au printemps, et ce fait est sans doute la conséquence des veillées d'hiver, des dîners, de l'alimentation plus animalisée et du défaut d'exercice pendant la saison froide. Nous n'insisterons pas sur ce point, mais nous ferons observer que ces causes ont pour caractère général d'agir en déterminant des troubles nutritifs, soit directement (excès alimentaire), soit indirectement (fatigues, peines morales).

Le goutteux atteint d'eczéma voit souvent l'affection cutanée persister et récidiver avec une opiniâtreté désespérante ; souvent elle prend possession d'une région, y reste à l'état chronique pendant un temps plus ou moins long, disparaît, puis reparaît à la même place. Il y a des goutteux qui, toute leur vie, sont eczémateux. D'autres fois, l'affection cutanée disparaît devant une autre manifestation goutteuse, dyspepsie, asthme, crise articulaire, etc. Les conditions hygiéniques influent en général sur l'évolution de ces manifestations.

La relation qui existe, entre la disposition goutteuse et les affections cutanées, étant connue, on était logiquement amené à appliquer, à la pathogénie des dermatoses goutteuses, les conceptions théoriques relatives à la pathogénie de la goutte. Gigot-Suard a tenté la démonstration directe du rôle de l'acide urique. (*Bulletin de la Société d'hydrologie*, 1868.) Golding-Bird et Malstem ont aussi montré la présence de cristaux d'acide urique dans les bulles de pemphigus et dans la sérosité de l'eczéma chez des

goutteux. Ossian Henry l'a cherché et trouvé dans la sueur, mais Garrod, Martini et Ubaldini contredisent ce résultat. (*Journal des sc. med. de Venise*, 1860.) Nous avons eu trois fois à Saint-Gervais, l'occasion de recueillir assez de sérosité eczémateuse, sur des sujets eczémateux goutteux, pour faire la recherche de l'acide urique par le procédé du fil avec l'acide chlorhydrique cristallisable. Dans les trois cas, nous avons constaté sur le fil la présence de cristaux d'acide urique. Ce sont là des recherches à poursuivre, dans la sérosité eczémateuse, dans la sueur et dans la salive.

M. Fernet, dans sa thèse d'agrégation (1869) estime ces preuves insuffisantes, M. Rendu émet la même opinion, et M. Bouchard considère comme une témérité pathologique de vouloir faire dépendre de l'accumulation d'acide urique, non plus seulement l'accès de goutte, mais les troubles morbides variés intercalaires.

Cependant, il nous semble que cette interprétation ne va pas, bien au contraire, à l'encontre de certains faits connus en pathologie cutanée. L'acide urique, éliminé par la peau, ne peut-il agir sur cet organe, comme le font certaines substances, certains médicaments ingérés?

Bien plus, dans un intéressant article concernant les notions d'étiologie relatives aux dermatoses, publié dans les *Annales médico-chirurgicales* (juin 1885), notre excellent ami, le docteur Barthélemy, rappelle l'action qu'exercent sur la peau les produits septiques, non plus seulement introduits dans l'estomac, mais créés sur place : affections cutanées se développant chez de vieux urinaires qui vident mal leur vessie, chez des gens dont le rein ou le foie fonctionnent mal, et même chez les femmes atteintes d'endométrie suppurative et chez les catarrheux avec dilatation des bronches. Si l'on admet que l'agent septique qui agit sur la peau peut se créer de toutes pièces dans l'organisme, pourquoi refuser à l'acide urique dans la goutte cutanée le même rôle et la même influence?

Pour terminer, quelques mots sur le traitement, et surtout sur le traitement thermal de cette forme d'eczéma. M. Besnier a écrit, avec juste raison, que le traitement alcalin n'est pas le traitement spécifique des arthritides, que, dans certains cas, il échoue, que, dans d'autres, il est héroïque. Si cela est parfaitement vrai pour les arthritides en général, on ne saurait être aussi affirmatif en ce qui concerne les arthritides goutteuses.

D'après notre observation, portant sur près de 140 cas d'eczéma chez des goutteux, le traitement par les alcalins est celui qui réussit le mieux chez les eczémateux de cette race.

Il en est tout autrement chez les eczémateux rhumatisants; souvent, chez eux, le traitement alcalin échoue. Nous en tirerons cette conclusions, c'est que, pour le choix de la station minérale à laquelle on enverra un eczémateux, il faut faire avec précision le diagnostic pathogénique de l'affection cutanée.

S'il est, en effet, indifférent d'invoyer un eczémateux arthritique à disposition rhumatismale à une eau minérale alcaline ou à une eau sulfureuse, la chose a une autre valeur pour un eczémateux arthritique à disposition goutteuse. Certes, nous ne nions pas que le bain sulfureux puisse avoir une action favorable sur la lésion cutanée, le bain sulfureux est un agent, un moyen de traitement local substitutif qui en vaut un autre. Mais la lésion cutanée n'est qu'une partie de la maladie, peut-être la moins importante; l'autre partie, qui mérite toute considération, ce sont les tendances aux récidives de la lésion, c'est sa tendance à la reproduction incessante sous l'influence de la disposition goutteuse, héréditaire ou acquise.

Le traitement n'aura donc un effet complet que si, en même temps qu'il modifie l'état local, il modifie aussi l'état général. Or, cette action appartient, avant toute autre médication, à la médication alcaline, et l'observation clinique le prouve.

Sur les 36 cas d'eczéma chez les goutteux que nous avons traités à Saint-Gervais pendant la saison 1885, 24 avaient été précédemment traités à des stations sulfureuses pyrénéennes, et plusieurs à diverses reprises. Or, l'appréciation des malades était celle-ci : les bains sulfureux guérissent notre eczéma, mais ne l'empêchent pas de revenir.

Nous savons qu'en affirmant ainsi la supériorité des eaux minérales alcalines sur les eaux sulfureuses, nous abordons une question très controversée. Dans la longue discussion qui a eu lieu, en 1867, à la Société d'hydrologie, concernant cet intéressant sujet,

BIU Santé

la doctrine de Bazin, qui avait pour conséquence d'enlever aux eaux sulfureuses la spécialité du traitement des arthritides, a été vivement combattue, tout au moins au point de vue de son application thérapeutique, par MM. Le Bret, Lambron, Gigot-Suard et d'autres.

Sans entrer plus avant dans ce débat, nous croyons que, si l'on ne peut pas dire que les eaux minérales alcalines conviennent toujours, mieux que les eaux sulfureuses, au traitement des *arthritides en général*, on peut affirmer cependant qu'elles sont la vraie médication utile pour le traitement des *arthritides goutteuses*.

Et d'ailleurs, les principaux partisans des eaux sulfureuses, n'ont-ils pas indirectement accepté cette manière de voir, lorsque, avec MM. Gigot-Suard et Charmasson de Puylaval, ils ont fait le sacrifice des qualités et des propriétés sulfureuses de leurs sources, pour rappeler leurs qualités et leurs propriétés alcalines et faire jouer au silicate de soude le rôle important.

Le traitement par les eaux minérales franchement alcalines, du groupe des bicarbonatées sodiques, n'est pas toujours possible; il y a des cas ou l'irritabilité des lésions, la susceptibilité de la peau, et d'autres conditions individuelles, ne permettent pas d'employer la balnéation à ces sources.

C'est alors que sont utiles les eaux chlorurées sulfatées, qui jouissent en Allemagne d'une si grande renommée (Ems, Kissingen, Marienbad), pour le traitement des manifestations abarticulaires de la goutte, et tout particulièrement des dermatoses goutteuses. Nos eaux chlorurées sulfatées françaises (Saint-Gervais) peuvent rendre les mêmes services.

Note sur l'anatomie des ligaments ronds au point de vue de l'opération d'Alexander

Par M. Louis Beurnier, interne des hôpitaux.

Depuis longtemps déjà j'ai commencé, sous l'inspiration de M. le professeur Duplay, des recherches cadavériques sur le ligament rond. Je me propose de les réunir, dans quelque temps, en un travail complet; mais l'article récemment publié par MM. Doléris et Ricard me force à prendre aujourd'hui même la parole.

Mes recherches ont toutes été faites suivant le procédé développé par Francis Imlach dans le *Britisch medical Journal* (avril 1885, p. 913). Elles ont porté sur 62 sujets d'âges différents, présentant soit une disposition normale de l'appareil génital, soit des types pathologiques passibles de l'opération d'Alexander. Je résume ici brièvement les résultats que j'ai obtenus et que j'exposerai tout au long prochainement; dès maintenant, je tiens à établir les points suivants :

1° Le ligament rond existe constamment sur tous les sujets. Il existe toujours en tant que ligament véritable ou cordon plein dans le trajet inguinal. A partir de l'orifice externe de ce trajet, on le trouve le plus souvent dans le même état; quelquefois, cependant, il est dissocié, mais dans des cas relativement rares, et on peut toujours alors le reconstituer en en réunissant les éléments.

2° Le péritoine n'a jamais été ouvert dans nos expériences. Cette ouverture serait peut-être possible à la rigueur, mais on peut en atténuer facilement le danger en appliquant, sur la partie la plus reculée du ligament, une ligature au catgut peu serrée pour provoquer des adhérences, ainsi que M. le professeur Duplay en a eu l'idée.

3° Enfin, j'ai fait des expériences de traction qui prouvent que le ligament rond offre une résistance relativement considérable et entraîne l'utérus quand on l'attire au dehors.

Dans ces recherches, j'ai eu en vue uniquement l'anatomie et la médecine opératoire. Je ne me prononce nullement pour ou contre l'opération d'Alexander, parce que je crois qu'après les divergences des chirurgiens, il n'est point permis de poser des conclusions sur ce sujet avant d'avoir vu par soi-même et l'opération et surtout ses résultats éloignés. Je ne me déciderai à en publier une étude qu'après avoir observé, pendant un temps suffisamment long, les malades que j'ai eu la bonne fortune de voir opérer par

M. le professeur Duplay qui, le premier en France, à ma connaissance, a pratiqué le raccourcissement des ligaments ronds. Ce que je veux seulement établir, c'est qu'anatomiquement l'opération est possible et ne présente même pas de très grandes difficultés. Ce que j'ai vu sur le vivant confirme absolument mes recherches cadavériques.

BIBLIOTHÈQUE

CAUSERIES SCIENTIFIQUES, découvertes et inventions. Progrès de la science et de l'industrie, par M. Henri DE PARVILLE. 23e année (1883) et 24e année (1884). Deux vol, in-12 jésus, de 370 pages chacun. — Paris, J. Rotschild, 1884.

Les deux volumes qui paraissent en même temps, à la librairie Rotschild, sont la reproduction des articles scientifiques que publie chaque semaine, avec tant de succès, M. de Parville dans différents journaux. On les a lus déjà, mais on les relit avec plaisir, car ils marquent bien le mouvement de la science, et ils sont écrits facilement, d'un style rapide et clair.

L'auteur a cru devoir conserver l'ordre chronologique suivant lequel se sont produits les sujets très divers dont il traite. Il en résulte que souvent, dans la même page, on passe d'un objet à un autre qui n'a nul rapport avec le précédent. La lecture y gagne en imprévu et en allégement, cela est certain; mais il en résulte aussi qu'il est assez difficile de trouver le point précis que l'on cherche. Ce qui est inévitable dans le compte rendu d'une séance (de l'Académie des sciences, par exemple, où il faut bien suivre l'ordre des présentations) aurait pu, croyons-nous, être évité dans un livre, qu'on ne consulte guère que pour revoir une matière déterminée.

M. de Parville a voulu, sans doute, laisser à ses *Causeries* toute la spontanéité de la première impression, et écarter jusqu'à l'apparence de la moindre prétention. Il a, d'ailleurs, tâché de remédier au léger inconvénient que je signale en plaçant, à la fin du volume, une « Table méthodique ». Ce serait bien s'il avait rangé, par ordre alphabétique, les sujets inscrits sous chacune des rubriques méthodiques : « Astronomie, physique, mécanique, chimie, médecine et physiologie, art des constructions, histoire naturelle, variétés. » Là encore, il a adopté l'ordre chronologique, de façon qu'on est obligé de lire la liste tout entière de la chimie, pour trouver, je suppose, ce qui a rapport aux falsifications du lait.

N'insistons pas sur ce défaut de classification, ou, pour mieux dire, de rangement très secondaire, et qui n'a d'importance que pour le lecteur avare de son temps. L'essentiel est que les volumes de M. de Parville présentent un tableau complet des inventions et des progrès de la science au cours de chaque année.

Après les avoir lus, les personnes, même étrangères à toute connaissance spéciale, seront suffisamment au courant des découvertes récentes. Elles seront arrivées à ce résultat sans fatigue, en prenant intérêt et plaisir à leur lecture. — M. L.

REVUE DES JOURNAUX

De l'empoisonnement par les conservcs alimentaires, par M. DOGGETT. — A la suite de six cas d'empoisonnement par des tomates conservées dans des boîtes métalliques, cet observateur a été conduit à formuler les conclusions suivantes, dont l'intérêt n'est pas moindre en Amérique qu'en Europe où l'usage de ces conserves devient de plus en plus populaire.

Les symptômes observés étaient ceux des intoxications par les sels métalliques. Dans un cas, l'examen chimique révélait la présence des sels de plomb, dont on pouvait attribuer l'origine à l'addition frauduleuse de ce métal à l'étamage de ces boîtes. Dans d'autres cas, les réactions chimiques étaient celles du zinc, qui vraisemblablement provenait du chlorure de zinc employé dans l'opération de la soudure. La législation de l'État de Maryland a prévu ce cas et défend de faire, dans ce but, usage de ce sel.

©BIU Santé

Enfin une autre origne peut encore être attribuée à ces accidents. Le contact prolongé des acides végétaux avec le métal plus ou moins plombifère des boîtes. On s'explique ainsi le danger de laisser les aliments dans ces boîtes, après l'ouverture de leur couvercle et au contact de l'air qui favorise la fermentation et la formation d'acides. (*The Boston medical Journal*, 15 juillet 1885.) — C. L. D.

Des propriétés hémostatiques de l'ambrosia artémisifolia, par Hill. — Jusqu'ici, si je ne me trompe, l'ambrosia artémisifolia était surtout connue par le catarrhe nasal qu'elle provoque et qui a place dans les diverses formes d'hay fever. Cependant, paraît-il, elle est employée dans la médecine domestique du Maryland, comme un fébrifuge et surtout un amer, ressemblant un peu sur ce point aux usages populaires de l'artémise en Europe.

M. Hill leur accorde des vertus hémostatiques et cite le fait d'un individu qui arrêtait les hémoptysies en avalant le jus provenant de la mastication de cette plante. De plus, il aurait fait usage de sa décoction contre l'épistaxis et contre le purpura hémorrhagique. (*North Carolina med. Journal*, juillet 1885.) Ces vertus méritent d'être confirmées par de nouveaux essais, et, si elles sont partagées par les armoises européennes, elles viendront réhabiliter ces végétaux de la flore indigène, trop délaissés au grand profit de la flore du Nouveau-Monde. — C. L. D.

La déodorisation de l'iodoforme, par Oppler et Fraipont. — Ce moyen consiste dans l'adjonction, à l'iodoforme, de 40 à 50 p. 100 de café finement pulvérisé. On connaît les propriétés désinfectantes de cette substance, qui enlève leur odeur aux matières organiques en putréfaction. Cette propriété a suggéré à M. Oppler ses essais et à M. Fraipont ses expériences de contrôle.

Malheureusement, comme l'a remarqué Lücke, il y aurait danger à introduire ce mélange dans les cavités, car, si l'iodoforme doit être absorbé, la poudre de café joue le rôle d'un corps étranger. La pommade à l'iodoforme ainsi désodorisé a pour formule : Iodoforme, 1 gramme; vaseline, 10 grammes; café finement pulvérisé, 3 centigrammes; m. s. a. (*Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège*, août 1885.) — C. L. D.

Éruption iodique simulant la variole, par Llewelly Eliot. — Cet observateur a noté des éruptions varioliformes chez des individus soumis à l'administration de l'iodure de potassium, même à faibles doses. Dans un cas, cette substance, absorbée à une dose totale de seize grains, provoqua du coryza, des douleurs musculaires de la conjonctivite, du gonflement de la face, de la céphalalgie, de la pharyngite et surtout une éruption pustuleuse sur le visage. On cessa l'emploi du médicament. Les symptômes de l'iodisme avaient débuté après l'administration de 4 grammes d'iodure alcalin. (*N. Y. Medical Record*, 28 mars 1885). — C. L. D.

Du traitement de la dyspepsie et de l'obésité au moyen des sels biliaires, par Granville. — L'obésité et les dyspepsies seraient justiciables de l'emploi du taurocholate et du glycocholate de soude. M. Granville les administre en pilules contenant quatre grains de l'un et l'autrel sel, et les donne au commencement des repas.

Sous cette influence, les selles deviendraient plus bilieuses et les digestions moins laborieuses. Il en fait usage avec succès, écrit-il, dans le traitement de la goutte et de l'obésité. (*The Lancet*, 1885, août, p. 745). — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1885.

Une *opération de gastrotomie pour un rétrécissement de l'œsophage*, a été le sujet d'une présentation de pièces anatomiques et d'une observation par M. Follet. La mort survint dans le collapsus, douze heures après l'opération, et le chirurgien lillois l'attribua au choc opératoire. Ce rétrécissement était consécutif à une ancienne œsophagite gan-

gréneuse, produite par une solution de potasse caustique que le malade avait avalée quatre ans auparavant.

Dans la discussion qui suivit, M. Paquet n'a pas hésité à regarder la mort comme le résultat de l'inanition, et, à l'appui de son opinion, a rapporté l'histoire sommaire d'une opération semblable qu'il pratiqua en 1884, et dont la terminaison fatale était due à cette cause.

A propos d'un *kyste hématique profond de la fesse gauche*, M. Follet s'est livré à de savantes considérations sur la pathogénie des kystes hématiques. Ils débuteraient par une extravasation sanguine agissant comme corps étranger, provoquant autour d'elle la prolifération du tissu conjonctif, la formation d'une zone isolante, analogue à la membrane granuleuse, et constituée par les mêmes éléments anatomiques : noyaux et jeunes cellules. Plus tard, il se formerait des dépôts fibrineux stratifiés ; tandis que la face interne du kyste peut devenir le siège de ruptures vasculaires accidentelles, et par conséquent d'hémorrhagies qui augmentent encore le volume du liquide kystique.

Cette étiologie permet de formuler les indications thérapeutiques. Quand la poche kystique est jeune, notre confrère recommande l'injection iodée, l'incision et le drainage. Plus tard, quand la poche est vaste et présente des parois rigides, l'extirpation lui paraît indiquée parce qu'on ne peut plus compter alors sur l'accolement des parois.

Une autre présentation mérite encore l'attention : elle était relative à un cas de *leucocythémie ganglionnaire et splénique*, dont M. Hallez avait été témoin. Les tumeurs étaient réunies en deux groupes : l'un, sous-péritonéal, comprimant les viscères et les vaisseaux, produisant l'ascite et ayant envahi le tissu splénique; l'autre médiastinique, séparant la trachée de l'œsophage.

L'urine était exempte d'albumine et très pauvre en urée et en sels. Le nombre des globules rouges n'avait pas varié pendant la maladie ; mais le sang contenait beaucoup de globulins et peu de leucocytes. Ces observations anatomo-pathologiques serviront sans doute à l'histoire encore obscure de cet état morbide.

Il en est de même de la description de ces pièces anatomiques, relatives à une *hyperostose généralisée avec tumeurs ostéoïdes de la base du crâne et du cervelet*, que M. Paquet propose de considérer comme la manifestation d'une sorte de diathèse ostéogénique.

Mentionnons enfin la communication de M. Noquet sur des *polypes muqueux de l'oreille*, s'insérant dans la caisse du tympan, faisant issue hors de cette cavité par une ouverture de la membrane tympanique et dont l'ablation complétée par des instillations d'alcool rectifié, fut suivie de guérison ; — et la note où M. Paquet donne la description d'un *cancer développé dans l'épaisseur du muscle grand palmaire ;* tumeur rare assurément, puisque, selon la judicieuse remarque de M. Baudry, le cancer des muscles est habituellement secondaire, et résulte généralement d'une propagation par voisinage.

C. E.

VARIÉTÉS

L'ANESTHÉSIE ET LES DENTISTES.

La question de l'anesthésie par les dentistes a vivement ému et intéressé le public médical, l'an dernier, à la suite de l'accident mortel survenu entre les mains de M. Duchesne.

Elle fut étudiée avec beaucoup de soin par le comité et le Conseil d'hygiène, mais ils n'arrivèrent qu'à conclure à la nécessité d'une réglementation de l'exercice de l'art dentaire, but difficile à atteindre. Cependant elle fut résolue en principe, dès cette époque, par notre confrère le docteur Th. David, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, qui avait tiré d'une minutieuse étude des textes de loi et règlements divers les conclusions suivantes :

1° L'anesthésie doit être considérée comme une des grandes opérations chirurgicales qui, aux termes de la loi de ventôse an XI, ne peuvent être pratiquées que par les docteurs en médecine.

©BIU Santé

2° Les officiers de santé n'ont le droit de la pratiquer que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur.

3° Il est impossible de prétendre qu'une opération interdite, même aux officiers de santé, puisse être considérée comme rentrant dans la pratique de l'art dentaire, et permise à des personnes qui ne sont munies d'aucun grade médical.

4° Les dentistes non diplomés, qui pratiquent seuls l'anesthésie, encourent donc les pénalités édictées contre l'exercice illégal de la médecine (art. 35 et 36 de la loi de ventôse, amende et même prison), et, en cas d'accidents, celles qui sont édictées en l'article 319 du Code pénal, visant l'homicide par imprudence.

Le travail de M. David a servi de base, dans le procès Duchesne, à l'acte d'accusation ; le ministère public en a lu plusieurs passages devant le tribunal ; il a même été mentionné dans le jugement, qui a été rendu dans le sens des conclusions précitées.

Ce jugement condamne Duchesne sur les deux chefs de la poursuite, indiqués dans ces conclusions, exercice illégal de la médecine et homicide par imprudence. Il fixera désormais la jurisprudence sur ce point, à savoir que les dentistes ne peuvent pratiquer seuls l'anesthésie. C'est assurément le point le plus important à établir, en attendant la réglementation complète de l'art dentaire.

C'est à ce titre que nous reproduisons le texte de ce jugement, dont l'intérêt est d'autant plus grand que c'est le premier document de ce genre :

A l'audience de ce jour, le Tribunal a rendu, dans cette affaire, le jugement qui suit :

« Le Tribunal,

« Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que, le 25 novembre 1884, le sieur Lejeune s'est rendu chez Duchesne pour se faire extraire une dent ;

« Que, sur la demande du client, le dentiste lui a fait respirer du protoxyde d'azote pour le rendre insensible à l'opération ;

« Qu'à la suite de ces inhalations, le sieur Lejeune est tombé en syncope et a succombé ;

« Attendu que, dans cette opération, Duchesne a eu le tort de ne pas se faire assister par un docteur en médecine ;

« Qu'en effet, l'administration du protoxyde d'azote exige chez l'opérateur des connaissances physiologiques sérieuses, qui lui permettent d'examiner, au préalable et avec soin, l'état des organes du sujet qui réclame l'anesthésie ;

« Que quelle que soit l'expérience du prévenu, expérience qui a pu suffire dans la plupart des cas, mais non dans tous, ces connaissances spéciales paraissent faire défaut à Duchesne, qui n'est ni docteur en médecine, ni officier de santé, bien qu'il prenne faussement la qualité de médecin ;

« Qu'un examen médical approfondi du sieur Lejeune était d'autant plus nécessaire que, d'après son propre médecin, c'était un homme dont la constitution ne lui permettait pas de lui faire respirer sans danger une substance anesthésique ;

« Attendu que Duchesne a si bien compris sa faute que, pour se disculper, il s'est hâté d'affirmer, contrairement à la vérité, comme il l'a plus tard avoué, qu'il s'était fait assister d'un docteur en médecine ;

« Attendu que l'un des experts commis, le docteur Brouardel, entendu à l'audience, estime que, pour l'application de l'anesthésie, deux personnes compétentes, dont l'une au moins soit docteur en médecine, sont nécessaires, et que c'est une imprudence réelle d'appliquer l'anesthésie, comme l'a fait Duchesne, sans observer ces conditions ;

« Que, d'après le même témoin, c'était, dans ce cas particulier, une imprudence spéciale d'administrer le protoxyde d'azote au sieur Lejeune, étant donné le tempérament de ce dernier ; qu'il était admissible de pratiquer sur lui ce mode d'anesthésie, s'il se fût agi de l'opérer pour une maladie grave, mais non pas alors qu'il s'agissait d'une pure opération de complaisance, suivant l'expression du témoin lui-même ;

« Attendu, d'un autre côté, que si, parmi les opérations chirurgicales, l'extraction d'une dent doit être considérée comme une opération généralement sans importance et qui, exigeant seulement une certaine habileté de main, peut sans danger être con-

fiée à un dentiste quelconque, même non diplômé, il n'en est pas ainsi quand cette opération est accompagnée d'anesthésie;

« Que, dans ce dernier cas, et d'après l'avis des experts, elle appartient sans conteste à la catégorie des grandes opérations;

« Qu'à ce titre, aux termes de l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI, les officiers de santé, à plus forte raison les dentistes, qui ne possèdent aucun grade, n'ont le droit de la pratiquer que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur;

« Qu'il en résulte encore qu'une telle opération est une contravention à l'article 35 de la même loi, qui interdit d'exercer la médecine ou la chirurgie sans diplôme;

« Qu'une contravention de ce genre, quand elle occasionne la mort ou des blessures, devient l'un des éléments du délit prévu par l'article 319 (C. pénal), et qui est précisément le délit reproché au prévenu;

« Attendu, enfin, que le directeur actuel de l'Ecole dentaire de Paris n'hésite pas à reconnaître la nécessité de l'intervention d'un docteur dans l'application faite par les dentistes des procédés anesthésiques;

« Attendu que, dans les circonstances de la cause, il n'est pas douteux, pour le Tribunal, que la faute de Duchesne ait occasionné la mort du sieur Lejeune;

« Que telles sont d'ailleurs les conclusions du rapport des experts, lesquelles s'expriment ainsi : « On doit donc considérer cette anesthésie comme ayant déterminé la mort. »

« Qu'ainsi il ressort de tout ce qui précède que Duchesne a, en novembre 1884, à Paris, par imprudence, négligence ou inobservation des règlements, commis involontairement un homicide sur la personne du sieur Lejeune, délit prévu et puni par l'article 119 du Code pénal;

« Attendu, toutefois, qu'il existe des circonstances atténuantes, et qu'il y a lieu de modérer la peine par application de l'art. 463...

« En ce qui concerne les dommages-intérêts réclamés par la partie civile :

« Attendu qu'à ce point de vue le tribunal ne doit se préoccuper que du dommage matériel résultant pour sa veuve de la mort du sieur Lejeune;

« Attendu que si cet événement a pu ralentir la marche des affaires de la maison de commerce de Lejeune, il faut reconnaître qu'il a été en même temps une source de bénéfice pour sa famille, puisqu'il a fait cesser le paiement annuel des primes d'une assurance sur la vie qu'entretenait Lejeune, et qu'il a rendu immédiatement exigible le montant de cette assurance, soit 40,000 francs;

« Qu'il importe, en outre, de considérer que la mort du sieur Lejeune est due non seulement à la faute de Duchesne, mais aussi à la propre imprudence de la victime, qui a eu le tort, sans consulter son médecin ordinaire, ou sans se faire assister d'aucun docteur, de réclamer sur sa personne l'application de procédés anesthésiques;

« Que cette imprudence constitue une fin de non-recevoir partielle contre la réclamation de la partie civile;

« Que, par suite de ces considérations, une somme de 3,000 fr. est une réparation suffisante;

« Condamne Duchesne à 600 fr. d'amende et le condamne à payer à la dame veuve Lejeune la somme de 3,000 fr. à titre de dommages et intérêts, et condamne la partie civile aux dépens, sauf son recours contre Duchesne. » (*Le Droit*, 28 nov. 1885.)

FORMULAIRE

Traitement du diabète hydrurique. — Demange.

L'opium brut, l'extrait d'opium ou la morphine ont été employés avec succès, dans certains cas de diabète insipide. On a prescrit également la belladone, le camphre, le castoreum, l'asa fétida; mais la valériane a été particulièrement recommandée par Trousseau, et, plus récemment, Bouchard déclare en avoir obtenu d'excellents résultats. On l'administre en poudre, et surtout en extrait, aux doses de 8 à 15 grammes par jour. L'électricité, sous forme de courants continus, appliqués sur la colonne vertébrale, paraît avoir réussi entre les mains de Le Fort.

L'alimentation doit être surtout azotée. Le malade fera un usage très modéré du sucre et des féculents, qui nécessitent une assez forte proportion d'eau pour leur digestion. Il s'efforcera de diminuer la quantité des boissons; et il évitera d'une façon absolue les tisanes diurétiques, les vins gazeux et blancs, la bière, les eaux minérales diurétiques. Il boira de préférence des vins rouges fortement chargés de tannin et se préservera autant que possible du froid et des variations brusques de température. — N. G.

COURRIER

Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient, par arrêté du 26 novembre, de décerner les récompenses ci-après désignées aux personnes qui ont été signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en France pendant l'année 1884 :

Prix. — Le prix de la valeur de 1,500 francs est partagé entre : Mlle Bauduin, sage-femme à Vannes ; M. le docteur Jules Besnier, à Paris, et M. Vaillard, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Médailles d'or. — M. le médecin-major de première classe Millet, à Caen; MM. les médecins-majors de deuxième classe Bassompierre, à Evreux, et Carivenc, à Morlaix ; M. Poggi, instituteur à Ersa (Corse).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Accolas, médecin-major de première classe à Vincennes ; Adhéran, à Annonay ; Albert, à Toulouse ; Barbarin, à Briançon ; Bardy, à Belfort; Benoist, à Saint-Nazaire; Blanc, à Avignon; Bodin, à Saint-Donat; Boisson fils, à Lure; Boppe, médecin aide-major de première classe à Epinal; Borel, à Chabeuil ; Breton, médecin-major de première classe à Tulle; Carpentier-Méricourt, à Paris; Cavaillé, à La Capelle-Bleys ; Courteneuve, à Saint-Claud (Charente); Decroix, à Waten; Descubes, à Civray; Dhoste, médecin du service de santé de la marine à Karikal; Dugat, à Orange; Féraud, à Saint-Palais; Fidel, à Saint-Romain; Franchet, à Saint-Martin-en-Haut; Frouin, à Saint-Nicolas; Garavel, à Montreuil; Genoud, à Thonon; Gerbault, médecin-major de deuxième classe à Rambouillet; Grinda, à Nice; Gros, à Decize; Guinoiseau, à Saint-Dizier; Herviaux, à Maure; Lagarde, à Montauban; Lamarche, à Dijon; Lathoud, à Yenne; Le Royer, à Carrouges; de Lignerolles, au Havre ; Lorber, à Fesches ; Martin, à Quimperlé ; Ménard, à Feurs; Miffre, à Pairac; Passano, à Bourg-d'Oisans; Perrimond, à Montauroux ; Piettre, à Saint-Maur (Seine); Pillard, à Cuiseaux ; Pouzol, à Monistrol-sur-Loire; Radou et Ruelle, à Paris; Sahut, à Gannat ; Sapin, à Paris; Saulgeot, à Beaune; Sesselmann, à Ogeviller; Tixier, à Liancourt; Velten, à Versailles; Villebrun, à Capestang; de Welling, à Rouen.

MM. les officiers de santé Dastas, à Sainte-Croix (Ariège); Johnston, à Châteaulin ; Laffitte, à Condom ; Massina, au Boulou ; Vaillant, à Méaulte.

Mmes les sages-femmes Achallé, au Poiré-sur-Vie; Arnaud, à Saint-Ouen (Seine); Berthomieu, à Vitry (Marne); Bertrand, à Lavaur; Bessières, à Mende; veuve Bulliod mère, à Mustapha; Charazac, à Beaulieu (Corrèze); Charlon, à Issoudun; Charton, à Avallon; Comel, à Montflanquin; Corabeuf, à Condé; Cotrel-Decaux, à Péronne ; Dard, à Troyes; Débéda, à Paris; Didier, à Saint-Denis (Seine); Dolignon, à Saint-Quentin ; Dreux, à Mézières: Dreyfuss, à Saint-Mandé ; Duclos, à Marolles-les-Braults; Faure, à La Souterraine; Ferret, à Bressuire; Folliot, à Cherbourg; Gobillot, à Tarbes; veuve Henner, à Mayenne; Joussein, à Vergt ; Laudren, à Lorient; Lautissier, à Mont-sous-Vaudrey; Lavie, à Souprosse ; Léger, à Charost; Marion, à Arnould; Morin, à Verdun ; Naudin jeune, à Fontainebleau; Pelcat, à Pont-Audemer; Pélissier, à Nîmes ; Ploquin, à Sainte-Maure; Rigault, à Blois; Rossi, à Ajaccio; Rousseau, à Châteauneuf-sur-Loire; Taptout, à Aixe-sur-Vienne; Uzols, à Aurillac.

M. Plumeau, adjoint au maire de Bordeaux.

Dyspepsies. — Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez. — Exp. de MM. Archambault, Gubler, etc. (*Envoi franco échantillons*).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Panas : Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil. — II. Tachard (de Colombes) : Hydrophobie rabique. — Incubation de 18 mois. — III. Bibliothèque. — IV. Lettres d'Orient. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VI. Courrier.

Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil (1),

Par M. le professeur PANAS,

Recueillies par E. Blanc, interne des hôpitaux.

Une fois que vous aurez reconnu, par l'étude de la diplopie, à quelle variété de paralysie vous avez affaire, il faudra en déterminer le degré. Sachant donc que la déviation produite par un prisme est extériorée dans le sens de l'arête, il vous sera facile de trouver pour l'œil dévié un prisme d'un certain degré qui, incliné d'une certaine façon, neutralise exactement la diplopie. S'il faut, par exemple, pour obtenir la fusion des images, un prisme à base externe de 10°, on notera une insuffisance du droit externe égale à 5°, moitié de l'angle du prisme. De temps à autre, on renouvellera l'examen, et, d'après le degré du prisme correcteur nécessaire pour corriger la diplopie, on saura exactement quelle est la marche de la paralysie, si elle demeure stationnaire, si elle tend à s'aggraver ou si, au contraire, elle est en voie de guérison.

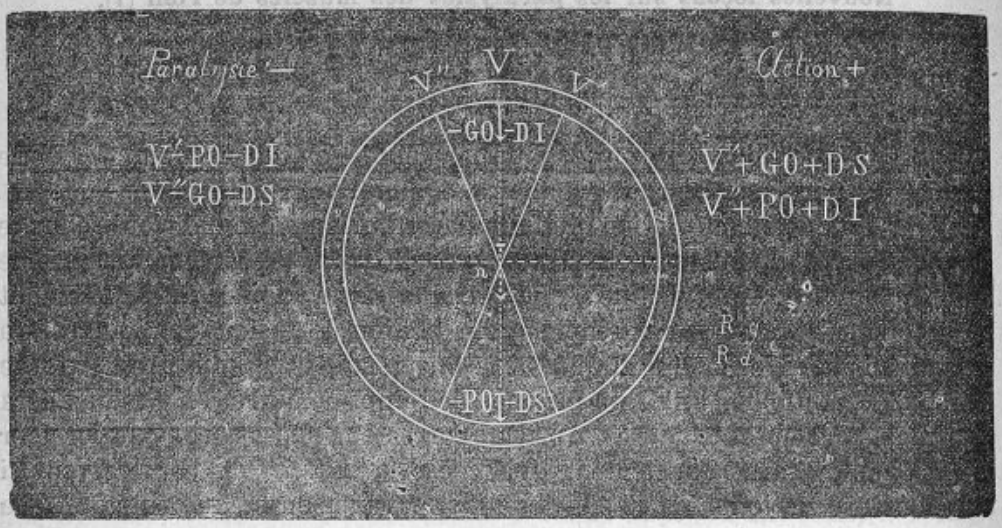
De même que le prisme peut servir à mesurer exactement le degré des déviations oculaires, nous possédons, dans le verre convexe, un excellent dynamomètre qui nous donne la mesure des paralysies accommodatives. Il suffit, tenant compte de l'âge du sujet et de l'état de la réfraction, de le faire lire à 25 centimètres et de noter le numéro du verre convexe qui donne des images nettes. S'il faut, par exemple, à un emmétrope âgé de 30 ans, et qui doit posséder normalement sept dioptries d'accommodation, c'est-à-dire pouvoir lire encore distinctement 100/7 = 14 centimètres, s'il faut à cet homme pour lire à 25 centimètres, distance qui n'exige que quatre dioptries d'accommodation, un verre convexe de 2D, nous dirons qu'il ne possède plus que 2D d'accommodation qui, ajoutés aux deux dioptries fournies par le verre convexe, donnent les quatre dioptries nécessaires à un emmétrope pour la vision distincte à 25 centimètres. Dans l'exemple cité, le malade a donc perdu les 5/7 de son accommodation, puisqu'il ne lui reste que deux dioptries sur sept dont il devrait disposer, la force restante de son muscle accommodateur sera donc représentée par la fraction 2/7. Il serait facile de multiplier les exemples.

Tandis que la diplopie verticale et la diplopie latérale sont assez facilement comprises, j'ai remarqué que les commençants ont quelque peine à se familiariser avec le sens de l'inclinaison des images consécutive à une rotation défectueuse du méridien vertical et je vous engage à étudier ces schémas, pour bien fixer vos idées. N'oubliez pas surtout cette loi physiologique en vertu de laquelle l'œil dévié, qui reçoit l'image des objets sur un point de sa rétine plus ou moins éloigné de la macula, extériore ceux-ci dans l'espace en des points diamétralement opposés à ceux impressionnés sur la membrane sensible de l'œil : en haut, si la sensation lumineuse a été

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 19 septembre, 6, 17, 31 octobre, 22 et 26 novembre 1885.

perçue par la partie inférieure de la rétine, en dedans, si c'est la partie externe, etc.

Sur le premier schéma, j'ai superposé à la rétine gauche la rétine droite et les inclinaisons qui sont imprimées à son méridien vertical. Vous voyez que, sous l'action des muscles grand oblique et droit supérieur, le méridien vertical V s'incline en dedans vers V'. A l'état normal, cette tendance est

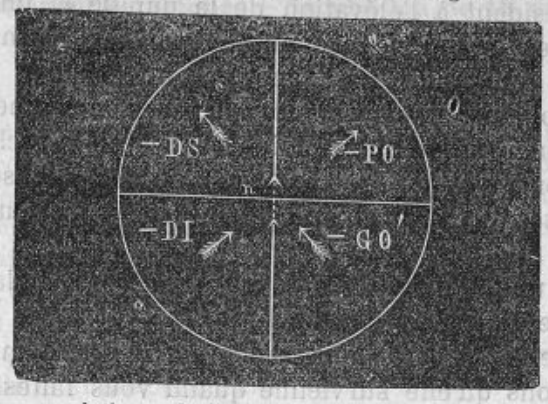


Les deux rétines superposées, la droite déviée sur la gauche normalement placée.
V Méridien vertical. — V' V'' Le même méridien incliné.
R. g. Rétine gauche. — R. d. Rétine droite.
Le sens des inclinaisons du méridien se rapporte à la rétine de l'œil droit.
GO = Grand oblique.
DI = Droit inférieur.
PO = Petit oblique.
DS = Droit supérieur.
n = Image normale sur la *macula* de la rétine gauche.

neutralisée par l'action inverse des muscles petit oblique et droit inférieur qui attirent en dehors le même méridien vers V''. Qu'une de ces paires musculaires antagonistes vienne à être paralysée ou simplement affaiblie, aussitôt l'action des forces contraires deviendra prépondérante, et le méridien sera entraîné par les muscles sains : V s'inclinera vers V' dans la paralysie de PO ou de DI ; il se penchera au contraire vers V'' dans celle de GO ou de DS. Vous voyez en outre sur ce schéma trois flèches, dans la direction du méridien vertical : la flèche moyenne pointillée correspond à la macula de l'œil gauche, c'est-à-dire au point où doivent venir se former les images sur la rétine ; elle est renversée, car vous savez que les images sont renversées par les milieux de l'œil, avant de parvenir à l'écran rétinien. La flèche supérieure entre GO et DI représente l'endroit où viennent se peindre les objets dans la paralysie des abaisseurs, la flèche inférieure, le point de la rétine impressionné dans la paralysie des élévateurs. Supposons maintenant une paralysie du grand oblique. A côté de la diplopie verticale et homonyme, que nous comprenons déjà, comment allons-nous concevoir l'inclinaison de l'image ? A la suite de cette paralysie, V sera entraîné sans résistance par PO et DI vers V'', donc V' viendra prendre la place de V et l'image sera extériorée comme si elle avait réellement l'inclinaison primitive de V'. La pointe de la flèche occupera sur la rétine une position plus centrale et, projetée, sera vue assez près de l'image normale ; la queue de la flèche au contraire, correspondant à un point plus élevé et plus interne

de la rétine sera vue plus bas et plus en dehors que la pointe et, en résumé, l'image sera inclinée en dedans.

Voilà un autre schéma représentant dans leur ensemble la projection des images paralytiques de l'œil droit dans leurs rapports avec l'image fovéale *N* extériorée par l'œil gauche normal. Regardez la projection de



Projection des images paralytiques de l'*œil droit* dans leurs rapports avec l'image fovéale *n* de l'œil gauche normal.
DS = Droit supérieur.
PO = Petit oblique.
DI = Droit inférieur.
GO = Grand oblique.

l'image correspondant à la paralysie du droit supérieur : elle est supérieure, et interne. (On pourrait faire un raisonnement semblable pour chacune des flèches inclinée en dedans. Or, quelle est l'action du droit supérieur, il est élévateur, adducteur et rotateur en dedans. Vous voyez donc que la situation et l'inclinaison de l'image paralytique répond absolument à l'action normale des muscles et que ceux qui inclinent en dedans le méridien vertical ont leurs images paralytiques inclinées en dedans, tandis que l'inclinaison des images en dehors correspond à la paralysie ou l'insuffisance des rotateurs en dehors. Ce schéma vous fait voir également la diplopie homonyme dans ses rapports avec la paralysie des abducteurs (GO et PO) et la diplopie croisée correspondant à celle des adducteurs (DS et DI).

Diagnostic du côté paralysé. — Si les malades faisaient toujours des réponses précises, relativement à l'inclinaison des images, ce diagnostic serait des plus faciles. Le sujet ayant un verre rongé devant un œil, il suffirait qu'il déclare qu'une des images est inclinée pour qu'on sache tout de suite quel est l'œil atteint, puisqu'un œil, dont la musculature est intacte, ne projette pas d'images inclinées. Mais je vous l'ai déjà dit : en pratique, la recherche de l'inclinaison des images est une tâche ingrate et souvent stérile, à cause de l'incertitude des réponses du sujet et le plus ordinairement le malade se borne à vous dire qu'il voit deux images, l'une au-dessus de l'autre, ou à côté l'une de l'autre, et séparées par une distance qu'il déterminera assez bien.

Si le malade n'accuse que de la diplopie latérale, le diagnostic sera assez simple. Que les doubles images se montrent, par exemple, dans la moitié droite du champ du regard, vous savez qu'un des deux muscles qui s'associent dans ce mouvement est paralysé. Mais lequel ? Est-ce le droit interne de l'œil gauche ou le droit externe de l'œil droit ? La réponse est bien simple : si la diplopie est homonyme, c'est un abducteur qui est paralysé, donc, dans l'exemple choisi, le droit externe de l'œil droit. Y a-t-il au con-

©BIU Santé

traire diplopie croisée, c'est un adducteur qui est en cause, par conséquent le droit interne de l'œil gauche.

Mais, en l'absence de signes objectifs indiquant le côté paralysé, l'analyse devient plus délicate, quand on se trouve en présence d'une diplopie verticale. En effet, dans le regard binoculaire, quatre muscles, deux de chaque côté, président à l'élévation de la pupille et un nombre égal à l'abaissement. C'est un attelage à quatre chevaux, parmi lesquels il faut déterminer celui qui boite. Les synergies musculaires viennent encore compliquer le problème et, par exemple, dans les mouvements d'abduction, d'adduction et d'inclinaison du méridien vertical, le muscle grand oblique, d'un côté, est congénère du droit inférieur du côté opposé; des synergies semblables unissent le petit oblique et le droit supérieur dans la vision binoculaire.

Pour arriver à un diagnostic exact, vous procéderez de la façon suivante, en présence d'une diplopie verticale :

Vous rechercherez d'abord dans quelle partie du champ du regard elle apparaît. Supposons qu'elle survienne quand vous faites diriger l'œil en bas : c'est un des quatre abaisseurs qui est paralysé.

Deux de ces abaisseurs sont en même temps abducteurs, les deux autres sont adducteurs; recherchez donc si la diplopie est homonyme ou croisée. Si elle est homonyme, vous n'avez plus qu'à songer aux muscles grands obliques; si elle est croisée, vous saurez que vous avez affaire à un droit inférieur.

Mais lequel? Le gauche ou le droit? Pour résoudre cette question, souvenez-vous qu'en raison de leur direction croisée par rapport à l'axe antéro-postérieur de l'œil, il existe, pour les deux muscles associés dans l'abaissement de la pupille, certaine position de l'œil qui leur permet, mieux que toute autre, de développer leur maximum d'action. Le petit oblique produira son effet abaisseur maximum, pendant que le regard se dirige en dedans, alors que l'axe antéro-postérieur de l'œil tend à devenir parallèle au plan de ce muscle. Pour la même raison, une légère abduction favorisera le fonctionnement du droit inférieur. Quand ce muscle est paralysé, la diplopie verticale s'accentuera dans l'abduction, position de l'œil très défavorable à la mise en jeu du grand oblique abaisseur accessoire, et cette diplopie verticale ira diminuant à mesure que l'œil, se portant davantage dans l'adduction, permet au grand oblique de développer son action pour remplacer le droit inférieur paralysé. Le malade verra donc, s'il a une paralysie du droit inférieur droit, l'intervalle vertical qui sépare les images diminuer de droite à gauche. Cet espace se raccourcira, au contraire, de gauche à droite, si le muscle droit inférieur gauche est frappé. Dans la position primaire des yeux (regard dirigé directement en avant), il y aura entre les deux images une distance qui représentera la moyenne entre les deux extrêmes.

Le même raisonnement s'applique à la paralysie des grands obliques.

Si vous avez reconnu une paralysie des élévateurs, vous procéderez exactement de la même façon au diagnostic du muscle et du côté paralysé, en vous souvenant que la position du globe oculaire qui favorise l'action du droit inférieur est aussi celle où le droit supérieur détermine son maximum d'effet et que l'adduction facilite les mouvements d'élévation du petit oblique, comme les mouvements d'abaissement du grand oblique. Dans la paralysie du droit supérieur droit, à côté de la diplopie verticale et croisée,

vous constaterez donc que l'intervalle qui sépare les images va en diminuant de droite à gauche, et l'espace qui sépare les images diminuera en sens inverse, c'est-à-dire de gauche à droite, s'il s'agit de son congénère du côté gauche.

Hydrophobie rabique. — Incubation de 18 mois (1)

Par le docteur Tachard (de Colombes).

Le 1er novembre 1885, je suis appelé à donner mes soins à M. X..., âgé de 26 ans, marié, habitant Colombes. M. X... se plaint d'une violente douleur dans le *bras droit*, irradiant dans le côté droit de la poitrine. Cette douleur dure déjà depuis quelques jours, et le malade l'attribue à un excès de fatigue produit par une séance prolongée de gymnastique qui a eu lieu plusieurs jours auparavant, et à la suite de laquelle il a éprouvé un certain refroidissement. La langue est chargée d'un enduit jaunâtre; il y a un peu de fièvre et de la constipation.

Le lendemain, 2 novembre, je revois M. X... qui se plaint de plus en plus de son *bras droit*, et qui, pour la première fois, me signale un nouveau phénomène. Il me raconte que, depuis le 31 octobre à midi, il lui est à peu près impossible d'avaler un liquide quelconque; je le fais boire devant moi, et dès qu'il a porté son verre au nivean de la bouche, il est pris d'un tremblement violent, et un spasme subit lui fait repousser le liquide. L'expérience renouvelée dans l'obscurité produit les mêmes résultats. Je prie M. X... de vouloir bien mettre ses mains dans une cuvette pleine d'eau, le même mouvement d'effroi se reproduit dès que les mains approchent du liquide. Avec un éventail, j'envoie quelques bouffées d'air frais à la figure du malade, et le spasme laryngo-pharyngé se renouvelle. D'ailleurs, il n'y a ni céphalalgie, ni douleur autre que celle du bras, et la vue des objets brillants (glace, etc.) est parfaitement supportée. Aucune modification ne s'est produite dans son caractère. En présence des phénomènes très graves auxquels je venais d'assister, j'interroge la famille et voici ce que j'apprends :

Dans les premiers jours de *mars 1884*, M. X.... a été légèrement mordu à la *main droite* par un chien qui n'était pas considéré comme enragé, mais qui a été abattu sur l'heure. Malheureusement, l'autopsie du chien n'a pas été faite. Quoi que n'ayant aucune crainte, le jour même de la morsure M. X... a versé sur la petite plaie un peu de teinture d'iode, puis il a perdu peu à peu le souvenir de cet accident. Dans ces derniers temps, lisant, comme tout le monde, dans les journaux, le récit des magnifiques découvertes de M. Pasteur, il n'a même pas pensé à la morsure du mois de mars 1884.

De retour auprès du malade, et sous prétexte d'examiner son bras douloureux, seule cause de ses préoccupations, je retrouve la cicatrice provenant de la morsure, entre le premier et le deuxième métacarpien. Elle est un peu rouge, mais nullement douloureuse. Elle a à peine un centimètre carré de surface. Dès ce moment, il n'y avait plus de doute sur la nature du mal, et je fis part à la famille de mon diagnostic : *Hydrophobie rabique.*

Le jour même, j'écrivis à M. Pasteur pour lui soumettre le cas; j'ai cru, en effet, de mon devoir strict de ne pas abandonner mon malade à une mort trop certaine sans savoir si l'illustre savant ne pourrait rien tenter pour le sauver. Le lendemain, j'ai vu M. Pasteur qui, malheureusement, ne pouvait rien, me dit-il, pour mon malade. « Je puis préserver, mais je ne guéris pas », furent ses paroles textuelles.

La journée se passe assez bien, le malade se lève; il s'occupe à de petits travaux

---

(1) Cette observation nous paraît de haute actualité, au moment où le monde médical suit avec un si vif intérêt les inoculations de M. Pasteur, et où vient de mourir un savant qui avait nié avec beaucoup d'énergie les incubations rabiques dépassant trois mois. Le fait de M. Tachard est, croyons-nous, le premier cas authentique où la rage ait éclaté après dix-neuf mois. (*La Rédaction.*)

©BIU Santé

d'intérieur qu'il fait très adroitement, mais avec une certaine vivacité. Il mange de bon appétit, mais les liquides produisent toujours la même horreur. Malgré cela, il parvient à boire quelques gorgées, tantôt avec le verre, tantôt avec l'aide d'un chalumeau. Je cause avec lui de choses indifférentes, et son intelligence est absolument nette; je l'encourage d'ailleurs de toutes mes forces. Comme traitement : injections sous-cutanées de morphine, lavements de chloral.

Le 4. — Journée absolument semblable à la précédente. Le malade n'a pas dormi un instant depuis le début des accidents.

Le 5. — La nuit a été très mauvaise. Une violente crise de suffocation s'est produite, accompagnée d'une angoisse extrême et de toux continuelle. Impossibilité absolue d'avaler une seule goutte de liquide. La vue seule d'une seringue de Pravaz chargée de la solution de morphine, provoque un spasme violent. Diarrhée, huit à dix selles dans la nuit. A huit heures du matin, je revois le malade avec M. le professseur agrégé Hallopeau que j'ai prié de vouloir bien m'assister, et qui partage entièrement ma manière de voir. Nous continuons le même traitement, et faisons inspirer au malade quelques gouttes de nitrite d'amyle. Dans l'après-midi, le calme a reparu ; le malade a mangé un peu, et a pu avaler quelques gouttes de liquide en employant le stratagème suivant : la boisson versée dans une cuiller est passée derrière la tête, puis sur le côté, et on arrive à la lui mettre dans la bouche, sans qu'il ait pu la voir.

Le 6. — Nuit calme, mais toujours sans sommeil. Journée assez bonne.

Le 7. — Insomnie. Vers le milieu de la nuit, M. X... a éprouvé une forte crampe, très douloureuse au mollet gauche. Il me fait la remarque qu'une fois la crampe passée, il a pu boire bien moins difficilement. En effet, vers le matin, il a bu une tasse entière de chocolat. La douleur *du bras droit*, en revanche, augmente, et est accompagnée de fourmillements dans tout le membre, lequel devient peu à peu plus faible. Vers le milieu de la journée, M. X... ne peut plus porter la *main droite* à sa bouche. Du reste, il est très agité, ses idées sont incohérentes; l'horreur du liquide a reparu plus intense que jamais. Vers cinq heures du soir, une crise formidable éclate tout à coup. L'agitation est extrême; le malade pousse des cris inarticulés; l'expuition est permanente; il crache à tout instant. C'est, du reste, la première fois que ce phénomène se produit chez lui depuis le début du mal. Le moindre bruit provoque la terreur. Plusieurs hommes sont nécessaires pour le maintenir dans son lit et l'empêcher de quitter la maison. L'intelligence est complètement perdue, et il a des hallucinations terribles. Le pouls est petit, misérable. Le malade ne reconnaît plus ni les membres de sa famille, ni moi. Enfin, la mort vient terminer ses horribles souffrances à dix heures du soir.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue :

1° *La durée de l'incubation dix-neuf mois :* des premiers jours de mars 1884 au 1er novembre 1885.

2° Insuffisance absolue d'une cautérisation légère, comme celle produite par la teinture d'iode. Le fer rouge aurait probablement empêché l'introduction du virus.

3° *Durée des accidents d'hydrophobie : une semaine entière*, du samedi 31 octobre au samedi 7 novembre. D'après Trousseau, la mort arrive, chez l'homme, constamment dans les quatre jours qui suivent la difficulté de la déglutition des liquides.

4° *Douleurs du bras droit* ayant précédé de près d'une semaine les premiers accidents d'hydrophobie. Il ne faut pas oublier que la morsure avait eu lieu à la main droite.

5° On peut se demander si la séance de gymnastique n'a pas été la cause occasionnelle qui a fait passer les éléments infectieux de la cicatrice dans les lymphatiques du bras, et de là dans l'encéphale. Si cette dernière hypothèse était démontrée vraie, il ne serait pas irrationnel d'admettre que

la destruction, *même tardive*, de la cicatrice pût, dans un cas analogue, prévenir l'explosion des accidents d'hydrophobie rabique. Il est vrai que cette destruction devrait se faire avant l'apparition des premiers accidents. Quoi qu'il en soit, ce fait démontre qu'un homme mordu par un chien enragé, depuis huit, dix, douze mois et plus, ne peut pas être considéré comme à l'abri de tout accident, et peut-être la méthode d'inoculation préventive de M. Pasteur lui serait-elle encore applicable.

Je connais un autre cas de rage humaine dans lequel le malade avait été mordu au petit doigt de la main droite.

Quatorze mois après, les douleurs dans le bras droit se apparurent, et, le lendemain, la première crise d'hydrophobie se produisit.

Je dois encore signaler que, dans le cas actuel, le malade a conservé jusqu'au 31 octobre son caractère gai et aimable, et qu'aucune modification ne s'était produite en lui, au point de vue moral, même pendant les jours où les vives douleurs de son bras droit attiraient fréquemment son attention.

BIBLIOTHÈQUE

PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DES AFFECTIONS PUERPÉRALES, par H. FRITSCH, professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Breslau. Traduit de l'allemand par les docteurs E. LAUWERS (de Courtrai) et HERTOGHE (d'Anvers), avec une préface de M. E. HUBERT, professeur à l'Université catholique de Louvain. — 1885. Éditeurs, Carré (Paris) et Manceaux (Bruxelles).

Dans la préface, M. E. Hubert rappelle dans quel état de découragement étaient encore les praticiens, il y a dix ans, vis-à-vis des ravages causés par l'infection puerpérale dans les maternités. Dix ans, c'est peut-être trop dire ou trop peu. En 1875, quelques médecins d'hôpital avaient réussi à assainir leurs salles. M. Tarnier, à la Maternité, M. Siredey, à Lariboisière, avaient prouvé déjà, à cette date, ce qu'on peut obtenir par l'antisepsie et l'isolement; ils pouvaient se vanter d'avoir, suivant l'expression mythologique du professeur belge, « terrassé le minotaure qui dévorait les maternités ». M. Hubert attribue à Semmelweis le mérite d'avoir eu le premier, vers 1860, l'intuition de la nature vraie du mal, et déclare que, si sa voix eût été écoutée plutôt, « Lister n'eût eu qu'à emprunter aux accoucheurs l'idée mère du plus beau progrès de la chirurgie contemporaine ».

Dans l'introduction, Fritsch rappelle que, dans une conférence faite à Hambourg, en 1876, sur le traitement local de la fièvre puerpérale, il s'était porté le champion ardent de l'application de l'antisepsie la plus minutieuse à l'obstétrique, mais il lui semble qu'on a poussé trop loin peut-être, depuis cette époque, l'emploi des injections utérines; il avoue qu'il a peut-être, avec trop d'emphase, exalté cette méthode comme infaillible et qu'il a dû donner naissance à des vues erronées, en élevant le traitement local au rang de panacée universelle pour toutes les formes de la fièvre puerpérale. C'est à modérer la rigueur de ses affirmations antérieures qu'il semble s'appliquer aujourd'hui.

Dans le chapitre II, il étudie le mode de développement de l'infection; la bactérie puerpérale lui paraît identique au microsporon septicum de Klebs, à la bactérie de la pyohémie, et l'étiologie de la fièvre puerpérale est la même que celle des accidents infectieux des plaies; il n'existe donc pas de bactérie propre à la fièvre puerpérale. Il reste à expliquer comment la malignité de la fièvre puerpérale varie beaucoup suivant les cas.

La septicémie puerpérale suraiguë relèverait de *bactéries pathogènes*, qui trouvent dans les conditions particulières des tissus à vitalité affaiblie des femmes accouchées un milieu de culture propre à favoriser leur développement et à exalter leurs pro-

©BIU Santé

priétés nocives; les produits de l'activité vitale de ces organismes spécifiques intoxiquent alors la femme si gravement que la mort suit à bref délai. Il est au pouvoir de l'accoucheur de proscrire à jamais cette forme de fièvre puerpérale; d'abord, si ses mains et ses instruments sont propres, cette infection est chose impossible; si même il a institué, dès que se sont déroulés les premiers phénomènes d'infection, un traitement local suffisant, il peut couper le mal dans sa racine. Au contraire, quand l'infection est établie depuis plusieurs jours, les modifications pathologiques qu'elle a déterminées évoluent dans la profondeur même des tissus, et c'est inutilement que l'on fera alors des irrigations, qui n'atteignent que la surface.

Beaucoup plus fréquentes et plus variées sont les maladies des accouchées qui relèvent de bactéries *non pathogènes*, bactéries des putréfactions, qui arrivent le plus souvent dans le vagin par la faute de l'accoucheur, et remontent dans les voies génitales.

Dans le chapitre III sont exposées les altérations locales provoquées par l'infection puerpérale. Fritsch distingue trois formes d'infection par bactéries pathogènes : 1° sans formation de pus (septicémie non localisée, foudroyante, suraiguë); 2° avec formation de pus, caractérisée par des exsudats de la surface interne des voies génitales, la présence de pus dans les lymphatiques des bords de la matrice, des thrombus rouges dans beaucoup de veines et un commncement de péritonite; 3° à forme de péritonite suppurée.

Les maladies puerpérales par bactéries non pathogènes sont, sans compter des formes intermédiaires. Inflammation de la plaie périnéale. Vulvite; œdème de la vulve. — Inflammation des plaies du vagin. Colpite. Ulcères puerpéraux. — Endométrite et métrite, paramétrite, — péritonites, — pyohémie, endocardite ulcéreuse ou maligne.

Fritsch, que nous ne pouvons analyser pas à pas, étudie ensuite l'infection et l'époque de la délivrance, les manifestations cliniques de l'infection puerpérale, la prophylaxie avant et après l'accouchement.

Le traitement comprend le dernier tiers du livre, et se subdivise en divers paragraphes relatifs aux injections thérapeutiques de lavage, aux accidents produits par les irrigations intra-utérines. Fritsch déclare que l'irrigation permanente de l'utérus est un procédé qu'on peut hardiment reléguer par les souvenirs historiques et lui préfère de beaucoup les injections périodiques. Son affirmation sur ce point est sujette à contestation, et nous voyons, au contraire, un mouvement de retour très accentué vers l'irrigation continue se dessiner en ce moment. Le choix des désinfectants, le traitement antipyrétique et le traitement général complètent le chapitre thérapeutique. Le dernier chapitre du livre est consacré à la question de la désinfection des sages-femmes.

P. L. G.

Lettres d'Orient

Le 24 novembre 1884.

Excusez-moi si j'ai gardé si longtemps le silence. Heureusement, depuis déjà deux ans, notre pays n'a rien présenté qui fût digne d'être mentionné en matière d'épidémie.

Le choléra vient de toucher encore cette année à sa fin, et nous sommes délivrés des quarantaines. Le choléra, cependant, ne montre pas une tendance moins menaçante à nous envahir par la voie de l'Extrême-Orient. Témoins deux transports de guerre français, le *Château-Yquem* et la *Nive*, qui sont arrivés au commencement du mois à Suez, venant du Tonkin, et accusant des décès cholériques et des diarrhées graves; ils doivent être aujourd'hui en France.

Le pèlerinage de la Mecque vient de se terminer dans les meilleures conditions, malgré l'affluence énorme des pèlerins; 150,000 étaient réunis dans la cité sainte de l'Islam, dont 53,000 étaient arrivés au Hedjaz, par mer.

Au mois d'octobre, l'*Union médicale* a inséré une correspondance de Constantinople écrite du lazaret de Kavak, par M. le docteur David. En lisant cette correspondance,

j'ai eu l'impression que cet honorable confrère a pris le Pirée pour un homme, c'est-à-dire le parloir de l'office sanitaire de Kavak, pour le lazaret, et les soldats tenant garnison aux forteresses du Haut Bosphore, pour des gardes sanitaires. De plus, il a cru donner des bakcisch, en acquittant les taxes sanitaires, ou en donnant de l'argent, pour qu'on lui fasse une commission en ville. Il paraît que c'est là un des effets des vexations quarantenaires : on prend le blanc pour du noir. Autrement je ne m'expliquerais pas de telles inexactitudes. Comme preuve de la vérité de ce que j'avance, je vous envoie une photographie du lazaret de Kavak. Vous y verrez que cet établissement est bien isolé et contient des bâtisses propres à abriter plus de cent personnes.

Dr Stékoulis.

Le danger que signale notre correspondant est réel, et démontre une fois de plus la gravité du choléra tonkinois.

Le *Château-Yquem* avait quitté le Tonkin le 14 août, avec 225 soldats convalescents ; le 15, l'un d'eux succombe au choléra ; et jusqu'au 20 août on compte 8 autres décès. A Poulo-Condor, il reste en quarantaine pendant trente-deux jours, et y subit une désinfection complète. Néanmoins, dans la traversée de cette île à Suez, il perd 92 passagers ; dont 38 par le choléra. Or, il y avait eu à bord 59 attaques de cette maladie, et le dernier cas était du 19 septembre, et l'arrivée à Suez, du 27 octobre.

La *Nive* avait quitté Halong, le 22 septembre, avec 287 soldats convalescents, dont 30 de choléra. Le transport relâche à Saïgon à cause de 2 décès par le choléra, et de 6 autres par des diarrhés chroniques ; il y subit dix jours de quarantaine. En rade de Saïgon, 1 nouveau cas se déclare et le malade est hospitalisé à Saïgon. Le navire lève l'ancre, le 14 octobre, après avoir embarqué de nouveaux passagers, dont le nombre total s'élève à 579. Entre Saïgon et Suez, on enregistre 2 décès par diarrhée chronique et, en rade de Suez, 2 autres décès de même cause. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Séance du 2 décembre 1885. — Présidence de M. Horteloup.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sommaire : Observation de kyste hydatique du foie traité et guéri par la laparotomie. — Rapport sur une observation de greffe oculaire. — Accidents produits par la pétrisseuse mécanique. — Présentation de malade : Résection du poignet.

M. Ch. Monod, à propos du procès-verbal et de la communication faite par M. Richelot, dans la dernière séance, annonce qu'il a, il y a trois semaines, opéré lui aussi, par incision, un kyste hydatique du foie chez une jeune malade qui est encore en traitement. L'observation complète sera communiquée plus tard, lorsque la guérison sera achevée.

Il s'agit, dans ce cas, d'une jeune fille de 18 ans, portant un gros kyste du foie déjà plusieurs fois ponctionné, dont le début remontait à plusieurs années. La tumeur s'était développée à la face inférieure du foie, comme l'on put s'en assurer au cours de l'opération. Il fallut, en effet, pour arriver sur la poche, traverser une faible couche de tissu hépatique aminci. Elle faisait, cependant, à l'épigastre une saillie visible et sensible qui invitait pour ainsi dire à l'incision.

L'opération, pratiquée le 12 novembre dernier, avec l aide de mes amis Schwartz et Terrillon, fut d'une grande simplicité. La poche kystique ayant été mise à nu par une incision de la paroi abdominale, longue de 7 à 8 centimètres, une ponction, faite avec le plus gros trocart de l'appareil Potain, permit de retirer un litre et demi de liquide clair. Aucune adhérence ne reliait la paroi abdominale au kyste. Celui-ci, saisi avec des pinces et un peu attiré au dehors, fut ouvert largement, et l'on put retirer par cette voie une douzaine de vésicules filles, puis la membrane germinative tout entière. On put alors apprécier la profondeur à laquelle plongeait la cavité kystique ; sa contenance, si l'on tient compte du liquide renfermé dans les vésicules, peut être évaluée à deux litres, au minimum.

SBIU Santé

Lorsque l'on se fut assuré, par une exploration directe avec les doigts, que toutes les parties solides étaient évacuées, on procéda au pansement définitif. Les bords de l'ouverture furent solidement fixés par des points de suture multipliés aux bords de la plaie abdominale. La cavité fut touchée sur toute sa surface interne avec une solution de chlorure de zinc au 1/10e, puis comblée avec des tampons de gaze iodoformée.

Ce premier pansement put être laissé en place pendant quatre jours, après quoi il fut enlevé et remplacé par deux gros drains qui permirent un lavage abondant et quotidien de la cavité. Ce lavage exact ne fut complètement réalisé qu'au bout de quelques jours, lorsque l'on eut installé, pour l'obtenir, un appareil à siphon. A partir de ce moment seulement, la température tomba à la normale, et elle s'y est maintenue depuis lors.

Aujourd'hui, la jeune malade est en pleine voie de guérison, la cavité, très réduite, n'admet plus qu'un quart de litre de liquide, elle va diminuant tous les jours de capacité.

Pas un seul instant on n'eut de sérieuses inquiétudes à concevoir sur l'issue favorable de l'intervention.

Il est à remarquer, en effet, que l'on agira en pareil cas pour ainsi dire hors du ventre. L'incision de la paroi abdominale est relativement petite; elle ne dépasse pas les limites du kyste qui s'offre de lui-même à l'ouverture et le comble par sa seule présence. Aucun des organes contenus dans l'abdomen n'est mieux aperçu.

Lorsqu'elle peut être ainsi conduite, l'opération est donc innocente, à condition, toutefois, qu'elle soit faite avec les précautions antiseptiques qui sont de rigueur dans toute laparotomie.

Avec M. Richelot et deux de ses collègues qui se sont rangés à son opinion, M. Monod est donc porté à conclure que dans les cas où un kyste hydatique du foie sera accessible, et viendra se mettre en rapport dans une étendue suffisante avec la paroi abdominale, c'est par l'incision antiseptique qu'il devra être traité. On y joindra, au besoin, la résection d'une partie de la paroi.

Ce moyen, qui assure une évacuation complète et rapide du liquide contenu, des hydatides et de la poche germinative procure une guérison plus prompte que toute autre sans faire courir au malade plus de danger. On pourrait même soutenir qu'il est le plus innocent de tous, puisqu'il permet une ouverture large, proportionnée au volume reconnue du kyste, et assure un lavage complet et exact de la cavité, quelque étendue qu'elle soit.

Facilitant enfin une bonne exploration de la tumeur et de ses connexions, il permet au chirurgien de conduire son intervention en modifiant au besoin son plan primitif, suivant les indications qu'il peut rencontrer sur sa route. M. Monod n'insiste pas sur ce point, renvoyant à cet égard aux sages préceptes formulés dans la dernière séance par M. Richelot et par M. Terrier.

— M. Terrier lit un rapport sur un travail de M. le docteur Rohmer, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, intitulé : *Observation de greffe oculaire (œil de chien) chez une femme de 42 ans ; le globe de l'œil transplanté adhère par première intention aux parties molles de l'orbite. Sphacèle de la cornée le septième jour. Atrophie du globe.*

A propos de cette observation présentée au mois d'août dernier, par M. Berger, M. le rapporteur a cru devoir étudier la question si intéressante de la greffe oculaire, question posée pour la première fois par M. le docteur Chibret (de Clermont-Ferrand).

C'est, en effet, au docteur Chibret qu'est due la première tentative de greffe oculaire ; elle date du 4 mai 1885. La seconde tentative a été faite par M. Terrier, le 15 juin suivant, sept jours avant celle de M. Rohmer, qui date du 22 juin dernier.

Depuis, on connaît deux autres essais, l'un par H. W. Bradfort (de Boston), le 9 août 1885, l'autre, par M. Terrier, le 19 octobre de cette même année. Ces diverses tentatives ont le plus souvent échoué, mais celle du docteur Bradfort (de Boston) paraît avoir été couronnée d'un plein succès.

Après avoir analysé ces cinq observations, M. le rapporteur les résume, et en tire des déductions intéressantes que nous devons faire connaître.

Dans les cinq cas de greffe oculaire, quatre fois on a utilisé l'œil du lapin, une fois seulement, un œil de chien. Y aurait-il avantage à choisir une espèce animale plus rapprochée du type humain que le lapin, le chien, par exemple ? la chose est possible, mais l'observation du docteur Bradfort (de Boston) ne plaide pas absolument en faveur de cette détermination, puisque ce chirurgien a réussi avec un œil de lapin.

Les sujets étaient d'âges très divers : 17, 30, 42, 35 et 66 ans, et la greffe qui a réussi a été faite chez un homme de 35 ans, très robuste.

Les greffes tentées chez les sujets de 17, 30, 42 et 66 ans ont échoué au quatorzième, troisième, sixième et dix-neuvième jour. On ne peut donc rien conclure de l'influence de l'âge. Toutefois celui-ci doit entrer en ligne de compte, et du côté du sujet greffé et du côté de celui qui fournit la greffe. A cet égard, il semble indiqué de prendre l'œil d'un animal jeune, voire d'un animal en voie d'accroissement, surtout si l'on tente la greffe sur un enfant.

Un point sur lequel M. le rapporteur croit devoir insister, c'est le manuel opératoire. Le *modus faciendi* de la greffe oculaire a beaucoup varié selon les chirurgiens, mais on peut dire que, presque primitif, il est devenu plus compliqué et a donné par contre de meilleurs résultats.

Avec M. Rohmer, M. Terrier pense qu'on pourrait encore l'améliorer. La suture en bourse, faite par M. Chibret, lui semble mauvaise et insuffisante ; le fil qui passe à travers la conjonctive ulcère la cornée facilement, d'où une augmentation des chances d'insuccès rapide. De plus, M. Chibret a eu le tort d'enlever tout le tissu cellulaire que recouvrait la sclérotique, diminuant ainsi des chances d'adhérences cellulo-vasculaires.

Dans sa première opération, M. Terrier a eu soin de laisser une assez large bande de conjonctive autour de la cornée de l'œil greffé, et de ne pas dénuder le globe de son tissu cellulaire. Ses huit points de suture entre la conjonctive de l'homme et celle du lapin furent certainement insuffisants ; il se produisit un entropion de la paupière inférieure et le sphacèle de la cornée fut rapide (troisième jour). Ce procédé est donc mauvais, ou plutôt il doit être perfectionné. C'est celui qui fut employé par M. Rohmer, qui se contenta même de quatre points de suture. En outre, au lieu de se servir d'une solution antiseptique d'acide borique, M. Rohmer utilisa le sublimé en solution au demi millième. Il eut aussi un sphacèle assez rapide de la cornée au sixième jour ; toutefois, il s'était fait une petite greffe du moignon, car celui-ci dut être enlevé ultérieurement.

Le procédé employé par le docteur Bradfort paraît à M. Terrier de beaucoup supérieur aux précédents. En effet, le chirurgien de Boston fait la suture du nerf optique, puis celle des muscles droits au tissu cellulaire sous-conjonctival, enfin celle de la conjonctive, multipliant ainsi les points de contact, et par suite les éléments de succès de la greffe oculaire.

Toutefois, son mode de suture des muscles au tissu cellulaire sous conjonctival semble, à M. le rapporteur, d'une application peu facile, si bien qu'une des sutures n'a pas pris et a entraîné une dénudation de la sclérotique. Aussi M. Terrier a-t-il cru devoir le modifier dans sa dernière opération. Quant à l'usage de l'albumine de l'œuf pour lotionner les parties et tremper l'œil à transplanter, M. Terrier ne croit pas qu'il soit utile ou plutôt nécessaire d'y recourir ; à cet égard, et dans ce sens, il aime mieux faire usage de sérum artificiel nouvellement préparé.

Enfin, M. le rapporteur signale encore, dans la manière de faire de M. H.-W. Bradfort, le pansement iodoformé et surtout l'occlusion prolongée du globe, qui certainement a pu jouer un rôle dans le résultat obtenu par l'auteur.

Chez son dernier opéré, M. Terrier, s'inspirant du *modus faciendi* du chirurgien de Boston, a modifié de la manière suivante son manuel opératoire primitif tout en simplifiant celui du chirurgien américain :

En énuclant le globe altéré, il a fixé et conservé les insertions des muscles droits à leur partie antérieure, à l'aide d'anses de fil placées temporairement. Il aurait dû en faire autant pour le nerf optique, mais il n'a pu y réussir. Puis, l'œil de lapin placé dans l'orbite, il a suturé à la fois la conjonctive du malade, ses muscles et la conjonctive du lapin ; grâce à ces quatre points de suture, la mobilité de l'œil était parfaite et les con-

©BIU Santé

nexions des muscles bien établies. Il manquait évidemment la suture du nerf, qui doit être tentée et que M. Terrier se propose, à la prochaine occasion, de faire au catgut, pour éviter de se préoccuper de retirer le nœud du fil ainsi placé.

Mais, ceci fait, il lui paraît utile, comme d'ailleurs l'a reconnu M. Rœhmer, de pratiquer l'occlusion temporaire des paupières avec un ou deux fils d'argent. De cette façon, on éviterait le frottement de ces voiles sur le globe, et surtout on empêcherait l'entropion de la paupière inférieure, entropion qui a joué un grand rôle dans les deux insuccès de M. Terrier, surtout dans le dernier.

Examinant ensuite quelle peut être la valeur de la greffe oculaire, M. le rapporteur déclare que cette question ne saurait être résolu actuellement. Ce qu'on peut dire, à son avis, c'est qu'elle est possible et que l'œil d'un animal peut être greffé chez l'homme. C'est déjà un résultat qui avait semblé absolument impossible à bon nombre de chirurgiens.

Que devient cet œil? Telle est la question à résoudre par l'observation ultérieure des faits. Peut-être s'atrophie-t-il. Peut-être persiste-t-il avec ses propriétés de tension et de transparence nécessaires pour le but qu'on se propose.

L'auteur de cette tentative hardie, le docteur Chibret, effrayé de son insuccès et tenant compte des accidents douloureux qui ont pu suivre une greffe incomplète, rejette aujourd'hui toute expérimentation sur l'homme pour se borner aux animaux. Ce raisonnement paraît étrange et inacceptable à M. le rapporteur. Quand la greffe échoue, il suffit, comme l'ont fait MM. Terrier et Rohmer, d'enlever le moignon qui reste et qui peut, en devenant douloureux, provoquer des phénomènes de sympathie. Si elle réussit, il faut observer de près l'opéré, au moins pendant quelque temps. Du reste, on ne sait rien à cet égard, et le moindre fait bien observé vaut mieux que toutes les hypothèses du monde.

Dans ces tentatives, doit-on chercher un résultat autre que celui d'obtenir un simple effet de coquetterie ? M. Terrier ne le pense pas. Toutefois, M. Chibret et, plus récemment, M. Bradfort ont pensé au rétablissement de la fonction par suite de la suture du nerf optique. Tout en avouant avoir une croyance et une espérance médiocres en un pareil résultat, M. le rapporteur est d'avis qu'en fait de science, comme en bien d'autres choses, « il ne faut jurer de rien ».

— M. le docteur Auffret, professeur de médecine opératoire à l'école de médecine navale de Brest, lit un travail intitulé : *Accidents produits par la pétrisseuse mécanique.* Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission.

— M. Polaillon présente un malade auquel il a pratiqué, le 20 janvier dernier, la résection du poignet. Tous les os du carpe ont été enlevés, ainsi que les extrémités supérieures des quatre derniers métacarpiens. Le malade, homme de 44 ans, a récupéré aujourd'hui assez de solidité et de force dans la main pour soulever des poids assez considérables, porter un seau d'eau, etc. — A. T.

COURRIER

Concours. — Sont déclarés admissibles, pour le concours des prix de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris, les candidats dont les noms suivent :

Première division (internes de troisième et quatrième année). — MM. Gilbert, Marfan, Broca, Beurnier, Phocas, Deschamps, Queyrat, Boursier, Duflocq, Feulard, Legendre et Malibran.

Deuxième division (internes de première et deuxième). — MM. Lejars, Villemin, Blocq, Dumoulin, Barbier, Jeanselme, Engelbach, Raymond, Hischemann, Hontang, Polguère, Regnault et Godot.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Onimus : De l'emploi des courants électriques dans les névralgies. — II. A. Courtade : Favus de la peau. — III. Bibliothèque. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Variétés. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

De l'emploi des courants électriques dans les névralgies (1)

Par le docteur Onimus.

Tous les nerfs sensitifs sont susceptibles d'être atteints de névralgie, mais comme ce que l'on peut dire d'un cas, peut s'appliquer en grande partie aux autres cas, nous choisirons la névralgie la plus commune, celle qui sert de type à toutes les autres ; nous voulons parler de la névralgie sciatique.

Mais avant tout, il nous faut éliminer ou tout au moins mettre à part les névralgies chroniques qui ont été traitées pendant longtemps par les injections de morphine. Dès 1868, nous signalions à la Société de médecine de Paris les dangers de ces injections souvent répétées. Non seulement l'état général souffre de cet abus, mais l'emploi des courants électriques et surtout, dans ces cas, l'emploi des courants continus, loin d'amener un apaisement des douleurs, détermine une augmentation de tous les phénomènes morbides ; les nuits sont plus agitées et les douleurs qui semblaient prendre un caractère chronique, avec des manifestations moins vives, reprennent aussitôt un caractère aigu.

Avant tout, pour traiter une névralgie par les courants continus, il faut faire cesser ou du moins diminuer les injections de morphine.

On a divisé les névralgies en névralgies essentielles et en névralgies avec lésions ou névrites ; mais, à notre point de vue, il nous paraît préférable de les diviser en névralgies aiguës et en névralgies chroniques.

La névralgie aiguë guérit souvent rapidement par l'emploi des courants électriques, et certes peu de traitements présentent des avantages aussi réels. Nous pourrions multiplier ces observations, et il n'y a pas de médecin s'occupant d'électrothérapie qui ne puisse en citer un grand nombre. Parmi nos notes, nous choisissons l'observation suivante, d'autant plus qu'elle a eu plusieurs témoins, car elle a eu lieu à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, et la malade qui fait l'objet de cette observation a été exclusivement traitée par les courants électriques. Aucune médication interne ni externe n'a été employée en dehors du traitement électrique, et celui-ci a été fait à la fois par les courants induits et par les courants continus.

Une femme, âgée de 49 ans, arrivée à l'hôpital le 19 décembre, éprouvait depuis le 16 de ce mois des douleurs violentes dans la cuisse, qui la forcèrent de s'aliter. Les douleurs étaient si intenses qu'elles lui arrachaient des cris au moindre mouvement et l'empêchaient de dormir. A son entrée, la malade est couchée sur le côté gauche ; la pression le long du nerf sciatique est très douloureuse, il existe quelques points douloureux dans la région lombaire. On porte le diagnostic névralgie sciatique.

Pour calmer ces douleurs, on fait passer un courant induit assez fort le

(1) Nous donnons avec plaisir la publicité de l'*Union médicale* à cet extrait de l'article *Electrothérapie* du Dictionnaire encyclopédique, dû à la plume de notre excellent confrère, le docteur Onimus. Après celui-ci, nous publierons autre fragment du même travail.

SBIU Santé

long du trajet du nerf. La douleur diminue aussitôt, la malade se calme et s'endort. Vers deux heures du matin, elle est réveillée en sursaut par des douleurs plus vives que la veille. Le lendemain, nous avons fait passer de nouveau un courant induit, qui produisit un calme momentané, mais encore avec surexcitation consécutive.

Le 22 décembre, nous avons employé, pour la première fois, un courant continu descendant de trente éléments Daniell, pendant dix minutes.

La malade se sentit beaucoup soulagée et, pour la première fois depuis sa maladie, a pu dormir tranquillement toute la nuit. Nous l'avons encore électrisée trois fois, et, après ces trois séances, la douleur aiguë avait disparu; mais il restait toujours quelques points douloureux à la pression, notamment sur le coude-pied et à la région lombaire.

Quoi qu'il en soit, ce qui a été remarquable, c'est qu'après la première application d'un courant continu, la violence des douleurs a fait place à une sensation très supportable.

Vers le 1er janvier, les mouvements étaient très peu douloureux et, immédiatement après l'électrisation, les mouvements étaient possibles dans tous les sens, et elle sortit complètement guérie.

Dans la sciatique chronique, on emploie les courants induits d'après deux méthodes un peu différentes. Dans la première, ou méthode hyposthénisante, on agit avec des tampons mouillés, directement sur le trajet du nerf. Après quelques minutes d'électrisation, on diminue ainsi les douleurs; mais celles-ci reviennent souvent quelques heures après, et beaucoup plus vives. On produit par cette méthode une irritation très forte du nerf qui épuise en quelque sorte son excitabilité. La deuxième méthode consiste à produire une sorte de révulsion, à l'aide du pinceau métallique qu'on promène sur la peau aux endroits les plus douloureux. Ces procédés sont plus douloureux et moins efficaces que ceux que nécessite l'emploi des courants continus.

En éliminant les sciatiques chroniques, traitées pendant longtemps par des injections de morphine, nous pouvons, au point de vue thérapeutique, diviser les sciatiques chroniques en deux classes assez nettes. Dans la première classe, nous rangerons les sciatiques chroniques survenant à la suite de sciatiques aiguës incomplètement guéries. Ces sciatiques offrent des recrudescences très fréquentes, et, si d'ordinaire les malades n'éprouvent qu'un peu de lourdeur du membre et des douleurs vagues s'irradiant le long du nerf sciatique, il survient au moindre refroidissement, ou souvent sans cause connue, des douleurs très vives qui durent plusieurs jours.

Voici en quelques mots une observation qui peut servir de type de ce genre de sciatique : Un jeune homme a été, il y a plus d'un an, pris de douleurs très vives le long du sciatique droit, à la suite d'un refroidissement contracté sur le haut d'un omnibus par un temps froid et pluvieux. L'acuité des douleurs fut diminuée peu à peu par des vésicatoires, des douches de vapeur et par l'emploi de l'hydrothérapie, mais ces douleurs ne disparaissaient jamais complètement, et la jambe gauche restait toujours lourde, et plus froide que l'autre. Chaque fois que le malade faisait une marche un peu longue, ou qu'il survenait un temps froid, les douleurs revenaient plus vives, surtout le soir, et empêchaient même le sommeil.

Un traitement par les courants continus (deux séances par semaine) a complètement guéri ce malade en cinq semaines, et la guérison, qui date de

plusieurs années, s'est parfaitement maintenue, malgré de longues courses et quelques légers refroidissements.

Dans ces névralgies anciennes, il est rare de ne pas trouver du côté de la moelle, au niveau d'origine des nerfs, une région douloureuse à la pression, et qui, au contact des rhéophores, paraît plus sensible à l'électricité que les régions voisines. Rosenthal et Armaingaud ont également insisté sur cette douleur, provoquée sur certains points par l'application électrique, alors que la pression exercée ne provoquait nullement l'accès névralgique.

Plusieurs auteurs ont prétendu que le siège des phénomènes irritatifs est toujours central, il y a là une exagération réelle, quoique cette opinion soit vraie, dans beaucoup de cas.

Quoi qu'il en soit, il est toujours indispensable de rechercher, du côté de la moelle, si l'on trouve une région douloureuse, et, dans ce cas, il faut placer sur cette région ou mieux un peu au-dessus le pôle positif, tandis que le pôle négatif est placé sur le trajet périphérique du nerf. Ce procédé est incontestablement préférable à celui qui consiste à n'agir que sur le nerf ; et il doit même être employé dans les cas où on ne trouverait pas du côté des centres un point d'irritation.

Dans la seconde classe de névralgies chroniques, on observe des troubles de nutrition, des paralysies vaso-motrices, des anesthésies, etc. Ces névralgies ne diffèrent de celles dont nous venons de parler, que par des symptômes plus graves et par l'existence de lésions organiques incontestables.

Ces dernières névralgies sont, en effet, bien plus rebelles, ou tout au moins plus longues à guérir. Les troubles trophiques sont des plus variés, et nous avons vu un cas de névralgie faciale où la barbe, du côté malade, devint moins abondante, les poils étaient en même temps bien moins longs et avaient blanchi pour la plupart.

Anstie, Erb, Romberg ont cité des faits analogues. On sait d'ailleurs combien les irritations des nerfs amènent de troubles trophiques ; nous ajouterons seulement que, dans les sciatiques anciennes, l'on trouve presque constamment des altérations de nutrition pour les ongles des orteils, de l'anesthésie de la partie antérieure et externe de la jambe et de l'atrophie musculaire. Ce sont surtout les muscles jambiers antérieurs, les extenseurs des orteils et les péroniers latéraux qui sont les plus atrophiés.

Lorsque l'atrophie est simple, la guérison a toujours lieu, et les muscles reprennent leur fonction normale, en même temps que les douleurs disparaissent; mais les douleurs disparaissent toujours avant que les muscles aient repris leur volume normal. A fort peu d'exceptions près, nous préférons beaucoup plus volontiers soigner une sciatique avec atrophie musculaire simple, qu'une sciatique ancienne où il n'y a aucune lésion atrophique consécutive. Nous affirmons guérir l'une dans un temps très court, et nous sommes en même temps certain que nous avons affaire à une vraie sciatique, tandis que des douleurs durant depuis longtemps le long du sciatique, sans déterminer de l'atrophie musculaire, sont souvent difficiles à modifier et à faire disparaître. Il est vrai qu'à chaque instant ces douleurs sont à tort prises pour des douleurs de la sciatique et qu'elles sont produites par des états généraux ou des affections du système nerveux central ; ce ne sont pas de vraies sciatiques, et l'erreur de diagnostic ne doit pas influer sur la valeur thérapeutique des courants électriques.

©BIU Santé

Favus de la peau.

Examen histologique par A. COURTADE, interne des hôpitaux.

L'affection parasitaire, désignée sous le nom de favus, siège de préférence sur le cuir chevelu; on la rencontre cependant quelquefois sur d'autres parties du corps, telles que le tronc, les membres, les ongles.

Rares sont les cas où l'on peut faire l'examen microscopique de la peau, parce que cette affection n'entraîne aucun pronostic grave pour la vie des malades; ce n'est qu'accidentellement, lorsque le favus coïncide avec une maladie mortelle, que le cas se présente.

C'est ce qui est arrivé pour une malade que nous avons observée; en même temps qu'une affection du foie qui a entraîné la mort, elle présentait plusieurs plaques de favus de la peau.

B... (Suzanne), journalière, âgée de 31 ans, entre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, le 27 juillet 1885.

Ses antécédents héréditaires sont excellents.

Elle n'a jamais fait de maladies dans son enfance.

A 18 ans, elle aurait eu, pendant un mois, des fièvres revenant par accès tous les deux jours dans l'après-midi, alors qu'elle habitait la rue Saint-Jacques.

Elle a eu deux enfants qui sont morts, le premier à 7 mois, d'une angine, et l'autre, à 17 mois, de la rougeole.

A la suite du dernier accouchement, il y a huit ans, elle a dû s'aliter pendant un mois, à cause d'une péritonite.

En 1879, elle a souffert pendant deux mois environ de douleurs articulaires dans le bras droit.

Vers la fin de mai 1885, elle s'est levée un matin avec des douleurs d'estomac qu'elle avait ressenties déjà d'autres fois sans y attacher une grande importance.

Mais, cette fois, après avoir travaillé pendant quelques heures, elle a dû se coucher, tant les douleurs étaient violentes.

En même temps que celles-ci, vomissements jaunâtres; le médecin, appelé alors, aurait déjà constaté un peu d'ictère.

A partir de ce moment, les douleurs, l'abattement, la jaunisse ne font qu'augmenter et la décident à entrer à l'hôpital le 27 juin.

On constate alors un affaissement complet, sans stupeur; les conjonctives et la peau sont fortement colorées en jaune. Le foie dépasse de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes; il est sensible à la pression, surtout à droite; il mesure 14 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Le 4 juillet, on fait, en arrière de la poitrine, une ponction avec la seringue de Pravaz sans retirer du pus.

Frisson tous les jours, suivi d'une élévation de la température, qui atteint souvent 40°.

Le 7 juillet, on renouvelle la ponction, avec la fine aiguille de l'aspirateur Potain, en un point qui fait une saillie légère.

Cette fois encore, on ne retire rien.

16 juillet. — L'état général s'aggrave de plus en plus; la faiblesse est telle que la malade peut à peine se faire entendre.

Sur la peau de l'abdomen, on constate l'existence d'un très grand nombre d'ecchymoses punctiformes; au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit existe une ecchymose du diamètre d'une pièce de 0,50 centimes.

Mort le 18 juillet, à quatre heures du matin.

Nous avons préféré donner l'observation entière de la malade, afin de ne pas scinder ce qui concerne le favus que nous avons en but.

Voici ce que B... a présenté à ce point de vue : vers le milieu du mois de juin, elle a remarqué quelques croûtes sur le bras droit.

A son entrée, nous constatons sur la face antéro-externe et vers la partie moyenne du bras droit une zone d'environ 3 centimètres de diamètre, plus foncée à son centre; la couleur est à peu près celle d'une ancienne ecchymose en ce point.

La périphérie de la zone précitée est marquée par la présence de petites écailles épidermiques dans les trois quarts de son étendue et, dans le reste, par des croûtes dont la forme est circulaire ou ovalaire, la teinte gris jaunâtre, et dont le centre, légèrement déprimé, est noirâtre. On trouve encore çà et là de ces petits cratères, mais de très faible dimension, quoique visibles à l'œil nu.

Quand on enlève avec l'ongle un de ces godets, on voit sourdre à la surface, ainsi mise à nu, de la sérosité quelquefois sanguinolente. Le godet enlevé est de couleur blanc jaunâtre par sa face adhérente; mais le centre est un plus foncé.

Sous l'aisselle droite, nous constatons la même altération de la peau avec la disposition suivante : la face interne et supérieure du bras (paroi externe de l'aisselle) présente plusieurs grands cercles à centre normal, au moins en apparence, et à périphérie croûteuse. En certains points, les croûtes ressemblent à du plâtre et n'ont point la forme de godets bien nets.

Les poils de l'aisselle, assez abondants, ne sont point malades; une traction, même assez forte, ne les arrache pas et leur coloration est normale.

On trouve, au niveau de l'omoplate, plusieurs points de peau malade toujours avec le même aspect. Nous n'avons rien trouvé dans le cuir chevelu.

Des préparations ont été faites avec une croûte enlevée pendant la vie; la coloration par la teinture d'iode et le violet de méthyl nous a permis de voir l'achorion Schœnleinii se répandre à profusion dans et autour des cellules épidermiques.

Des lambeaux de peau malade ont été enlevés sept heures après la mort et plongés dans l'alcool absolu.

Les coupes qui en ont été faites ont été préparées de différentes manières : les unes, après avoir séjourné un certain temps dans l'éther, ont été plongées dans l'ammoniaque et colorées par le violet de méthylaniline; d'autres ont simplement subi l'action de l'acide acétique ou de l'ammoniaque avant d'être colorées par le même violet.

A un faible grossissement, on constate, en faisant passer sous le champ du microscope le bord épidermique de la coupe, qu'il existe une zone plus claire présentant la forme d'une cupule dont le diamètre est cinq ou six fois plus grand que la profondeur.

Sur la face profonde ou dermique de la cupule, on voit bien encore sur ses limites un mince liséré violet foncé qui est la continuation de la couche profonde de l'épiderme sain; mais, au centre et sur certaines préparations, la cupule touche directement au derme dans toute son étendue sans en être séparée par un lambeau épidermique.

La face superficielle de la cupule est limitée par une zone granuleuse, plus colorée que le reste du produit pathologique. Ses bords sont un peu relevés et dépassent légèrement le niveau de l'épiderme sain; il existe une transition brusque entre les deux.

A un fort grossissement, on peut suivre les diverses altérations que subit l'épiderme pour constituer la cupule favique; à ce niveau, la couche cornée est remplacée par des cellules arrondies à noyau plus coloré.

Le stratum granulosum lui-même a disparu; à sa place, on trouve des granulations dont il est difficile de distinguer les formes à cause de l'intensité de la coloration; cependant, en faisant varier le point, on peut voir la forme arrondie des éléments qui se sont substitués aux cellules épidermiques.

On observe encore des filaments qui s'insinuent entre les cellules de la couche de Malpighi, sans cependant atteindre les limites de celle-ci.

Nous avons été frappé par le fait suivant : tout près du point envahi se trouve un follicule pileux qui ne présente aucune altération ; à peine trouve-t-on quelques spores dans la couche cornée; encore ces spores peuvent-elles avoir été transportées en ce point par les manipulations qu'exige toute préparation.

Du reste, nous ferons remarquer que, dans plusieurs préparations, les godets ne sont pas situés autour ou même près des follicules pileux.

Nous n'avons point la prétention de renverser l'opinion émise par d'éminents dermatologistes, à savoir que l'achorion envahi d'abord les follicules pileux et s'y attache plus spécialement; nous constatons simplement un fait sans en tirer de conséquences.

A l'une des coupes, le derme est envahi dans une certaine profondeur, mais la limite en est tranchée, nette, et on ne trouve pas là cette zone d'infiltration par les spores qui précède la cupule; en deçà de la limite, on ne voit que des éléments altérés et le champignon; au delà, on trouve le derme avec sa structure normale; il n'existe pas de transition graduelle entre les deux.

L'achorion Schœnlemii présente la disposition suivante : dans la partie profonde de la cupule, on voit de longs filaments granuleux, remplis de spores, filaments dont la direction est à peu près perpendiculaire au tissu envahi.

A la surface du godet, les filaments n'ont point de direction bien déterminée, mais la direction horizontale prédomine ; les gonidies abondent dans cette zone ainsi que les débris de cellules cornées dissociées, détruites par le parasite.

Nous signalerons une dilatation anormale des vaisseaux du derme; en quelques points existent des ruptures qui se font dans la partie la plus superficielle de celui-ci: la malade avait présenté d'ailleurs des pétéchies par le fait de son affection hépatique.

BIBLIOTHÈQUE

DE L'OCCLUSION INTESTINALE PRODUITE PAR LES ROTATIONS DE L'INTESTIN, ET EN PARTICULIER PAR CELLES DE L'INTESTIN GRÊLE, par le docteur Emile LÉVÊQUE, ancien interne des hôpitaux de Saint-Germain et de Saint-Denis. — Paris, Ollier-Henry, 1885.

L'auteur s'est proposé d'élucider, par l'expérimentation et la discussion des faits cliniques qu'il a pu recueillir, une des causes rares de l'occlusion intestinale, la rotation de l'intestin, dont la théorie et le mécanisme sont encore loin d'être nettement définis.

Les rotations comprennent les torsions et les enroulements ; ces derniers méritent seuls la qualification de volvulus, qui a été jusqu'ici employée d'une façon trop compréhensive ou trop vague. L'expérimentation sur le cadavre démontre qu'une constriction

un peu énergique de l'intestin par le fait des rotations peut déterminer des phénomènes d'occlusion. Relativement fréquentes sur le gros intestin, les rotations sont rares sur l'intestin grêle. Il n'existe même qu'un fait d'occlusion par torsion du grêle, celui que l'auteur a observé et qui est au musée Dupuytren, n° 260 A. Le mécanisme des étranglements par torsion est des plus compliqués et suppose que la partie de l'intestin qui en est le siège est naturellement ou accidentellement dépourvue de mésentère. En effet, pour qu'il y ait rétrécissement du calibre de l'intestin, la torsion doit se faire sur une très faible longueur et avoir une certaine fixité.

Dans le volvulus, le rétrécissement résulte d'une sorte d'aplatissement causé par la striction des tours de spire sur la partie enroulée et parfois réciproquement de celle-ci sur la partie enveloppante. Tant qu'il n'y a pas une diminution notable du calibre de l'intestin, la rotation peut causer des troubles intestinaux, mais non les phénomènes de l'étranglement interne.

L'occlusion rotatoire n'est souvent que la période ultime d'un état morbide qui se manifeste depuis un certain temps par des phénomènes spéciaux, quoique l'ensemble de la santé ait paru jusque-là assez satisfaisant. Souvent l'accident ultime est déterminé brusquement par de violents efforts. Le sexe masculin et les professions pénibles dévolues aux hommes sont donc des causes prédisposantes.

Si les symptômes des rotations diffèrent peu de ceux de toute occlusion, néanmoins la constipation n'est pas aussi constante ni aussi absolue, les vomissements ont moins souvent le caractère fécaloïde dans l'étranglement par volvulus. Au contraire, ces deux symptômes sont très prononcés dans la torsion. Le diagnostic ne repose guère en général que sur des présomptions, il est important de noter que le point de l'abdomen où une douleur et une tumeur sont bien localisées au début a toujours été, dans les observations qui mentionnent ces deux signes, le siège même de l'étranglement ; car, lorsque les moyens médicaux proprement dits ont échoué, l'unique ressource consiste en une laparotomie exploratrice, et l'existence des deux signes en question, quand elle aura été constatée, servira de guide au chirurgien.

Le travail de M. Lévêque, suivi d'un index bibliographique bien fait, est fort intéressant. — P. L. G.

ETUDES CLINIQUES SUR LA GRANDE HYSTÉRIE OU HYSTÉRO-ÉPILEPSIE, par le docteur Paul RICHER, chef du laboratoire de la clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière, lauréat des hopitaux, de la Faculté, de l'Académie de médecine et de l'Institut, avec une lettre préface de M. le professeur J.-M. CHARCOT. Deuxième édition, revue et considérablement augmentée, avec 97 figures intercalées dans le texte et 10 gravures à l'eau-forte. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1885.

L'éloge de ce magnifique ouvrage n'est plus à faire. C'est une des productions qui font le plus d'honneur à la médecine française contemporaine et à l'enseignement créé de toutes pièces à la Salpêtrière par M. Charcot. Le talent si remarquable de M. Paul Richer, comme dessinateur, lui a permis d'illustrer son propre texte par d'admirables gravures qui sont de véritables œuvres d'art. Tout médecin doit avoir dans sa bibliothèque le livre de M. Richer ; ceux qui ne l'avaient pas encore auront l'avantage, en se procurant cette seconde édition, d'avoir un livre encore plus beau et plus complet.

P. L. G

LES MICROBES PATHOGÈNES, leçons professées à la Faculté de Bordeaux par M. le docteur C. ARTIGALAS, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, rédigées par M. G. Maurange, externe des hôpitaux.

Ce premier fascicule sera complété lorsque le professeur aura achevé son cours complémentaire. M. Artigalas s'est proposé de rendre accessibles aux élèves les connaissances actuellement acquises en microbiologie. Son travail est antérieur à la publication du grand ouvrage didactique de Cornil et Babès; il avait d'ailleurs des visées moins étendues. Une première leçon est consacrée à l'actinomycose, quelques-unes aux généralités relatives à la technique des cultures et inoculations, à un esssai de thérapeu-

BIU Santé

tique microbienne. Le plus grand nombre des leçons traite de le tuberculose bacillaire et zoogléique et de la pneumonie. Plusieurs planches coloriées illustrent le volume, dont la lecture est agréable et profitable. — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 décembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

La correspondance non officielle comprend :

1° L'extrait d'un testament de Mme veuve Laborie, par lequel elle lègue à l'Académie la somme de 150,000 francs, dont les arrérages seront affectés à récompenser, au choix de l'Académie, les auteurs d'ouvrages ou de découvertes en médecine;

2° Une lettre de M. le président de la Société locale d'Indre-et-Loire, M. Louis Thomas (de Tours), invitant l'Académie à participer à la souscription ouverte dans le but d'élever, dans la ville de Tours, des statues à Bretonneau, Velpeau et Trousseau, nés dans cette ville.

— M. Rochard présente, au nom de M. le docteur Bertrand (d'Alger), un mémoire sur les propriétés toxiques de la morille.

M. Sappey présente, de la part de M. le docteur Testut, une brochure sur le système musculaire des Boschimans.

M. Gariel présente, de la part de M. Bréguet, une machine pour les applications de l'électricité statique, construite pour le docteur Vigouroux.

M. Colin (d'Alfort) présente, de la part de M. le docteur Redard, une brochure sur la désinfection des wagons ayant servi au transport des animaux.

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. le docteur Moncorvo, une série de brochures sur diverses questions de thérapeutique.

M. Léon Le Fort présente, de la part de M. le docteur Krassowski (de Saint-Pétersbourg), un *Traité des opérations obstétricales*.

M. Moutard-Martin présente, au nom de M. le docteur Homo, la première partie d'un rapport sur les eaux minérales du Caucase.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Leblanc donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Bouley. Cette lecture est accueillie par d'unanimes marques d'approbation.

— M. Leblanc a la parole pour la lecture des conclusions de son rapport sur la rage.

L'Académie de médecine, considérant l'accroissement notable des cas de rage constatés en 1884 et en 1885, à Paris et dans les départements, pense qu'il y a lieu de solliciter de M. le ministre de l'agriculture l'application des mesures suivantes :

1° Assurer l'exécution stricte des articles de la loi du 21 juillet 1881 et du règlement d'administration publique visant la rage, spécialement de ceux qui ordonnent la déclaration des cas de rage, l'abattage des animaux mordus, le port du collier réglementaire et la mise en fourrière des chiens errants.

2° Ajouter au port du collier l'obligation d'y attacher une médaille délivrée par l'autorité le jour de la déclaration, et renouvelable chaque année.

3° Rendre générale et uniforme l'organisation du service des épizooties déclaré obligatoire par l'article 38 de la loi, et placer ce service sous la direction d'un vétérinaire départemental assisté d'un nombre limité de vétérinaires cantonaux.

4° Faire cesser, à la date du 31 juillet 1887, l'ajournement de l'article 12, défendant aux empiriques de traiter les animaux atteints de maladies contagieuses.

M. Dujardin-Beaumetz appelle l'attention sur les difficultés qu'il y a dans la pratique à faire appliquer les règlements de police sanitaire, concernant la rage. La principale

difficulté consiste, suivant lui, à atteindre les chiens de boutiquiers, qu'il appelle chiens *semi-errants*, et qui, sortis de la boutique, se trouvent en contact avec les chiens errants par lesquels ils sont exposés à être contagionnés. Il faudrait exiger que les chiens fussent toujours tenus en laisse, et que l'impôt sur les chiens fût rigoureusement payé par tous les propriétaires. En outre, il faudrait que tout individu, dont le chien aurait occasionné un cas de rage, fût poursuivi devant les tribunaux.

Quoi qu'il en soit, il faut compter qu'il y aura toujours des lacunes regrettables dans l'application de la loi, surtout dans un pays comme la France, où le principe d'autorité est de moins en moins respecté.

M. Léon Le Fort voudrait qu'à l'exemple du Grand Duché de Bade, au collier portant le nom et l'adresse du propriétaire d'un chien, fût suspendue une médaille indiquant que l'impôt a été payé.

M. Leblanc accepte la proposition de M. Léon Le Fort, qui sera ajoutée aux conclusions du rapport. Quant aux observations présentées par M. Dujardin-Beaumetz, et aux mesures qu'il propose, elles seront rendues inutiles, si l'autorité met la main à l'énergique application de la loi, ainsi que M. Leblanc le demande dans ses conclusions.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées, avec l'addition proposée par M. Léon Le Fort.

M. Vulpian communique les résultats de ses recherches *sur l'emploi du salicylate de lithine dans le traitement du rhumatisme*. Voici les conclusions de ce travail :

1. On sait que le salicylate de soude est surtout efficace dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et des accès aigus de goutte articulaire.

Son influence est souvent nulle dans le traitement du rhumatisme blennorrhagique ; elle est faible dans le traitement du rhumatisme articulaire subaigu ou du rhumatisme articulaire chronique.

2. Le salicylate de lithine, lorsqu'il s'agit de traiter le rhumatisme articulaire aigu, paraît aussi efficace que le salicylate de soude. Il en serait vraisemblablement de même dans le traitement des accès aigus de goutte.

3. Chez certains malades atteints de rhumatisme articulaire aigu et traités au moyen du salicylate de soude, il arrive parfois, après qu'on a obtenu une grande et rapide amélioration, que des jointures restent encore un peu douloureuses, et que leur fonctionnement soit encore gêné et plus ou moins pénible. Le salicylate de soude peut ne pas dissiper rapidement ces vestiges de l'affection aiguë des articulations, même lorsqu'il est employé à des doses assez élevées pour produire des phénomènes toxiques assez intenses. Le salicylate de lithine peut intervenir alors utilement, et faire disparaître, en peu de jours, les dernières traces du rhumatisme.

4. Le salicylate de lithine m'a paru plus actif que le salicylate de soude dans le traitement des formes de rhumatisme aigu dans lesquelles les tissus fibreux sont surtout atteints.

5. Il est plus actif aussi que le salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire subaigu progressif. Chez des malades atteints de cette forme tenace et redoutable du rhumatisme, qui avaient été soumis sans succès aux médications les plus variées, les plus persévérantes, et chez lesquels le salicylate de soude, employé à diverses reprises et à hautes doses, n'avait jamais produit que des amendements passagers et presque insignifiants, j'ai vu le salicylate de lithine déterminer, au bout de dix à quinze jours, une notable amélioration. On constatait une disparition presque complète des douleurs spontanées ; une atténuation de celles que provoquaient la palpation ou le mouvement communiqué, une diminution du volume des articulations tuméfiées, une mobilité plus grande de ces jointures, et, par suite de ces diverses modifications, une facilité plus grande des mouvements volontaires des parties atteintes. Cette amélioration était beaucoup plus prononcée et plus persistante que celle qu'on obtient parfois, — rarement, — à l'aide du salicylate de soude.

6. Le rhumatisme articulaire chronique lui-même, dans ses périodes avancées, alors qu'un nombre plus ou moins grand de jointures sont déformées, gonflées, à demi ankylosées, douloureuses encore, m'a paru n'être pas absolument rebelle à l'action du

BIU Santé

salicylate de lithine. Il ne s'agit, il est vrai, que d'un soulagement, mais ce soulagement n'a pas été douteux chez deux femmes auxquelles j'ai prescrit ce médicament. Ces deux femmes ont recouvré le sommeil; elles ont pu se déplacer un peu moins difficilement dans leur lit et mouvoir plus aisément leurs membres, principalement leurs mains.

7. Comme pour les autres médicaments, il y a une dose pour le salicylate de lithine, au-dessous de laquelle on n'obtient aucun effet, même alors que la dose insuffisante est continuée pendant longtemps. La dose active pour le salicylate de lithine se rapproche beaucoup de celle qui est nécessaire, quand on fait usage du salicylate de soude. Il est rare que l'on observe un résultat appréciable lorsqu'on prescrit 2 ou même 3 grammes de ce sel par jour pour un adulte.

Il faut faire prendre, en général, 4 grammes par jour, pour agir sur les manifestations rhumatismales qui peuvent être influencées d'une façon favorable par ce médicament. On est parfois obligé de porter la dose quotidienne à 4 grammes 50 ou à 5 grammes.

Lorsque l'amélioration cesse de faire des progrès, il suffit d'augmenter cette dose de 0 gramme 50 centigrammes, pour remettre en marche cette amélioration. Mais des phénomènes d'intolérance se manifestent d'habitude lorsqu'on porte la dose à 5 grammes ou 5 grammes 50, et même parfois avant qu'on ait atteint cette dose, phénomène qui force à revenir à une dose moins forte.

Le salicylate de lithine est soluble dans l'eau ; sa saveur est très supportable. On peut l'administrer en solution aqueuse, en potion, en élixir. Je l'ai fait prendre en poudre, dans du pain azyme, au milieu ou à la fin des repas, à la dose de 50 centigrammes à la fois.

Le salicylate de lithine produit, comme effets physiologiques habituels, une céphalalgie plus ou moins accusée, des vertiges et plus souvent une surdité considérable ; mais il est très-rare que les malades soumis à l'action de ce médicament soient tourmentés par des sifflements d'oreille, ou des bruits de vent, de pluie, etc. comme les malades traités par le salicylate de soude.

Les phénomènes déterminés par le salicylate de lithine se manifestent peu de temps après l'ingestion du médicament, c'est-à-dire au bout d'une demi-heure ou d'une heure ; ils peuvent durer assez longtemps, jusqu'au lendemain, par exemple ; ce sont les vertiges et la surdité qui ont la plus longue durée ; la céphalalgie, qui peut d'ailleurs faire défaut, se dissipe en général au bout de peu d'heures.

Les malades qui ont pris du salicylate de soude avant d'être soumis à l'action du salicylate de lithine, affirment tous qu'il y a une grande différence entre les effets physiologiques des deux médicaments.

Le salicylate de lithine détermine d'ailleurs quelquefois des troubles intestinaux qu'on n'observe pour ainsi dire jamais pendant le traitement par le salicylate de soude : coliques, diarrhées, etc. Il a constamment moins d'action lorsque se montre cette légère révolte de l'intestin. Elle ne disparaît d'ordinaire que lorsqu'on cesse le médicament. Il n'en est pas de même de la céphalalgie et de la surdité, ainsi que des vertiges. Ces phénomènes s'affaiblissent peu à peu pendant que l'on continue le traitement à la même dose, et le malade finit, le plus souvent, par ne plus en être incommodé, même lorsque l'on continue le traitement pendant plusieurs semaines.

9. L'action du salicylate de lithine sur le rhumatisme est due évidemment à l'acide salicylique que contient ce sel. La lithine ne joue par elle-même qu'un rôle peu important. Ce qui le prouve, c'est qu'on n'obtient par les mêmes résultats en remplaçant le salicylate de lithine par d'autres sels de lithine. Mais on ne peut pas attribuer toute l'action thérapeutique à l'acide salicylique, car on voit le salicylate de lithine réussir là où une dose plus forte de salicylate de soude était inefficace. Cette différence d'activité thérapeutique, ainsi que la dissemblance des effets physiologiques ou toxiques, produits par les deux substances, montrent bien que c'est le sel « salicylate de lithine », et non l'acide salicylique seul, qui agit dans le traitement du rhumatisme par le salycilate.

10. Le salicylate de lithine paraît donc devoir prendre rang parmi les moyens thérapeutiques à employer dans le traitement des diverses formes du rhumatisme.

M. Constantin Paul a vu le salicylate de lithine produire, chez certaines femmes, la prolongation des règles et l'augmentation du flux menstruel presque jusqu'au caractère de l'hémorrhagie.

M. Vulpian n'a rien observé de semblable chez les femmes auxquelles il a administré ce médicament.

M. Desnos, candidat pour la section de thérapeutique, lit un travail intitulé : *Études sur quelques nouveaux purgatifs.*

Les recherches entreprises par M. Desnos, dans le but de contrôler cliniquement les résultats des expériences faites par le docteur Rutherford (d'Edimbourg) sur les animaux, ont porté sur quatre substances purgatives, extraits résineux de plantes d'Amérique : le *baptistin*, le *juglandin*, le *phytolaccin* et le *sanguinarin*, employés à la dose moyenne de 10, 20, 30 à 45 centigrammes par jour, en une, deux ou trois prises avant le repas, sous forme de pilules de 5 à 10 centigrammes non argentées, sur quarante-huit malades.

Toutes ces substances, sauf le sanguinarin, ont donné une ou plusieurs garde-robes, soit dans la journée qui a suivi leur administration, soit le lendemain, sans déterminer d'accidents du côté de l'estomac, mais en produisant quelquefois des coliques, particulièrement le baptistin et le juglandin. Le phytolaccin a donné des résultats constants, sans coliques.

Ce travail est renvoyé à la section constituée en comité d'élections.

— La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

JACQUES DAVIEL.

Dans l'*Union médicale* du 12 novembre, nous avons rendu compte de la cérémonie qui venait d'avoir lieu en terre étrangère, pour l'inauguration du monument élevé par les médecins suisses, à Jacques Daviel qui, le premier, pratiqua l'opération de la cataracte, par l'extraction du cristallin.

Aujourd'hui, c'est son pays natal, c'est la Normandie, qui se propose à son tour d'honorer l'un de ses plus illustres enfants.

Dans sa séance publique annuelle, sous la présidence de M. le duc de Broglie, la *Société libre d'agriculture, sciences, arts et belles-lettres de l'Eure*, vient de décider qu'un monument serait élevé à La Barre, lieu de naissance de Daviel, pour perpétuer, parmi ses compatriotes, le souvenir de ce bienfaiteur de l'humanité ; et un Comité a été formé, dont M. Lerenard-Lavallée est le secrétaire, pour recueillir les souscriptions.

Cette décision a été prise après la lecture, devant la Société, d'une intéressante notice biographique de Daviel, par l'éminent ophthalmologiste de Rouen, M. le docteur Gauran qui, dans quelques pages écrites du meilleur style, a rappelé ce que fut Daviel, et comment il arriva à l'invention de la méthode opératoire qui, pour toujours, a illustré son nom, et qu'il fit connaître par un mémoire important, présenté à l'Académie de chirurgie, en 1752, alors qu'il avait déjà pratiqué 206 opérations, dont 182 suivies de succès.

La méthode opératoire de Daviel, d'abord accueillie avec grande faveur, et qui valut une immense réputation à son auteur, ne fut pas généralement admise par tous les ophthalmologistes, et, au commencement de ce siècle, la méthode d'opération par abaissement ou broyement du cristallin avait encore de nombreux partisans.

C'est l'Ecole moderne qui a fait triompher la méthode de Daviel, pratiquée aujourd'hui par tous les chirurgiens français, comme l'une des opérations les plus brillantes et les plus sûres de la chirurgie.

Le moment était donc venu de consacrer, par des souvenirs durables, la gloire de Daviel ; un monument lui a été élevé dans le pays où il est mort, un autre monument va lui être élevé dans le pays où il est né.

La postérité fait son devoir. — A. Brun.

FORMULAIRE

SOLUTIONS CONTRE LE PRURIT DES MUQUEUSES. — Bazin.

Les mêmes lotions ne conviennent pas pour calmer le prurit de toutes les muqueuses indistinctement. Pour la conjonctivite oculaire, l'auteur conseille un collyre composé de 5 à 10 centigrammes de sulfate de cuivre et de 250 grammes d'eau distillée. — Pour calmer les picotements de la langue, un gargarisme préparé avec coaltar saponiné de Lebeuf, 10 à 30 grammes, eau 300 grammes. — S'il s'agit de démangeaisons ayant leur siège dans l'intérieur des narines, c'est aux injections d'acide phénique au millième, avec ou sans addition de glycérine, qu'il conseille d'avoir recours. Enfin, pour la muqueuse vulvaire, les solutions de sublimé, de nitrate de mercure, sont particulièrement efficaces. — On peut employer aussi les glycérolés de goudron, et mieux encore de tannin et d'amidon. — 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 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.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. L. Joubin soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 11 décembre, à deux heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Recherches sur l'anatomie des brachiopodes inarticulés. »

— Par arrêté ministériel, en date du 5 décembre 1885, la deuxième session ordinaire du Conseil supérieur de l'instruction publique, en 1885, s'ouvrira le jeudi 17 décembre. La durée de cette session sera de huit jours.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Prosper Thévenet, décédé le 30 novembre; et celle de M. le docteur A. Juzaux, médecin-major de 1re classe en retraite, décédé à Montaut (Landes), le 19 novembre, dans sa soixante et unième année.

— Le corps de l'internat vient de faire une nouvelle et cruelle perte dans la personne d'un de nos jeunes collègues les plus sympathiques, M. Ayrolles, interne à l'hôpital de la Charité. Il a succombé à une fièvre typhoïde ; quelques jours le séparaient seulement de la fin de son internat.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 12 décembre 1885. — *Ordre du jour* : 1. Election du bureau. — 2. M. Blondeau : Rapport sur la candidature de M. Géry au titre de membre honoraire. — 3. M. Deligny : Rapport sur la candidature de M. Colombe (de Lisieux) au titre de membre correspondant. — 4. M. Le Blond : Rapport sur le concours du prix Duparcque. — 5. M. Fraigniaud : Observation de rupture du diaphragme (Rapport). — 6. Vote sur la candidature de M. le docteur Gamon (membre correspondant). — 7. M. Dubuc : De l'utilité de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie. — 8. M. Reliquet : Carcinome villeux diffus de la vessie.

HYPNONE (Acétophénone ou phényl-méthyl-acétone). — Ce nouvel hypnotique s'administre à la dose de 15 à 20 centigrammes, en capsules contenant chacune 5 centigrammes de médicament. *La capsule ovale peut seule donner toute garantie au sujet du dosage rigoureux des médicaments actifs.* On trouvera dans toutes les pharmacies les **Capsules d'hypnone Adrian.**

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Ch. E. : Les propriétés thérapeutiques et les indications de la terpine. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Sociétés médicales des départements. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Revue de clinique et de thérapeutique.

Les propriétés thérapeutiques et les indications de la terpine.

L'une des principales objections à l'emploi médical de la térébenthine et de ses dérivés est l'insolubilité de ces substances dans les véhicules aqueux, leur odeur et leur saveur. Le bihydrate de térébenthène, aujourd'hui désigné sous le nom de terpine, est exempt de ces inconvénients, et vient, pour ce motif, de prendre place dans la thérapeutique.

Proposée par M. Lépine (de Lyon), essayée par MM. Dujardin-Beaumetz et Guelpa à l'hôpital Cochin, G. Sée à l'Hôtel-Dieu, Gayrand (de Montpellier) et Masius (de Liège), cette substance a fait quelque chemin dans la faveur médicale. Quelle est-elle et quelle est sa valeur clinique ?

Obtenue par l'hydratation de la térébenthène, produit de la distillation de l'essence de térébenthine à une température de 156 degrés, la terpine est une poudre blanche, cristalline, et non pas, comme on l'a écrit à tort, un liquide incolore. Elle se dissout dans 200 parties d'eau froide, 6 à 7 parties d'alcool à 85°, et en proportion plus considérable encore dans l'éther et les huiles grasses.

Ses solutions ont une saveur amère ; mais cette saveur assez faible est loin d'être nauséeuse comme celle de l'essence de térébenthine, à laquelle elle ressemble seulement par l'analogie de ses propriétés médicamenteuses. Les réactions chimiques auxquelles elle donne lieu la font aisément reconnaître : car l'acide nitrique, ajouté à ses solutions, y développe une odeur de jacinthe, et l'acide sulfurique un précipité vert. Au moyen de ces réactions, on reconnaît aisément la terpine dans les urines, par où elle s'élimine en partie.

L'accord des observateurs est complet sur ces points de chimie et de matière médicale. Il n'est pas unanime relativement à l'action physiologique de la terpine. Celle-ci paraît nulle chez l'homme en état de santé. Sur le chien, M. Lépine a constaté des troubles rénaux, de l'albuminurie et de l'hématurie ; des modifications du rythme respiratoire, son accélération et l'inégalité de ses mouvements ; des troubles de calorification, une élévation de température ; et enfin la mort, quand on élevait la dose à 15 centigrammes pour 1,000 grammes du poids de l'animal.

Les autres expérimentateurs ne mentionnent aucun de ces phénomènes ; ni M. Guelpa, ni M. Jeannel, ne les ont vu se produire, malgré le nombre de leurs expériences et en variant leurs tentatives, sur le singe, le cobaye, le lapin, le chien, la poule ou la grenouille. Ces animaux sont donc rebelles à l'action de la terpine.

Il en est tout autrement quand on l'administre à l'homme malade : elle agit alors à des degrés divers, mais avec une constance des plus grandes, sur la muqueuse bronchique, le rein et le système nerveux.

L'administration de 20 à 30 centigrammes de terpine augmente la sécrétion bronchique, fluidifie les crachats et aide l'expectoration. A cette dose,

©BIU Santé

elle agit donc comme un *expectorant*, utilisable pour le traitement des bronchites subaiguës et chroniques.

En élevant la dose à 80 centigrammes et à 1 gramme, cette substance provoque la contraction des vaisseaux de la muqueuse, arrête les hémorrhagies et atténue ou tarit les sécrétions bronchiques. A l'instar du terpinol employé par M. Guelpa, elle diminuait à cette dose l'expectoration profuse des malades de MM. Lépine, G. Sée et Masius, soulageait leur dyspnée par encombrement sécrétoire et modérait leur toux, dans les cas où ils étaient en puissance de dilatation bronchique, de bronchorrées rebelles, de cavernes pulmonaires et d'emphysème. Elle aurait même arrêté rapidement les hémoptysies du début de la phthisie. De sorte qu'à doses élevées, cette substance est un *desséchant* et un *hémostatique*.

Comme l'essence de térébenthine, la terpine modifierait la sécrétion urinaire. M. Lépine lui attribue des *propriétés diurétiques* qu'il met à profit dans le traitement de la néphrite chronique. Il l'a administrée aux doses de 20 à 60 centigrammes, modérant ainsi la quantité du médicament pour éviter l'hématurie et l'albuminurie, dont il avait été témoin dans ses tentatives expérimentales sur le chien. Cette influence diurétique est un point de l'histoire de la terpine qui mériterait revision. MM. Jeannel et Decamp ont voulu s'en rendre compte, et les résultats de cet examen ont été négatifs. Un de leurs malades fut soumis à la terpine pendant quatorze jours, et néanmoins son urine ne présenta pas de modifications qualitatives. L'urée, l'acide urique, l'acide phosphorique et les chlorures étaient en proportion normale. Tout au plus, constatait-on une légère diurèse, qu'on pouvait attribuer à l'excipient alcoolique des solutions de terpine, tout autant qu'à cette dernière.

Ce n'est pas tout, avec cette vertu douteuse, la terpine en possèderait encore une autre : elle améliorerait et guérirait les névralgies. Son administration remplacerait donc celle de la térébenthine, sans en avoir les accidents gastro-intestinaux.

En résumé, à titre provisoire, et en attendant la confirmation de ses vertus diurétiques et antinévralgiques, la terpine a, dès à présent, son utilité dans le traitement des affections des voies respiratoires. En sa qualité de *modificateur des sécrétions bronchiques*, ce médicament est indiqué à doses variables, suivant l'effet à provoquer ; c'est-à-dire qu'on le prescrira comme *expectorant*, aux faibles doses de 20 à 60 centigrammes, contre les bronchites subaiguës et chroniques, et comme *desséchant*, aux doses élevées de 80 centigrammes à 1 gramme, dans les cas de bronchorrées rebelles, de dilatation bronchique et de cavernes pulmonaires.

Enfin, on ne doit pas oublier que, comme hémostatique et à doses supérieures à un gramme, elle a rendu des services contre les hémoptysies de la période initiale de la tuberculose.

Sous quelles formes pharmaceutiques la prescrira-t-on ? On peut l'administrer en poudre dans des cachets médicamenteux, et en pilules de 10 à 15 centigrammes. Néanmoins, à cause de sa faible solubilité dans l'eau, on la véhicule de préférence dans un excipient hydro-alcoolique, qu'on peut formuler avec M. G. Sée : Alcool à 85,250 grammes, eau 30 grammes, terpine 10 grammes. — Le malade doit prendre trois cuillerées par jour de cette solution, dont la saveur est heureusement dissimulée par l'addition d'un sirop acide, sirop de limon, d'écorces d'oranges amères ou de cerises.

Enfin, dernier point d'importance pratique, le *moment de l'administration*

de la terpine, sous quelque forme qu'on la prescrive, sera celui du repas. Par cette précaution, on risque moins, surtout quand les doses sont élevées, de provoquer des troubles gastriques ou la diarrhée. Pour prévenir ces accidents, M. Lépine ajoute à la solution de terpine le sirop de cachou, de même que, pour en favoriser l'action diurétique, il la prescrit dans du vin blanc.

Il serait prématuré de porter un pronostic définitif sur l'avenir de ce médicament, qui, à l'heure actuelle, est encore en discussion. Néanmoins, on doit le compter, dès à présent, au nombre des utiles acquisitions thérapeutiques de l'année 1885. C'est aux praticiens qu'il appartient de l'essayer, de le juger et de prononcer en dernier ressort. — Ch. E.

BIBLIOTHÈQUE

HISTOIRE DU CHOLÉRA AUX INDES ORIENTALES AVANT 1818, avec carte par le docteur J. SEMMELINK, ancien médecin principal de l'armée des Indes Néerlandaise. — *Utrecht*, C. H. C. Breijer; et *Paris*, G. Carré, 112, boulevard Saint-Germain.

Sous ce titre vient de paraître un ouvrage des plus intéressants sur l'histoire du choléra. L'auteur, le docteur Semmelink, une des illustrations médicales des Pays-Bas, a su mettre à profit les ouvrages publiés jusqu'à ce jour sur l'histoire du choléra; il a puisé des données positives dans les nombreux rapports existant dans les archives coloniales de la Hollande. Plus que tout autre, le docteur Semmelink était en état d'apprécier la valeur de ces documents au point de vue de l'histoire de cette maladie, puisque, par son séjour prolongé aux Indes néerlandaises, où il a occupé longtemps une place marquante dans le service de l'armée, il a été à même d'étudier la nature, les formes et les causes des maladies régnantes.

M. Semmelinck passe en revue les ouvrages publiés sur l'état sanitaire des Indes Orientales. En ce qui concerne les Indes orientales néerlandaises, M. Semmelink, s'appuyant sur les données officielles et sur des témoignages de voyageurs, est en droit de déclarer que le choléra asiatique ne s'est montré ni sur les vaisseaux de la Compagnie des Indes orientales ni à Batavia avant l'année 1816, lorsque l'île de Java fut rendue aux Hollandais par les Anglais. Pour les Indes anglaises, M. Semmelink, se basant sur la traduction de la citation de *Caraka* par le professeur Kern, de Leyde, soutient que ces rapports des écrivains indous ont été considérés à tort comme une preuve que le choléra asiatique ait régné dans l'antiquité aux Indes anglaises. Il dit aussi, après avoir passé en revue les documents écrits au XVIIe siècle, qu'il n'a trouvé aucune preuve certaine qu'avant 1850 le choléra asiatique eût fait son apparition au Bengale ou dans d'autres parties des Indes. Par contre, après 1750, les cas de choléra avaient un tout autre caractère que le choléra épidémique, qui commença en 1817 ses ravages, et qui, plus tard, sous le nom de choléra asiatique, fixa d'une manière douloureuse l'attention du monde entier.

Arrivé au commencement du XIXe siècle, M. Semmelink n'est pas d'accord avec le docteur Fauvel, qui a soutenu à la conférence de Constantinople, en 1866, que les épidémie du choléra, signalées sur différents points de l'Inde au siècle dernier, avaient cessé de se reproduire depuis plus de vingt ans, lorsque se déclara la grande manifestation cholérique de Jessora en 1817. M. Semmelink, en citant les rapports de Mac Rae, Jacobus Reiner Vos, James Johnson, James Annesley, Makuamara et d'autres, tous médecins qui ont écrit à différents titres sur l'état sanitaire de l'Inde, démontre que ce choléra n'avait pas cessé durant la période de temps citée par M. Fauvel.

Il serait difficile, dans l'analyse succincte du remarquable travail de M. Semmelink, de signaler les arguments qu'il fournit à l'appui de sa thèse. Notre savant confrère termine son ouvrage en comparant le *choléra nostras* et l'*asiatique*. Le premier, dit-il, reste confiné sur les lieux où il prend naissance, il est presque toujours sporadique; mais

©BIU Santé

il peut, dans certaines conditions connues, se manifester à l'état épidémique. Le choléra asiatique, au contraire, règne presque toujours à l'état épidémique et est transmissible. Les lésions anatomiques étant les mêmes, ce problème d'étiologie attend vainement, depuis 1817, un solution satisfaisante.

Ce n'est pas tout, au risque de se mettre en conflit avec les bactériologues, il insiste sur ce fait que le choléra nostras, rarement mortel avec un bon traitement médical et dans des conditions hygiéniques favorables, peut, *dans la zone torride*, faire d'effroyables ravages parmi les populations indigènes, victimes de la misère et privées de tout traitement médical. M. Semmelink n'en attache pas moins d'importance aux travaux remarquables de Koch, et il convie les bactériologues à rechercher si, dans le choléra nostras des Indes orientales, on trouve aussi le bacille-virgule. — Stekoulis.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX RUSSES

Le sublimé dans le traitement des conjonctivites, par le docteur Below. — L'auteur a réuni 65 observations de conjonctivite. De ce nombre, il y avait 26 cas de de conjonctivite simple, 19 de conjonctivite pustuleuse, 2 de conjonctivite diphtéritique, 2 de conjonctivite blennorrhagique et 16 de conjonctivite granuleuse.

Le docteur Below se servait, dans tous ces cas, de la solution de sublimé, et il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Sous l'influence d'une solution de sublimé (1 p. 2,000) en pulvérisation dans les conjonctivites aiguës, ainsi que chroniques, la sécrétion conjonctivale diminue rapidement et finit par disparaître, en même temps que l'hyperhémie diminue, plus lentement dans les formes chroniques, mais cependant plus rapidement que sous l'influence d'une solution de nitrate d'argent.

2° Les phlyctènes simples disparaissent aussi rapidement que par l'emploi du calomel.

3° Dans le trachome compliqué d'une inflammation aiguë ou chronique, on observe, outre la diminution ou même la disparition de l'hyperhémie, une diminution dans la quantité des granulations folliculaires.

4° Dans tous les cas de conjonctivite aiguë, quand le nitrate d'argent est contre-indiqué, au lieu du froid et des saignées, il faut employer des solutions faibles de sublimé, pulvérisations ou lotions, à l'aide d'une seringue. Ce mode de traitement peut amener une guérison en peu de temps quand le nitrate d'argent ne peut pas être employé.

5° Dans les conjonctivites chroniques, de même que dans la blennorrhagie à sa seconde période, le traitement mixte par le nitrate d'argent et le sublimé donne des résultats meilleurs que le traitement par le nitrate d'argent seul.

6° L'usage d'une solution faible de sublimé, sous forme de pulvérisations comme moyen prophylactique contre les conjonctivites blennorhagiques des nouveau-nés, donne de bons résultats.

La pulvérisation est pratiquée de deux à huit fois dans la journée durant une demi-minute à une minute, suivant la quantité et la qualité des sécrétions. Le pulvérisateur doit être toujours près de l'œil pour que le jet du liquide pulvérisé soit assez fort. Les deux paupières doivent être retournées successivement, et chaque paupière soumise séparément à la pulvérisation. (*Médecine russe*, 26, 85.) — Winocouroff.

Naphtaline comme moyen de pansement des ulcères (Dovodtchikow). — D'après l'auteur, la naphtaline est un moyen précieux de pansement des ulcères : 1° par son prix peu coûteux; 2° par la simplicité de son emploi pour les gens pauvres; 3° par la rapidité avec laquelle apparaissent des bourgeons et la cicatrisation; 4° par ses propriétés antiseptiques, les mauvaises odeurs et les fausses membranes disparaissent rapidement, et enfin, avantage plus essentiel encore, elle n'irrite pas les ulcères et ne provoque pas de douleurs. Aussi les malades peuvent-ils continuer leur travail sans aucun inconvénient pour la marche de la cicatrisation. (*Wratch*, 25, 85.) — W.

Action toxique de la cocaïne en ophtalmologie. — Le docteur Reich cite deux cas observés dans sa clientèle où il a pu constater certains symptômes d'intoxication produits par l'instillation de cocaïne dans l'œil.

La première observation se résume en ceci : Au mois de mai, M. Reich fit une iridectomie pour un cas de leucome de l'œil droit chez une jeune fille de 10 ans. Quinze gouttes d'une solution de cocaïne (2 p. 100) furent instillées dans l'œil. L'opération fut faite sans aucune douleur, et la malade rentra chez elle.

Le lendemain, la mère de la malade raconta que sa fillé, aussitôt rentrée chez elle, fut prise d'un malaise général. La face devint pâle. Des nausées et même des vomissements survinrent. Pas de douleurs de tête ni de douleurs dans l'œil opéré. Ces symptômes disparurent au bout de vingt-quatre heures.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme âgée de 60 ans, bien portante, à laquelle M. Reich enleva une cataracte récidivée au bout de deux mois et demi. Huit et dix gouttes d'une solution de cocaïne (2 p. 100) furent introduites dans le sac conjonctival à trois reprises. L'opération fut indolente. La malade regagna sa maison dès que l'opération fut faite.

Le lendemain, l'auteur ayant revu le malade apprit que, deux heures après, elle avait ressenti des douleurs vives dans l'œil opéré et dans la tête. Ces douleurs disparurent au bout d'une demi-heure. Mais, en même temps, la malade éprouvait une certaine faiblesse; des sueurs froides couvraient son front; les mains tremblaient et elle était prise de vertige léger. Vers le soir, ces accidents disparurent, et, le lendemain, la malade se trouvait assez bien.

Des observations semblables ont été publiées par Knappe, Keisser et d'autres. Le premier a observé de la panophtalmie; le second, de forts colapsus à la suite d'instillations de cocaïne dans l'œil. (*Médecine russe*, 30, 85. — Winocouroff.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE 1885.

Le choléra devait, — comment s'en étonner? — fournir matière à un débat entre les membres de cette Société. C'était la loi du jour, mais ce débat a été de courte durée entre MM. Lugeol, Boursier, Verdalle, Segay et Mauriac. Il en résulte que la majorité de nos confrères bordelais reconnaît l'utilité des quarantaines et de l'isolement. Ce fait méritait d'être remarqué dans un grand port où les intérêts commerciaux sont toujours en opposition plus ou moins grande à toute entrave sanitaire.

Plus importante au point de vue clinique était la lecture de M. Saint-Philippe sur l'*emploi du salicylate de soude dans le traitement de la variole confluente*. Cette tentative de thérapeutique germicide portait sur 60 cas de variole. Sous l'influence de cet agent antithermique, M. Saint-Philippe a vu le pouls diminuer de fréquence et la température décroître parallèlement à l'administration du salicylate alcalin. A cet effet, notre habile confrère bordelais le prescrivait du quatrième au cinquième jour, c'est-à-dire après la poussée éruptive.

Après son administration, on observait le retour du calme, de l'appétit et du sommeil. Le travail pathologique de la peau se modifiait, et, du douzième au treizième jour, les pustules se désséchaient. Dans la varioloïde, l'évolution de la maladie n'excédait pas huit jours.

Véhiculé dans une potion au rhum et au sirop d'écorces d'oranges amères, le salicylate était formulé à la dose de 6 ou 8 grammes pour l'adulte et de 4 à 6 grammes pour l'enfant. Le seul inconvénient de cette médication est une anorexie passagère.

Des lotions cutanées avec la solution de salicylate au dixième avaient l'avantage de faire rapidement avorter les pustules. Enfin, incident de nature à provoquer les méditations des émules de M. Saint-Philippe, l'administration externe du médicament a été suivie de nombreux abcès fort douloureux.

©BIU Santé

Ces résultats méritent d'être contrôlés ; s'ils sont alors justifiés, le salicylate de soude pendra place dans le traitement de la variole et rendra d'utiles services pour abréger la durée de cette maladie. Il aurait encore l'avantage de supprimer toute suppuration.

Une lecture de M. Grellety était relative à la *lithiase et à la pseudo-lithiase* biliaires. L'auteur y insiste longuement sur la difficulté de les distinguer de la gastralgie vraie. Cependant la marche par accès, l'existence de coliques hépatiques pseudo-gastralgiques, leur coïncidence avec le travail de la digestion, l'absence des irradiations douloureuses scapulaires, mammaires ou péri-thoraciques, enfin la coloration ictérique des urines par les pigments bilaires, même à défaut d'ictère, sont les éléments principaux du diagnostic. En terminant, l'auteur rappelle la fréquence de la gravelle biliaire avec ou sans ictère, établit la fréquence de la gravelle biliaire et démontre la nécessité, chaque jour plus urgente, de l'examen attentif des selles. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 décembre 1885. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

A l'ouverture de la séance, M. de Lesseps, que les journaux du matin avaient dit gravement blessé, à la suite d'une chute de cheval, avenue Montaigne, M. de Lesseps, radieux, souriant, souple comme un jeune homme, entre dans la salle, et reçoit les félicitations de ses confrères, empressés à lui serrer la main.

La plupart des pièces mentionnées à la correspondance sont relatives à la pluie d'étoiles filantes, observées dans la nuit du 27 au 28 novembre dernier. (La correspondance n'a pas été dépouillée à la dernière séance du 30 novembre, à cause de la mort de M. Bouley.) M. Stéphan, directeur de l'Observatoire de Marseille, et correspondant de l'Académie, dit en avoir compté environ 600 par minute, entre sept heures et demie et huit heures et demie du soir. Le point radiant paraissait être bêta ou gamma d'Andromède.

M. Colladon (de Genève) dit, de son côté, qu'à la même heure, la pluie d'étoiles était incessante, et qu'il en comptait au moins une par seconde (c'est peut-être 60 qu'a voulu écrire M. Stephan ?)

M. Faye a reçu aussi de nombreuses lettres sur ce sujet : les observateurs de Moncallieri estiment à 150,000 le nombre des étoiles filantes qui ont été vues pendant la nuit du 27. M. Faye fait remarquer que les horizons changent avec les observateurs, et que si l'on additionne toutes les observations faites sous des horizons un peu distants, on arrive à un total qui se chiffre par millions. Il se demande s'il n'y a pas lieu de tenir compte des calories apportées dans notre atmosphère, par un nombre aussi prodigieux de corps en ignition. Il ajoute que certains observateurs ont essayé d'analyser la lumière de ces étoiles, à l'aide du spectroscope, et qu'ils sont parvenus à distinguer nettement la raie D. Les étoiles filantes contiennent donc de la soude. Il n'y a rien d'étonnant à cela, car les comètes en contiennent, et les étoiles filantes sont les débris des comètes disparues. L'essaim dont il est question aujourd'hui ne serait que les fragments émiettés de la comète de Biela qu'on n'a plus revue ; toutes les observations s'accordent à démontrer que ces fragments suivent exactement la même orbite que la comète.

M. E. Rivière appelle l'attention de l'Académie sur une nouvelle station préhistorique, la station du Trou aux Loups, située aux portes de Paris. Il s'agit d'un atelier de l'époque néolithique, qu'il a découvert au mois de mars de l'année dernière, dans les bois de Clamart, atelier ou station dans lequel il a recueilli, à la suite de nombreuses recherches poursuivies depuis cette époque, près de *neuf cents* silex entiers ou brisés (silex de la craie), les uns taillés, les autres simplement éclatés par la main de l'homme, quelques-uns enfin brûlés. Tous ces silex gisaient à la surface du sol ou à quelques centimètres de profondeur. Notre confrère cite parmi eux des fragments de haches polies, des grat-

toirs dont quelques-uns fort beaux (l'un d'eux mesure près de 9 centimètres de longueur), des lames, pointes, etc., enfin deux ou trois petits polissoirs. Cet atelier se trouve à quelques minutes à peine des dernières maisons du village de Clamart, au sommet du plateau, d'où la vue s'étend assez loin du côté de Châtillon, à l'entrée du bois dans un taillis où l'on a fait récemment une coupe assez considérable ; il occupe une étendue de territoire très limitée, une centaine de mètres carrés seulement.

M. Vulpian dépose sur le bureau une note relative aux modifications qu'exercent les lésions de la moelle sur la forme des attaques épileptiques déterminées par l'excitation du cerveau. Si l'on coupe la moitié gauche de la moelle sur un chien dont on excite la partie droite du cerveau, cette section n'empêche pas le membre postérieur gauche d'être agité de mouvements convulsifs.

Le savant professeur dépose, en outre, un travail de MM. Cazeneuve et Lépine, professeurs à Lyon, sur les injections intra-veineuses de certaines substances colorantes jaunes employées dans le commerce des denrées alimentaires.

L'ordre du jour appelle la nomination, par la voie du scrutin, d'un membre de l'Académie, pour remplacer feu M. Milne-Edwards dans la commission du prix Volney. M. Berthelot obtient 16 suffrages sur 45 votants, et, comme ce chiffre représente la majorité relative, M. Berthelot est élu commissaire.

A l'occasion de plusieurs réclamations de priorité relatives à l'action des sels de cuivre contre le mildew, M. Lacaze-Duthiers dit qu'il a trouvé, dans un livre de Bénédict Prévost, imprimé à Montauban en 1807, l'indication de la puissance du sulfate de cuivre, à doses infinitésimales, contre la carie du blé, et contre les microphytes en général.

M. le docteur Boucheron adresse une note intitulée : *Du régime dans le diabète et les diabétides oculaires et auriculaires.*

Les diabétiques non héréditaires, comme les goutteux, sont des sujets qui font depuis longtemps usage d'une alimentation riche en albuminoïdes et en boissons fermentées, tout au moins dans nos pays occidentaux tempérés. Un certain nombre de diabétiques sont aussi goutteux; ils sont presque tous azoturiques.

Cette donnée d'observation correspond à la notion expérimentale établie par Cl. Bernard, que l'alimentation albuminoïde exclusive produit également le glycogène du foie et le glycogène diffus dans l'organisme. Telles sont, par exemple, les expériences où des chiens, nourris exclusivement de viande pendant plusieurs mois, présentaient du glycogène hépatique.

Dans le diabète sucré, le sucre dérivé des albuminoïdes est tout aussi important, sinon plus, que le sucre dérivé des hydrocarbures.

Dans la thérapeutique du diabète, il y a donc lieu de se préoccuper à la fois du sucre provenant des albuminoïdes et du sucre produit par les hydrocarbures. Aussi est-il utile de diminuer la ration des albuminoïdes, en même temps que celle des hydrocarbures. La diminution des albuminoïdes a pour effet non seulement de réduire la quantité du sucre et celle des déchets hydrocarburés collatéraux, mais aussi de réduire la quantité des déchets azotés (urée, acide urique, ptomaïnes).

L'abstinence des hydrocarbures ne fait que diminuer le sucre en laissant exister à un haut degré quelquefois l'azoturie avec ses effets dangereux. Car le danger du diabète n'est pas principalement dans le sucre qui est peu toxique, puisqu'il existe des diabètes sans sucre.

Les substances nocives du diabète sont surtout les déchets de l'organisme en état de nutrition défectueuse, déchets qui sont de deux groupes, les uns azotés (urée, acide urique, alcaloïdes animaux, *zoamines* (Boucheron) ou *ptomaines* (Selmi), ou *leucomaines* (Gautier), etc. Les autres *hydrocarburés* (oxalates, acétone), substances irritantes hydrocarburées diverses ou hydrocarbines (Boucheron).

Ce sont ces déchets irritants ou toxiques qui, en circulant dans les vaisseaux et en imprégnant les tissus, produisent les irritations des systèmes (nerveux, circulatoire, locomoteur, digestif), les lésions des organes des sens (diabétides oculaires et auriculaires) et les lésions de sortie aux émonctoires principaux : lésions des reins (Armanni,

©BIU Santé

Strauss), de la peau (diabétides cutanées, Fournier), des muqueuses, des glandes, du pancréas (Lancereaux); enfin, ils produisent les effets toxiques terminaux.

L'influence du système nerveux indéniable, mais incomplètement élucidée chez l'homme, paraît être, dans le diabète, ce qu'elle est dans la goutte, c'est-à-dire que la perturbation de son action régulatrice fait éclater les accidents chez un sujet préparé d'avance, le trouble nutritif des cellules de tout l'organisme étant la chose essentielle. Il s'agit ici du diabète simple et non des glycosuries symptomatiques des lésions encéphaliques ou splanchniques. Ainsi, tout en restreignant les aliments hydrocarburés, ce qui suffit dans nombre de cas, il est bon de restreindre aussi les albuminoïdes et les alcools. L'oxygénation vive et l'exercice musculaire (Bouchardat) sont de droit pour activer les combustions.

Les médicaments viennent en troisième lieu : les alcalins (arthritisme concomitant), (diabète maigre), les bromures (Félizet : excitabilité du système nerveux), etc., selon les indications symptomatiques.

Par cette méthode, le sucre et l'azoturie disparaissent en trois à quatre mois. La boulimie et la polydipsie sont les premiers symptômes qui s'atténuent. Bientôt, les forces reviennent avec l'amélioration générale. Cette méthode, dont l'action est profonde, est la méthode de choix dans les affections diabétiques de l'œil, de l'oreille et du système nerveux, où il y a nécessité d'agir vite.

Ces résultats s'appliquent, comme bien l'on pense, aux diabétiques de la période de début ou d'état, et non aux diabétiques en cachexie ultime.

M. Wolf, revenant sur les analyses spectroscopiques des étoiles filantes, rappelle que, depuis longtemps, il a signalé dans ces météores la présence du fer, du sodium, du manganèse, etc.

M. Péligot met sous les yeux de l'Académie, de la part de M. Lauth, un échantillon de chlorure de vanadium, et une note sur quelques propriétés du zinc. — M. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 novembre 1885. — Présidence de M. de Beauvais.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend les journaux et revues de la quinzaine : le *Progrès médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal des sages-femmes*, le *Journal des Sociétés scientifiques*, etc.;

Deux brochures de M. le professeur Wasseige (de Liège) : 1° *Grossesse extra-utérine abdominale; kyste dermoïde, etc.;* — et 2° *Accouchement prématuré artificiel, etc.;*

Un mémoire de M. le professeur Zinnis (d'Athènes) : *Du traitement de la diarrhée chronique chez les enfants;*

Le compte rendu de la Société des sciences médicales de Gannat;

Une circulaire du ministère de l'instruction publique et des cultes, annonçant la création d'une cinquième section de *géographie historique et descriptive* dans le comité des sciences historiques et scientifiques;

M. le Secrétaire général dépose sur le bureau le tome XIX du Bulletin de la Société de médecine de Paris, qui vient de paraître.

Correspondance manuscrite : M. le docteur Colombe (de Lisieux), ancien externe des hôpitaux de Paris, sollicite le titre de membre correspondant. Il envoie, à l'appui de sa candidature, la liste de ses travaux et une observation manuscrite intitulée : *Carcinome de la colonne vertébrale et du sein chez un homme de 72 ans.* Cette candidature est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Ladreit de Lacharrière, Perrin et Deligny, rapporteur.

M. le docteur Pineau (de Château-d'Oléron), membre correspondant, adresse une observation de *rupture du diaphragme; étranglement interne; péritonite terminée par vomique. — Guérison.* (M. Fraigniaud, rapporteur.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Thorens, secrétaire général, sollicite, pour raisons de santé, un congé illimité, qu'il va passer dans le Midi. Il espère que ce congé ne se prolongera pas, et que bientôt M. Thorens, entièrement remis, pourra reprendre sa place parmi nous.

Le congé est accordé à l'unanimité.

La Société décide que M. CHRISTIAN remplira les fonctions de secrétaire général à titre provisoire, et pendant l'absence du titulaire.

COMMUNICATIONS.

M. POLAILLON : J'ai l'honneur d'offrir à la Société une observation de M. le docteur Pintaud Desallées, médecin à Larochefoucauld (Charente), observation qui mérite une mention spéciale dans nos Bulletins. Elle est intitulée : *Éventration. — Issue de plusieurs anses intestinales. — Perforation de l'intestin. — Création d'un anus contre nature. — Occlusion de l'anus artificiel. — Guérison.*

Un garçon, de 14 ans, est renversé par des bœufs qu'il dirigeait pendant le labourage. La barre de la charrue lui perfore le ventre. Appelé une demi-journée après l'accident, M. le docteur Pintaud Desallées trouve trois plaies sur le côté droit de la paroi abdominale, occupant la région iliaque, le flanc et les lombes. La plaie de la région lombaire n'est pas pénétrante. Mais la plaie du flanc donne issue à un paquet d'intestin grêle gros comme une orange, et la plaie iliaque a laissé échapper l'extrémité cœcale du gros intestin, et des anses d'intestin grêle dont le volume égale la tête d'un fœtus à terme. L'intestin hernié par la plaie iliaque est perforé. Les anses intestinales sont enveloppées dans une chemise sale, souillées de sang, de terre et de sécrétions intestinales.

M. Desallées nettoya soigneusement l'intestin avec de l'eau phéniquée, le réduisit et fit la suture des plaies. Quant à la plaie intestinale, il la fixa à la plaie iliaque par plusieurs points de suture entrecoupée, établissant ainsi un anus contre nature.

Un mois plus tard, les plaies de l'abdomen étaient cicatrisées. Le malade se levait et se promenait.

Restait l'anus contre nature. M. Desallées détruisit d'abord son éperon avec l'entérotome. Puis, comme son orifice ne se cicatrisait pas, il disséqua très habilement la muqueuse qui le bordait, accola dos à dos cette muqueuse par la suture de Gély, et enfin sutura l'orifice entamé.

Cette première tentative d'occlusion échoua. Mais elle fut renouvelée de la même manière quelques mois plus tard, et eut un plein succès.

Nous adressons nos remerciements à M. le docteur Desallées pour cette intéressante observation, qui figure *in extenso* dans le *Bulletin de l'Association des médecins de la Charente* pour 1885.

M. POLAILLON présente également un rapport oral sur l'observation envoyée par M. Colombe (de Lisieux). Il s'agit d'un homme, âgé de 72 ans, présentant, au niveau des deuxième et troisième vertèbres dorsales, une douleur qui s'exagérait à la pression. Dix-huit ans auparavant, cet homme avait fait une chute sur le dos, et, depuis cette époque, il n'avait cessé de souffrir à la partie inférieure de la région cervicale. En l'examinant, M. Colombe fut frappé de ce fait, qu'il existait une tumeur dans le sein droit, et quelques ganglions dégénérés sous l'aisselle du même côté. Il ne crut pas devoir intervenir activement, et il se contenta d'appliquer des calmants, des émollients. Au bout de quelque temps, symptômes de myélite, fourmillements dans les membres supérieurs, engourdissement, puis paralysie des membres inférieurs ; la mort ne tarda pas à survenir.

L'autopsie ne fut pas faite ; cependant M. Colombe n'hésite pas à poser le diagnostic de cancer des vertèbres et du sein. Seulement le cancer des vertèbres est-il primitif, ou n'est-il que consécutif à celui du sein ? Et, d'un autre côté, s'il est admissible qu'on ait eu affaire à un cancer du sein, est-on également certain qu'il y ait eu cancer de la colonne vertébrale ? Je crois qu'il y a lieu de faire à cet égard des réserves sérieuses; l'homme avait fait une chute, et, à la suite de cette chute, il avait éprouvé des douleurs

©BIU Santé

persistantes : n'est-il pas possible qu'il y ait eu une fracture des vertèbres, une ostéite consécutive ?

Tout en faisant ces réserves, M. Polaillon signale cette observation comme présentant un grand intérêt, le cancer du sein étant très rare chez l'homme.

M. Duroziez : J'ai été heureux d'entendre M. Polaillon rejeter à peu près l'idée de cancer de la colonne vertébrale. Mais est-il plus certain qu'il y ait eu cancer du sein? Ne pourrait-on expliquer autrement le fait de la propagation de la tumeur ? Il n'est pas fait mention, dans l'observation, de l'état général du malade, et rien n'indique qu'il faille croire à une dégénérescence cancéreuse.

M. Polaillon : Je ne crois pas qu'on puisse avoir des doutes sur la nature de la tumeur de la mamelle, qui était dure, petite, adhérente à la peau ; il y avait en outre des ganglions dans l'aisselle. Ce sont là les signes auxquels on reconnaît le cancer.

— M. Duroziez lit un mémoire sur *le pouls veineux et le pouls géminé*. (Sera publié.)

M. Abadie : Les ophthalmologistes, comme le disait tout à l'heure M. Duroziez, ont étudié avec soin les pouls veineux et artériels, visibles dans le fond de l'œil. Ces études ont une grande importance, car l'artère et la veine centrales de la rétine sont les deux seuls vaisseaux de l'économie dont on puisse apercevoir nettement les pulsations.

Le pouls artériel existe constamment dans l'insuffisance aortique et dans le goître exophthalmique, il a donc une valeur séméiologique réelle, mais il n'en est plus de même du pouls veineux.

Ce dernier s'observe souvent même à l'état physiologique; pour le faire apparaître, il suffit d'augmenter très légèrement la pression intra-oculaire, en appuyant le doigt très légèrement sur le globe oculaire. Il semble donc indiquer simplement une légère différence entre la pression intra-oculaire et la pression intra-veineuse. Mais, je le répète, il n'a pas encore une valeur séméiologique sérieuse, car il peut exister dans les conditions normales, et faire défaut au contraire dans la chloro-anémie ou dans les troubles circulatoires dépendant d'affections cardiaques.

M. Delefosse fait un rapport oral sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Gauron.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées : il sera procédé au vote dans la prochaine séance.

M. Delefosse entretient la Société de deux malades qu'il a eus récemment dans sa clientèle, et qui lui ont paru présenter des particularités intéressantes. Le premier est un petit garçon de 3 ans, urinant mal depuis sa naissance, et pris subitement, à la suite d'un voyage de quelques heures en chemin de fer, de rétention d'urine. Deux médecins, successivement appelés, n'étaient pas parvenus à le faire uriner. M. Delefosse, consulté à son tour, constata l'imperforation du méat, et l'existence d'un hypospadias. Il chercha à remédier à cette situation, par une opération consistant à ponctionner le méat à l'aide d'un trocart, de façon à établir une communication avec le canal s'ouvrant dans l'hypospadias. Dès le lendemain, il put passer une sonde n° 12.

Le deuxième fait concerne un jeune homme d'une vingtaine d'années, dont le père est mort aliéné, la mère, vivante et bien portante, qui vint consulter M. Delefosse pour des envies fréquentes d'uriner, etc., il y a environ cinq ans. M. Delefosse crut à une prostatite tuberculeuse, et le traita par les instillations argentiques. Quelque temps après, le malade entra à l'hôpital Necker, où M. le professeur Guyon porta le même diagnostic et institua le même traitement. Sorti de l'hôpital, il continuait à souffrir, mais son existence était à peu près supportable. Il y a trois mois, à la suite d'un faux pas dans l'escalier, il éprouva une douleur très vive dans la région périnéale, et bientôt y apparut une tumeur. Etait-ce un abcès péri-prostatique, — ou un abcès urineux, — ou un abcès du corps même de la prostate? Le malade étant tuberculeux, M. Delefosse ne se décida à faire l'incision qu'après avoir épuisé tous les autres moyens; il s'écoula peu de pus, mais il persiste une fistule. Actuellement, le malade n'a pas de fièvre; l'appétit est bon. Faut-il laisser la fistule, ou essayer une cure radicale?

M. Reliquet : Les atrésies du méat chez les hypospades sont très fréquentes. Elles nécessitent un mode opératoire spécial, en raison du vice de conformation et surtout en raison des conditions de l'urèthre en arrière du méat.

1° L'urèthre, en arrière de son orifice, a son calibre normal ou est dilaté.

2° L'urèthre, en arrière du méat, est étroit, rétréci, dans une longueur plus ou moins grande. Je l'ai vu étroit, comme tubulé, dans une étendue de plus d'un centimètre. Alors c'est un véritable rétrécissement congénital. Dans ce dernier cas, heureusement le plus rare, il faut inciser ce rétrécissement dans toute sa longueur, avec l'uréthrotome de Maisonneuve, c'est une véritable uréthrotomie interne, sans aller avec l'instrument jusque dans la vessie.

Dans le premier cas, l'amplitude de l'urèthre en arrière du méat m'a conduit à préconiser le procédé opératoire suivant que j'ai publié dans mes leçons sur les maladies des voies urinaires en 1885.

Par ce procédé, j'ai voulu : 1° Eviter d'augmenter l'hypospadias, ce qui arrive toujours quand on débride par l'incision longitudinale à partir du méat; 2° Eviter l'infiltration urineuse, due à ce que l'urine, s'écoulant constamment (ou du moins un certain temps après la miction, pendant que la dilatation de l'urèthre se vide), pénètre dans le tissu lamineux lâche qui sépare la peau de la muqueuse, ainsi que j'en donne un fait dans mon *Traité des opérations des voies urinaires*; 3° j'ai cherché à me mettre en garde le plus possible contre la récidive par rétraction cicatricielle.

Voici comment je procède : A droite et à gauche de l'orifice, je fais une incision transversale en ayant soin de couper plus de peau que de muqueuse; puis, au milieu de la lèvre inférieure, au milieu de ce méat transversal, à partir du bord de la muqueuse, j'incise la peau verticalement dans l'étendue de 3 à 4 millimètres.

Ainsi j'ai une ouverture transversale avec un bourrelet extérieur de la muqueuse, qui persiste après la cicatrisation et rend la récidive cicatricielle plus difficile.

Au besoin, avec un fil de soie très fin, je maintiens le bord de la muqueuse contre l'angle de la plaie cutanée, et cela aux trois petites incisions; mais cela n'est pas absolument nécessaire. En tous cas, le méat et les petites plaies sont constamment maintenus enduits de cérat phéniqué ou de vaseline boriquée, pour que l'urine ne soit jamais en contact avec la plaie. Deux fois par vingt-quatre heures pendant quelques jours, je passe dans le méat une bougie, mais sans aller plus loin dans l'urèthre.

J'ai opéré ainsi plusieurs enfants, dont un avec notre collègue, le docteur Leblond, et toujours j'ai vu l'ouverture se maintenir.

Dans son fait, M. Delefosse a cherché à faire un méat au fond de la gouttière de l'hypospade, c'est-à-dire là où le méat est ordinairement. Il est probable que son trocart a traversé soit l'enveloppe des corps spongieux, soit ces corps spongieux; dans les deux cas, la plaie est faite dans du tissu fibreux. En raison de cela, il s'expose à avoir une cicatrice rétractile.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Christian.

FORMULAIRE

Pommade contre les syphilides. — Mauriac.

Turbith minéral.....	2 ou 3 grammes.
Axonge.....	30 —

F. s. a. une pommade, qu'on emploie contre les éruptions impétigineuses du cuir chevelu, contre les plaques circinées dyschromateuses du menton et des joues, contre les squames de la barbe, contre les taches qui persistent sur la face, sur les mains et les poignets. — On frictionne les régions malades pendant cinq minutes avec cette pommade, jusqu'à ce qu'on ait légèrement irrité la peau. — On traite de la même façon, les petites papules végétantes et mamelonnées des ailes du nez, du pli mento-labial, de la commissure des lèvres, et, si ces dernières sont fendillées par des rhagades, on en

©BIU Santé

touche le fond avec un morceau de bois effilé, trempé dans du nitrate acide de mercure, ou dans une solution de chlorure de zinc à saturation. — N. G.

COURRIER

Concours. — Le concours des prix de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé lundi dernier, 7 décembre 1885. Les récompenses suivantes sont décernées :

Première division. (Internes de troisième et de quatrième année.) — Prix, médaille d'or : M. Gilbert (Augustin-Nicolas), interne de quatrième année à l'hôpital Saint-Louis. Le lauréat reçoit, en outre, de l'Académie de médecine, le prix fondé par M. Oulmont, soit une somme de 1,000 francs. Ce prix est décerné cette année pour la première fois.

Accessit, médaille d'argent : M. Marfan (Bernard-Antoine-Jean), interne de troisième année à l'hôpital Saint-Louis. — Première mention honorable : M. Queyrat (Vincent-Jules-Louis), interne de quatrième année à l'hôpital Tenon. — Deuxième mention honorable : M. Phocas (Gérosime), interne de quatrième année à l'Hôtel-Dieu.

Deuxième division. (Internes de première et de deuxième année.) — Prix, médaille d'argent : M. Lejars, interne de deuxième année à l'hôpital Saint-Antoine. — Accessit (livres) : M. Dumoulin, interne de deuxième année à l'hôpital de la Pitié. — Première mention honorable : M. Villemin, interne de deuxième année à l'hôpital Saint-Antoine. — Deuxième mention honorable : M. Blocq, interne de deuxième année à l'hôpital de la Pitié.

Enseignement libre. — *Cours clinique d'accouchements.* — M. le docteur Verrier, ancien préparateur des cours de M. le professeur Pajot à la Faculté, recommencera son cours le lundi 14 décembre prochain à sa clinique, 129, rue Saint-Honoré. Il le continuera tous les jours à la même heure, le jeudi excepté.

Durée du cours, deux mois. — Exercices pratiques au mannequin, et accouchements au lit de la femme, sous la direction du professeur ou de son chef de clinique. — S'inscrire d'avance, pour le cours et les accouchements, 129, rue Saint-Honoré, de 1 à 3 heures.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 14 décembre 1885, à quatre heures très précises, au Palais de Justice dans la salle des référés. — *Ordre du jour :* 1. Elections pour le renouvellement du bureau. — 2. M. Danet : A quelles causes attribuer la fréquence des acquittements en cour d'assises, en matière d'attentat contre les personnes? — 3. Communications de la commission permanente : 1° Rapport de M. Vibert, sur un cas d'infanticide; 2° Rapport de M. Pinard, sur un cas de responsabilité pour manœuvres obstétricales. — 4. M. Brouardel : Sur l'empoisonnement par la colchicine. — 5. M. Descoust : Rapport sur un cas d'asphyxie par strangulation. — 6. M. Brouardel : Rapport sur un cas de responsabilité médicale.

Société médico-pratique. — *Ordre du jour du 14 décembre :* 1. Rapports de MM. A. Picard, E. Michel, Duchesne, Leblond et Thuvien sur les candidatures de MM. Ory, Wehlin, Filleau, Biron et Leval-Picquechef. — 2. Suite de la discussion sur les médicaments explosibles. — 3. M. Huchard : Sur un nouveau médicament cardiaque, l'adonis vernalis. — 4. M. Barette : Note sur un cas de périnéorrhaphie primitive. — 5. M. Finot : Sur la préparation du pain pour diabétiques. — 6. M. Cazalin : Note sur l'hémi-rhumatisme.

La Commission du prix se réunira à la fin de la séance.

Le phosphate de chaux communément usité jusqu'ici était le phosphate tricalcique, poudre insoluble, inactive et répugnante pour le malade ; c'est ce qui explique le succès bien légitime du *vin de Bayard*, comme reconstituant, le phosphate entièrement soluble y est d'une activité beaucoup plus grande et d'une saveur absolument dissimulée.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. P. Duroziez : Rétrécissement mitral et intoxication saturnine. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Rétrécissement mitral et intoxication saturnine

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 10 octobre 1885,

Par le docteur P. Duroziez.

L'étiologie du rétrécissement mitral pur est tellement pauvre qu'on nous excusera de risquer celle-ci. Nous avons montré le plomb produisant des lésions des vaisseaux et du cœur. Kussmaul et Mayer, Malassez et Renaut ont insisté sur la rigidité des parois vasculaires, sur la diminution du calibre des artères dans presque tous les organes, sur l'épaississement de la membrane celluleuse des artérioles. Renaut rappelle la ténosite que l'on observe parfois au niveau des tendons des extenseurs paralysés. Le rein est sclérosé et contracté par le plomb. Tout cela n'éveille-t-il pas l'idée du rétrécissement mitral d'origine plombique? On est poussé à rechercher la profession des individus atteints de rétrécissement mitral, et on est étonné, dans un nombre respectable de cas, de rencontrer des peintres en bâtiments, des compositeurs d'imprimerie, des polisseuses de caractères. Au moment où nous écrivons, nous connaissons, dans le seul hôpital de la Charité, un peintre en bâtiments et une polisseuse de caractères atteints de rétrécissement mitral pur. Le plomb produit des lésions généralisées du cœur; il doit pouvoir produire le rétrécissement mitral pur. Nous livrons notre idée à la discussion.

Il faut s'entendre sur le diagnostic du rétrécissement mitral. Il est des cas certains, il en est de douteux. Dans un certain nombre de cas, nous trouvons, à tous les moments de l'observation, sur une large étendue, le rhythme complet du rétrécissement mitral; le râpement présystolique et le roulement du deuxième temps sont indispensables à la certitude du diagnostic. Nous n'osons pas, avec le seul dédoublement du deuxième claquement, affirmer le rétrécissement mitral. Il n'est pas bon, en général, d'être obligé de poser un diagnostic aussi grave en une seule séance, et combien de fois sommes-nous obligés de le faire! Il faudrait donc consigner, dans chaque observation, les signes sur lesquels on s'appuie. Les autopsies sont rares; la lésion simple ne tue pas; on n'a pas d'occasion de constater le rapport du dédoublement du deuxième claquement avec le rétrécissement mitral. Avant d'accorder à quelqu'un une lésion de cette gravité, il faut prendre le temps de la réflexion.

Taillard, 28 ans, peintre en bâtiments; 22 août 1885. Rétrécissement mitral pur. Il n'a pas eu de rhumatisme articulaire; il a eu de l'impaludisme. Coliques de plomb en septembre 1884. La gêne pour monter date de cette époque. Le malade se plaint de ses yeux, nullement de son cœur. Rien n'attire l'attention de ce côté.

Degasne, 44 ans, fondeur de balles de plomb dans la cartoucherie de Vincennes depuis sept ans. Rétrécissement mitral pur. A l'âge de 9 ans, il a eu de la chorée. Coliques de plomb, il y a cinq ans; quatre mois à la Pitié; anasarque.

Dehail, 41 ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de 14 ans; octobre 1857. Rétrécissement mitral pur. Il a eu, en Afrique, la fièvre intermittente et la dysenterie. Jamais il n'a eu de coliques. Les palpitations datent de trois ans. L'hiver dernier, une nuit, il a cru étouffer. Il n'a plus de palpitations depuis ce moment.

©BIU Santé

Devarenne, 25 ans, compositeur d'imprimerie; 1876. Rétrécissement mitral pur. Coliques de plomb à 14 ans, au début de son apprentissage, à Tours, chez Mame. Pas d'autre accident saturnin. Les étouffements, quand il monte, datent de 1872. Il a eu quelques hémoptysies graves. Nous avons donné son observation complète comme exemple d'intoxication par la digitaline.

Lajoye, 52 ans, peintre en bâtiments depuis sa jeunesse; avril 1856. Rétrécissement mitral et insuffisance aortique. Il a eu ses premières coliques à 19 ans, puis à 43, 48, 51 et 52 ans.

Collet, 40 ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de 14 ans; 29 mai 1868. Rétrécissement et insuffisance mitrale. Au mois de septembre 1867, il a eu un rhumatisme articulaire aigu grave qui peut avoir été le point de départ de sa lésion.

Faure, 38 ans, peintre en bâtiments; mai 1862. Rétrécissement mitral.

Musdebled, 39 ans, fondeur en caractères depuis l'âge de 14 ans; février 1867. Rétrécissement mitral. Coliques à 27 ans, pour la première fois; rechute tous les ans, si ce n'est depuis quatre ans. Aux coliques a succédé la paralysie des extenseurs. Dédoublement du deuxième claquement et roulement.

Lurette, 27 ans, fondeuse en caractères, née à Reims. Salle Saint-Basile. Entrée le 21 juin 1882. Jamais elle n'a été malade étant jeune. Elle jouait comme les autres enfants. Réglée à 11 ans, elle ne l'a jamais été bien, restant quelquefois quatre et cinq mois sans règles. Elle travaille dans la fonderie depuis l'âge de 12 ans; elle a cessé il y a deux ans. Hémoptysie il y a trois ans. Elle a eu des fausses couches de quatre mois et de six semaines, il y a deux ans et un an, ayant encore des coliques de plomb. Elle a eu trois fois des coliques de plomb, il y a trois ans, deux ans et un an. Elle ne peut pas monter sans avoir de battements de cœur depuis un an. Chorée droite, il y a un an, venue lentement et ayant duré six semaines; elle a été soignée dans le même service. Nouveaux accidents, il y a deux mois, à la suite d'une chute dans l'eau.

20 juillet. — Hémichorée droite. Bras droit toujours en mouvement; jambe droite parfois. Douleur du côté droit de la face. Nausées. P. 72, régulier. On ne se doutait pas qu'il y eût quelque lésion du cœur. Rétrécissement mitral pur.

15 août. — La chorée a disparu. La malade ne peut pas parler; la langue est convulsée; on saisit le commencement de chaque mot. Même rhythme du cœur. Dédoublement du deuxième claquement; roulement du deuxième temps. Pas de souffle.

Buisson, 44 ans, polisseuse de caractères depuis l'âge de 13 ans; 12 *bis*, salle Sainte-Anne; octobre 1885. Elle a eu des coliques de plomb, il y a cinq ans et deux ans. Dès son enfance, elle ne pouvait ni courir, ni monter. Rhumatisme articulaire aigu de trois mois l'an passé. Elle avait de la gêne, des palpitations avant son rhumatisme. Rétrécissement mitral pur, très net.

Nous reconnaissons que le nombre des cas n'est pas suffisant pour emporter la conviction, mais il suffit pour appeler l'attention.

A ces cas, nous ajoutons une observation d'insuffisance aortique que nous venons de constater dans le service de mon ami le docteur Landouzy, suppléant M. le professeur Hardy à la Charité.

Courdova, 40 ans, peintre en voitures depuis vingt ans, né à Toulouse, entre, le 14 octobre 1885, salle Saint-Charles, n° 9.

16 octobre. — A 8 ans, il a été alité trois semaines pour une fièvre muqueuse; puis, à 20 ans, pour une fracture de cuisse. Pas de rhumatisme articulaire, pas de syphilis, pas de blennorrhagie, pas de scarlatine. L'alcoolisme, comme toujours, reste en suspicion. Il a un peu de paralysie des extenseurs. L'urine est un peu albumineuse.

Il a eu ses premières coliques il y a trois ans et demi; les secondes, en janvier 1885; les troisièmes, il y a trois semaines. Le pouls est à 62, régulier, dicrote. Les artères sont dures. Le cœur est gros, la pointe bat dans le sixième espace. Bruit strident et soufflant au deuxième temps sternal. Double souffle crural, sans claquement. Les carotides battent peu.

Remarques — La lésion aortique est bien d'origine saturnine. Le bruit prend une forme spéciale. Nous sommes étonné de ne pas trouver le claquement crural sans compression.

CONCLUSION. — L'intoxication saturnine peut être une des causes du rétrécissement mitral pur.

BIBLIOTHÈQUE

BIBLIOTHÈQUE DES MERVEILLES publiée sous la direction de M. Edouard CHARTON. — Paris, librairie Hachette et Cie.

Cette publication a le mérite incontestable de donner des résumés bien faits, bien clairs, parfaitement mis à la portée de tout le monde, sur des sujets auxquels personne ne peut rester étranger dans la vie civilisée, et sur lesquels chacun se trouve ainsi éclairé, sans travail pénible, sans études préalables absorbantes. On peut en juger par les charmants exemples que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs.

L'Œuf chez les plantes et les animaux, par Guillaume Capus, docteur ès-sciences. — Le principe général qui préside à la naissance et au développement des êtres vivants est le même pour les plantes et pour les animaux : *omne vivum ex ovo*, ou plutôt *omnis cellula e cellula*. L'auteur considère ce second aphorisme comme plus près de la réalité que celui de Harvey, attendu qu'un certain nombre de thallophytes inférieurs n'usent que du seul moyen de multiplication asexuelle, et qu'on observe des phénomènes parallèles chez les animaux inférieurs. « Mais, ajoute-t-il, s'il faut prendre le mot de Harvey dans le sens que tout être vivant vient d'un prédécesseur, d'un parent, nous l'admettrons comme l'expression de tous les faits *connus aujourd'hui*. » C'est l'auteur lui-même qui a souligné les deux derniers mots, et il l'a fait sagement. Du reste, il est clair qu'il fait ici abstraction des faits que l'étude des temps géologiques a révélés.

Pour donner la notion exacte de l'ŒUF, l'auteur le prend au degré le plus bas de l'échelle des êtres vivants et le poursuit jusqu'à l'œuf de la poule relativement parfait et considéré comme type, en passant par tous les intermédiaires, de manière à en produire la description détaillée, et, en réalité, l'histoire naturelle complète.

Le Monde des atomes, par Wilfrid de Fonvielle. — Le monde des atomes a été révélé, si l'on peut ainsi dire, à deux époques très éloignées l'une de l'autre, dans l'antiquité, par la sublime intuition de Démocrite, et vers le milieu du XVIIIe siècle par la *maladresse* et le génie de l'abbé Haüy, le fondateur de la cristallographie. L'auteur a encadré ces notions historiques dans les récits et les détails les plus instructifs, nous développant la *philosophie atomique de* MOLIÈRE, élève de Gassendi, les créations de Descartes, qui brûla son *Traité du monde*, où il avait admis, comme Galilée, le mouvement de la terre, lorsqu'il apprit la condamnation de cet illustre savant, les découvertes de Huyghens, que l'odieuse révocation de l'édit de Nantes enleva à la France; passant en revue Newton, l'attraction universelle, l'illustre Lavoisier, assassiné sur la dénonciation de l'être ignoble qu'il dénomme avec justice une *bête fauve*, etc., etc.; écrivant enfin ses derniers chapitres aux titres curieux : *Les fureurs des molécules*, *le bombardement universel!*

Ce Livre est, en réalité, une page intéressante de l'histoire des sciences.

La parole, par Paul Laffitte. — Dans ce livre remarquable par l'érudition et par le style, la *parole* est envisagée, non comme phénomène physiologique, mais comme fonction sociale. Se plaçant à ce point de vue original et philosophique, « on a comparé, dit l'auteur, la parole, avec ses bienfaits et ses erreurs, à l'Océan, qui tantôt porte au loin nos vaisseaux et tantôt les engloutit. On l'a comparée aussi à une draperie aux riches couleurs, qui un jour couvre une créature vivante et le lendemain un mannequin inerte. » Tout le livre, qui est une page éloquente d'histoire, offre le développement de cette pensée. Après des considérations élevées sur la PAROLE et la PATRIE

©BIU Santé

FRANÇAISES, SUR LA PAROLE A ATHÈNES ET A ROME, l'auteur a eu l'ingénieuse idée de soumettre à une étude historique, philosophique et littéraire LA PAROLE SACRÉE, LA PAROLE POLITIQUE, LA PAROLE JUDICIAIRE et LA PAROLE MILITAIRE. Et nous ne résistons pas au plaisir de *citer* la *citation* suivante : « Dans le *Faust*, de Gœthe, un écolier demande au maître comment on peut persuader les hommes; Faust répond : *Jamais tu n'agiras sur le cœur des autres, si ton éloquence ne part pas du cœur.* »

La navigation aérienne, l'aviation et la direction des aérostats dans les temps anciens et modernes, par Gaston Tissandier. — L'auteur a pris pour devise la phrase suivante de Victor Hugo : « L'avenir est à la navigation aérienne, et le devoir du présent est de travailler à l'avenir..... » Et quand on ouvre le livre pour en lire le titre, la première chose qu'on voit, c'est un charmant dessin qui représente, dans les airs, l'aérostat dirigeable de MM. les capitaines Renard et Krebs. M. Tissandier s'est donné pour mission de réaliser le vœu de Victor Hugo; ses descriptions, ses récits sont nombreux, toujours intéressants, souvent émouvants, ses conclusions sont nettes et précises : « Les objections qui ont été faites à la possibilité de diriger les aérostats sont tombées successivement devant l'expérience. Le ballon, a-t-on dit, ne peut pas trouver de point d'appui dans l'air. Erreur complète : l'aérostat à hélice prend son point d'appui dans l'air, exactement comme un bateau sous-marin à hélice, entièrement immergé dans l'eau, le trouve dans l'eau; il n'y a de différence que celle qui résulte de la densité des deux fluides..... »

La rédaction de ces volumes est en même temps scientifique et pittoresque; aussi la lecture en est-elle aussi agréable qu'instructive. Les planches, qui sont nombreuses, viennent en aide au texte. — Dr G. R.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement du choléra asiatique, par M. DUBOUÉ (de Pau). — Notre savant confrère est de ceux qui regardent les desquamations épithéliales des muqueuses et des séreuses et les desquamations endothéliales des capillaires comme des facteurs importants dans la pathogénie du choléra. De là, par conséquent, l'indication thérapeutique d'employer des agents possédant des propriétés toni-épithéliales : sulfate de cuivre, tannin, alun, sels plombiques, zinciques ou argentiques. Le tannin a obtenu ses préférences, même à titre d'agent prophylactique, à la dose de 25 centigrammes avant chaque repas, ou à titre d'agent curatif à une dose triple ou quadruple contre la diarrhée.

Dans le choléra confirmé, M. Duboué élève la dose quotidienne à 4, 8 et 10 grammes en potion. Enfin, dans la période algide, il pratique des injections intra-veineuses de sérum artificiel avec addition de 1 gramme de tannin par litre. On reconnaît bien, dans cette médication, l'esprit clinique de cet estimé médecin et le courage, qui lui est familier, pour justifier et défendre ses opinions qu'on peut ne pas partager, mais dont la sincérité n'en mérite pas moins hommages. (*Bullet. de thérap.*, 30 oct. 1884.) — C. E.

Recherches sur la production expérimentale de la tuberculose, par STERNBERG. — La découverte du bacille de la tuberculose soulève un problème pathogénique que l'auteur formule en ces termes : le pouvoir pathogène du bacille consiste-t-il en une simple action mécanique sur les tissus, ou bien une action spécifique?

Pour répondre à cette question, M. Sternberg injecte dans la cavité péritonéale des chiens des substances pulvérulentes préalablement stérilisées : verre en fine poussière ou bleu d'outremer, en évitant toute cause d'infection accidentelle. Comparativement, on inoculait une seconde série d'animaux de même espèce avec des produits tuberculeux.

Deux mois après, on tue les animaux de la première série. L'examen de leurs viscères est négatif au point de vue de la tuberculose et on constate seulement l'incrustation de la membrane péritonéale par les poussières injectées. Il n'en était pas de même des animaux de la deuxième série. Chez eux, les inoculations avaient été fertiles.

Ces faits démontrent donc que le bacille de la tuberculose joue dans les tissus un rôle autre que celui de corps étrangers. (*The american Journal of the Medical sciences*, janvier 1885, p. 7. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 décembre 1885. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN

SOMMAIRE : Deux opération de néphrectomie. — Rapports : 1° Sur un cas d'imperforation congénitale de l'hymen traité avec succès par l'évacuation rapide de la collection due à la rétention du sang cataménial et par les injections antiseptiques; 2° sur une plaie de la région dorsale du rachis avec compression de la moelle par instrument tranchant; extraction d'un fragment de lame de couteau de 6 centimètres de longueur profondément enfoncé entre la septième et la huitème vertèbre dorsale ; guérison. — Sur les récidives des kystes de l'ovaire. — Plaies de tête par balles de revolver. — Présentation de pièce pathologique : Ligature de l'artère fémorale à l'anneau du troisième adducteur.

M. TRÉLAT dépose deux observations de néphrectomie, l'une suivie de guérison, l'autre de mort.

La malade chez laquelle l'opération a été suivie de mort a été opérée trop tard, alors qu'elle était tombée dans un état cachectique très prononcé. En outre, l'opération a été rendue difficile par les adhérences et les épaississements fibreux qui entouraient le rein malade et qui soudaient cet organe avec la rate, le pancréas et le côlon.

M. Trélat attribue en grande partie le succès qu'il a obtenu chez l'autre malade à ce que l'opération a été pratiquée en temps opportun, avant que la maladie fût arrivée à la période de la cachexie, à l'absence de complications opératoires, l'opération ayant été simple, facile et sûre, bien que le rein enlevé eut 22 centimètres de long. Ces facilités opératoires sont dues, suivant M. Trélat, à l'incision antérieure qui rend le hile de l'organe plus facile à aborder et favorise l'application des ligatures. En évitant d'inciser trop près du bord externe du muscle droit et en reportant l'incision à 15 ou 20 millimètres en dehors, on évite, en outre, la blessure du péritoine qui, au niveau du bord externe, adhère à la paroi. Enfin, cette incision antéro-externe a le précieux avantage de permettre de voir le pédicule, de le manœuvrer sous l'œil, de faire une hémostase régulière, et, en somme, une opération satisfaisante.

— M. BERGER fait un rapport sur une communication de M. le docteur Segond relative à un cas d'imperforation congénitale de l'hymen traitée avec succès par l'évacuation rapide de la collection due à la rétention du sang cataménial et par les injections antiseptiques de la cavité.

Le sujet de cette observation est une jeune fille de vingt ans, atteinte depuis le mois de janvier dernier de crises douloureuses périodiques, exagérées encore par les moyens employés pour déterminer l'apparition du flux menstruel qui, jusqu'alors, avait fait défaut.

Au mois d'août, M. Segond constate, dans le ventre, l'existence d'une tumeur remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic; en même temps, il reconnaît que l'entrée du vagin est oblitérée par une saillie violacée et fluctuante constituée par la distension d'une membrane qui ne peut être autre chose que l'hymen imperforé.

Après anesthésie chloroformique, le chirurgien pratique une ponction étroite au centre de la membrane hymen et laisse le liquide, dont l'accumulation constituait la tumeur, s'évacuer lentement. Quand l'écoulement paraît sur le point de s'arrêter, il transforme sa ponction en une incision cruciale, et il favorise l'expulsion du contenu de la poche vaginale par une compression douce et graduelle établie sur le ventre au moyen d'un bandage ouaté qu'il resserre peu à peu. Au bout d'une demi-heure, l'évacuation paraissant complète, une irrigation très douce, plutôt qu'une injection, est faite par la seule pression hydrostatique, au moyen d'une solution de sublimé à 1/2000. Un tampon d'ouate phéniquée est placé sur la vulve.

©BIU Santé

Le jour même et les jours suivants, les irrigations au sublimé sont continuées toutes les trois heures d'abord, puis de plus en plus espacées. Vers le cinquième jour, un peu ds stomatite mercurielle fait remplacer le sublimé par l'alcool mélangé d'eau à parties égales. Un gros tube en verre est laissé à demeure dans le vagin pour permettre les lavages. La guérison est complète en trois semaines environ, sans que la malade ait jamais eu la fièvre. Depuis lors, les époques ont paru toujours régulièrement.

M. le rapporteur appelle l'attention sur les dangers de l'intervention chirurgicale nécessitée par l'imperforation de l'hymen, quel que soit le mode employé.

L'évacuation rapide, obtenue en une séance, par un ouverture large de la collection, a été fréquemment suivie de mort, survenue par le fait d'une effusion de sang dans la cavité péritonéale.

L'évacuation lente et graduelle par une incision insuffisante qui ne permet à la cavité de l'hématome de se vider qu'en un temps fort long, plusieurs jours, expose aux modifications putrides de son contenu et aux dangers qui résultent du séjour des produits septiques auxquels cette modification donne lieu, dans un vaste foyer à large surface douée de propriétés absorbantes énergiques.

L'interprétation attentive de la plupart des faits montre que le premier de ces accidents est dû le plus souvent à la rupture d'une dilatation de la trompe ou des trompes, produite par une accumulation de sang analogue à celle qui remplit l'utérus; cette distension des trompes entraîne un amincissement extrême de leur paroi, et comme une oblitération de leur *ostiolum uterinum* intercepte toute communication avec l'utérus, lorsque celui-ci se vide du sang qu'il renfermait, la différence de tension qui existe entre la poche tubaire et le reste de la cavité abdominale où la pression a diminué par le fait de la disparition de la tumeur utérine, peut favoriser ou déterminer la rupture de la première. Il faut y joindre l'action des adhérences que les trompes dilatées ont contractées dans la position anormale où elles se retouvaient, soulevées qu'elles étaient par la tumeur utérine. Le retrait brusque de cette dernière, entraînant à sa suite les trompes, amène un tiraillement qui, se joignant à l'excès de tension intérieure de la poche kystique, peut en amener la rupture.

Cette disposition peut être soupçonnée avant l'opération, en raison même de la forme de la tumeur abdominale, qui, indépendamment de la tumeur principale, médiane, se présentant sous les apparences d'un utérus gravide, offre des bosselures latérales indépendantes de la première et constituées par les trompes dilatées.

Dans le cas de M. Segond, ce chirurgien a pu, à l'aide d'une palpation attentive de l'abdomen, reconnaître que la poche sanguine était constituée uniquement par la dilatation du vagin et que l'utérus était supporté par elle sous forme d'une masse indurée, globuleuse, séparée par un léger sillon de la tumeur principale à laquelle elle était surajoutée.

L'examen du vagin pratiqué après l'opération prouva, en effet, qu'il s'agissait de l'utérus soulevé, mais non dilaté. Or, sans dilatation utérine, point de dilatation tubaire, et, par conséquent point ou peu de danger de rupture et d'épanchement sanguin intra abdominal.

Pour prévenir cet accident, lorsqu'il est à craindre, M. le rapporteur recommande les plus grandes précautions, au cours de l'évacuation, comme après, pour empêcher toute secousse, tout effort brusque, toute action mécanique dont cette rupture pourrait être l'effet. Il se demande si le chloroforme qui traduit si souvent son action, chez les femmes, spécialement chez celles qui sont atteintes d'affections abdominales, par des vomissements répétés quelquefois pendant des jours entiers, ne pourrait pas devenir la cause de cet accident. Il pense qu'il y aurait lieu de s'abstenir du chloroforme dans les cas simples où l'opération est peu douloureuse.

Toute palpation du ventre sera sévèrement interdite au cours de l'évacuation et après elle ; on devra proscrire toute pression, toute manœuvre ayant pour but de faciliter l'écoulement du sang lorsqu'il commence à se ralentir, sauf la compression douce et graduelle avec un bandage ouaté que l'on resserre peu à peu à mesure que la poche se vide.

Enfin dans les cas où les dilatations kystiques des trompes sont très tendues et mena-

cent de rupture, on pourrait tenter la ponction aspiratrice par le vagin ou par le rectum, ou bien la ponction abdominale ordinaire.

La laparotomie suivie de la ligature et de l'excision de la trompe, reste enfin comme une dernière ressource pour les cas où la déchirure de la trompe se serait produite et où se présenteraient les signes d'un épanchement sanguin dans la cavité abdominale, accident qui, d'ailleurs, il faut le dire, peut n'être pas toujours mortel.

Quant au danger qui résulte de la transformation septique de l'épanchement, après l'ouverture de la poche sanguine, il sera combattu par les injections antiseptiques, à la condition qu'elles ne soient pas poussées avec force, ce qui pourrait amener la rupture des trompes, et que l'on ait recours à des irrigations plutôt qu'à des injections, en établissant seulement un courant très doux, comme l'a fait M. Segond, et en ayant soin de ne remettre cette partie du traitement qu'entre des mains exercées.

M. Berger, en terminant, conclut, comme M. Segond, en faveur de l'évacuation rapide, d'autant plus que les procédés d'évacuation lente ne mettent pas à l'abri de la rupture d'une dilatation concomitante des trompes.

Il propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° d'insérer son observation dans les Bulletins ; 3° d'inscrire son nom dans un rang des plus honorables sur la liste des candidats à la place de membre titulaire. (Adopté.)

— M. Lucas-Championnière estime que M. Segond a eu affaire là à un cas très rare et, en quelque sorte, exceptionnel. Le plus ordinairement, en effet, le vagin, réduit au tiers, au quart et même moins de sa longueur, ne prend que très peu de part à la production de la tumeur.

Quant à l'opération, elle est absolument indiquée, suivant M. Championnière, et l'on ne doit pas avoir d'hésitation à ce sujet, quand on songe aux souffrances intolérables auxquelles ces malades sont en proie. Les dangers sur lesquels M. le rapporteur a cru devoir appeler l'attention ne sont, d'ailleurs, plus de notre temps, grâce aux conditions nouvelles introduites par la méthode antiseptique, et il n'est nul besoin de ce luxe de précautions indiquées dans le rapport. Les lavages ne font courir aucun danger aux malades, lorsqu'ils sont employés sans violence; ils servent principalement à aider l'évacuation des caillots sanguins. La désinfection est aujourd'hui très facile avec l'iodoforme. Enfin, l'emploi du chloroforme est indiqué dans tous les cas simples ou compliqués, quoi qu'en dise M. Berger. Chez plusieurs femmes opérées par lui, M. Championnière a obtenu les meilleurs résultats, sans faire courir de dangers aux malades.

M. Gillette, dans un mémoire qu'il a écrit sur la question, cite, entre autres, l'observation d'une jeune fille qu'il a eu l'occasion de traiter à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Tillaux, il y a quelques années. Cette jeune fille était accusée de grossesse, à cause du volume de son ventre, par ses parents, qui l'avaient chassée de la maison.

Dans ce mémoire, M. Gillette recommande le procédé de l'évacuation rapide qui lui avait donné, dans deux cas, de bons résultats, sans accidents. Depuis l'époque de la publication de ce travail, M. Gillette a plusieurs fois pratiqué l'incision au thermo-cautère suivie de l'évacuation lente et continue du liquide accumulé dans les voies génitales; il en a obtenu les meilleurs résultats; l'incision au thermo-cautère a l'avantage d'empêcher la réunion des lèvres de la plaie de l'hymen, qui oblige à recommencer l'opération. On pratique tous les jours des injections antiseptiques qui ne doivent pas dépasser le fond du vagin, si l'on ne veut pas provoquer d'accidents.

M. Guéniot pense, comme M. Championnière, que le cas de M. Segond est exceptionnel; le plus souvent, en effet, le vagin n'est pas le seul foyer de l'épanchement qui remonte ordinairement dans la cavité de l'utérus dilaté.

M. Berger fait un second rapport sur une observation de M. Kirmisson, relative à un cas de plaie de la région dorsale du rachis avec compression probable de la moelle par instrument tranchant; extraction d'un fragment de lame de couteau de 6 centimètres de longueur profondément enfoncé entre la septième et la huitième vertèbre dorsale; guérison.

©BIU Santé

A la suite du coup de couteau, il s'était produit une paralysie motrice immédiate des deux membres inférieurs, et une paralysie de la sensibilité portant principalement sur le côté correspondant à la lésion, la sensibilité se trouvant seulement diminuée dans le membre opposé.

Tous ces troubles, de même que la paralysie de la vessie et du rectum, ayant commencé à s'amender peu de jours après l'extraction du corps étranger, heureusement pratiquée par M. Kirmisson, et étant arrivés au bout de quelques mois à un état d'amélioration équivalent presque à la guérison, il paraît impossible à M. le rapporteur d'admettre qu'il y ait eu section même partielle de la moelle, et il pense, avec M. Kirmisson, qu'il s'agit là d'un refoulement de la moelle compliqué d'un certain degré d'attrition de sa substance par le dos du couteau, dont le tranchant, fort heureusement, se trouvait dirigé en dehors. Mais cette attrition a laissé, à sa suite, une sclérose qui, malgré la diminution de la paralysie, détermine encore des troubles permanents de la motilité et, quelque beau, quelque rare que soit le succès opératoire auquel ce blessé doit la conservation de l'existence, il est probable qu'il revienne jamais à un état physiologique parfait.

M. Kirmisson a joint à son observation, l'analyse d'un fait emprunté à Müller (1871), et dans lequel une lame de couteau avait pénétré dans le rachis et s'y était brisée : à l'autopsie on trouva une hémisection de la moelle.

M. le rapporteur rappelle un autre cas, peut être le seul avec celui de M. Kirmisson, où un instrument piquant traversa tout le canal rachidien, sans blesser la moelle. En terminant, il propose : 1° d'adresser des remerciements à M. Kirmisson ; 2° d'insérer son observation dans les *Bulletins ;* 3° d'inscrire son nom dans un rang des plus honorables sur la liste des candidats à la place de membre titulaire. (Adopté.)

M. Gillette communiquera dans la première séance, une observation d'un individu qui reçut un coup de couteau dans la région dorsale. Il y eut, à la suite, section de la moitié au moins de la moelle, hémiplégie, eschares, etc. ; le blessé finit par guérir.

— M. Terrillon donne lecture d'une nouveau travail sur les récidives des kystes de l'ovaire. Contrairement à l'opinion émise par l'auteur, M. Terrier pense que l'examen microscopique du liquide peut permettre de prévoir d'avance, s'il y aura récidive.

— M. Peyrot, candidat à la place vacante de membre titulaire, lit une observation de plaies de tête par balles de révolver. — Ce travail est renvoyé à la Commission.

— M. Schwartz, candidat à la place vacante de membre titulaire, présente une pièce anatomo-pathologique provenant d'un individu auquel il a pratiqué la ligature de l'artère fémorale, dans l'anneau du troisième adducteur, pour un anévrisme poplité. Le malade atteint de dégénérescence athéromateuse artérielle généralisée, est mort, le dix-septième jour, d'asystolie et d'urémie. La ligature, faite au catgut, avait sectionné toutes les tuniques artérielles, ce qui est l'exception dans le mode ordinaire. Ce travail est renvoyé à l'examen de la Commission des titres. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 décembre 1885. — Présidence de M. Vidal.

Sommaire : *Hémiplégie hystérique chez un homme. — Influence de l'eau sur la nutrition. — Des ruptures du cœur. — Mutations dans les hôpitaux.*

M. Millard présente un homme de 35 ans qui, n'étant ni alcoolique, ni syphilitique, ni tuberculeux, a été atteint d'une hémiplégie gauche avec hémianesthésie sensitive et sensorielle et dyschromatopsie ; cette paralysie s'est amendée graduellement, pour reparaître ensuite et s'amender de nouveau. L'amélioration s'est produite sans qu'aucun traitement ait été institué, même par l'hydrothérapie. Le diagnostic d'hystérie paraît s'imposer

M. le Président annonce que la séance prochaine, consacrée aux élections, aura lieu vendredi prochain, et non dans quinze jours.

M. Debove, désireux de trancher une question fort controversée, l'*influence de l'eau sur la nutrition*, a utilisé, pour instituer des expériences sur ce sujet, une hystérique de son service qui obéit merveilleusement à toute suggestion qui lui est faite pendant le sommeil hypnotique.

Les physiologistes et les cliniciens sont en désaccord sur le point de savoir si l'usage de boissons abondantes favorise l'obésité. Les premiers ont généralement procédé par injection quotidienne d'eau dans l'estomac des animaux, ce qui ne prouve rien pour l'homme; les seconds n'ont recueilli que des observations peu démonstratives, puisque toujours, concurremment à l'ingestion de l'eau en quantité plus ou moins abondante, ils imposaient aux malades un régime alimentaire particulier et un exercice plus actif.

M. Debove a procédé de la façon suivante : Il a suggéré à son hystérique de prendre chaque jour une quantité déterminée d'eau et d'aliments, d'observer une immobilité presque complète, et de conserver toutes ses urines.

A partir du 6 juillet, cette femme a consommé chaque jour 200 grammes de viande, 600 grammes de pain et *un* litre de tisane. Le 22 juillet, son poids oscillait quotidiennement de 56 kilogr. 900 à 57 kilogr. — A partir de ce jour, elle ingéra chaque jour, toujours par suggestion, la quantité précitée d'aliments, plus *quatre* litres de tisane jusqu'au 22 août. Son poids était alors oscillant entre 57 kilogr. et 57 kilogr. 200 à 400 grammes. — Elle fut remise à *un* litre jusqu'au 28, et son poids ne subit que des variations insignifiantes.

M. Debove croit pouvoir conclure que l'ingestion d'eau en abondance n'a aucune influence sur l'engraissement, et, comme cela résulte des dosages rigoureusement faits sur les produits d'excrétion de son hystérique, n'augmente ni ne diminue l'excrétion de l'urée. Il ajoute qu'aucune simulation ne peut être soupçonnée, la surveillance ayant été très active; — que cette femme hystérique et si docile à la suggestion ne présentait, au moment de l'expérience, aucun accident morbide, et jouissait d'une santé florissante, que, par conséquent, les hystériques bien portants ont une nutrition normale, — et qu'enfin il est inutile de rationner, au point de vue des boissons, les personnes qui sont menacées d'obésité.

M. Albert Robin trouve qu'il est prématuré de poser de telles conclusions, alors qu'une expérience si démonstrative en sens opposé a été faite, il y a trente ans, par Gelt, sur lui-même. S'étant soumis à un régime invariable, et ayant dosé rigoureusement ses excreta, Gelt est arrivé à conclure qu'en augmentant l'eau ingérée de 2,000 à 4,000 gr., il faisait augmenter la totalité des matériaux solides de l'urine, l'urée, et le rapport entre l'urée et les autres matériaux, ce qui donne le coefficient de la combustion. Cette augmentation de l'eau prise en boisson active donc la désintégration organique.

M. Dujardin-Beaumetz ne veut pas discuter le fait apporté par M. Debove. Mais il cite deux expériences fort intéressantes relatives à la question en litige. Schiff avait institué des digestions artificielles, en plaçant des quantités déterminées d'albumine dans des mélanges contenant un estomac de chien coupé par morceaux dans une quantité déterminée d'eau. Il a pu fixer ainsi la capacité digestive de l'estomac du chien à 70 grammes.

Or, en ajoutant 200 litres d'eau au mélange contenant les fragments d'estomac, il a vu la capacité de peptonisation de ce mélange s'élever jusqu'à digérer 75 kilogrammes d'albumine.

D'autre part, la commission du Codex, ayant voulu expérimenter les diverses pepsines, opéra sur des vases contenant de l'eau acidulée et de la pepsine : dans l'un, on ajoutait de la fibrine; dans l'autre, des peptones, et l'on a pu voir ainsi que la présence des peptones diminue le pouvoir digestif de la pepsine. Or, on a pu constater, par contre, que l'eau ajoutée au mélange de pepsine en augmente considérablement le pouvoir digestif.

Ainsi s'expliquerait l'utilité de la suppression de l'eau du régime des obèses, afin de diminuer chez eux le pouvoir digestif et par suite l'assimilation. De là résulte aussi que le régime sec, généralisé depuis peu contre la dilatation de l'estomac, ne peut être supporté par certains malades dont le suc gastrique est insuffisant.

©BIU Santé

M. Guyot objecte à M. Debove que, chez son hystérique condamnée à l'immobilité, les combustions pouvaient être diminuées, car elle n'était pas dans les conditions des personnes qui vivent de la vie ordinaire et prennent de l'exercice.

M. Hayem pense qu'une foule de questions relatives à la nutrition sont encore très mal élucidées, les contradictions sont nombreuses entre les expérimentateurs. Mais les objections qui ont été faites à M. Debove relativement à l'état particulier de la nutrition chez le sujet qui lui a servi pour ses recherches sont très valables. L'hystérie modifie indubitablement la nutrition; pourquoi certaines hystériques restent-elles grasses en mangeant très peu? Le chiffre de l'urée excrété par l'hystérique de M. Debove était très probablement inférieur à celui d'une personne normale.

M. Labbé voudrait qu'on tînt grand compte dans l'appréciation du rôle de l'eau sur la nutrition, de l'heure à laquelle l'eau a été absorbée. Il y a des personnes qui deviennent dyspeptiques pour avoir ingéré des boissons dans l'intervalle des repas.

M. Debove répond à M. Robin, que des expériences physiologiques plus récentes sont venues contredire l'expérience de Gelt, qu'il a citée; — à M. Beaumetz, qu'il importe peu de savoir, au point de vue de la question que son expérience cherchait à élucider, si l'eau augmente le pouvoir digestif d'une macération d'estomac de chien ou celui de la pepsine de la pharmacie centrale; — à M. Guyot, que c'est à dessein qu'il a imposé l'immobilité à son hystérique, afin d'écarter l'influence des mouvements musculaires qu'on ne peut doser chez un sujet ordinaire; qu'il est possible que boire peu fasse maigrir, mais que, le plus souvent, quand on impose aux malades de boire peu, on modifie aussi leur alimentation; si, par exemple, ils perdent l'appétit, les conditions du problème sont encore changées; au contraire, l'état de suggestion a permis de placer la malade dans des conditions rigoureusement comparables aux diverses phases de l'expérience; — enfin à M. Hayem, que peu importe le chiffre de l'urée excrétée par le sujet au début de l'expérience, puisqu'il a été invariable tout le temps.

— M. Robin lit un mémoire sur les *ruptures du cœur*. On admettait jusqu'ici que ces accidents arrivent à une époque avancée de la vie, qu'elles se produisent chez des sujets atteints de myocardite scléreuse développée autour des vaisseaux nourriciers du cœur, qu'elles succèdent à un effort, et que, la mort se produisant subitement, la symptomatologie est nulle.

M. Robin, qui a eu occasion d'observer trois cas de rupture du cœur survenues sans effort, d'une manière progressive et n'ayant amené la mort qu'après la production de symptômes constants, croit pouvoir modifier et compléter le schéma classique des ruptures du cœur.

Les ruptures du cœur se produisent le plus souvent en pleine santé, ce qui revient à dire que les lésions de la myocardite scléreuse antécédente demeurent silencieuses; sur 27 observations relevées dans les auteurs, 17 fois (62 p. 100), la santé était parfaite avant l'accident.

L'influence d'un effort brusque ou violent est douteuse; les mouvements normaux du cœur suffisent à expliquer la rupture, qui peut se produire en plusieurs temps; dans un cas, M. Robin a constaté deux déchirures de sens différent, quoique parallèles, et portant toutes deux sur le ventricule gauche, mais l'une de dedans en dehors, l'autre de dehors en dedans. Si l'effort était la seule cause de rupture, celle-ci se produirait uniquement de dedans en dehors. M. Robin croit que la cause efficiente, après la myocardite préparatoire, c'est l'atrophie, la dissociation et la désintégration des fibres musculaires de la paroi du cœur.

La mort peut être absolument subite, comme dans un cas où M. Robin a compté 70 secondes seulement entre la douleur accusée par la malade et la mort totale. Cependant, le plus souvent, il y a une période prémonitoire. Ainsi, une personne est réveillée subitement par une vive douleur perforante dans la région sous-claviculaire gauche, avec irradiation dans l'épaule et engourdissement du bras. La douleur s'atténue, l'engourdissement persiste dans le bras ainsi qu'une sensibilité à la pression de la région précordiale, jusqu'à la production d'une nouvelle crise mortelle. Dans un autre cas, on

a noté une douleur violente dans le côté, irradiée dans l'épaule gauche et le bras gauche, qui s'engourdissent, puis une sensation d'évanouissement. Ces cas répondent à la production d'une rupture en plusieurs temps.

L'existence d'une période prémonitoire a été relevée dans 60 p. 100 des cas. Cette période prémonitoire consiste, en somme, en accès douloureux, comparables à ceux de l'angine de poitrine, et en symptômes accessoires, tels que dyspnée, angoisse et sensation de rupture ; puis les symptômes s'atténuent jusqu'au retour des accidents ultimes. Une différence entre ces accès et l'angine de poitrine, c'est qu'ils s'atténuent seulement, mais ne disparaissent pas totalement. Il persiste notamment une sensibilité de la région précordiale qui rappelle les algies rhumatoïdes. Chaque nouvelle poussée douloureuse correspond probablement à chaque pas en avant que fait le sang dans la paroi du cœur.

Le rôle de l'irruption du sang dans le péricarde, considéré jusqu'ici comme le principal facteur de la mort dans les cas de rupture du cœur, doit être écarté. La durée des accidents serait moins longue si l'épanchement sanguin dans le péricarde était brusque et abondant. Quant aux accidents propres à l'épanchement progressif, M. Robin a pu les constater dans un cas de rupture d'une veine coronaire variqueuse chez un sujet atteint d'une double insuffisance tricuspide et mitrale d'origine rhumatismale. La fissure qui se produisit à la veine se révéla par un accès subit d'orthopnée, l'extinction de la voix, le refroidissement des extrémités, l'angoisse de la face, des palpitations d'une incroyable violence avec faux pas du cœur, pouls à 200, puis incomptable, bruit de clapotage perceptible à la pointe, mais plus lent que les bruits valvulaires; mort en huit heures.

— Une place de médecin de l'*hôpital Saint-Louis* étant devenue vacante par suite de la retraite de M. Guibout, M. Quinquaud prend cette place ; M. Roques lui succède à l'*hospice d'Ivry*, et M. Balzer passe du Bureau central à *Lourcine*. — P. L. G.

FORMULAIRE

Pommade contre le prurigo. — Kaposi.

Naphtol.....	5	grammes.
Axonge.....	100	—

Mêlez. — Cette pommade est recommandée contre le prurigo mitis ou agria, avec ou sans eczéma concomitant. Pour les adultes, on fait une friction chaque soir, on saupoudre d'amidon, puis on enveloppe le malade dans une étoffe légère de laine. Le matin, on enlève la poudre, et le malade se revêt de son linge habituel. — Pour les enfants de 2 à 7 ans, chaque soir ou tous les deux soirs, on fait prendre un bain tiède, dans lequel on frictionne énergiquement les régions prurigineuses, avec du savon de soufre et de naphtol. On laisse séjourner l'enfant une heure dans le bain ; puis on le lave avec un savon de toilette, on le sèche et on fait une friction avec une pommade au naphtol à 3 pour cent. Dès qu'il s'est produit une amélioration notable, ce qui a lieu dans l'espace de 1 à 3 semaines, il suffit de recourir aux frictions tous les 2 ou 3 jours. — N. G.

COURRIER

Récompenses honorifiques. — Sur la proposition de l'Académie de médecine et par arrêté du 4 décembre 1885, le ministre du commerce a décerné les récompenses suivantes aux personnes qui se sont le plus distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales, pendant l'année 1883 :

Médaille d'or. — M. Léon Dru, ingénieur à Paris.

Médailles d'argent. — MM. Brongniart, médecin à Contrexéville; Danjoy, médecin de La Bourboule; Eymard-Lacour pharmacien-major de première classe à Oran.

©BIU Santé

Rappels de médailles d'argent. — MM. Bourgarel, médecin-inspecteur des eaux de Pierrefonds; Achille Bouyer, médecin-inspecteur des eaux de Cauterets.

Médailles de bronze. — MM. Maurice Binet, médecin à Saint-Honoré; Cros, médecin-inspecteur des eaux de Lamalou-l'Ancien; Dejeanne, médecin-inspecteur des eaux de Bagnères-de-Bigorre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours de l'agrégation de pathologie interne et médecine légale s'est ouvert mardi 1er décembre. La première séance a été exclusivement consacrée à la constitution du jury, et à l'appel des candidats, qui ont répondu seulement au nombre de 29 sur 35 qui s'étaient fait inscrire. La première épreuve, composition écrite, a eu lieu mercredi. Le sujet donné a été : « La cellule hépatique ».

— MM. Lancereaux, Duguet et Dieulafoy, agrégés, sont rappelés à l'exercice pendant la durée du concours d'agrégation de médecine qui s'est ouvert à Paris le 1er décembre 1885.

— La séance générale annuelle de l'Académie de médecine est fixée au mardi 15 décembre 1885, à deux heures.

— M. le docteur Blachez remplace M. le docteur Landrieux dans le jury du concours qui s'est ouvert hier lundi, 14 décembre 1885, pour la nomination à deux places de pharmacien des hôpitaux de Paris.

— M. le docteur Curie, médecin-adjoint au service d'inspection des enfants du premier âge, à la préfecture de police, est nommé médecin-inspecteur, en remplacement de M. le docteur Thévenet, décédé.

M. le docteur Ruelle est nommé inspecteur adjoint, en remplacement de M. le docteur Curie.

— M. le docteur Mercier est nommé médecin-adjoint au lycée de Montluçon (emploi nouveau).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Olive, de Nogent-sur-Seine (Aube), âgé de 29 ans, membre de la Société médico-pratique.

— On nous annonce également la mort de M. le docteur Wintrebert, vice-doyen de la Faculté catholique de médecine de Lille.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Lhomme est maintenu, dans les fonctions de préparateur de chimie organique.

M. Simon (Paul-Jules), ancien boursier de physique en remplacement de M. Emmanuel, mis en congé, sur sa demande.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Jaboulay (Mathieu), docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Charpy, dont la délégation est expirée.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole pour l'année scolaire 1884-1885 :

Première année : Premier prix, M. Fauvel. — *Deuxième année :* Premier prix, M. La Nècle; prix Lesauvage, M. La Nècle; travaux chimiques, deuxième prix, M. Damenne. — *Troisième année :* Premier prix, M. Lemarinier.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole, pour l'année scolaire 1884-1885 :

Deuxième année : Prix, M. Lainé; prix des hôpitaux, M. Lamy. — *Troisième année :* Prix, M. Delabrosse; prix Pillore, M. Panel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — MM. Lefranc et Licht sont nommés aides de clinique, en remplacement de MM. Vautrin, appelé à d'autres fonctions, et Knœpfer, démissionnaire.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. Clemento Ferreira, de Rezendo (Brésil) : Note clinique pour servir à fixer la valeur thérapeutique du convallaria maialis. — III. Lettres de Belgique. — IV. Bibliothèque. — V. Revue des Journaux. — VI. Académies et Sociétés savantes : Société de biologie. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Séance publique annuelle de l'Académie de médecine.

Les séances que l'Académie nous donne depuis quelques semaines, pauvres de discussions brillantes, mais pleines de choses utiles, rapports et comités secrets, ont abouti à ce résultat merveilleux que la séance publique annuelle pour 1885 a lieu en 1885; résultat qui marquera, dans les fastes académiques, la présidence de M. Bergeron.

M. Proust, secrétaire annuel, a su, comme les années précédentes, heureusement encadrer son rapport sur les prix de 1885. Il commence en rappelant la séance du 27 octobre, où M. Pasteur est venu communiquer le résultat de ses travaux sur la prophylaxie de la rage, et retrace en quelques mots l'historique de cette belle découverte. Il ajoute : « Chacun se préoccupe de services à créer où se feraient les inoculations préventives de la rage après morsure. Consulté à cet égard, M. Pasteur pense qu'un seul établissement à Paris suffirait pour la France et même pour l'Europe, à la condition d'y adresser le plus tôt possible, après morsure, toutes les personnes qui auraient été victimes des fureurs de chiens rabiques. Toutefois, M. Pasteur désire ne rien proposer à cet égard jusqu'à ce que le temps, seul juge en ce moment de l'efficacité du remède, ait prononcé. Ce sera l'affaire de quelques mois d'attente. » Vient ensuite la proclamation des lauréats :

Le prix Vernois est décerné à M. Schindler, pour ses recherches sur l'alimentation du soldat; MM. Du Mesnil, Miquel et Redard obtiennent des mentions honorables.

Prix Monbinne (2,000 fr.) à M. Collin, pharmacien à Colombes, pour son histoire microscopique des plantes.

Prix Buignet à M. Quinquaud, médecin des hôpitaux de Paris, pour ses recherches d'hématologie clinique; mention honorable à M. Redard, pour son traité de thermométrie médicale.

Prix Portal (*Des causes et de la nature de l'angine de poitrine*) à M. le docteur Liégeois, de Bainville-aux-Saules (Vosges). Mentions à MM. Gélineau, de Blaye (Gironde); Antony Martinet, de Paris; Gautier, de Charolles (Saône-et-Loire).

Prix de l'Académie (*Des corps étrangers dans les articulations*) à MM. Poulet et Vaillard, professeurs agrégés au Val-de-Grâce.

L'Académie a été durement éprouvée : Chereau, Baudrimont, Magne, Lunier, Robin, Noël Gueneau de Mussy, Milne-Edwards et Bouley ont disparu cette année. Sur chacun d'eux, M. Proust sait dire ce qu'il faut; il rappelle, non sans émotion, la physionomie sympathique de Bouley, et retrace avec bonheur les figures de Charles Robin, de Noël Gueneau de Mussy, de Milne-Edwards. A propos de ce dernier savant, d'origine étrangère, mais Français par le cœur, il termine ainsi : « A l'époque où des guerres déplorables n'avaient point réveillé les vieilles antipathies nationales, la France se réjouissait d'attirer dans son sein toutes les capacités, sans distinction

©BIU Santé

d'origine, et l'immense rayonnement de son esprit et de ses idées lui permettait de s'assimiler sans effort tous ceux qui venaient se réchauffer à son foyer. Un esprit différent semble quelquefois régner aujourd'hui; il ne trouvera jamais place dans cette Académie, où le culte de la science impartiale et véridique l'emporte sur toutes les autres préoccupations. Il ne saurait prévaloir longtemps parmi nous, car il est essentiellement opposé à l'esprit et aux tendances de notre race et de notre nation. Mais, à l'époque dont nous parlons, rien de semblable ne se manifestait au dehors, et l'affection de Milne-Edwards pour sa patrie d'adoption répondait au profond respect et aux hommages légitimes que lui rendait cette patrie, et avec juste raison; car, si la France fait un immense honneur aux étrangers qu'elle adopte pour fils, il est des étrangers qui font honneur à la France en l'adoptant pour mère. »

L'éloge traditionnel a été, cette fois, prononcé par M. Rochard. Puisque M. le Secrétaire perpétuel, content des louanges unanimes que lui valut naguère son beau discours sur Cl. Bernard, se renfermait de nouveau dans un silence qui lui est cher, il ne pouvait confier la parole à un orateur plus sympathique et plus assuré d'obtenir un succès.

M. Rochard lit comme il parle; et ce n'est pas un mince mérite que de rendre une lecture intéressante et de donner la vie, par la chaleur du débit et la variété des intonations, à des pages écrites et méditées à l'avance. L'éloge de Chassaignac, que nous venons d'entendre, se dérobe à l'analyse, comme tous les travaux de ce genre. Comme eux tous, il expose à nos yeux une vie scientifique où abondent les enseignements; il célèbre les vertus, fait saillir les plus beaux traits du modèle, et laisse dans un oubli discret ses défauts et ses petitesses. N'est-ce pas là le but et la raison d'être d'un éloge académique? La vie des hommes disparus est un thème que l'orateur développe à sa guise; il a mission d'y choisir ce qui lui semble bon; l'auditeur veut connaître, non la vérité absolue sur l'homme dont on parle, mais l'âme et la conscience de l'homme qui lui parle. Ainsi, M. Rochard avait conquis, dès le début de son discours, l'assemblée nombreuse venue pour l'écouter. — L.-G. R.

Note clinique pour servir à fixer la valeur thérapeutique du convallaria maialis

Par le docteur Clemento Ferreira, de Rezende (Brésil).

Tout récemment encore, la digitale constituait à peu près le seul moyen que la matière médicale mît à notre disposition contre les maladies du cœur. Aujourd'hui, les choses ont bien changé, et nous ne sommes plus si pauvres; la caféine, la trinitrine et le convallaria jouent un rôle considérable dans le traitement des cardiopathies.

Les vertus diurétiques du convallaria, consacrées par la tradition populaire, ont conduit les médecins russes à l'employer contre les affections cardiaques. Les travaux cliniques de Bogojawlensky et Froitzi ouvrirent la voie où bientôt s'engagèrent d'éminents observateurs. C'est surtout à M. Germain Sée que revient l'honneur d'avoir élucidé une question si importante.

M. Germain Sée professe un enthousiasme exagéré pour le nouveau médicament, et se croit autorisé à conclure de ses recherches et de ses expériences cliniques que le convallaria est supérieur à la digitale, dont il posséderait les avantages sans en avoir les inconvénients.

Cette manière de voir n'a pas été adoptée d'un accord unanime. MM. Peter, Constantin Paul et Dujardin-Beaumetz sont loin de lui accorder une importance aussi grande. Les

nombreuses observations de ces habiles cliniciens démontrent que les services rendus par le convallaria, comme tonique du cœur, sont beaucoup plus modestes, et que son action diurétique n'est pas toujours sûre.

En Allemagne, le muguet ne jouit pas d'une grande réputation, et son emploi dans les affections cardiaques ne s'est pas généralisé, à cause des échecs nombreux qu'il a entraînés.

En Italie et en Portugal, l'opinion des cliniciens paraît plus favorable. Plusieurs recueils ont publié des succès obtenus avec le nouvel agent.

Au Brésil, les médecins n'ont pas encore formulé leur opinion, et je crois même que le convallaria a été rarement employé par les praticiens de Rio-Janeiro; du moins, rien n'est encore dit sur ce sujet et aucune observation n'a été consignée dans les revues de médecine.

A Rezende, j'en fais fréquemment l'application, tant dans mon service de l'hôpital que dans ma clientèle. Les résultats que j'ai obtenus ont été bien des fois positifs; mais, dans quelques cas, les effets ont été nuls et le médicament a échoué d'une façon complète.

J'ai administré le convallaria sous forme d'extrait de fleurs et de feuilles. D'ordinaire, je l'ai prescrit à la dose de 2 grammes par jour. Les cas de succès se rapportent à des cardiopathes et à des malades atteints d'affections hépatiques (cirrhose atrophique et hypertrophique).

Dans les maladies du cœur, le médicament a été employé aux périodes hyposystolique et hypersystolique. Chez les malades, dont l'affection était arrivée à la phase d'asthénie cardio-vasculaire avec des hydropisies, l'action diurétique du convallaria s'est montrée maintes fois évidente. Sous son influence, le muscle cardiaque a repris en partie sa contractilité, la gêne circulatoire s'est amoindrie et les phénomènes hydropiques ont beaucoup diminué. Dans quelques cas, c'est après l'usage infructueux de la digitale que j'ai eu recours au convallaria, et les effets obtenus ont été positifs. Chez les malades arrivés à la période hypersystolique, et qui se plaignaient de palpitations et de battements violents, l'emploi du nouvel agent a produit une accalmie et a fait disparaître les désordres rhythmiques. Il s'est comporté comme un véritable opium du cœur.

Récemment encore, je l'ai appliqué chez une femme atteinte d'une grosse dilatation de la crosse de l'aorte, d'intermittences cardiaques et de palpitations violentes et opiniâtres. A la faveur du convallaria, des améliorations accentuées se sont manifestées et, au bout de peu de temps, la malade s'est trouvée beaucoup mieux. Dans ce cas, le médicament a agi comme un tonique du cœur, dont le muscle, déjà affaibli par suite de la dégénérescence granulo-graisseuse, ne suffisait plus à sa tâche; d'où les faux pas fréquents.

Plus d'une fois, j'ai utilisé le convallaria comme diurétique chez des malades atteints de cirrhose atrophique et hypertrophique du foie, et j'ai obtenu des résultats sensibles. L'urine augmentait d'une façon évidente et les infiltrations diminuaient. Dans ces conditions, il est vraisemblable que le médicament agit en tonifiant le cœur et en élevant la tension artérielle, ce qui constitue une condition favorable à l'accroissement de la sécrétion urinaire. Les cirrhoses hépatiques étant des affections éminemment dystrophiques, et l'insuffisance de la dépuration hépatique entraînant, par la rétention des principes biliaires dans la masse du sang, des phénomènes de ralentissement et d'affaiblissement du cœur, je crois que le muguet agit surtout comme tonique de ce muscle, outre son influence probable sur le fonctionnement des filtres rénaux.

De ce qui précède, il semble résulter que le muguet est un médicament d'une certaine valeur dans la thérapeutique des cardiopathies. Il mérite d'être employé comme diurétique dans certaines maladies où il est besoin d'avoir recours aux excitants de la sécrétion urinaire. En un mot, c'est un médicament dont l'action se rapproche de celle de la digitale et qui, sans être aussi précieux, est du moins exempt des inconvénients souvent sérieux qu'elle présente. Nous devrons l'employer dans tous les cas où il est besoin de cesser l'usage de la digitale, dont les préparations ne peuvent être données

©BIU Santé

d'une façon continue. En pareilles circonstances, nous aurons recours à l'extrait du convallaria, dont l'usage sera prolongé durant la période de repos de la médication digitalique.

Lettres de Belgique.

A l'occasion d'un rapport présenté dans la séance du 3 novembre dernier à l'Académie de médecine de Paris par M. Blot, au nom de la Commission permanente de vaccine, sur le service des vaccinations en France pendant l'année 1884, la revaccination opérée à l'aide de vaccin pris sur un sujet ayant été déjà vacciné une première fois avec succès, a été sévèrement prise à partie, et c'était justice. **Le vaccin de revacciné** n'a pas rencontré un seul défenseur convaincu : « Je conçois, a dit M. Bucquoy, « que nos confrères de l'armée soient quelquefois obligés de se procurer du vaccin de « cette façon, mais il faut savoir que ce n'est là qu'un pis-aller. » Et M. Maurice Perrin a ajouté : « Lorsque le Comité de santé des armées a donné des indications aux mé- « decins militaires, il a voulu surtout insister sur l'utilité de la revaccination ; mais il « a eu bien soin de faire observer que l'on ne devait se servir de vaccin d'adulte *qu'au-* « *tant qu'il était tout à fait impossible de se procurer, soit du vaccin animal, soit du vaccin* « *provenant de vaccinifères vierges.* »

Dans notre récent *Traité de la vaccine*, etc. (Paris, 1883, p. 289), nous avons étudié attentivement la question : « Entre la pustule légitime et le bouton de fausse vaccine « mort-né, avons-nous dit, il y a des degrés ; ce n'est pas toujours ou tout l'un ou tout « l'autre. Parfois l'attaque, par une insertion de vaccin vigoureux, vient à bout d'un « organisme dont la résistance est prête à se laisser vaincre ; l'ennemi, entré dans la « place, s'y installe, chemine et gagne du terrain ; mais, si ce terrain lui refuse la « pâture propre à l'alimenter, il finit par y périr avant d'être arrivé au terme de sa « course. De là ces pustules hybrides, susceptibles de se rapprocher, par l'aspect, des « pustules louables, et n'en différant, quant au contenu, que par le degré de vitalité de « ses habitants ; pustules hybrides, qu'on rencontre si fréquemment chez les sujets « ayant subi une première imprégnation, et qu'on soumet à une vaccination nouvelle « par du vaccin chaud et vigoureux. Le germe vaccinal y fonctionne mal, périt avant le « temps, vivote, si l'on nous permet d'ainsi nous exprimer, et disparaît sans avoir pu « exercer d'action générale sur l'organisme.

« Ainsi se justifie la défaveur dans laquelle est tombé justement le vaccin de revacciné, « défaveur dont on cherche à tort à le relever. Sans doute, on peut rencontrer tel « sujet offrant, à la suite d'une semblable revaccination, des pustules caractéristiques. « mais il y a tout à craindre que ces pustules ne renferment qu'une génération restée « chétive, pour avoir grandi dans un milieu épuisé. »

D'où il résulte que M. Blot a atteint l'extrême limite des concessions possibles quand, répondant à M. Hardy, affirmant que le vaccin de revacciné, par cela même qu'il est inférieur, crée une sécurité trompeuse, il a dit pour terminer : « La vaccination pra- « tiquée dans ces conditions n'a aucun inconvénient et peut incontestablement avoir « des avantages ; d'où il résulte qu'en temps d'épidémie, et *lorsqu'on n'a pas d'autre vac-* « *cin sous la main*, il ne faut pas dédaigner de s'en servir. Je n'hésite pas, du reste, « à reconnaître que ce vaccin ne donne pas une immunité aussi certaine que les « autres. »

Il ressort de cette discussion qu'en France et en Algérie, il peut se rencontrer telle circonstance où l'on soit amené à user de vaccin douteux, faute de s'en pouvoir procurer de bon, en temps voulu. Eh ! bien, il ne faut pas que le service soit exposé à subir semblable extrémité, et, en réalité, il semble difficile d'admettre qu'on ne puisse l'éviter ; au prix d'une dépêche télégraphique, il sera toujours facile de demander, à Paris ou même dans d'autres pays où la culture du vaccin animal est l'objet de l'industrie privée, et d'en recevoir, en moins de temps que ne demandent l'incubation et l'évolution de pustules chez des sujets humains, — six jours pour le moins, — tout le vaccin nécessaire. C'est à peine si le pis-aller pourrait s'appliquer aux possessions d'outre-mer.

Semblable situation a cessé d'exister en Belgique, depuis la création, à Bruxelles, par arrêté royal du 11 juillet 1868, de l'*Institut vaccinal de l'État*, en vue de la production et de la distribution du vaccin renouvelé, au moyen de l'inoculation du cowpox à des génisses. Cette institution, faite à notre suggestion et dont nous eûmes la direction, avait pour mission de répondre à toutes les demandes de vaccin qui lui étaient adressées, soit par l'autorité, soit par des particuliers, tant du pays que de l'étranger, et ne cessa jamais un instant de répondre à tous les besoins, quelque étendus qu'ils fussent. Fondé à titre d'essai, l'Institut vaccinal dit « de l'Etat » vécut quatorze années; il subit alors une transformation dans le sens d'une séparation absolue de l'intérêt public et de l'intérêt privé, que l'Etat, lors de la création et dans un but d'économie, avait cru devoir confondre. En 1882 (arrêté royal du 11 février), la bifurcation s'opéra; l'Etat établit, à ses frais, à l'Ecole de médecine vétérinaire, dans un local spécialement construit *ad hoc* et sous le titre d'*Office vaccinogène central*, un service public de production et de distribution du vaccin animal, tandis que l'institution première, sous celui d'*Institut vaccinal de Belgique*, continue, sous la même direction, à répondre au service privé, tant dans le pays qu'à l'étranger.

L'*Office vaccinogène central de l'Etat* fonctionne depuis le 10 juin 1882. Il a pour objet de procurer *gratuitement, en quantité illimitée et en tout temps*, du vaccin animal à toutes les administrations et à tous les médecins du pays. Les bourgmestres et les médecins jouissent de la franchise postale ; ils doivent, dans chaque demande, préciser la quantité de vaccin à fournir, ou mieux le nombre des personnes à vacciner. Le vaccin est livré et expédié par la poste, gratuitement.

Le service de l'*Office vaccinogène central*, dirigé par un des professeurs de l'Ecole de médecine vétérinaire de l'Etat, M. Degive, fonctionne à la satisfaction de tous. « Je ne « vaccine plus, a pu écrire récemment un des médecins les plus répandus des Flandres, « qu'avec le vaccin de l'Etat, auquel je reconnais ces trois qualités essentielles : facilité « de transport, bonne conservation et réussite parfaite. Cette année (1884), non seule- « ment je n'ai eu aucun insuccès, mais aucune piqûre n'a fait défaut. »

Cette institution peut donc, à bon droit, être citée comme modèle. Ce n'est pas dans les pays de son fonctionnement qu'il pourrait être encore question de faire usage, à titre de pis-aller, du **vaccin de revaccinė**.

***

Les communications faites, durant les premiers mois de cette année, à l'Académie de médecine de Belgique, et les discussions dont quelques-unes ont été suivies, n'ont pas été sans intérêt. Nous en résumons ci-après les principales.

1. **L'antipyrine dans le rhumatisme articulaire**, par le professeur Masius. (*Bull.* 1885, p. 25-27.) — L'auteur de cette communication fait connaître les résultats remarquables que l'emploi de l'antipyrine lui a donnés dans les maladies fébriles les plus diverses ; l'action, selon lui, en est sûre, rapide, puissante et persistante, et trouve à s'exercer efficacement toutes les fois que la température devient un danger, soit par son élévation, soit par sa durée.

Il en a constaté également l'efficacité dans le rhumatisme vrai, aigu et subaigu, et même dans plusieurs cas de rhumatisme articulaire non fébrile. « En moins de vingt- « quatre heures, dit-il, des doses de 3 à 5 grammes, — administrées par prises de « 2 grammes et de 1 gramme, dans l'intervalle de quelques heures, soit en poudre dans « des hosties, soit en solution dans un peu d'eau de menthe — produisent, indépen- « damment du retour de la température au degré physiologique et de la diminution de « la fréquence du pouls, une amélioration notable de toutes les manifestations articu- « laires. Quelquefois, l'amendement des phénomènes locaux précède l'abaissement de « la température. Pour prévenir les récidives, il est indispensable de continuer l'usage « de cette substance pendant une huitaine de jours après la disparition de tous les « phénomènes morbides. »

2. **L'anchylostome duodénal dans le bassin de Liége**, par le même, et le docteur X. Francotte. (*Id.* p. 27-49.) — *L'anchylostomum duodénale*, Dubini, est un ver

©BIU Santé

qu'on a découvert en Italie, en 1843, et qui a été retrouvé, depuis, en Egypte (Bilharz et Griesinger), en Islande (Eschricht), à Mayotte (Grenet, Monestier); il est long de 5 à 13 millimètres, la tête est arrondie, séparée du corps par un cou; l'extrémité postérieure du corps, chez le mâle, est dilatée en une cupule membraneuse soutenue par onze digitations, dont une médiane impaire plus grosse et bifurquée; c'est un appareil d'accouplement, du milieu duquel sort un pénis long, double, terminal; la femelle, un peu plus grande que le mâle, est, au contraire, atténuée en arrière; la vulve se trouve située un peu au delà du milieu du corps. Ce ver habite le duodénum de l'homme, on l'a rencontré également chez un gibbon. Il se trouve fixé sur de petites papilles ecchymotiques produites sans doute par la succion au moyen de son appareil buccal; sa fréquence paraîtrait jusqu'ici plus grande dans les pays chauds, mais il est possible que sa petitesse seulement l'ait dérobé à l'observation. On lui a attribué, dans ces derniers temps, les désordres observés dans la maladie connue sous le nom de « mal de cœur, cachexie africaine, opilacion, dirteatings ». (A. Luton. Art. Entozoaires, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, de Jaccoud.)

La communication de MM. Masius et Francotte a pour but de signaler l'existence, dans le bassin de Liège, de cet entozoaire qui, en dehors de l'Italie, n'avait guère été rencontré, jusque-là, qu'à Bonn (Menche), chez des mineurs de Saint-Etienne (Perroncito, 1882), chez les mineurs hongrois de Schemnitz et de Kremnitz (Schillinger et Toth), accompagné d'une forme particulière d'anémie s'accompagnant souvent de troubles digestifs, et connue depuis longtemps sous différents noms: *chlorose d'Egypte, hypoémie intertropicale, chlorose des tropiques*. Ces auteurs viennent d'en observer trois cas, dont deux au moins établissent que l'anchylostome existe aussi en Belgique, et en donnent les observations détaillées.

L'anchylostome produit l'anémie, non seulement par les pertes sanguines qu'il occasionne, mais encore par les troubles digestifs qui sont le fait de sa présence. Ces troubles digestifs consistent en inappétence ou faim canine, avec perversion de l'appétit, lenteur des digestions, vomissements, alternatives de constipation et de diarrhée. La plupart des malades accusent aussi des douleurs épigastriques ou des coliques abdominales; elles ont existé dans les deux premiers cas; le troisième malade n'a jamais rien ressenti.

Le mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1° L'anchylostome existe chez les houilleurs du bassin de Liège;

2° Il produit une anémie grave qui, dans un cas, a revêtu la forme leucémique;

3° La guérison de cette anémie peut être obtenue par l'extrait éthéré de fougère mâle (2, 5, 10, 20, 30 grammes dans une hostie).

Dans une seconde communication (*Bull.*, p. 180-194) sur ce même objet, MM. Masius et Fancotte relatent de nouvelles observations. Sur 37 houilleurs admis dans leur service, ils ont rencontré 7 fois, en plus ou moins grande abondance, des œufs d'anchylostome. Les histoires de ces malades seront publiées ultérieurement. Dans tous les cas où il a pu être appliqué d'une façon complète, le traitement par l'extrait éthéré de fougère mâle s'est montré efficace pour expulser le parasite, sans produire d'autres accidents que des vomissements.

3. **Sur deux cas d'extirpation de la vésicule biliaire pratiquée par le docteur Thiriar, à Bruxelles, et suivis de guérison.** Communication faite par le docteur Hyernaux (*Id.*, p. 49, 57 et 83). — Semblable opération avait été pratiquée, également avec succès, sur un martyr de la lithiase, le 4 septembre 1884, par Langenbusch, qui lui avait enlevé la vésicule avec les 90 calculs qu'elle renfermait, et à laquelle M. Thiriar avait assisté.

Dans le premier cas opéré par ce dernier chirurgien, l'opération faite, il est inutile de le dire, dans les conditions d'asepsie les plus rigoureuses et sous l'influence du chloroforme, dura un peu plus d'une heure et demie. Les suites en furent des plus simples et des plus heureuses; il n'y eut pas un seul vomissement, ni aucune douleur de ventre, ni un seul instant de fièvre. Dès le troisième jour, l'opérée (une dame de 44 ans, mère de trois enfants) restait assise dans son lit et digérait parfaitement

tout ce qui lui était accordé. Six jours après l'opération, elle se levait et, à la date où la communication était faite (31 janvier), c'est-à-dire le quinzième jour, était radicalement remise; ses selles étaient régulières et elle avait repris son régime ordinaire.

La seconde opération, pratiquée par le même chirurgien, le 1er février 1885, sur une femme de 25 ans, de constitution plantureuse, mariée et mère de quatre enfants, eut des suites non moins heureuses. Après incision des parois abdominales et du péritoine, sous un brouillard phéniqué, la vésicule est apparue en forme de poire régulière; elle était rosée, volumineuse et très tendue par de la bile. Ses quelques adhérences avec le duodénum et ses connexions avec le foie ont été détruites, puis le conduit cystique sectionné dans l'intervalle de deux ligatures, tout cela sans grand écoulement de sang. Enfin, après suture du péritoine d'abord et rapprochement des lèvres abdominales ensuite, le pansement listérien recouvrit la région opérée. L'opération n'avait été marquée par aucun incident particulier et était terminée en moins d'une heure. A son réveil, l'opérée se sentait bien; elle n'a pas eu de vomissement, et, le dixième jour, reprenait le chemin de son domicile. La vésicule amputée était gorgée de bile; elle renfermait de 12 à 15 calculs.

Ces observations ont donné lieu à une longue et intéressante discussion, portant principalement sur le chapitre des indications, et à laquelle ont pris part surtout MM. Deroubaix, Thiry, Hyernaux, Craninx, Hayoit et Gluge. (Voy. *Bull.* 1885, n° 2, p. 87; n° 3, p. 139; n° 4, p. 195; n° 5, p. 268; n° 6, p. 368; n° 7, p. 430.)

∴

Le scrutin définitif pour la constitution du bureau de l'Académie, pour l'année 1886, a donné le résultat ci-après (séance du 28 novembre) : Président, M. Warlomont; — 1er vice-président, M. Gille; — 2e vice-président, M. Gallez.

Dans la séance du 31 octobre, elle avait élu, comme membre honoraire étranger, M. P. Diday (de Lyon).

Dr Warlomont.

BIBLIOTHÈQUE

Recherches sur le développement embryonnaire de l'épithélium dans les voies aériennes, par M. le docteur Gustave Ed. Laguesse. — Paris, Davy, 1885. Brochure grand in-8°, de 107 pages.

Dans cette thèse, — dont la soutenance a été extrêmement remarquée, et qui figurera, sans aucun doute, parmi les thèses recompensées de cette année, — l'auteur démontre que :

1° Dans toute l'étendue des voies aériennes, chez le mouton, l'épithélium définitif est précédé par un épithélium cylindrique ou polyédrique stratifié, dont les éléments subissent plus ou moins la transformation muqueuse, à l'exception d'une couche génératrice profonde; ce phénomène a lieu dans la première partie de la vie intra-utérine. Il a été également constaté dans les fosses nasales du poulet, dans les fosses nasales et la trachée de l'homme; il est donc permis de supposer que le processus est analogue chez la plupart des oiseaux et des mammifères;

2° Au milieu de ce premier revêtement, l'épithélium cilié se développe, cellule par cellule, aux dépens de la couche génératrice, et se substitue peu à peu au précédent;

3° Les cellules caliciformes, existant sur les muqueuses respiratoires de l'adulte, paraissent n'être dues qu'à une légère modification du processus, d'après lequel se formait l'épithélium primitif;

4° L'épithélium pavimenteux stratifié existant en certains points du larynx, et notamment sur les cordes vocales, est dû à la persistance de l'épithélium polyédrique primitif, dont les éléments s'aplatissent et subissent des modifications de structure caractérisées par un commencement de transformation cornée. — Les cordes vocales supérieures de l'homme font exception : l'étroite bande d'épithélium pavimenteux qu'on

©BIU Santé

y retrouve est de formation secondaire et n'existe que chez l'adulte, par modification des couches supérieures de l'épithélium cilié ;

5° De la comparaison de l'épithélium des voies aériennes avec celui des voies digestives et avec l'épiderme, on peut tirer cette conclusion plus générale que, dans toutes les muqueuses dermo-papillaires céphalo-thoraciques, l'épithélium a pour caractères communs, chez l'embryon jeune, la stratification et une tendance à la transformation muqueuse. Les cellules à mucus évaluent différemment, suivant les fonctions de chaque organe : elles disparaissent pour faire place à un épithélium vibratile dans les fosses nasales et la trachée, ou subissent, à des degrés divers, la transformation cornée pour devenir l'épithélium buccal et œsophagien, l'épithélium laryngien et l'épiderme ; ces faits pourraient être rapprochés de ceux qui plaident en faveur d'une même origine ectodermique de ces muqueuses jusqu'au cardia.

On peut dire, en un mot, que l'épithélium cilié des muqueuses est de formation secondaire et précédé par un épithélium stratifié, polyédrique ou cylindrique.

Ces points avaient déjà été indiqués par MM. Georges Pouchet et Tourneux dans leur « Précis d'histologie ». C'est sur les conseils de M. le professeur Pouchet, que les recherches de M. Laguesse, ont été entreprises, et c'est dans son laboratoire, au Muséum, qu'elles ont été longuement et patiemment poursuivies. Aujourd'hui, la démonstration est faite, et le mode de développement de l'épithélium à cils vibratiles est un fait acquis, c'est quelque chose.

Ajoutons qu'au cours de ces recherches, l'auteur a étudié le bouchon épithélial des narines, qu'il a signalé la formation du sinus maxillaire aux dépens du bourgeonnement de l'épithélium de la pituitaire, ainsi que quelques-unes des modifications de la tache olfactive, et le premier développement des glandes.

Deux planches lithographiques, comprenant de nombreuses figures dessinées d'après nature, par M. Laguesse, servent à l'illustration du texte, et témoignent des aptitudes variées de l'auteur.

M. Gustave-Edouard Laguesse est le fils de M. le docteur Laguesse, président de l'Association des médecins de Dijon, et directeur du Jardin botanique de cette ville, pour lequel le corps médical et le monde savant professent l'estime la plus méritée.

M. L.

REVUE DES JOURNAUX

De la piscidia erythrina comme hypnotique, par Frihmüller. — Cet observateur a employé cet agent médicamenteux pour vaincre l'insomnie. Il l'administrait, sous forme d'extrait, à la dose quotidienne de 2 à 4 grains, ou de teinture, à celle de 75 à 200 gouttes. Quatre-vingt-treize malades furent soumis à son action et, pour la plupart, en éprouvèrent de bons résultats.

Il aurait l'avantage de ne pas produire la constipation comme l'opium et de ne modifier ni le pouls, ni la température, ni les sécrétions. Le sommeil survenait le plus souvent dans la demi-heure qui suivait l'ingestion du médicament, et durait toute la nuit. Au réveil, le malade n'éprouvait ni malaise, ni céphalalgie (*N.-Y. medical Journal*, 15 novembre 1884). — C. L. D.

De l'action de l'antipyrine dans la pneumonie croupale des enfants, par Argutinsky. — Ces essais thérapeutiques ont été entrepris sur des enfants de 4 à 8 ans, avec des doses de 50 centigrammes à 1 gramme qu'on répétait deux ou trois fois à une heure d'intervalle. La chute de température commençait après les premières doses, augmentait après les suivantes et variait de 2 à 3 degrés. Elle atteignait son maximum, six, douze ou dix-huit heures après l'administration de la première dose. Le pouls conservait sa régularité et sa force; mais sa fréquence était diminuée plusieurs heures seulement après le retour de la température à la normale. La respiration diminuait de fréquence et cette diminution était parallèle à la chute de la température.

Une transpiration abondante se montrait à ce moment. Les doses que l'auteur recommande sont les suivantes : 20 centigrammes trois fois par jour, à des intervalles de

trois heures, chez les enfants de 6 mois; 30 centigrammes deux fois chaque jour, à des intervalles de deux heures, chez ceux de 1 à 3 ans; trois doses de 40 centigrammes, aux mêmes intervalles, chez ceux de 4 à 5 ans; 50 à 60 centigrammes chez ceux de 6 à 8 ans. — Dans la pneumonie croupale, ce médicament agit donc comme un antipyrétique, dont l'action persiste assez longtemps (*Vratch*, 41 et 42, 1884, et *The L. med. Rec.*, 15 janvier 1885, p. 11. — C. L. D.

De l'action de l'hydro-quinine, par Rostoshinsky. — Ce médicament possède des propriétés antipyrétiques. Une faible dose fait descendre la température de 1 à 3 degrés, mais cet abaissement thermique est de courte durée et ne dépasse pas trois ou quatre heures.

Cette substance diminue la fréquence de la respiration et le nombre des pulsations cardiaques. A hautes doses, elle provoque une sudation abondante, suivie d'un paisible sommeil. Cependant, elle ne modifie pas la température, quand on l'administre à des individus dans l'état de santé (*Meditz obozr.*, 1884, n° 19, et *The L. med. Rec.*, 15 janv. 1885). — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Extraits analytiques des comptes rendus (*octobre-novembre 1885*).

Les pneumonies tuberculeuses, par M. Thaon. — On a dit que les pneumonies tuberculeuses étaient le résultat d'une inflammation indifférente, causée par le voisinage du tubercule. Il n'en est rien, puisque l'auteur a constaté non seulement que les foyers miliaires de pneumonie acineuse représentant des granulations microscopiques sont de nature tuberculeuse, mais que la nappe de pneumonie catarrhale qui les avoisine est de même nature, les bacilles y existent d'une façon très-nette au sein des alvéoles. — On a cru aussi que la caséification des produits tuberculeux dépend d'obstructions vasculaires par endartérite et périartérite. M. Thaon, qui a rendu des cobayes tuberculeux en pulvérisant dans l'air qu'ils respiraient de l'eau contenant des débris de crachats tuberculeux, a trouvé chez ces animaux, au bout de quinze jours, les poumons déjà parsemés de points caséifiés, avec exagération de la circulation pulmonaire et sans traces de lésions vasculaires. La caséification serait donc causée directement par l'action des bacilles sur les cellules épithéliales du poumon.

La greffe tendineuse a été étudiée par MM. Fargin et Assaky. La transplantion de trois centimètres de tendon, grâce à une antiseptie rigoureuse, réussit non seulement chez des animaux de même espèce, mais entre espèces différentes (chiens, moutons, lapins et oiseaux). Quelquefois on obtient, en unissant les surfaces de section par un fil de catgut, une restauration plus rapide d'un fragment tendineux réséqué, que si la réparation se fait naturellement, mais il vaut encore mieux recourir à la greffe tendineuse.

Névrites parenchymateuses de la fièvre typhoïde. — MM. Pitres et Vaillard ont trouvé dans les nerfs périphériques les diverses altérations de la névrite : myéline fragmentée, noyaux inter-annulaires en voie de prolifération, fibres nerveuses plus ou moins complètement atrophiées. Ces observateurs ne peuvent indiquer le degré de fréquence des névrites périphériques chez les typhoïsants; celles-ci peuvent, en tout cas, expliquer certains troubles de la sensibilité, de la motilité, certaines lésions trophiques que la clinique connaît depuis longtemps ; si elles sont légères et fugaces, elles demeurent latentes; profondes et étendues, elles donnent la clef de certaines paralysies consécutives à la fièvre typhoïde, qu'on a souvent considérées comme causées par des lésions du système nerveux central.

Arthropathies tabétiques de la colonne vertébrale. — Une pièce anatomique, présentée par MM. Pitres et Vaillard, montre que les troubles trophiques décrits par M. Charcot dans d'autres régions du squelette peuvent exciter aussi dans les articu-

©BIU Santé

lations du rachis et les vertèbres. Le sujet de cette observation avait eu les premiers signes d'incoordination motrice en 1881; en 1883, il lui sembla que ses hanches étaient disloquées et la marche devint presque impossible, sans qu'il y eût de douleurs. La colonne vertébrale s'incurva dans la région dorso-lombaire, en présentant une convexité postéro-latérale gauche, et la taille diminua graduellement de 23 centimètres. La première vertèbre lombaire était détruite presque en entier et affaissée du côté droit, la deuxième était le siège d'ostéophytes nombreux; le bassin et le fémur présentaient aussi des lésions analogues.

L'action physiologique de la spartéine (alcaloïde du genêt) sur le cœur, a été expérimentée par M. Laborde qui, par des tracés sphygmographiques, montre que, chez la grenouille, les battements du cœur sont accélérés et deviennent plus énergiques.

L'emploi de la **vaseline pour des usages alimentaires** a été considéré comme capable de déterminer des accidents; certains industriels ont essayé de la substituer au beurre et à la graisse dans la pâtisserie. M. Dubois en a fait ingérer à des chiens des doses de 15 et 25 grammes par jour, pendant dix jours, quantité qui représente 60 et 100 grammes par jour pour un homme de poids moyen; les chiens n'ont présenté ni troubles nutritifs ni symptômes d'intoxication.

M. Galezowski a employé le **bromhydrate de pelletiérine dans les paralysies des muscles de l'œil** et lui attribue certains succès.

MM. Laborde et Quinquaud ont fait des **injections intra-veineuses d'eau oxygénée** sans déterminer ni la mort ni les accidents que MM. Bert et Regnard avaient annoncé comme fréquents dans une communication antérieure. D'ailleurs, ces derniers expérimentateurs sont moins affirmatifs aujourd'hui sur le danger de ces injections.

M. Brown-Séquard a signalé deux cas où l'usage du **café** a paru produire le **prurit vulvaire ou anal**, puisqu'il a suffi aux personnes d'y renoncer pour voir cesser l'état prurigineux.

Le professeur du Collège de France a communiqué de nouveaux faits qui montrent que l'irritation galvanique de la base de l'encéphale peut produire des influences **dynamogéniques** ou **inhibitoires sur la moelle** (suspension des fonctions respiratoire, cardiaque ou motrice ou, au contraire, contracture du diaphragme et des muscles costaux, augmentation d'énergie des battements du cœur), symptômes qui peuvent se rencontrer en cas de lésions médullaires, surtout quand elles atteignent la région cervicale.

Il a poursuivi aussi d'intéressantes recherches sur la **rigidité cadavérique**; il a vu des mouvements alternatifs d'allongement et de raccourcissement dans des muscles absolument rigides; cette constatation ne permet pas d'admettre l'ancienne hypothèse qui attribuait leur rigidité à la coagulation de la myosine.

Les bruits extra-cardiaques d'origine gastrique sont moins bien connus que ceux qui se passent dans la plèvre et le poumon. M. Fr. Franck en a présenté un cas dans lequel une sorte de gargouillement, coïncidant avec la systole, s'entendait au maximum à la pointe du cœur, mais était perceptible aussi à distance. Une exploration attentive par la percussion, la palpation et l'auscultation permit d'éliminer la plèvre et le poumon comme agents de production de ce bruit, ainsi que le cœur lui-même. L'évacuation du contenu de l'estomac, liquide muqueux et gaz, fit disparaître presque complètement ce bruit et en modifia le caractère. Aux bruits extra-cardiaques d'origine gastrique sur lesquels a paru en 1879 un travail de Korezynski (de Vienne) est applicable l'explication fournie par M. Potain pour les autres bruits extra-cardiaques. Ce n'est pas le choc du cœur qui les produit, mais au contraire le mouvement de retrait de celui-ci.

La maladie pyocyanique. — On sait que le *pus bleu* est caractérisé par deux choses; d'une part, un corps ayant des caractères chimiques particuliers, la *pyocyanine;* d'autre part, un *microbe* qui fabrique cette substance, et qui est décélé par elle dans tous les bouillons de culture. Le bleu peut être fixé sur le chloroforme, puis, en présence de

l'eau acidulée, le chloroforme se décolore et l'eau prend une teinte rosée ; cette réaction permet de reconnaître partout l'agent pyocyanigène. Or, M. Charrin, qui avait déjà fait sur le microbe de la pyocyanine une communication très remarquée, au mois de juin dernier, a poursuivi depuis lors ses recherches sur le même sujet, et il apporte aujourd'hui des faits qui contribueront sans doute à élucider la question si discutée du mode d'action des microbes, question importante à connaître pour le pathologiste.

Quand on inocule par voie vasculaire des lapins à l'aide de quelques gouttes de cultures contenant de la pyocyanine, on détermine une maladie dont la durée varie en moyenne de deux ou trois jours à quinze ou vingt jours. Il semble qu'il existe une forme aiguë rare et une forme en quelque sorte chronique plus fréquente. Cette durée est sous la dépendance de la dose inoculée ; mais il existe aussi des variations de durée qui doivent dépendre et de l'animal et de la virulence de la culture, sans qu'on puisse incriminer les quantités injectées. Telle cinquième culture, par exemple, est plus virulente que la première d'une autre série.

Plusieurs symptômes caractérisent la maladie ainsi déterminée. Le plus important est l'albuminurie, albuminurie qui peut devenir très intense. Elle apparaît promptement, trois heures cinquante après l'inoculation. A ce moment, l'urine ensemencée ne donne pas de pyocyanine. Au bout de douze heures, l'albuminurie est plus considérable, l'urine ensemencée donne de la pyocyanine. Le microbe avant de franchir le rein détermine donc déjà l'apparition de l'albumine, mécaniquement par modification de la pression ou de la vitesse du sang, traumatiquement en agissant sur les épithéliums qu'il franchit, ou encore chimiquement.

La diarrhée est fréquente. Les matières fécales placées dans un ballon stérilisé y font apparaître la pyocyanine, démonstration sûre de la possibilité de la transmission de certaines maladies par les selles. — Il faut signaler encore, à titre de phénomènes plus rares, la rétention d'urine, des parésies, des ophthalmies ; dans ces cas, des fragments de moelle, des gouttes d'humeur aqueuse ensemencées dans des bouillons ont donné naissance à la pyocyanine.

Sur dix ensemencements de sang, la moitié environ reste stérile. Au point de vue de l'habitat, le micrococcus pyocyaneus tient donc le milieu entre certains microbes, qui, comme la bactéridie charbonneuse, abondent dans le sang à la période terminale, au moins chez certains animaux comme le cobaye, et ceux, qui, comme le bacille de Koch, sont presque toujours absents de la circulation générale. Il y a, à ce point de vue, des catégories à créer dans les maladies infectieuses, les hémosepsies d'une part, les histosepsies de l'autre, et entre les deux un troisième groupe.

On peut également observer la transmission de la maladie au fœtus, chose facile à démontrer en ensemençant des bouillons avec des fragments de foie de fœtus, fragments qui font apparaître la pyocyanine dans ces bouillons.

Ayant d'un côté un microbe et son produit, la pyocyanine, substance chimique définie, cristallisable, ayant d'autre part constaté que ce microbe pouvait être la cause d'une maladie à type à peu près constant, M. Charrin s'est demandé si on pouvait, vu ces conditions favorables, aller plus loin et chercher à savoir, d'après les théories en faveur, comment le microbe faisait la maladie, s'il se servait pour cela de la substance qui est sa fonction.

M. Charrin a filtré au filtre Chamberland des cultures riches en pyocyanine. Il s'est assuré par la culture que le liquide filtré ne renfermait plus de micrococcus pyocyaneus et a injecté dans les veines des lapins le liquide ainsi filtré qui avait gardé sa coloration. Il a vu que, pour donner aux animaux des accidents tels que diarrhée, agitation, il fallait de grandes quantités de culture (60 à 80 c. c. par kilog.). Il a injecté aussi, sans grand résultat, de la pyocyanine cristallisée. Il n'avait pu, il est vrai, extraire des cultures que 1 milligr. 1/2 à l'état de cristaux.

D'un autre côté, chez les lapins morts, M. Charrin n'a pas trouvé de pyocyanine ou, parfois, des traces infimes en l'extrayant du foie, des reins, des poumons, des muscles, de la rate (extractions par le chloroforme, l'alcool ammoniacal, l'eau acidulée). La pyocyanine faisant défaut ou à peu près là où, pour agir, il en faudrait des quantités colossales, vu son peu de toxicité, M. Charrin a pensé que, pour comprendre l'affection,

©BIU Santé

il fallait en grande partie revenir aux lésions anatomo-pathologiques intenses (néphrite, entérite, etc.), créées par le microbe, mettant les lapins dans la situation des brightiques, chez lesquels ce qui agit ce ne sont pas des toxiques anormaux, mais des toxiques normalement élaborés par la nutrition (matières extractives, etc.) ou normalement présents dans le corps (matières colorantes ou minérales), et non éliminés.

M. Charrin a fait là des expériences de nature à montrer une fois de plus qu'il ne faut s'avancer qu'avec des faits dans la voie des théories. Il déclare se garder d'ailleurs de tirer une conclusion générale et d'appliquer à toutes les maladies infectieuses le mécanisme qu'il croit être celui de la maladie pyocyanique, car ce serait, dit-il sagement, méconnaître la grande diversité des propriétés et des catégories en bactériologie, et il faut éviter avant tout de couler dans un même moule toutes les maladies infectieuses.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LE PSORIASIS SYPHILITIQUE. — Mauriac.

Huile de cade	2	grammes.
Onguent napolitain	2	—
Vaseline	30	—

F. s. a. une pommade recommandée contre le psoriasis syphilitique de la paume des mains et de la plante des pieds. — N. G.

COURRIER

Dans une de ses dernières séances, sur le rapport de M. le docteur Desprès, le Conseil municipal de Paris a adopté, dans les termes suivants, une proposition de M. Deschamps :

« Le Conseil,

Considérant que les médecins et sages-femmes des bureaux de bienfaisance sont, dans de nombreux cas, obligés d'envoyer d'urgence (avant ou après l'accouchement) leurs malades à l'hôpital,

Invite l'administration à adresser à tous les directeurs des hôpitaux, *pourvus d'une maternité*, une note leur enjoignant d'accepter d'urgence les malades envoyés à l'hôpital par les médecins ou sages-femmes des bureaux de bienfaisance. »

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur A. Farine, médecin principal de première classe, directeur de l'hôpital militaire de Besançon, décédé ces jours derniers, dans cette ville, à l'âge de cinquante-cinq ans.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans sa séance du 12 décembre, la Société de médecine de Paris, sur le rapport de M. Le Blond, a décerné le Prix Duparcque pour 1885 à M. Dalché, interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire intitulé : *De l'ovarite*. Ce prix était de la valeur de 1,200 francs.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — La Société d'anthropologie de Paris a, dans sa dernière séance, renouvelé ainsi qu'il suit son bureau pour l'année 1886 :

Président, M. le docteur Letourneau; vice-présidents, MM. les docteurs Magitot et Pozzi; secrétaire général, M. le docteur Topinard; secrétaire général adjoint, M. Girard de Rialle; secrétaires annuels, MM. les docteurs Bervé et Manouvrier; archiviste, M. le docteur Dally; conservateur des collections, M. Chudzinski; trésorier, M. le docteur de Ranse; membres de la commission de publication, MM. les docteurs Dureau, Lagneau et Mathias-Duval.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. L.-H. Petit : De l'érysipèle dans les hôpitaux de Londres. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Thérapeutique. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

De l'érysipèle dans les hôpitaux de Londres.

Parmi les faits qui ont été mis en lumière dans la récente discussion soulevée à l'Académie de médecine par la communication de M. Verneuil sur l'érysipèle et la méthode antiseptique, la diminution du nombre et de la gravité des érysipèles dans les hôpitaux de Paris, depuis l'adoption de la méthode antiseptique dans les services de chirurgie, est incontestable.

Néanmoins, cette diminution n'est pas allée jusqu'à la disparition; il y a encore un assez grand nombre de sujets frappés, et quelques-uns meurent encore.

Sachant, d'après le rapport qui nous en a été fait par plusieurs chirurgiens de Paris, et en particulier M. le docteur Kirmisson, qui vient de publier, dans la *Revue de chirurgie,* le récit de ses visites dans les hôpitaux de Londres, combien l'antisepsie, ou tout au moins la propreté, est pratiquée avec soin dans ces hôpitaux, nous avons voulu voir si l'érysipèle s'y montrait encore. Cette recherche était facile, car les *Hospital's Reports* de Londres contiennent des statistiques très précieuses à ce point de vue. Mais, n'ayant sous la main que ceux de Saint-Thomas et de Saint-Barthélemy, nous ne pouvons utiliser que les renseignements fournis par ces derniers.

Nous avons examiné, comme on l'a fait dans la discussion de l'Académie, une période de trois années, 1881-82-83, c'est-à-dire les trois derniers volumes que nous avions à notre disposition. Nous aurions pu, à la vérité, commencer quelques années plus tôt, mais les résultats eussent été les mêmes.

Saint-Thomas. — Le nombre des lits de chirurgie est de 241. En 1881, il y eut 2,329 malades, 1,464 hommes et 865 femmes, traités dans ce service; la mortalité totale fut de 163, dont 114 hommes et 49 femmes.

Les érysipèles furent au nombre de 104, dont 35 nés à l'hôpital et 69 admis comme tels. En voici le tableau :

		Hommes	Femmes	Guéris	Morts
Admis.....	69	52	17	63	6
Nés à l'hôpital...	35	21	14	29	6

En 1882, il y eut une diminution assez marquée : 80 érysipèles, dont 10 mortels.

		Hommes	Femmes	Guéris	Morts
Admis.....	41	29	12	39	2
Nés à l'hôpital..	39	27	12	31	8

2,428 malades, dont 1,480 hommes et 948 femmes, avaient été traités, avec une mortalité totale de 168, dont 107 hommes et 61 femmes.

En 1883, au contraire, nous trouvons une recrudescence très marquée coïncidant avec une augmentation du nombre des malades, mais non de la mortalité totale.

		Hommes	Femmes	Guéris	Morts
Admis.....	62	37	25	54	8
Nés à l'hôpital..	72	37	35	56	16

©BIU Santé

Le nombre des entrées avait été de 2,555, dont 1,530 hommes et 1,025 femmes, et la mortalité totale de 177, dont 115 hommes et 62 femmes.

A l'*hôpital Saint-Barthélemy*, le nombre des lits de chirurgie n'est pas indiqué, mais paraît être plus élevé qu'à Saint-Thomas. En effet, celui des malades entrés en 1881 est de 3,928, dont 2,496 hommes, avec une mortalité de 137, et 1,432 femmes, avec une mortalité de 53. Il y eut, dans l'année, 101 érysipèles (dont 25 phlegmoneux) avec 9 morts. Voici comment ils peuvent se répartir :

		Hommes	Femmes	Morts
Admis.....	64	42	22	3
Nés à l'hôpital...	18	14	4	5
Après opération..	29	9	10	1

En 1882, même diminution qu'à l'hôpital Saint-Thomas dans le nombre, qui tomba à 87, mais non dans la gravité, puisqu'il eut 10 morts et 40 érysipèles phlegmoneux.

		Hommes	Femmes	Morts
Admis.....	27	17	10	1
Nés à l'hôpital...	38	16	22	4
Après opération..	22	14	8	5

Le nombre des malades traités avait d'ailleurs été de 4,104, dont 2,601 hommes, avec 141 morts, et 1,503 femmes, avec 71 morts.

En 1888, même recrudescence qu'à Saint-Thomas, car le nombre total fut de 133 (dont 44 phlegmoneux), avec une mortalité de 11.

		Hommes	Femmes	Morts
Admis.....	81	45	35	5
Nés à l'hôpital....	18	14	4	1
Après opération..	34	18	16	5

Le nombre total des cas traités fut aussi plus grand, 4,241, dont 2,605 hommes, avec 134 morts et 1,540 femmes, dont 96 décès. C'est-à-dire que, comme à Saint-Thomas, le nombre des malades entrés et des érysipèles avait augmenté, mais non celui des décès.

Ces variations parallèles de l'érysipèle dans deux hôpitaux de Londres absolument différents, sont dignes d'être notées : Saint-Barthélemy, vieil édifice dont le renouvellement date de 1652, mais auquel, à la vérité, on a joint de nouveaux pavillons, se trouve dans un quartier très populeux; Saint-Thomas, au contraire, merveille de construction architecturale moderne, dans un quartier relativement désert, et aussi largement aéré que l'autre l'est peu; tous deux sont probablement devenus aussi aseptiques que possible, et néanmoins l'érysipèle y règne encore, et subit les mêmes vicissitudes dans l'un que dans l'autre, ainsi que le démontre ce court tableau :

Saint-Thomas	Entrées	Erysipèles	Mort
1881.....	2,329	104	12
1882.....	2,428	80	10
1883.....	2,555	134	24
Total....	7,312	318	46
Saint-Barthélemy	Entrées	Erysipèles	Mort
1881.....	3,928	101	9
1882.....	4,104	87	10
1883.....	4,241	133	11
Total....	12,273	321	30

Mais, ce qui ne manquera pas de provoquer un certain étonnement, c'est de voir que dans le nouvel hôpital, celui qui paraît réunir les meilleures conditions hygiéniques, le nombre et la gravité des érysipèles sont de beaucoup, presque de moitié, plus grands que dans l'autre. Il existerait donc, dans cet hôpital, des conditions fâcheuses que nous ne pouvons apprécier, mais qui nous ont paru mériter d'être signalées.

Ainsi, il y a, en trois ans, à Saint-Barthélemy, un nombre presque double de malades soignés. 12,273 7,312
le nombre des érysipèles est presque le même. 321 318
et la mortalité est de 1/3 plus grande à Saint-Thomas.. . 30 46

Ces différences paraissent encore bien plus extraordinaires, si l'on tient compte de ce fait, qui nous a été affirmé par un des chirurgiens de Paris qui ont visité récemment les hôpitaux de Londres, que l'antisepsie laisse fort à désirer à Saint-Barthélemy. Il n'en saurait être de même à Saint-Thomas, où exerce sir William Mac Cormac, auteur d'un ouvrage très estimé sur la chirurgie antiseptique.

Cependant, la statistiqne de cet hôpital nous fait assister au curieux, mais triste spectacle, du développement progressif de l'érysipèle dans un hôpital nouveau. Dans les quatre premières années, les cas sont en petit nombre et sans gravité bien grande ; dès la cinquième, ils deviennent plus nombreux et plus graves, et, dans la septième année, nous trouvons, tant en médecine qu'en chirurgie, 99 cas, dont 13 morts, et, dans la huitième, 130 cas, dont 14 morts. Il y avait alors plus d'érysipèles qu'à Saint-Barthélemy, qui, très éprouvé de 1860 à 1865, commençait à s'assainir un peu.

	Saint-Barthélemy.		*Saint-Thomas.*		*Saint-Georges.*	
	cas	morts	cas	morts	cas	morts
1860.....	115	6				
1861.....	111	9				
1862.....	121	7				
1863.....	213	11				
1864.....	181	8				
1865.....	131	10			64	4
1866.....	89	3	22	3	54	2
1867.....	94	11	6	0	75	12
1868.....	(?)	(?)	19	3	72	8
1869.....	71	4	18	1	39	5
1870.....	116	20	24	6	40	0
1871.....	83	12	(?)	(?)	34	1
1872.....	77	11	99	13	36	3
1873.....	77	25	130	14	37	6
1874.....	134	15	112	(?)	35	6
1875.....	108	8	85	(?)	61	12
1876.....	80	6	70	8	68	5
1877.....	(?)	(?)	87	13	53	1
1878.....	(?)	(?)	49	6	66	4
1879.....	49	4	78	1	86	4
1880.....	88	5	102	7		

L'hôpital Saint-Georges, qui a été réorganisé vers l'époque de l'édification de Saint-Thomas, et dont nous possédons les comptes rendus depuis 1865 jusqu'à 1879, a toujours renfermé un assez grand nombre d'érysipélateux, et, dès les premières années, l'endémie y était même assez grave, d'après les chiffres.

©BIU Santé

Ceux-ci nous montrent encore, dans le tableau suivant, un fait assez paradoxal, à savoir que la mortalité est plus grande pour les érysipèles de la médecine que pour ceux de la chirurgie, ce qui a eu lieu assez souvent aussi dans les deux autres hôpitaux. Ce fait vient donc à l'appui de ceux qui pensent qu'il n'y a pas une différence bien tranchée entre les variétés médicale et chirurgicale de l'érysipèle.

Ces chiffres nous font voir, en outre, qu'il n'y a aucune corrélation entre les variations du nombre des érysipèles dans les salles de médecine et de chirurgie.

ANNÉES	SAINT-BARTHÉLEMY				SAINT-THOMAS				SAINT-GEORGES (1)			
	MÉDECINE		CHIRURGIE		MÉDECINE		CHIRURGIE		MÉDECINE		CHIRURGIE	
	Cas	Morts	Cas	Morts	Cas	Morts	Cas	Morts	Cas	Morts	Cas	Morts
1865.....	28	1	103	9	.....	....	.....	....	23	1	41	3
1866.....	18	2	71	1	8	3	14	0	11	1	43	1
1867.....	29	2	65	9	(?)	(?)	6	0	24	5	51	7
1868.....	.....	....	.....	....	1	1 (2)	18	2	38	2	34	6
1869.....	18	2	53	2	2	0	16	1	12	2	27	3
1870.....	51	6	65	14	2	0	22	6	19	0	21	0
1871.....	34	1	49	11	(?)	(?)	(?)	(?)	16	1	18	0
1872.....	38	8	39	8	17	1	82	11	31	3	5	0
1873.....	29	4	48	21	19	1	111	13	20	4	17	2
1874.....	47	2	87	13	37	4	75	(?)	12	3	23	3
1875.....	29	2	79	6	45	1	40	(?)	19	6	42	6
1876.....	24	1	56	5	24	2	46	6	35	2	33	3
1877.....	.....	....	.....	....	19	0	68	13	15	0	38	1
1878.....	.....	....	.....	....	17	2	32	4	18	2	48	2
1879.....	22	4	28	0	41	4	37	(?)	12	1	74	3
1880.....	47	5	41	0	57	6	45	1	»	»	»	»

Nous ferons remarquer encore la différence de gravité qui existe entre les érysipèles entrés à l'hôpital et ceux qui sont nés après l'entrée. — Ainsi nous relevons pour Saint-Thomas, dans la période triennale que nous analysons :

Entrés.....	172	morts.....	16
Nés à l'hôpital.....	146	—	30

A Saint-Barthélemy :

Entrés.....	172	—	9
Nés à l'hôpital.....	149	—	21

Et cette différence existe, ainsi que nous avons pu nous en assurer, dans les tableaux des années précédentes ; nous ne les rapporterons pas ici pour ne pas allonger outre mesure cette liste déjà si étendue de chiffres. On se rappelle qu'elle avait d'ailleurs attiré l'attention dans la récente discussion à l'Académie de médecine, et provoqué des explications très satisfaisantes de la part de MM. Cornil et Verneuil.

Donc, malgré les progrès de l'hygiène, la grande propreté et l'emploi plus ou moins minutieux de la méthode antiseptique, les érysipèles sont

(1) Dans les 10 années précédentes, il y eut, à l'hôpital Saint-Georges, 225 érysipèles dans les salles de médecine, avec une mortalité de 14,2 p. 100. Le nombre total des malades est d'environ 3,800 par année.

(2) Homme de 28 ans ; affection rénale depuis douze mois ; érysipèle du dos, étendu aux membres inférieurs ; mort. A l'autopsie, lésions profondes du foie et des reins.

encore nombreux dans les hôpitaux de Londres, je dirais même qu'ils y sont plus nombreux que dans les hôpitaux de Paris.

Je ne voudrais cependant pas que nos lecteurs fussent tentés de conclure de cette comparaison — qui n'est pas raison — que, puisque les érysipèles sont moins à craindre à Paris qu'à Londres, ce n'est pas la peine de tant réformer chez nous, si les réformes exécutées par nos voisins n'ont pas été plus efficaces.

Un journal de Londres, rendant compte du travail de M. Kirmisson, constatait avec grand plaisir le jugement si favorable porté par notre ami sur les hôpitaux qu'il avait visités ; mais il regrettait néanmoins qu'il y eût encore des lacunes (et peut-être en parlant ainsi songeait-il aux hôpitaux Saint-Thomas et Saint-Barthélemy), et suppliait ses compatriotes de ne pas les oublier, mais de redoubler d'efforts afin d'arriver le plus près possible de la perfection. A plus forte raison, devons-nous prêcher la persévérance à ceux qui chez nous pensent que le salut de nos malades, blessés et opérés, dépend des réformes jugées nécessaires dans nos hôpitaux.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue cette persistance de l'érysipèle et de sa gravité, malgré les précautions antiseptiques. Maintes fois, et depuis longtemps déjà, M. Verneuil a soutenu, avec observations à l'appui, que la naissance et la gravité de cette terrible complication traumatique avaient pour cause principale l'altération antérieure de la constitution ou des viscères des patients.

Nous trouvons déjà un certain nombre de faits à l'appui de cette opinion dans la thèse de M. G. Monnier (1), rédigée d'après des documents extraits des comptes rendus des hôpitaux de Londres.

Parmi les complications traumatiques, dont sont morts les opérés et les blessés, il y eut 13 érysipèles.

1° (*Saint-Thomas*, 1871). — Fracture simple du tibia et du péroné à la partie moyenne ; érysipèle et paralysie partielle. Mort. — *Autopsie :* moelle pulpeuse et cancer de la substance grise peu marquées ; foie gras ; cal fibreux au tibia, osseux au péroné (p. 14 de la thèse).

2° Fracture compliquée de jambe. Résection des fragments ; érysipèle. Mort. — *Autopsie :* foie et reins hypertrophiés et gras, peut-être cireux, poumons œdémateux, rate cireuse, nécrose du tibia (p. 15, n° 3).

3° Hernie crurale étranglée. Kélotomie sans ouverture du sac ; érysipèle. Mort. Emphysème et œdème des poumons ; calculs dans la vésicule biliaire (*id.*, n° 9).

4° (*Saint-Thomas*, 1873, p. 336). — Femme de 38 ans ; plaie de la cuisse ; érysipèle deux jours après l'entrée à l'hôpital ; puis tétanos. Mort au troisième jour. Foie mou et gras (*id.*, p. 36, n° 3).

5° (*Saint-Thomas*, 1874, p. 436). — Femme de 43 ans, très obèse. Ablation de lipome du dos. Erysipèle au troisième jour. Mort au onzième (*id.*, p. 59, n° 1).

6° (*Saint-Thomas*, 1875). — Plaie du cuir chevelu ; érysipèle au troisième jour. Mort. Reins granuleux (*id.*, p. 27, n° 4).

7° (*Saint-Thomas*, 1877). — Femme de 51 ans ; arthrite chronique de la hanche, avec luxation et abcès de voisinage ; résection. Erysipèle au troisième jour. Mort. Péritonite chronique ; abcès iliaque ; rate, foie et reins gras (*id.*, p. 15, n° 18).

8° Femme de 41 ans ; quatorze jours avant l'entrée à l'hôpital, plaie du pouce, nécrose de la phalange unguéale ; érysipèle phlegmoneux et gangréneux de l'avant-bras et du bras. Alcoolisme chronique. Pas d'autopsie (*id.*, p. 57, n° 1).

9° Femme de 59 ans ; cancer du sein ; ablation. Au cinquième jour, érysipèle. Mort

(1) G. Monnier, *Influence des états constitutionnels et des altérations viscérales sur le traumatisme*. Th. de doct. Paris, 1885, n° 102.

©BIU Santé

le dixième jour. Broncho-pneumonie ; noyaux cancéreux dans le foie ; reins granuleux (*id.*, n° 19).

10° (*Saint-Georges*, 1866, p. 317). — Amputation de jambe pour carie du tarse ; érysipèle suivie d'abcès pyohémique du cou et de pyohémie générale. — *Autopsie* : signes de la phthisie au début (*id.*, p. 49, n° 17).

11° (*Saint-Georges*, 1876). — Homme de 41 ans ; anévrysme de l'artère axillaire ; ligature de la sous-clavière ; l'opéré va bien jusqu'au vingtième jour ; érysipèle. Mort dix jours après. — *Autopsie :* anévrysme en voie de guérison ; poumons congestionnés et œdémateux ; aorte athéromateuse ; reins granuleux (p. 21, n° 64).

12° (*Guy's Hosp.*, 1873, p. 454). — Résection du fémur pour nécrose ; érysipèle. Pyohémie. Mort. Mal de Brigt (*id.*, p. 29, n° 27).

13° (*Guy's Hosp.*, p. 6). — Homme de 70 ans ; épithélioma de la lèvre inférieure ; ablation. Suture. Réunion par première intention ; délire ; érysipèle parti de la lèvre. Mort au onzième jour. Dilatation bronchique générale. Rein granuleux. Plaie presque cicatrisée. Ganglions du voisinage sensiblement altérés (*id.*, p. 31, n° 49).

Presque tous ces faits viennent donc à l'appui des opinions soutenues par M. Verneuil.

Voyons maintenant ce que les statistiques des hôpitaux Saint-Thomas et Saint-Barthélemy nous apprennent à cet égard, dans les trois dernières années :

Aucun détail sur les malades entrés avec un érysipèle, en 1881, à Saint-Thomas.

Parmi les 35 cas développés dans les salles, il y eut 6 morts.

1° (Obs. I, p. 594). — N'est pas mort de l'érysipèle, mais, six mois après, de récidive de cancer.

2° (Obs. III, p. 395). — Érysipèle né d'incisions faites à un abcès provoqué par un sarcome du cou. Durée, quatre jours. Mort d'extension du néoplasme et de sphacèle.

3° (Obs. IX). — Résection de la hanche ; érysipèle au cinquième jour ; deuxième érysipèle trois mois après. Mort au dixième jour. Dégénérescence amyloïde des viscères.

4° (Obs. XVI). — Nécrose du calcanéum, fistule, rougeur autour. Le lendemain de l'entrée, exploration avec le stylet ; érysipèle le lendemain. Mort douze jours après. Pas d'autopsie.

5° (Obs. XXVI). — Luxation sous-coracoïdienne de l'épaule avec légère déchirure de la peau ; œdème du bras ; érysipèle au sixième jour. Mort au quarante-neuvième. Reins contractés, granuleux.

6° (Obs. XXVIII). — Brûlures étendues ; érysipèle au cinquième jour. Mort au quatorzième. Pas d'autopsie.

En 1882, même remarque pour les cas entrés. Parmi les 39 cas nés à l'hôpital, il y eut 8 morts. Une seule autopsie.

Obs. XXVII (p. 337). — Femme de 73 ans ; kélotomie trente-deux jours après ; érysipèle parti de la vulve, et non de la plaie. Mort au quatrième jour. Reins contractés, granuleux.

En 1883, les renseignements sont un peu plus satisfaisants. Il y eut 72 érysipèles nés à l'hôpital, et 16 morts.

1° (Obs. II, p. 508). — Ablation d'un cancer du sein ; érysipèle au cinquième jour. Mort deux jours après ; généralisation cancéreuse.

2° (Obs. IV). — Pas d'autopsie.

3° (Obs. VII). — Mêmes particularités ; en outre, pyélite.

4° (Obs. VIII). — Pyohémie. Pas d'autopsie.

5° (Obs. IX). — Sarcome du maxillaire inférieur. Ablation. Hémorrhagie secondaire, au treizième jour, par la carotide externe ; cautère actuel. Érysipèle le lendemain. Pas d'autopsie.

6° (Obs. XXI). — Pas d'autopsie.

7° (Obs. XXXIII). — Carie des cellules mastoïdiennes. Diabète. Incision. Érysipèle au septième jour. Mort au neuvième.

8° (Obs. XXIV). — Pas d'autopsie.

9° (Obs. XLI). — Coxalgie suppurée chronique. Incision d'abcès. Érysipèle au quatrième jour. Mort au septième. Pleurésie droite.

10° (Obs. XLVI). — Fistule partant du pubis. Deuxième attaque du membre inférieur. Mort au cinquième jour. Arthrite suppurée du genou. Pas d'autopsie.

11° (Obs. LI). — Moignon conique; réamputation. Érysipèle au treizième jour. Mort au quarante-troisième. Ostéo-myélite; dysenterie chronique; néphrite tuberculeuse.

12° (Obs LVII). — Pyohémie.

13° (Obs. LVIII). — Plaie du cuir chevelu et fracture du radius. Érysipèle au cinquième jour. Mort au vingt-quatrième. Alcoolisme. Albuminurie.

14° (Obs. LIX). — Plaie de l'oreille et fracture de côtes. Érysipèle au septième jour. Mort au deuxième jour. Reins granuleux (75 ans).

15° (Obs. LXI). — Plaie contuse de l'aine. Érysipèle au cinquième jour. Mort au dix-neuvième. Dysenterie ancienne.

16° (Obs. LXIII). — Plaie contuse du périnée ; fracture de clavicule. Érysipèle au cinquième jour. Mort au treizième. Pleuro-péricardite à droite.

En résumé, sur 30 cas de mort, on fit 10 fois l'autopsie, et on trouva 8 fois des lésions viscérales anciennes et 2 fois des lésions récentes (pleurésie, pleuro-péricardite); 2 fois, on signale une altération grave de la constitution, sans autopsie, mais suffisante pour expliquer la mort (diabète, albuminurie et alcoolisme) et 2 fois le pronostic était aggravé par un érysipèle antérieur. Et si, de ces 30 cas, nous retirons ceux dans lesquels la mort ne peut être attribuée à l'érysipèle : obs. I, II et VI de 1881 (récidive de cancer, gangrène et extension de néoplasme, brûlures étendues), et obs. IV, V, IX, XII et XVI de 1883 (pyohémie et hémorrhagie secondaire par la carotide, pleurésie), il reste 22 cas mortels, parmi lesquels 12 au moins, plus de la moitié, peuvent être mis à l'actif des lésions antérieures des viscères ou de la mauvaise constitution du sujet.

Les comptes rendus de Saint-Barthélemy ne donnent malheureusement que peu de détails sur les malades. Nous n'avons découvert qu'une simple mention sur un homme de 60 ans, atteint de plaie de la main, puis d'érysipèle, et mort de *delirum tremens* (1881, p. 79), et sur un autre, de 23 ans, atteint de coxalgie suppurée avec abcès, mort d'érysipèle, et chez lequel on nota une altération lardacée des viscères.

Nous aurions beaucoup désiré de comparer ces résultats avec ceux du service de Lister, mais malheureusement nous n'avons pu nous procurer les comptes rendus de *King's College Hospital*. Nous savons cependant, comme tout le monde d'ailleurs, que l'érysipèle a été l'adversaire le plus tenace que M. Lister ait rencontré dans sa pratique, et qu'il a dirigé contre lui les modifications les plus ingénieuses et les plus variées de sa méthode. Nous ne savons s'il a fini par en triompher.

Quoi qu'il en soit, les documents dont nous venons de donner l'analyse suffisent à démontrer que l'érysipèle est encore fréquent et grave dans les hôpitaux de Londres; — que l'érysipèle contracté dans un service de chirurgie par un blessé est plus grave que l'érysipèle contracté au dehors; — que la variété dite médicale de l'érysipèle n'est pas aussi différente qu'on veut bien le dire de la variété chirurgicale; — enfin, que l'altération antérieure des viscères ou de la constitution des malades assombrit singulièrement le pronostic de l'érysipèle, aussi bien à Londres qu'à Paris.

L.-H. Petit.

BIBLIOTHÈQUE

DES APPLICATIONS NOUVELLES A LA THÉRAPEUTIQUE PENDANT L'ANNÉE 1884, par M. le docteur CAMPARDON. — Clermont, 1885.

La Société de médecine pratique a pris l'heureuse habitude de faire apprécier chaque année, par la plume d'un de ses membres, les acquisitions nouvelles de la matière médicale. Le rapport de l'année 1884 a pour rédacteur M. Campardon.

Un tel travail échappe à l'analyse, mais mérite toute l'attention des médecins praticiens, parce qu'il est, pour eux, une source de renseignements rapides et complets sur les applications thérapeutiques peu connues. Cette année, il contient des informations raisonnées sur un grand nombre d'entre eux et, en particulier, sur l'absinthine, l'antipyrine, le cascara sagrada, l'usage de l'eau en obstétrique, l'erygerum canadense, l'hoag-nan, la kola, le thym, la traumaticine, la trinitrine, etc. Cette publication n'intéresse pas seulement les membres de la Société de médecine pratique, elle a une portée plus grande. En outre, elle témoigne de l'érudition du distingué rapporteur que la Société avait choisi. — Ch. E.

DE LA TEMPÉRATURE DE LA PAROI ABDOMINALE DANS LES CAS D'ENTÉRITE AIGUE ET CHRONIQUE CHEZ LES ENFANTS, par M. MONCORVO. — 1885, Rio-de-Janeiro. Combaerts.

Contribution à l'étude, encore incomplète, des températures locales périphériques, ce petit mémoire expose les observations que notre estimé confrère brésilien poursuit depuis trois années.

Avant toute recherche clinique, il fallait mesurer avec précision la température normale de la paroi abdominale aux diverses périodes de l'enfance et dans l'état de santé. Dans ce but, l'auteur « mettait d'abord la surface abdominale à découvert pendant quel- « que temps, afin d'établir un parfait équilibre de température, et ensuite plaçait « auprès de la cicatrice ombilicale un thermomètre à température locale de Casella ». La température moyenne ainsi obtenue variait de 35° à 35°6.

Dans les cas d'entérite, il en est autrement. S'agit-il de fébricitants ayant une élévation de la température rectale ou axillaire? M. Moncorvo constate que le thermomètre appliqué sur l'abdomen s'élève à 38° en moyenne, et remarque l'impossibilité de tirer aucune induction de ce fait qui est sous la dépendance directe de l'élévation de la température centrale.

Dans les formes subaiguës et chroniques, où cette cause d'erreur n'existait pas, M. Moncorvo observait néanmoins que la température de la paroi abdominale augmentait, qu'elle variait entre 36 et 37°, qu'elle diminuait parallèlement avec l'atténuation de la phlegmasie intestinale, et qu'on obtenait une courbe thermique en rapport avec l'intensité des accidents locaux de l'entérite.

Ces recherches cliniques contribueront à éclairer le problème des températures locales. Elles témoignent de l'ardeur que mettent notre confrère brésilien et ses compatriotes à suivre les progrès les plus récents de l'observation médicale. — Ch. ELOY.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de l'antipyrine, par DEMME (de Berne). — A faible dose chez la grenouille et le lapin, cette substance modifie les centres nerveux, les excite, et, ensuite, en produit la paralysie. Les excitations se caractérisent par des crises de tétanisation des muscles et l'élévation de la pression artérielle; la paralysie, par l'abaissement de l'excitabilité réflexe et de la pression artérielle. Contre l'empoisonnement léger par cette substance, on obtient de bons effets par de faibles doses de caféine, qui augmente l'excitabilité musculaire du cœur et des centres nerveux.

Chez l'enfant, l'antipyrine est un bon antipyrétique pouvant abaisser le thermomètre

de 4 degrés centigrades après plusieurs heures, en même temps que les pulsations cardiaques et la tension artérielle. Dans le rhumatisme, son action est comparable à celle de l'acide salicylique, elle abrège la maladie sans avoir les inconvénients de ce dernier médicament.

Dans la fièvre typhoïde, on doit surveiller attentivement la chute de la température, et M. Demme, avec une faible dose de 0,75 centigrammes, a vu survenir des phénomènes de collapsus. Enfin, dans trois cas, il a observé une éruption érythémateuse. I administre l'antipyrine sous forme de poudre par dose de 1 à 5 centigrammes répétés trois fois d'heure en heure dans l'eau sucrée ou un sirop, en commençant au moment du maximum de l'élévation thermique. (*Fortschritt der Medizin*, oct. et nov. 1884, n° 20 et 21, et *Revue médicale de la Suisse romande*, p. 66, 1884, janvier. — C. L. D.

De l'action antizymotique de la quinine dans la fièvre typhoïde, par G. Pécholier. — Dans cet important mémoire, le savant professeur attribue les heureux effets de la quinine contre cette maladie à une action antizymotique et non pas à des propriétés antipériodiques et hypothermiques. Dans ce but, il commence son administration à la dose quotidienne de 80 centigrammes à 1 gramme dès le premier soupçon de la maladie; la continue durant la période d'augment et la diminue graduellement jusqu'à défervescence complète.

Si le processus morbide n'est pas enrayé et que les températures de 39,5 ou même 40 persistent, M. Pécholier emploie les bains tièdes « qui, en diminuant la température du « malade, donnent probablement une action antizymotique collatérale à celle de la quinine. » Pour lui, l'antisepsie intestinale proposée par M. Bouchard est une indication secondaire par rapport à l'action générale de la quinine sur l'organisme tout entier. Celle-ci serait vraisemblablement due à des effets toxiques sur le ferment ou le bacille typhoïde.

L'auteur proscrit l'usage de la quinine à la dose élevée de 3 grammes par jour. Il redoute les altérations myocardiques et la syncope cardiaque qu'on doit prévenir par l'usage rationnel des toniques du cœur, de la caféine, par exemple. (*Montpellier médical*, décembre 1884, p. 532. — C. L. D.

Intoxication mercurielle professionnelle consécutive à l'usage des capsules au fulminate, par MM. Marie et Conde. — Ces quatre observations sont celles d'individus employés dans des tirs. Dans les unes, il existait de la stomatite et du tremblement; dans les autres, de la stomatite seulement; mais, dans toutes, les individus passaient toute leur journée dans leurs établissements de tir, et les phénomènes toxiques se manifestèrent pendant l'hiver, c'est-à-dire dans la saison où toutes les ouvertures étaient closes et le renouvellement de l'air imparfait.

Les cartouches dont on y faisait usage étaient composées de fulminate de mercure et donnaient lieu par leur combustion à des gaz vraisemblablement délétères. L'intoxication, très rapide, avait débuté dès le jour où on employa ces cartouches spécialement fabriquées avec ce sel. Ces faits soulèvent une question d'hygiène professionnelle et de police sanitaire. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 20 janv. 1885, p. 21.) — Ch. E.

THÉRAPEUTIQUE

Du Goudron.

Il est admis dans la science que certaines substances volatiles passent en nature dans le torrent circulatoire, puis sont éliminées par les poumons sans avoir subi aucune modification : l'alcool, le chloroforme, l'éther, etc.; aussi a-t-on considéré le poumon comme une glande chargée d'un véritable travail d'élimination plus ou moins analogue à celui qu'accomplissent les glandes rénales.

Le Goudron jouissant d'une incontestable efficacité dans toutes les affections des voies respiratoires, on était autorisé à se demander si, éliminé par les glandes pulmonaires, il agissait sur les muqueuses des voies respiratoires à la manière des balsamiques qui traversent les reins avant d'agir sur les muqueuses urinaires.

©BIU Santé

Les expériences tentées à ce sujet étant restées complètement négatives, les thérapeutes ont dû rechercher les moyens de faire arriver directement le Goudron sur les muqueuses pulmonaires. De là sont nés les inhalateurs, les goudronnières, etc. Ces appareils et ces procédés ont de nombreux inconvénients : ils sont dispendieux et d'un emploi difficile : ils obligent le malade à emplir sa chambre tout entière de vapeurs de goudron, alors qu'une faible partie de l'air contenu dans cette chambre sera seule utilisée pour la respiration.

M. Géraudel s'est posé le problème d'une toute autre façon et l'a résolu d'une façon aussi simple que pratique. M. Géraudel part de ces données : si les substances ayant la vapeur d'eau pour véhicule pénètrent difficilement par la bouche dans les voies aériennes, il n'en est plus de même, d'après les travaux de physiologie et de thérapeutique, notamment ceux de Gubler et de Sales-Girons, des substances qui sont à l'état gazeux. En conséquence, M. Géraudel s'est proposé de réduire le goudron à un état de division moléculaire tel que la température normale de la bouche suffit à le faire passer à l'état gazeux. Ces gaz, se mélangeant à l'air inspiré, se trouvent ainsi transportés directement dans les alvéoles pulmonaires, sans avoir à franchir l'économie. Par ce moyen, l'agent modificateur est porté directement sur la surface à modifier.

Les Pastilles de M. Géraudel, fondant très lentement dans la bouche, ont pour but de transformer cet organe en un véritable appareil inspirateur ou inhalateur. Si nous rappelons que le Goudron stimule et corrobore la fibre pulmonaire ; qu'il ne nuit jamais ; que, s'il tarit les sécrétions morbides, ce n'est pas à la façon des opiacés qui endorment la contractilité des vésicules aériennes, et tendent à produire l'atélectasie et l'engouement, surtout chez les vieillards et les enfants ; si l'on ajoute que le Goudron est un antiputride excellent qui suspend la putréfaction des matières animales ; que ses vapeurs tuent tous les mycodermes et végétaux inférieurs ; qu'elles diminuent et corrigent les sécrétions des cavernes, nous comprenons son usage si répandu et les résultats si remarquables que l'on obtient de l'emploi des Pastilles Géraudel.

Dr Achenne.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 décembre 1885. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

C'est au nom de M. L'Hôte, et non de M. Lauth, comme nous l'avons écrit dans notre précédent compte rendu, que M. Péligot a présenté une note sur le chlorure de vanadium.

M. Edouard Robin demande, par lettre, l'ouverture de paquets cachetés déposés en 1850 et en 1851. — « Il faudra les chercher » dit M. le Secrétaire perpétuel. « Et les trouver » pourrait-on ajouter.

M. l'amiral Mouchy dépose sur le bureau plusieurs observations relatives à la nouvelle comète.

Un ingénieur de la Compagnie du Nord adresse une lettre dans laquelle il attribue l'accident qui a fait manquer l'expérience de M. Marcel Deprez, au contact du fil transmetteur de la force avec un fil télégraphique. — On se rappelle que les membres de l'Académie avaient été convoqués à Creil, pour être témoins du transport par l'électricité de la force motrice, entre Creil et Saint-Denis ; à leur arrivée, on mit la machine en mouvement, mais, au bout de dix minutes, cette machine parut tout à coup enveloppée de lueurs inquiétantes, et on suspendit l'expérience. Il résulte de l'enquête faite à ce sujet qu'un arbre servant de support, dans la campagne, au fil conducteur, fut probablement incliné par le vent jusqu'à toucher les fils du télégraphe voisins, et que les deux courants furent déviés. Il se produisit à la station télégraphique une espèce de foudroiement ; les appareils furent brisés, etc. ; c'est à recommencer.

M. Paul Bert présente trois notes de physiologie : 1° au nom de M. Lafond, une note

sur le nerf trijumeau, le facial et le sympathique chez les oiseaux ; — 2° au nom de M. Rœderer, une note sur le développement des amygdales chez les mammifères, de laquelle il résulte que ces glandes se forment par invagination de l'ectoderme dans l'endoderme, contrairement à l'opinion commune ; — 3° au nom de M. Paul Regnard, préparateur à la Sorbonne, une note relative à l'action de la chlorophille sur l'acide carbonique, en dehors de la cellule vivante. Jusqu'ici, tous les expérimentateurs n'avaient pu parvenir à déceler cette action dans de semblables conditions ; mais, grâce à un artifice de préparation, M. Paul Regnard a été plus heureux, et il a réussi à montrer la chlorophille, sans cellules, réduisant l'acide carbonique pour s'emparer du carbone.

M. Lacaze-Duthiers donne lecture du passage du livre de M. Benedict Prévost, qu'il avait annoncé, et qui concerne le traitement de la carie du blé, au moyen de doses infinitésimales de sels de cuivre.

M. Faye fait hommage de l'annuaire du Bureau des longitudes, pour 1886.

M. Gaudry met sous les yeux de l'Académie la photographie d'un édenté fossile, le scélidothérium, dont le squelette vient d'être placé dans la nouvelle galerie de paléontologie ouverte au Muséum.

M. Alphonse Milne-Edwards, au nom de M. Cazin fils, présente un travail sur la couche cornée du gésier des oiseaux.

M. Bouquet de la Grye, au nom de M. Tenot, une étude sur les mouvements lents de la terre et de la mer.

M. Quinquaud adresse une note sur la dénutrition expérimentale :

« Lorsqu'on abandonne à lui-même un organe ou un fragment d'organe, on trouve une augmentation progressive du poids des substances solubles dans l'eau : ces substances sont précisément celles que l'on considère comme des déchets ; il se fait donc une désagrégation organique et minérale reproduisant assez fidèlement ce qui se passe dans l'organisme vivant : ce sont des phénomènes de même ordre, bien que l'identité ne soit pas absolue.

« Le procédé est très simple : on note d'abord la quantité d'extrait aqueux fournie par un tissu animal ou un tissu végétal frais, puis la nature des corps chimiques qu'il renferme ; des parties de même tissu et de même poids sont placées dans certaines conditions de température, d'aération, de stérilisation, que l'on peut modifier à son gré ; enfin, on analyse l'extrait aqueux ; il est possible, en employant la méthode comparative, de constater les variations de quantité et de qualité de l'extrait ; dans la présente note, nous n'avons en vue que les variations de quantité.

« En agissant ainsi, nous sommes arrivé aux conclusions suivantes : 1° la rate, les reins, le foie et les poumons sont les organes où la désassimilation est la plus active ; 2° la dénutrition est moins intense dans les muscles de la vie de relation, dans le cœur et dans le cerveau ; 3° l'os est le tissu où le mouvement dénutritif est le plus faible. Ainsi 100 gr. de rein donnent, en vingt-quatre heures, à la température de 15°, à l'état frais, 3 gr. 15, 100 gr. de rate 3 gr. 12, 100 gr. de poumon 2 gr. 18, 100 de foie 2 gr. 15, tandis que 100 gr. de cœur fournissent 1 gr., 100 gr. de muscles 1 gr. 95, 100 gr. de cerveau 1 gr. 15 et 100 gr. d'os 0 gr. 40.

« L'application de cette méthode à l'étude des phénomènes physiologiques et à l'étude du mode d'action des agents médicamenteux, nous montre que : 1° l'acide carbonique et surtout l'oxygène favorisent la dénutrition ; au contraire, l'hydrogène et l'azote entravent l'activité dénutritive ; 2° le chloroforme, l'éther, l'alcool à faible dose s'opposent à la désassimilation, tandis que l'acide cyanhydrique la favorise ; exemple : 100 gr. de muscles frais donnent, immédiatement après la mort, 6 gr. 47 de substances de dénutrition, après vingt-quatre heures 7 gr. 19 ; mis en contact avec l'acide carbonique, pendant vingt-quatre heures, ils donnent 7 gr. 38, avec l'oxygène 7 gr. 29, avec l'acide cyanhydrique 7 gr. 97 et avec l'hydrogène 6 gr. 49, avec le chloroforme, l'éther et l'alcool, 6 gr. 50, 6 gr. 54, 6 gr. 57.

« Les mêmes conclusions s'appliquent à la levure de bière,

©BIU Santé

« En résumé, ce nouveau mode d'investigation permet aux physiologistes et aux thérapeutes de pénétrer plus avant dans l'étude de la nutrition élémentaire et du mode d'action fondamental des médicaments. » — M. L.

FORMULAIRE

ELECTUAIRE VERMIFUGE. — Dutoit.

Extrait hydro-alcoolique de spigélie.....	1 gramme.
Calomel.....	0 gr. 20 centigr.
Semen-contra pulv	4 grammes.
Sirop d'absinthe.....	9 —

F. s. a. un électuaire à donner en une fois à un enfant de 10 ans.

COURRIER

RÉCOMPENSES HONORIFIQUES. — Par arrêté ministériel, en date du 9 décembre 1885, et sur la proposition de l'Académie de médecine, les récompenses suivantes ont été accordées aux médecins des épidémies et aux docteurs en médecine qui se sont distingués par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1884 :

Médailles d'or. — MM. les médecins des épidémies Jablonski (de Poitiers), et Pennetier (de Rouen).

Rappels de médailles d'or. — MM. les médecins des épidémies Pilat (de Lille), Perroud (de Lyon), Mauricet (de Vannes), et Pâris (de Versailles).

Médailles d'argent. — MM. les médecins des épidémies J.-B. Blanc (d'Albertville), Coronat (de Gap), Delacour (de Rennes), Empereur (de Bourg-Saint-Maurice), Lacourtiade (de Blaye), Leclercq (d'Arras), Mantel (de Saint-Omer). — MM. les docteurs Poncet, médecin principal de première classe; Czernicki, médecin-major de première classe et Torthe, aide-major de première classe.

Rappels de médailles d'argent. — MM. les médecins des épidémies Barbran (de Rochefort), Descol (d'Hazebrouck), Evrard (de Beauvais), Benoist (de Guingamp), Fichot (de Nevers), Guidoni (de Calvi), Lenoël (d'Amiens), Pujos (d'Auch), Rousseaux (de Vouziers). — MM. les docteurs Amat, médecin-major de première classe, et Villard (de Guéret).

Médailles de bronze. — MM. les médecins des épidémies Bouglé (d'Orléans), Bourée (de Châtillon-sur-Seine), Delbarre (de Cambrai), Denis-Dumont (de Caen), Dion (du Blanc), Dufraigne (de Meaux), Dulac (de Montbrison), de Font-Réaulx (à Saint-Junien), Hugot (de Laon), Raquet (de Paimbœuf), Robin (de Loudéac), Pône (de Pontarlier), Reumaux (de Dunkerque), Véret (de Doullens). — MM. les docteurs Chabenat (à La Châtre), et Senut, médecin-major de première classe.

— Par suite de la mise à la retraite, au 1er janvier prochain, pour limite d'âge, de M. le docteur Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis, les mutations suivantes auront lieu, à cette date, dans le personnel des médecins des hôpitaux de Paris : M. le docteur Balzer passe du Bureau central à l'hôpital de Lourcine; M. le docteur Roques, de l'hôpital de Lourcine à l'hôpital d'Ivry; M. le docteur Quinquaud, à l'hôpital Saint-Louis.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 novembre 1885, M. le docteur Bar, médecin-accoucheur du Bureau central, est nommé médecin-accoucheur à l'hôpital Tenon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Daga, médecin inspecteur des armées, décédé à Paris, le 10 décembre, à l'âge de soixante ans.

Dyspepsies. — Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez. — Exp. de MM. Archambault, Gubler, etc. (*Envoi franco échantillons*).

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Sur un cas d'hématurie. — II. Bibliothèque. — III. Thérapeutique. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Formulaire. — V. Courrier.

Sur un cas d'hématurie.

Par L.-G. Richelot.

Histoire du malade. — Caractères de l'urine, conditions dans lesquelles l'hématurie apparaît ; origine du sang, nature de la lésion. — Tumeurs de la vessie et varices vésicales. — Examen des signes physiques ; cathétérisme. — Pronostic.

Messieurs,

Les occasions ne sont pas rares d'observer l'hématurie. Un grand nombre des malades qui nous consultent pour leurs voies urinaires présentent ce symptôme, ou l'ont présenté à une certaine époque. Chez tous, il a une grande valeur séméiologique ; parfois même, il remplit la scène et attire à lui toute l'attention du chirurgien.

Je n'ai pas le dessein d'analyser devant vous un de ces cas de la pratique journalière, où la miction sanglante accompagne d'autres signes plus ou moins nettement accusés, entre pour sa part dans un tableau symptomatique défini, et ne sert qu'à nous mettre sur la voie ou à compléter le diagnostic d'une lésion commune, cystite simple ou tuberculeuse, pierre vésicale, etc. Mon but est de vous mettre en présence d'une hématurie incessante et de longue durée que j'observe en ce moment chez un homme dont la santé paraît excellente, et de chercher avec vous si elle se prête aux explications ordinaires ou s'il faut lui reconnaître une étiologie insolite.

M. L... a mené une vie fort accidentée, mêlée de guerres et de fatigues de tous genres, mais sa santé a résisté à toutes les épreuves. C'est un magnifique vieillard de 72 ans, mince et bien musclé, qui m'est adressé en octobre 1885, par mon ami le docteur Landowski.

Je lui trouve, comme antécédents, quelques douleurs rhumatismales et des troubles dyspeptiques de même nature, qui ont fait place, il y a deux ou trois ans, à une diarrhée rebelle ayant elle-même duré de longs mois sans véritables souffrances. La diarrhée s'étant guérie toute seule, l'hématurie a commencé il y a dix-huit mois, sans aucune provocation, et depuis lors elle n'a pas cessé.

M. L... ne se plaint d'aucune douleur ; il a bon appétit, bon sommeil, urine facilement et n'est pas diabétique. La persistance de l'hématurie l'inquiète sans l'affaiblir sérieusement. Dans cette situation, puis-je avoir sous les yeux une affection commune à son début, et ne se trahissant encore que par un symptôme ? L'ancienneté de l'hématurie n'est pas favorable à cette hypothèse. Quoi qu'il en soit, il faut procéder à une recherche minutieuse et recueillir tous les signes capables de nous éclairer.

Et d'abord, je n'hésitai pas à m'en rapporter au dire de M. L..., en admettant la présence du sang dans l'urine. Quelquefois les malades ignorent ce symptôme, quand l'exhalation est très minime ; mais il est rare qu'ils se trompent en le signalant. Ils observent très bien l'existence de l'hématurie, souvent aussi ses variations de fréquence et de quantité, les circonstances qui la provoquent ou la suspendent. Dans l'espèce, il ne pouvait y

©BIU Santé

avoir de doute, le cas n'étant pas de ceux où l'intervention du microscope est nécessaire pour interpréter la coloration anormale de l'urine. Ultérieurement, l'examen du liquide rendu pendant les vingt-quatre heures m'a donné un surcroît d'informations très importantes : il n'y a pas trace de dépôt jaunâtre ou glaireux, plus ou moins strié de sang et qu'on puisse distinguer du sang lui-même ; on voit au fond du vase quelques caillots mous, irréguliers, avec une sorte de bouillie rougeâtre, médiocrement abondante et surmontée d'un liquide rouge brun, de teinte uniforme. En d'autres termes, la quantité de sang perdue est modérée ; de plus, l'urine est purement sanglante et ne contient ni pus ni aucune matière étrangère.

Dans quelles circonstances a lieu l'écoulement sanguin? Voici la réponse du malade : « J'urine à peu près deux fois dans la journée, deux fois dans la nuit; il y a du sang chaque fois invariablement. La miction est, en général, très facile; quelquefois, cependant, il faut un effort pour commencer, puis un petit caillot s'échappe et la miction continue sans entrave. Mais ce qui ne manque jamais, c'est que l'urine, claire d'abord, se colore à la fin. » Quelques jours plus tard, je l'ai fait uriner devant moi : l'urine coula parfaitement limpide, puis les dernières contractions expulsives donnèrent un jet de sang pur.

Arrêtons-nous un instant, et voyons quel chemin nous venons de parcourir. Je n'ai rien à tirer de la couleur de l'urine rendue, de l'intimité de son mélange avec le sang, de la forme des caillots; ces détails, vous le savez, n'ont aucune valeur pour nous indiquer la source de l'hémorrhagie. Mais je sais que l'hématurie de M. L... n'est provoquée ni par le traumatisme, ni par les secousses, les fatigues, les marches forcées, comme l'hématurie calculeuse; qu'elle se montre à toutes les mictions depuis fort longtemps, sans être influencée par le repos ou le décubitus, sans cortège symptomatique, sans accès ni longues intermittences, ni périodicité proprement dite. Un détail, cependant, m'a frappé : trois fois déjà l'hémorrhagie est venue en plus grande abondance après une trentaine de jours, et M. L... affirme qu'à ce moment l'urine est beaucoup plus noire. Je sais encore qu'il n'y a ni douleur, ni fréquence des mictions, ni dépôts urinaires qui puissent nous mettre sur la voie d'une variété quelconque de cystite. Je sais enfin que l'urine se colore à la fin de la miction, phénomène remarquable et sur lequel j'insisterai.

L'hématurie ne se montrant qu'à la fin de la miction dénote, en général, une lésion du col ou des parties immédiatement contiguës. Or, il est difficile d'admettre ici que le sang vienne du col proprement dit, car il n'est guère de lésion anatomique siégeant à ce niveau qui n'amène promptement les phénomènes irritatifs dont M. L... ne présente aucune trace. Mais il est possible qu'une lésion, située au voisinage du col verse le sang dans l'urèthre uniquement aux dernières contractions expulsives. Enfin, il n'est pas démontré que, chez ce malade, l'urine sorte toujours aussi limpide que je l'ai constaté une fois. Rappelez-vous ce petit caillot dont l'expulsion nécessite quelquefois un effort en commençant. Si je le fais uriner successivement dans plusieurs verres, pour avoir des échantillons correspondant aux divers moments de la miction, peut-être m'arrivera-t-il de recueillir un liquide légèrement teinté au début et foncé vers la fin? C'est là, Messieurs, un complément d'examen nécessaire, qui nous démontrera que le sang est exhalé par un point quelconque de la vessie, en petite quantité dans l'intervalle des mictions, en plus grande abondance au mo-

ment où la tunique musculaire se contracte et où la pression intra-vésicale diminue.

Après ces données recueillies, je puis faire un bon nombre d'éliminations. Il n'est pas question d'*uréthrorrhagie*, c'est-à-dire d'un écoulement par l'urèthre en avant de la région membraneuse; c'est la miction qui donne du sang, il y a donc *hématurie*. Le col vésical, c'est-à-dire l'urèthre profond, étant éliminé, il ne s'agit pas non plus d'une affection rénale; M. L... n'en présente aucun signe; jamais il n'a souffert de coliques néphrétiques; la palpation la plus exacte ne révèle ni douleur lombaire, ni tumeur abdominale. Il est vrai qu'une lésion du rein peut se dérober longtemps aux recherches les plus minutieuses; mais pourquoi s'attarder autour de cet organe, quand nous avons de si bonnes raisons, tirées du moment où l'urine se colore, pour admettre que la source de l'hémorrhagie est ailleurs? Notre attention est donc forcément ramenée du côté de la vessie, où d'ailleurs on n'observe aucun des incidents qui annoncent la présence d'un calcul, ses déplacements, ses conflits avec la muqueuse, où les signes d'une cystite font également défaut. Mais l'exhalation sanguine ne peut-elle venir de la paroi vésicale envahie par un néoplasme? Le souvenir des travaux récemment parus dans cet ordre d'idées (1) m'engage à examiner mûrement la question.

Je résume en quelques mots les notions que nous devons posséder aujourd'hui pour observer sérieusement un malade de ce genre.

Nous pouvons soupçonner ici la présence d'une tumeur bénigne ou d'une tumeur maligne. Les auteurs ont appelé ces deux genres *fongus bénin* et *cancer;* nous savons aujourd'hui que, dans le premier genre, l'espèce la plus commune est le *papillome*, et dans le second l'*épithéliome;* que ces néoplasmes, quelle que soit leur nature, ont très souvent la forme villeuse; que la base et le trigone sont leurs sièges de prédilection; qu'ils sont parfois infiltrés dans la paroi vésicale, mais plus souvent pédiculés ou tout au moins faisant un relief qui les rend justiciables d'une opération, quand les symptômes le commandent. Au point de vue symptomatique, il y a généralement une longue période où l'hématurie seule occupe la scène, avec des caractères si particuliers, qu'il y aurait négligence grave à ne pas soupçonner au moins la présence d'une tumeur. Elle survient sans douleur et sans provocation, s'arrête et revient sans tenir compte ni des heures, ni du repos, ni des fatigues; par cette allure, ainsi que par son abondance relative, sa répétition fréquente, la couleur de l'urine plus foncée à la fin de la miction, elle diffère absolument de l'hématurie calculeuse. Quelquefois des parcelles de la tumeur sont rendues avec l'urine et reconnues par l'examen histologique; mais ce caractère pathognomonique fait bien souvent défaut, et nous devons savoir nous en passer. Il est bien remarquable que la présence d'une tumeur, pas plus que celle d'une pierre, n'entraîne forcément les phénomènes d'irritation vésicale. La cystite et la douleur ne sont que des éventualités qui se produisent quand la tumeur, en se développant, vient irriter le col, amène la rétention d'urine et la distension vésicale, ou quand une manœuvre chirurgicale intempestive est intervenue. Dans les conditions opposées, les productions malignes elles-mêmes peuvent rester indolentes jusqu'à la fin. La seconde période, celle des complications, est presque toujours tardive; alors viennent la cystite,

(1) A. Pousson, *De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie,* thèse inaug., Paris 1884.

©BIU Santé

les troubles de l'urine et de la miction, les lésions rénales consécutives, l'altération profonde de la santé.

Vous voyez, Messieurs, que mon malade peut fort bien avoir un néoplasme vésical, ne se révélant jusqu'ici que par son phénomène le plus caractéristique, l'hématurie. Impossible, d'ailleurs, de prévoir un papillome plutôt qu'une tumeur maligne. Mais ne peut-il avoir autre chose? Une seconde hypothèse s'est présentée à mon esprit, avant toute exploration directe ; c'est donc ici le lieu de vous en parler.

Il n'est pas impossible qu'il s'agisse de *varices* vésicales. C'est une lésion que les auteurs ont eu rarement l'occasion d'observer, bien que certains d'entre eux se soient acharnés à la décrire et en aient certainement abusé. Elle existe cependant, comme fait anatomique difficile à reconnaître sur le vivant, mais constaté dans quelques autopsies. Un travail encore récent de M. Baraduc (1) nous montre, à l'autopsie d'un homme de 70 ans, mort à la suite d'hématuries répétées, la muqueuse soulevée dans une grande étendue par des veines variqueuses, autour du col et dans une grande partie du corps; en même temps, des hémorrhoïdes anales très développées. L'auteur en conclut, un peu témérairement, que tout hémorrhoïdaire qui souffre de la vessie a des varices de cet organe. Evidemment, l'hématurie chez un hémorrhoïdaire peut s'expliquer de façons très diverses, et il ne faut pas ranger une exception anatomique parmi les faits d'observation journalière. Cependant, certaines coïncidences peuvent éveiller notre attention et la diriger de ce côté. Ainsi, M. L... est un arthritique avéré; de temps immémorial il a des hémorrhoïdes, qui d'ailleurs le font peu souffrir, qui ont très rarement saigné et ne causent jamais de véritables crises. Absence de varicocèle, mais varices très prononcées des membres inférieurs. De plus, je vous ai dit que, tous les mois, l'hématurie est plus abondante, ce qui rappellerait assez bien la périodicité plus ou moins régulière, parfois très nette, que présente l'écoulement sanguin chez certains hémorrhoïdaires. Ce sont là de bien faibles indices; mais dans ces conditions, je le répète, il n'est pas défendu de soupçonner une lésion variqueuse.

Aussi bien, les deux hypothèses ne sont pas incompatibles, et nous pourrions attacher une certaine importance aux hémorrhoïdes sans renoncer au papillome; car il n'est pas impossible qu'une tumeur de cette nature ait pour point de départ une modification vasculaire de la muqueuse. En tous cas, la coïncidence n'aurait rien d'extraordinaire.

Après cette longue analyse, j'arrive à l'examen des signes physiques. Peut-être me demanderez-vous, Messieurs, pourquoi je l'ai si longtemps différé? C'est que jamais l'exploration directe, si obligatoire qu'elle puisse être, ne doit ouvrir la scène; elle vient en dernière analyse et comme un complément d'examen, quand on a déjà parcouru tout le chemin qu'on pouvait faire sans elle. Il y aurait imprudence et légèreté à introduire d'emblée des instruments dont le contact n'est pas toujours inoffensif, avant d'avoir recueilli tous les signes rationnels et circonscrit le terrain où la recherche doit porter.

La palpation douce et profonde de la région hypogastrique ne révèle rien d'insolite, ni masse ni induration qui paraisse se rattacher à la paroi vésicale. Par le toucher rectal, je constate les tumeurs hémorrhoïdaires, mais la prostate est saine, indolente et peu développée pour cet âge;

(1) Baraduc, *Des varices vésicales en rapport avec les hémorrhoïdes chez l'homme*, Paris, 1877.

© Santé

aucune modification apparente du canal prostatique ni des parties voisines. Enfin, j'explore l'urèthre et la vessie par le cathétérisme, le malade n'ayant pas uriné depuis deux heures ; et j'y mets la plus grande douceur, sachant qu'en pareil cas il est arrivé aux mains les plus habiles de provoquer des hémorrhagies mortelles. Une bougie à boule n° 20 parcourt le canal sans coup férir; l'explorateur métallique pénètre également bien, et cherche vainement un contact anormal. Ni corps étranger, ni saillie des parois, ni déformation au pourtour du col. L'instrument retiré n'a pas trace de sang; je n'ai donc blessé aucune surface disposée à l'hémorrhagie. Aussitôt, je fais uriner le malade devant moi, et l'urine sort claire au début pour se colorer à la fin. Après l'exploration, M. L... n'a éprouvé ni douleur, ni malaise d'aucune sorte.

Je savais bien que je ne trouverais pas un calcul, mais j'aurais pu rencontrer une tumeur avec le bec de mon instrument, et celui-ci n'a même pas eu la sensation d'une colonne vésicale. Dois-je conclure à l'absence du néoplasme? Je n'oserais pas aller si loin, car, si nous pouvons hésiter entre une tumeur et des varices, les probabilités sont toujours en faveur de la première; on a vu des tumeurs se dérober au cathétérisme le plus attentif, et, même après une exploration négative, nous avons encore plus de chances pour ne pas nous tromper en choisissant l'hypothèse la moins extraordinaire.

Ainsi, Messieurs, le diagnostic reste en suspens et le pronostic réservé. Si j'ai affaire seulement à un hémorrhoïdaire, il se peut qu'un régime bien dirigé, en particulier l'évacuation attentive et complète de l'intestin, suspende les hématuries. Mais un succès temporaire obtenu de la sorte ne contredirait pas l'existence d'une tumeur; en diminuant la tendance congestive, j'aurais fait cesser momentanément son principal symptôme. S'il s'agit d'une production morbide de la paroi vésicale, nous verrons un jour survenir les complications de la seconde période et l'état général se modifier; alors faudra-t-il poser la question d'une intervention active, remise aujourd'hui en honneur par quelques-uns de nos collègues? L'âge du malade nous permettra-t-il une pareille entreprise? Le moment n'est pas venu d'entrer dans ces détails. En présence d'une santé parfaite, je n'ai rien à faire aujourd'hui; plus tard, je m'inspirerai des événements.

J'ai tenu, Messieurs, à vous rapporter cette histoire longtemps peut-être avant sa conclusion. C'est qu'à mon sens, la clinique ne consiste pas en méditations rétrospectives, où l'auteur a toutes facilités pour corriger après coup les hésitations ou les erreurs de son diagnostic; elle consiste à étudier les faits quand ils se présentent, quitte à se voir obligé plus tard de rectifier son premier jugement.

C'est vous dire que l'observation de M. L... n'est pas terminée, et que nous aurons quelque jour l'occasion d'y revenir ensemble.

BIBLIOTHÈQUE

TRANSPORT PAR CHEMIN DE FER DES BLESSÉS ET MALADES MILITAIRES, par M. le docteur P. REDARD, médecin en chef des chemins de fer de l'Etat. — Paris, O. Doin, 1885.

On sait quel rôle important les chemins de fer sont appelés à remplir dans les guerres modernes. Mais jusqu'ici, on ne s'est guère occupé que de leur emploi comme véhicules pour la concentration et l'approvisionnement des troupes, et on a laissé presque complètement de côté le transport des blessés du champ de bataille vers les

©BIU Santé

ambulances et hôpitaux éloignés, partie de la question tout aussi intéressante que la première. Cependant de nombreux essais ont été faits dans cette voie, mais surtout à l'étranger. La France, « quatorze ans après une guerre qui a démontré la nécessité absolue d'un service bien réglé des évacuations des blessés et des malades militaires, ne possède aucun matériel, aucune organisation pour ses trains sanitaires. »

M. le docteur Redard, obligé en quelque sorte, par sa situation, d'éclairer l'Etat sur l'importance de cette lacune et de faire tout son possible pour y remédier, a étudié cette question avec le plus grand soin. Il a recueilli tout ce qui s'est fait à l'étranger à ce sujet, indiqué les services rendus par les trains sanitaires dans les principales guerres, les mesures prises, les systèmes adoptés, les règlements des nations militaires de l'Europe et des Etats-Unis; les divers modèles des vagons-ambulances adoptés à l'étranger, etc. De l'étude et de la comparaison de ces documents, M. Redard a tiré un certain nombre d'indications sur les usages qu'on peut faire des vagons actuels, en les aménageant de manière à les employer au transport des blessés et malades militaires, en attendant qu'un nouveau matériel, dont il donne la description et le modèle, permette de réaliser tout ce que les blessés sont en droit d'attendre des Etats pour lesquels ils ont sacrifié leur existence. — L.-H. Petit.

THÉRAPEUTIQUE

De la médication chlorhydro-pepsique dans les dyspepsies.

Les nombreux travaux faits depuis quelques années, sur les dyspepsies, ont démontré que les causes essentielles de ces états pathologiques si fréquents étaient l'altération des ferments digestifs, et l'atonie de la tunique musculaire de l'appareil digestif. Ces données cliniques indiquaient bien nettement que, pour combattre avec succès ces maladies souvent si rebelles, il fallait, avant tout, remédier à l'insuffisance des ferments et stimuler la vitalité de l'appareil digestif.

C'est ce but qu'a poursuivi M. Grez, et qu'il a heureusement atteint, s'inspirant des récents travaux de physiologie qui ont démontré que le suc gastrique devait ses propriétés digestives à la pepsine combinée à l'acide chlorydrique (expériences de MM. les professeurs Berthelot et Ch. Richet), il a associé ces deux éléments essentiels de la digestion, et la *Pepsine chlorhydrique* est devenue la base d'une préparation aujourd'hui bien connue des praticiens.

L'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

Cette préparation a pris rapidement une place importante dans la thérapeutique des dyspepsies et des troubles gastro-intestinaux des enfants. Les succès si remarquables obtenus avec cette médication dès le début ont encouragé les médecins, et un grand nombre ont employé cette préparation pour vérifier les résultats merveilleux des premières observations.

Il nous suffira de citer, parmi les expérimentateurs, MM. *Archambault* et *Bouchut*, de l'hôpital des Enfants; *Frémy*, de l'Hôtel-Dieu; le professeur *Gubler*, de l'hôpital Beaujon; *Huchard*, de l'hôpital Bichat; *Gillette*, *Lucas-Championnière* et *Troisier*, de l'hôpital Tenon, etc., etc., qui tous ont reconnu l'efficacité remarquable de cette préparation dans les dyspepsies.

A l'hôpital des Enfants, un grand nombre de petits malades, atteints de troubles gastro-intestinaux, de diarrhées vertes, de lienterie, ont été guéris en peu de jours grâce à l'emploi de ce traitement.

M. le docteur Chéron, médecin en chef de Saint-Lazare, qui a étudié avec soin cette médication, n'a eu qu'à se louer de son emploi, même dans les vomissements de la grossesse.

D'après M. le docteur Courtois, l'Elixir chlorhydro-pepsique constitue le traitement par excellence de l'anorexie ; chez les anémiques, les convalescents, auxquels il a souvent administré cette médication, il a toujours constaté une amélioration rapide. Plusieurs femmes profondément anémiques, qui avaient complètement perdu l'appétit,

auxquelles il a fait prendre une cuillerée à soupe de cette préparation avant les repas, ont été rapidement améliorées, alors que tous les autres traitements avait échoué.

La médication chlorhydro-pepsique que j'ai souvent prescrite m'a donné les meilleurs résultats, dit M. le docteur Macé (d'Ozouer). Cette préparation, dont la composition est très rationnelle, m'a rendu de réels services dans le traitement des dyspepsies.

La composition de cette préparation explique ses effets physiologiques ; à l'action digestive des ferments s'ajoute l'action des amers qui stimulent la vitalité de l'estomac et activent les sécrétions gastriques.

Dès les premiers jours de l'emploi de l'Elixir chlorhydro-pepsique, on remarque chez les malades dyspeptiques une augmentation rapide de l'appétit, la digestion régulière, facile, et, par suite, un développement manifeste des forces, en même temps que disparaissent les divers symptômes de la dyspepsie.

L'expérience a démontré que la Pepsine chlorhydrique agissait beaucoup mieux en solution que sous toute autre forme ; à moins d'indications spéciales, l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez, qui contient 50 centigrammes de Pepsine titrée par cuillerée à soupe, se donne à la dose de 1 verre à liqueur aux adultes et 1 à 2 cuillerées à dessert aux enfants.

En résumé, l'Elixir chlorhydro-pepsique possède une efficacité incontestable, une action rapide, qui justifient l'opinion d'un des expérimentateurs, le docteur Morat, pour qui cette préparation constitue, dans l'état actuel de la science, le traitement le plus rationnel et le plus efficace des dyspepsies et des troubles digestifs des enfants.

Dr P. Robert.

Guérison des névroses convulsives en Italie,

Par M. le professeur Darini Giuseppe.

Dans un voyage récent à Paris, j'ai été frappé des résultats obtenus dans le traitement des névroses convulsives par le bromure de potassium administré d'une certaine façon. Je pense donc faire un acte utile, en résumant ici ce que j'ai observé dans les hospices spéciaux que j'ai attentivement visités.

J'ai vu un certain nombre de malades en proie à des convulsions, épileptiques, hystéro-épileptiques, hystériques et choréiques, ne plus ressentir du tout l'atteinte de leur mal. Les médecins leur avaient prescrit tout simplement une dose moyenne de 3 à 6 grammes de bromure de potassium chimiquement pur, chaque jour, pendant huit ou dix mois, un an ou dix-huit mois, sans jamais associer le sel bromique à une autre préparation médicamenteuse. C'est le sel bromique à base potassique qui seul conduit au succès. Le fait n'est contesté par personne. Voici d'ailleurs la loi clinique et thérapeutique qui est promulguée chaque jour, à Paris, par les médecins qui s'occupent de neurologie : 1° Les névroses convulsives, à la suite d'un traitement bromuré progressif et non discontinué, sont guéries dans la moitié des cas, et sensiblement améliorées dans un quart des cas; 2° le bromure de potassium doit être d'une grande pureté chimique et il ne doit être associé à aucun autre médicament.

Le bromure de potassium est presque introuvable à l'état de pureté chimique; aussi est-il resté entre les mains de quelques rares spécialistes. D'après ce que j'ai remarqué, le sirop de Henry Mure, qui s'exporte partout aujourd'hui, et que nous prescrivons beaucoup en Italie, est tout à fait en possession de la confiance publique. Je lui dois personnellement quelques beaux succès dans ma pratique, et, en particulier, la guérison du fils d'un de nos plus savants confrères, atteint d'épilepsie depuis l'âge de 7 ans. Ce jeune homme est actuellement élève en médecine et n'a rien éprouvé à partir de 1879.

Le sirop de Henry Mure n'est pas seulement la ressource enviée et suprême des épileptiques; mais il conduit, à ma connaissance, à des résultats très précieux contre l'hystéro-épilepsie, l'hystérie et la chorée. Nous avons peut-être à nous reprocher de n'avoir pas mis ces malades en traitement pendant des siècles et de les avoir un peu trop abandonnés à eux-mêmes. Le remède est maintenant à côté du mal. A Milan, à

©BIU Santé

Florence, à Rome et à Naples, nous avons tout à fait accepté la méthode française, et nous nous en trouvons bien.

Un médecin distingué de Londres, en rendant compte l'an dernier du congrès de Copenhague, a émis à ce sujet l'opinion si autorisée que voici : « A l'étranger, dit-il, la fantaisie s'est malheureusement introduite dans la thérapeutique des névroses convulsives. On s'est mis, par exemple, sous le prétexte que le bromure de potassium réussissait très bien, à imaginer des associations malencontreuses de bromure de potassium avec la belladone, le camphre, le zinc, le fer, la picrotoxine, l'arsenic ou le chloral ; on a substitué au bromure de potassium primitif le bromure de sodium, le bromure de cadmium, d'ammonium, de calcium, de lithium, de fer, d'argent, de cuivre ou d'or, et l'on a enfin proposé une association de plusieurs bromures, des tribromures ou des polybromures ! Le plus grand désordre règne dans ces travestissements d'un médicament hors ligne, si justement appelé par Gubler le sulfate de quinine des névroses convulsives.

Il est bien démontré aujourd'hui que le bromure de potassium est d'autant plus actif qu'il est administré seul, et qu'il est d'autant moins efficace qu'il est associé à un autre médicament, même à un autre bromure alcalin. Que l'on prescrive, en effet, du bromure de sodium ou d'ammonium à un épileptique ou à un hystérique, et l'on n'arrive qu'à un résultat absolument négatif. A quoi bon alors associer deux substances inertes à un médicament des plus actifs ? »

Le sulfate de quinine se prescrit seul, les sels mercuriques se prescrivent seuls, et tous les médicaments héroïques se prescrivent seuls. Les associations laissent une prise énorme au hasard et à l'inconnu, et elles constituent des produits bâtards et sans sanction.

Croit-on que le sirop de Henry Mure serait parvenu, dans le traitement des névroses convulsives, à un succès aussi considérable dans le monde entier, s'il eût été capricieusement composé d'agents divers ? En aucune façon. Les médecins de tous les pays savent que ce sirop renferme un bromure de potassium exceptionnellement pur, que chaque cuillerée à bouche contient mathématiquement deux grammes de sel, que cette préparation a déterminé des guérisons partout, et ils la prescrivent avec une entière confiance. Tout le secret est là.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 5 décembre 1885.

Dans notre Bulletin du 17 décembre, nous avons mentionné les prix dont M. Proust a parlé dans son discours. Nous donnons aujourd'hui la liste intégrale des récompenses accordées par l'Académie, au milieu desquelles nous sommes heureux de voir figurer plusieurs de nos amis : Léon Tissier, Lœwenberg, Babinski, Gilbert.

Les deux derniers ont eu les honneurs d'une allocution spéciale et toute charmante de M. le président Bergeron, qui a tenu à féliciter personnellement cette année les lauréats des prix Laval et Oulmont.

PRIX DE 1885.

Prix de l'Académie. — Question proposée : Des corps étrangers dans les articulations. — Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

L'Académie accorde le prix à MM. Poulet et Vaillard, médecins-majors, professeurs agrégés à l'École du Val-de-Grâce, auteurs du travail inscrit sous le n° 2.

Prix Amussat. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auraient réalisé ou

© BIU Santé

préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il était de la valeur de 1,000 francs.

Un seul mémoire a été présenté. Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Barbier. — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (Extrait du testament.) Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Ce prix était de la valeur de 2,000 francs. Cinq mémoires ont été présentés au concours.

L'Académie accorde : 1° le prix à M. le docteur Leloir, auteur du travail inscrit sous le n° 3, intitulé : *Études dermatologiques;* 2° une mention honorable à M. le docteur Paul Gibier.

Prix Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, doit être décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il n'était pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; étaient seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne devait pas être partagé; si, une année aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs devait être reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs pouvait être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun. Huit ouvrages ont été adressés pour ce concours.

L'Académie accorde : 1° le prix à M. le docteur Quinquaud, médecin à Paris, auteur du travail inscrit sous le n° 5, ayant pour titre : *Les altérations du sang dans les maladies;* 2° une mention honorable à M. le docteur Redard (de Paris).

Prix Capuron. — Question proposée : Altérations du placenta; leur influence sur l'état du fœtus; applications médico-légales. — Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Un seul mémoire a concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une récompense de 300 francs à M. le docteur Brégnat, médecin à Fleury-sur-Andelle (Eure), auteur de ce travail.

Prix Civrieux. — Question proposée : De l'hémichorée et de ses rapports avec les affections cérébrales. — Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Un seul mémoire a été présenté au concours.

L'Académie accorde le prix à M. Bidon, chef de clinique à l'Ecole de médecine de Marseille, auteur de ce travail.

Prix Daudet. — Question proposée : De l'actinomycose. — Les auteurs devaient présenter des observations originales recueillies en France. Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Aucun mémoire n'a été adressé pour ce prix. L'Académie remet la même question au concours.

Prix Desportes. — Ce prix, de la valeur de 1,500 francs, devait être décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pouvaient, en outre, être accordées aux auteurs d'ouvrages de même nature. Quinze mémoires ont été présentés au concours.

L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde : 1° une récompense de 500 fr. à M. Léon Arduin, pour son mémoire intitulé : *Contribution à l'étude thérapeutique et physiologique de l'antipyrine;* 2° une récompense de 500 francs à M. Gingeot, pour son travail sur *le traitement rationnel de l'affection furonculeuse;* 3° une récompense de 500 fr. à M. Roux, médecin à Paris, pour son *Etude sur deux principes amers* (*absinthe et colombine*); 4° une mention honorable à M. Paul Gagny, vétérinaire à Senlis (Oise).

Concours Vulfranc-Gerdy — Le legs Vulfranc-Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France et de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert chaque année devant l'Académie de médecine.

L'Académie a accordé à M. Omont, attaché à l'hôpital de Versailles en 1883, la somme

©BIU Santé

de 6,000 francs, avec mission d'aller étudier les eaux minérales du Caucase. En 1884, conformément à l'article 8 du règlement, la Compagnie a versé à M. Omont une somme de 1,500 francs, et l'a chargé d'observer les malades traités à l'établissement thermal de Dax (Landes).

Prix Godard. — Ce prix, de la valeur de 1,000 francs, devait être décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe. Six mémoires ont concouru.

Le prix est accordé à M. le docteur Léon Tissier, pour son ouvrage inscrit sous le n° 3, ayant pour titre : *De la castration de la femme en chirurgie.*

Prix de l'hygiène de l'enfance. — Question proposée : Rechercher quels peuvent être les rapports de la syphilis et du rachitisme dans la première enfance. Ce prix était de la valeur de 1,600 francs. Trois mémoires ont été adressés à l'Académie pour ce concours.

Il n'y a pas lieu de décerner le prix. La même question sera remise au concours pour 1886.

Prix Itard. — Ce prix, qui est triennal, devait être accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages pussent subir l'épreuve du temps, il était de condition rigoureuse qu'ils eussent au moins deux ans de publication. La valeur de ce prix était de 3,000 francs. Six ouvrages ont concouru.

L'Académie accorde un prix de 2,500 francs à M. le docteur Lœwenberg (de Paris), pour son ouvrage sur *les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, leur influence sur l'audition, la respiration et la phonation, leur traitement.* Une mention honorable, avec une somme de 500 francs, est ensuite accordée à MM. Despine et Picot.

Prix Laval (1,000 francs). — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

L'Académie accorde le prix à M. Babinski, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Sur les arrérages de cette rente, l'Académie décerne un prix de 2,000 francs à M. Collin, pharmacien à Colombes (Seine), pour son *Mémoire sur l'application du microscope à l'étude des sciences médicales* (écorces officinales, fruits et graines, racines et rhizomes).

Prix Oulmont (1,000 francs). — Ce prix sera donné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat.

L'Académie décerne le prix à M. Gilbert, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Prix Portal. — Question proposée : Des causes et de la nature de l'angine de poitrine. — Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Huit mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Liégeois, médecin à Bainville-aux-Saules (Vosges), auteur du travail inscrit sous le n° 3.

Trois mentions honorables sont en outre accordées à MM. les docteurs Gélineau, de Blaye (Gironde); Antony Martinet (de Paris); Gauthier (Gabriel), à Charolles (Saône-et-Loire).

Prix Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de « médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, « destiné à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne à « la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des « terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne devait être donné que lorsque les expériences auraient été répétées par la commission académique.

L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

Prix Stanski. — Ce prix, qui est bisannuel, devait être décerné à celui qui aurait démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine n'avait pas trouvé un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle pouvait l'accorder à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aurait le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.) Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.

Aucun concurrent ne s'est présenté.

Prix Vernois. — Ce prix, qui est unique et annuel, devait être décerné au meilleur travail *sur l'hygiène*. Il était de la valeur de 800 francs.

L'Académie décerne : 1° le prix à M. Schindler, pour son mémoire sur *l'alimentation variée dans l'armée*.

2° Trois mentions honorables sont accordées à MM. Du Mesnil, Miquel, Redard.

Service des eaux minérales. — Médailles accordées à MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales. (Voy. n° 50, p. 824.)

Service des épidémies. — Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies. (Voy. n° 50, p. 824.)

Service de l'hygiène de l'enfance. — La somme de 2,000 francs, mise annuellement à la disposition de l'Académie de médecine, par M. le ministre de l'intérieur, est destinée à récompenser les meilleurs mémoires adressés à la Compagnie sur l'hygiène des enfants du premier âge.

L'Académie accorde : 1° *Médailles d'or*, à MM. les docteurs Gibert (du Havre), Sagnier (la Grand'Combe).

2° *Médaille de vermeil*, à M. le docteur Foville.

3° *Médailles d'argent*, à M. le docteur Séjournet, M. Métérié, MM. les docteurs Capelle, Gassot, Diard, Claisse, Carassus, Regnoul.

4° *Rappel de médaille d'argent*, à M. le docteur Zinnis (d'Athènes).

5° *Médailles de bronze*, à M. le docteur Sordes, de Tarare (Rhône) ; M. Sourd (Nièvre).

6° *Mention honorable :* M. le docteur Radou.

FORMULAIRE

Sirop contre les dermatoses arthritiques. — Bazin.

Bi-carbonate de soude.....	10 grammes.
Sirop de saponaire.....	500 —

Faites dissoudre. — Une cuillerée à soupe, matin et soir, dans une tasse de tisane amère, pour combattre les dermatoses arthritiques. — Pendant les repas, on coupe le vin avec de l'eau de Vichy, lorsque l'arthritis est accompagnée de glycosurie ; on prescrit l'eau de Royat et de Lamalou aux sujets débilités, celle de Contrexeville aux malades qui ont de la gravelle. — L'iodure de potassium est indiqué dans le cas de dermatoses arthritiques compliquées d'asthme humide. Enfin s'il y a complication de rhumatisme, de goutte ou de névralgie, on peut recourir avec avantage à l'acide salicylique ou au salicylate de soude, au sulfate de quinine et au colchique. — N. G.

ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DU Dr FÉLIX ROUBAUD

ET

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE L'*UNION MÉDICALE* RÉUNIS

ANNÉE 1886

Contenant les noms, prénoms, titres et adresses de tous les docteurs, officiers de santé et pharmaciens de France.

On souscrit en envoyant un mandat de poste de 4 francs ou 4 francs en timbres-poste aux Bureaux de l'Union Médicale, rue de la Grange-Batelière, 11.

©BIU Santé

COURRIER

Concours. — Le concours pour l'internat en médecine dans les asiles d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne, Ville-Évrard, Vaucluse, Villejuif, Infirmerie spéciale près le dépôt de la préfecture et Maison nationale de Charenton) vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires, MM. Baudouin, Jondeau, Journiac, Klein et Barthomeuf;
Internes provisoires, MM. Arnaud, Landrieu, Houeix de La Brousse, Paterne et Fournier.

Académie des sciences. — L'Académie des sciences a voté une mention honorable de 1,500 francs (concours du prix Bréant), pour ses recherches sur l'épidémie cholérique dans les hôpitaux de Paris en 1884, àM. Émile Rivière, déjà lauréat de l'Institut au mois de février dernier, pour ses travaux d'antropologie et de paléontologie.

— Notre vénéré confrère, le professeur Stolz, l'éminent doyen honoraire de l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg et de la Faculté de Nancy, vient de célébrer à Andlau (Alsace), où il s'est retiré depuis quelques années, le 82e anniversaire de sa naissance. Il a reçu de toutes parts de nombreuses félicitations.

Souscription pour le portrait d'Ernest Baudrimont. — Tous les élèves de l'École de pharmacie de Paris connaissent la magnifique collection de portraits qui ornent la salle des actes de cette école.

Depuis les temps les plus reculés, il est d'usage de conserver sur cette muraille les traits des hommes éminents qui ont participé à l'enseignement de notre art.

La salle de réunion des professeurs est aussi ornée de quelques beaux portraits des derniers maîtres disparus : Bussy, Buignet, Orfila, etc.

Quelques amis d'Ernest Baudrimont ont pensé que tous ses anciens élèves seraient heureux de contribuer à lui assurer une place dans ce Panthéon des grands hommes de la pharmacie. Pour atteindre ce but, une souscription est ouverte. Les dons seront reçus à la Pharmacie centrale de France et chez MM. Chevrier, pharmacien, faubourg Montmartre, n° 21, et Gendron, pharmacien, boulevard Beaumarchais, n° 38 *bis*.

La variole a Montréal. — Les adversaires de la vaccine triomphent au Canada. A Montréal sévit en ce moment une épidémie grave de petite vérole. Comme en 1870-71, la maladie frappe de préférence les Canadiens français catholiques, et respecte les protestants d'origine anglaise, par cette seule raison que ces derniers se font généralement vacciner.

L'*Union médicale du Canada* constate que la population est encouragée dans sa résistance aux mesures prophylactiques par des médecins de faubourg et des municipalités.

La variole continue ses ravages à Montréal. D'après le rapport officiel du docteur Laberge, officier de santé, le chiffre de la mortalité (Montréal et banlieue) s'est élevé à 354 pour la semaine terminée le 29 octobre. Il est de la dernière évidence que nous en avons pour tout l'hiver et même davantage. Dans un an, la population montréalaise pourra être divisée en trois classes : les *variolés*, les *vaccinés* et les *vaccino-variolés*.

(*Union médicale du Canada.*)

Asthme, suffocation, traités avec succès par les **Tubes Levasseur**, échantillon gratis, a la pharm. Robiquet, 23, rue de la Monnaie, Paris, ou chez l'inventeur, 7, rue du Pont Neuf.

MM. les médecins sont priés de lire le *Supplément* qui les intéressera.

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 fr. 50.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Hardy : De l'herpès fébrile. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — III. Thèses de doctorat. — IV. Courrier.

HOPITAL DE LA CHARITÉ

De l'herpès fébrile

Leçon clinique de M. le professeur HARDY

Recueillie et publiée par le docteur Armand Siredey.

Messieurs, je viens d'appeler votre attention sur un malade de la salle Saint-Charles que je vous avais déjà présenté la semaine dernière.

C'est un jeune homme de 17 ans, qui est entré à l'hôpital mercredi dernier avec des accidents qui pouvaient faire songer à une fièvre typhoïde. Il se plaignait d'une vive céphalalgie, d'un malaise général intense, de douleurs vagues dans les membres, d'abattement, d'inappétence. La température rectale était de 39°8. Le malade n'avait pas de diarrhée, on ne constatait pas de taches rosées sur l'abdomen ; mais le début de l'indisposition remontant au dimanche précédent, c'est-à-dire à quatre jours, nous n'avions le droit de tirer aucune conclusion de l'absence de ces taches. Cependant une analyse minutieuse des symptômes me faisait éliminer, dès ce moment, le diagnostic de fièvre typhoïde.

Le malade était couché sur le côté, la tête appuyée sur le bras replié, sa physionomie n'exprimait nullement la stupeur. Il parlait facilement, répondait de la façon la plus nette, et allait quelquefois au devant des questions qui lui étaient adressées. La céphalalgie n'avait pas le caractère de généralité et la répartition symétrique qu'elle présente habituellement dans la fièvre typhoïde. Elle se localisait au côté gauche de la région frontale, irradiant principalement sous la forme d'élancement vers les branches du nerf ophthalmique, et offrait plutôt l'aspect d'une douleur névralgique.

L'urine contenait une quantité notable d'indican, mais on n'y trouvait ni albumine ni acide urique en excès. Enfin, le pouls atteignait 110 à 112 pulsations, se rapprochant ainsi de la température, à l'inverse de ce que je vous ai fait constater si souvent au début de la fièvre typhoïde.

Ces diverses considérations me permirent d'affirmer qu'il ne s'agissait pas là d'une dothiénentérie, et que nous étions bien plutôt en présence d'une de ces fièvres éphémères, mal caractérisées, mal définies, que l'on désigne sous le nom d'embarras gastriques, de grippes ou de fièvres synoques, suivant que prédominent les troubles gastro-intestinaux, le catarrhe des voies respiratoires ou l'état fébrile sans localisation spéciale. Je prescrivis la poudre d'ipéca. Le lendemain, la fièvre diminuait, l'appétit revenait, et le cinquième jour de la maladie, samedi, la température descendait au-dessous de la normale, je vous montrai le malade à peu près guéri. Mais, ce jour-là même, nous pûmes constater un phénomène intéressant ; le malade portait sur les ailes du nez et à la lèvre inférieure de petites taches rouges peu étendues, sur lesquelles se distinguaient de petites vésicules accuminées, luisantes, remplies d'une sérosité transparente. La chute de la fièvre s'accompagnait donc de l'apparition d'herpès au pourtour des narines.

©BIU Santé

Ce matin, il ne reste plus sur ces points que de petites taches rougeâtres qui desquament et de très petites croûtelles à la place des vésicules.

L'histoire du malade se résume donc en ces deux termes : *fièvre synoque et apparition d'herpès au moment de la convalescence.*

Le fait n'a certes rien d'extraordinaire; il est, au contraire, des plus communs, et c'est à cause de sa fréquence que j'ai tenu à vous en parler aujourd'hui, et que je n'ai pas voulu perdre l'occasion de vous entretenir de l'*herpès fébrile*.

Tout d'abord, Messieurs, l'expression d'*herpès* me paraît mériter quelques critiques. Ce mot dérive du grec, ερπειν, qui veut dire ramper.

Les auteurs anciens comprenaient sous le nom d'herpès toutes les maladies chroniques de la peau qui avaient de la tendance à s'étendre, à gagner de proche en proche. Cette interprétation avait l'inconvénient de réunir dans un même groupe les affections les plus diverses. Aussi, Willan chercha à restreindre le sens du mot, en appuyant sa définition sur des caractères purement anatomiques. Il assigna le nom d'herpès à une éruption constituée par des vésicules développées sur une tache rouge. Il admit ainsi plusieurs variétés : l'herpès phlycténoïde, l'herpès zoster, l'herpès circiné, l'herpès labialis, l'herpès préputialis, l'herpès iris.

Or, cette classification de Willan ne peut plus être acceptée, et il est aujourd'hui reconnu que presque toutes les maladies qu'il avait réunies sous le nom d'herpès sont de nature différente.

L'*herpès circiné* est une maladie parasitaire, contagieuse, en rapport avec l'évolution d'un champignon bien connu actuellement, le trichophyton.

L'*herpès iris* n'est qu'une des variétés de l'érythème, c'est la forme vésiculeuse de cette maladie si heureusement appelée, par Hebra, *érythème polymorphe*.

L'*herpès zoster* est une maladie tout à fait spéciale, qui emprunte à sa localisation, à sa pathogénie, une physionomie particulière, et mérite une description personnelle que je n'entreprendrai pas aujourd'hui.

L'*herpès preputialis* est loin d'être parfaitement défini, et je crois que la plupart des éruptions génitales, englobées sous cette qualification, appartiennent bien plutôt à l'eczéma. Il s'agit, vous le savez, de ces petites vésicules qui apparaissent sur le prépuce, au pourtour du gland, laissent à leur place de petites ulcérations recouvertes d'enduits pultacés ou pseudo-membraneux, et qui sont souvent prises pour des chancres. Or, la répétition de ces accidents chez les mêmes individus, leur coïncidence avec l'eczéma, ou les alternances qu'ils offrent quelquefois avec cette dernière maladie, me paraissent des arguments sérieux en faveur de l'opinion que j'émettais plus haut, que l'herpès préputial n'est qu'un eczéma du prépuce et du gland.

L'*herpès phlycténoïde* ne se distingue du zona que par sa confluence, par les dimensions exagérées de ses éléments.

Seule, la description donnée par Willan, de l'herpès *labialis*, répond parfaitement à l'idée que nous avons aujourd'hui de l'herpès ; toutefois, l'épithète de *labialis* me paraît bien peu justifiée, puisqu'elle est basée sur une localisation qui n'a rien d'absolu, et vous savez tous que l'herpès se rencontre aussi bien ailleurs que sur les lèvres.

Mais ce n'est pas seulement contre la classification de Willan que vous devez être en garde, et contre la dénomination d'herpès, appliquée à des

©BIU Santé

maladies très différentes. Je dois encore vous signaler une confusion qui existe dans le langage usuel. C'est que, si le nom d'*herpès*, malgré l'abus qu'on en fait, se rattache au moins à une lésion anatomique assez précise, il n'en est pas de même de l'adjectif *herpétique*, qui en dérive. Celui-ci a conservé, dans la langue médicale courante, le sens que lui attribuaient les anciens. Il est resté à peu près synonyme d'affection dartreuse. Sous le nom de maladies herpétiques, on désigne communément certaines affections chroniques de la peau, et on a même admis une diathèse herpétique qui n'a rien à voir avec l'herpès véritable.

Il serait donc à désirer que la terminologie fût débarrassée de ces nombreux germes de confusion, et que la dénomination d'herpès correspondît à une affection mieux définie. Pour moi, je ne désigne sous le nom d'herpès que la variété qui se rapporte à l'*herpès labialis* de Willan, quel que soit d'ailleurs le siège de la lésion. En effet, vous rencontrerez l'herpès sur les ailes du nez, sur les joues, sur les paupières, sur les oreilles, en un mot sur toute la face, ce qui justifie dans une certaine mesure, l'expression de herpès facialis (Hébra). J'ajouterai toutefois que si cette appellation élargit le cadre de Willan, elle ne suffit pas encore à tous les cas, puisque l'on peut rencontrer l'herpès ailleurs qu'à la face, sur le cou, sur les cuisses, sur les organes génitaux, par exemple, etc.

Quoi qu'il en soit de toutes ces considérations préliminaires, je vais maintenant vous entretenir exclusivement de la maladie que je désigne sous le nom d'*herpès fébrile*.

Cette affection est constituée anatomiquement par une lésion de la partie superficielle du corps muqueux de Malpighi. Les cellules épithéliales sont légèrement distendues par de la sérosité ; elles se rompent, et par leur réunion il se forme de petites vacuoles qui se remplissent de cette sérosité à laquelle se réunissent par diapédèse quelques leucocytes et quelquefois même des hématies. Cet exsudat soulève la couche cornée et la vésicule est constituée. D'abord transparente, claire, celle-ci devient louche, puis purulente ; elle prend quelquefois une teinte légèrement rougeâtre, saignante. Après deux ou trois jours, la sérosité purulente ou sanguinolente se résorbe en partie ou s'écoule au dehors par une légère fissure, et il reste à la place de la vésicule une petite croûte grisâtre ou noirâtre. Quand cette croûte est tombée, il persiste pendant quelques jours une petite tache rouge qui ne tarde pas à disparaître elle-même, quand l'épiderme a repris sa coloration normale au contact de l'air.

Ces considérations anatomiques vous indiquent les caractères objectifs de l'herpès : on voit apparaître d'abord une petite tache rouge, arrondie ou allongée, sur laquelle on distingue bientôt de fines vésicules accuminées, brillantes, qui suivent la marche que je viens de vous indiquer.

Cette éruption se montre habituellement sur les lèvres, et de préférence sur la lèvre supérieure, près de la commissure, mais on la rencontre presque aussi fréquemment sur le bord des ailes du nez ou vers le sillon nasogénien. D'ailleurs les joues, le front, les paupières, les oreilles, peuvent également être le siège de l'éruption. Comme je vous l'ai déjà dit, l'herpès se montre aussi, mais bien plus rarement, sur les cuisses, sur les organes génitaux, principalement chez les femmes.

Quel que soit son siège, l'herpès présente de très grandes variétés au point de vue de la confluence de l'éruption et de son étendue. Tantôt il existe à la fois de nombreuses plaques d'herpès sur les lèvres, sur le nez,

©BIU Santé

et chez les femmes sur les diverses parties de la vulve. Tantôt, au contraire, on distingue à peine sur les ailes du nez, au pourtour de l'orifice buccal ou en quelque autre endroit, deux ou trois points rouges très limités sur lesquels on reconnaît les vésicules caractéristiques.

C'est à peine si l'éruption est accompagnée de quelque phénomène local subjectif, une légère cuisson, un peu de chaleur ou de démangeaison ; le plus souvent, le malade ne constate l'existence de l'herpès qu'en se regardant dans une glace ou en touchant avec le doigt la partie malade. Mais il n'en est pas de même des phénomènes généraux : en effet, l'éruption est presque constamment précédée par un mouvement fébrile plus ou moins intensé, et dont la durée ne saurait être fixée d'une façon précise. Quelquefois la fièvre est très accusée, l'élévation de la température, la fréquence du pouls semblent répondre aux types les plus graves des maladies infectieuses.

On observe d'ailleurs en même temps de la céphalalgie, de l'abattement, des nausées et quelques troubles digestifs. On a même signalé des accidents nerveux d'une certaine gravité. Mais, circonstance importante à noter, assez souvent l'apparition de l'herpès coïncide avec la cessation de la fièvre et avec une brusque détente dans les symptômes généraux. C'est ce qui avait porté les anciens à considérer l'herpès comme un phénomène critique dans certaines maladies. Il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. Il est assez fréquent de voir l'herpès apparaître au milieu de la période fébrile, et celle-ci persiste durant toute l'évolution de la lésion cutanée. Dans la pneumonie, par exemple, l'apparition de l'herpès ne semble exercer aucune influence sur la marche du processus fébrile et sur les phénomènes locaux et généraux de la maladie.

Dans d'autres cas, la fièvre est peu marquée, l'élévation de la température est à peine sensible, mais il existe presque toujours un peu de malaise, de l'insomnie, quelques horripilations, suivies de transpirations, en un mot un mouvement fébrile si léger qu'il soit.

Chez les femmes, l'herpès coïncide quelquefois avec les règles, il peut siéger aux organes génitaux, sur les grandes ou les petites lèvres, mais il se rencontre plus souvent à la face, et l'une de ces localisations peut exister à l'exclusion de l'autre, ou alterner avec elle. Chez certaines femmes, il est habituel et se montre avec une régularité très remarquable, à chaque époque menstruelle ; c'est dans ces cas surtout qu'il ne donne lieu à aucun symptôme appréciable, les légers troubles de la santé qu'il occasionne se confondant avec ceux de la période cataméniale.

Chez d'autres femmes, l'herpès n'apparaît que d'une façon très irrégulière, il coïncide alors avec des menstrues plus pénibles et s'accompagne d'accidents généraux plus ou moins accentués. Dans tous ces cas, d'ailleurs, où l'herpès se trouve lié à ces fonctions physiologiques, il présente le plus souvent à la thérapeutique une résistance invincible.

Le docteur Lagout a signalé, il y a quelques années (en 1873), à la Société médicale des hôpitaux, 3 cas d'herpès malin. Il s'agit de malades ayant présenté une fièvre très vive sans localisation appréciable, et avec des accidents nerveux qui ont entraîné la mort, (délire, phénomènes ataxiques, etc.)

Le docteur J. Simon, de l'hôpital des Enfants, a cité à ce propos un cas analogue, où l'autopsie, pratiquée avec le plus grand soin, n'a permis de reconnaître aucune localisation anatomique de la maladie. Ces faits sont

© Santé

évidemment d'une interprétation difficile, mais ils diffèrent trop complètement de ce que nous enseigne l'observation quotidienne pour me faire accepter l'existence d'herpès malin, et me porter à croire que l'herpès puisse dans quelques cas, à lui seul, occasionner la mort. Dans les cas cités, il s'agissait probablement de maladies graves, avec herpès, comme cela se voit dans la pneumonie.

L'herpès est en général d'un diagnostic facile, on ne peut guère le confondre qu'avec le zona ou l'eczéma.

Le zona est, morphologiquement, identique à l'herpès. C'est la même lésion cutanée, le même élément fondamental. Mais, comme je vous l'ai dit, le zona se distingue de l'herpès commun par sa localisation, par sa marche et par les phénomènes névralgiques qui l'accompagnent.

Le zona siège d'un seul côté du corps : il suit régulièrement la distribution d'un nerf, et la diposition des plaques est constamment en rapport avec les rameaux nerveux de la région.

L'herpès, au contraire, se montre indifféremment sur la ligne médiane ou sur les parties latérales; l'éruption n'a rien de systématique; les plaques ne répondent nullement à la distribution des branches nerveuses.

Le zona s'accompagne de névralgies, et cet élément compte presque autant que l'éruption elle-même dans la symptomatologie de l'affection. On observe presque toujours, avant, pendant ou après l'herpès zoster, des douleurs névralgiques plus ou moins accusées.

L'herpès ne présente rien d'analogue; il n'y a pas de douleurs vives au niveau des plaques, et leur apparition ne provoque jamais de troubles nerveux dans le voisinage.

L'eczéma se distingue facilement de l'herpès par une foule de caractères : les vésicules de l'eczéma sont plus petites, plus confluentes que celles de l'herpès. En même temps, les plaques sont plus étendues, et l'inflammation du corps muqueux est plus franchement accusée. Les poussées d'eczéma s'accompagnent d'une rougeur très marquée de la peau, qui est en même temps le siège de cuissons, de brûlures, de vives démangeaisons; ces phénomènes font défaut dans l'herpès, ou sont infiniment moins accentués.

L'herpès constitue toujours une maladie simple, bénigne. La guérison est rapide, quels que soient le siège et l'étendue de l'éruption.

Le docteur Lagout a voulu déduire le pronostic du siège et de la marche de l'herpès. L'herpès qui occupe la lèvre supérieure, et évolue régulièrement, serait bénin; au contraire, celui qui survient à la lèvre inférieure ou en d'autres régions, aurait une gravité spéciale.

Je ne suis pas de cet avis : la gravité de l'herpès ne tient ni à sa forme, ni à son siège, ni à son étendue; elle dépend essentiellement de la maladie que l'herpès accompagne.

C'est qu'en effet, l'herpès est le plus souvent un phénomène secondaire, qui survient, comme je vais le dire, au cours de diverses maladies infectieuses ou autres.

Il est très fréquent dans la pneumonie, où sa présence constitue quelquefois un élément de diagnostic, quand il s'agit de pneumonies centrales, qui sont difficilement accessibles à l'auscultation. Il se rencontre surtout dans les pneumonies à forme typhoïde qui appartiennent au type infectieux, et, à ce point de vue, je ne méconnaîtrai pas la gravité que présente

©BIU Santé

dans quelques cas l'apparition de l'herpès, puisqu'elle coïncide plutôt avec les accidents graves de la pneumonie.

On l'observe également dans la méningite cérébro-spinale, où il a encore une réelle importance pour le diagnostic, mais sans qu'il soit de nature à éclairer le pronostic généralement très grave de cette affection.

L'année dernière, j'ai pu vous montrer un cas de méningite cérébro-spinale avec herpès, et j'ajoute que la maladie s'est terminée par la guérison.

On a signalé l'herpès dans la fièvre intermittente; il coïncide le plus souvent avec les accès de fièvre et peut récidiver à plusieurs reprises.

Dans la fièvre typhoïde, l'herpès s'observe rarement. Sa présence est considérée, en France, comme exceptionnelle dans cette maladie. Il n'en est pas de même en Allemagne et à Vienne. Griesinger et Hebra le décrivent parmi les symptômes habituels du typhus abdominal. Je crois que cette contradiction ne repose pas sur des variations dans la marche de la fièvre typhoïde en Allemagne et en France, mais bien sur la façon dont se fait le diagnostic de fièvre typhoïde dans les deux pays.

En Allemagne, on admet volontiers comme appartenant au typhus abdominal tous les cas de fièvre avec apparence typhoïde, sans localisation appréciable. On réunit ainsi à la fièvre typhoïde véritable, qui seule compte dans les statistiques françaises, ces nombreuses fièvres éphémères, ces embarras gastriques, ces grippes, qui n'ont ni la marche ni la gravité de la fièvre typhoïde, et qui s'accompagnent si fréquemment d'herpès. J'ajoute, en passant, que cette facilité de diagnostic me paraît également propre à expliquer la faible proportion de la mortalité dans la fièvre typhoïde en Allemagne, comparée à ce que nous observons chez nous.

Quoi qu'il en soit, de toutes les maladies, ce sont ces fièvres éphémères que nous rattachons à la grippe, à l'embarras gastrique ou à la synoque, qui comptent presque toujours l'herpès parmi leurs symptômes habituels. Et c'est pour ces cas surtout que nous voyons se justifier l'opinion des anciens qui faisait de l'herpès un phénomène critique. C'est généralement avec l'apparition de l'herpès que coïncide la détente que l'on observe dans les phénomènes généraux.

Il est des cas, d'ailleurs, où l'herpès semble avoir une importance prépondérante dans le développement de la maladie.

Vous connaissez tous, Messieurs, ces angines dans lesquels on voit les amygdales, les piliers du voile du palais et quelquefois même la cavité buccale recouverts de vésicules d'herpès. Trousseau et Bretonneau ont décrit ces affections sous le nom d'angines couenneuses communes, parce que les vésicules sont rapidement remplacées par un exsudat ayant l'apparence pseudo-membraneuse et que l'on confond souvent avec les productions de la diphtérie. Ce sont ces phénomènes qui ont été très complètement décrits par Gubler sous le nom d'*angine herpétique*.

Je dois dire que la première description de cette maladie est due en réalité à Willan, qui a parfaitement signalé ces localisations de l'herpès et tracé tous les symptômes de l'angine qui en est la conséquence.

Mais on est allé beaucoup plus loin : non seulement on a voulu faire jouer un rôle à l'herpès dans la production de certaines angines, mais on a voulu en faire une maladie spéciale, une sorte de fièvre éruptive.

Bazin avait déjà considéré l'herpès comme une sorte de pseudo-exan-

BIU Santé

thème. Plus récemment, Parrot a décrit la fièvre herpétique avec des manifestations analogues à celles des autres maladies infectieuses fébriles.

Pour moi, Messieurs, je ne puis accepter cette théorie. Si, dans quelques cas, les phénomènes généraux peu intenses semblent en rapport avec l'herpès, et pourraient prêter à cette interprétation, il ne faut pas oublier que nous voyons le plus souvent l'herpès apparaître au cours d'une maladie parfaitement définie : méningite cérébro-spinale, pneumonie, fièvre intermittente, grippe, etc.

Faudrait-il admettre deux variétés d'herpès, une forme banale, coïncidant avec toutes les maladies graves, et une forme idiopathique, spécifique, pouvant exister à l'état isolé? Je ne vois rien qui justifie une pareille division, et puisque nous voyons si souvent l'herpès apparaître comme la conséquence d'une maladie générale plus ou moins grave, je pense qu'il en est toujours ainsi, et si l'herpès ne reconnaît pas constamment pour cause une fièvre intermittente, une méningite cérébro-spinale ou quelque autre des grands processus infectieux, il est du moins imputable à une affection plus bénigne. Il existe, en effet, à côté de ces affections graves, un grand nombre de maladies éphémères encore mal caractérisées, et ce sont habituellement ces fièvres que l'on rencontre avant l'apparition de l'herpès. Je ne saurais donc considérer l'herpès comme une maladie primitive, c'est un épiphénomène banal qui peut survenir chaque fois que l'économie est troublée par un principe infectieux quelconque.

Aussi, rapprochant l'herpès de l'affection fébrile, quelle qu'elle soit, qui lui a donné naissance, j'ai l'habitude de désigner la maladie dont je viens de vous entretenir sous le nom d'*herpès fébrile*, seule dénomination qui tienne compte à la fois de la manifestation cutanée et de l'élément étiologique indispensable à sa production.

J'ajoute en terminant, Messieurs, que l'herpès fébrile n'exige pas de traitement spécial. N'oubliez pas qu'il s'agit d'un phénomène secondaire, épisodique, survenu au cours d'une maladie fébrile. Les symptômes généraux relevant de la maladie elle-même, c'est celle-ci que vous devez traiter, et, à ce point de vue, ne vous préoccupez pas de l'herpès, agissez comme s'il n'existait pas.

Contre l'éruption elle-même, il n'y a vraiment rien à faire. La lésion cutanée est superficielle, éphémère, son évolution naturelle la fera disparaître sans laisser de traces. Evitez donc les applications de pommades ou d'onguents dont l'action irritante peut prolonger ou aggraver l'herpès. Laissez les vésicules se flétrir, se dessécher, et veillez à ce que le grattage ne vienne pas enlever les croûtes et retarder la guérison. Pour diminuer les cuissons, le prurit, que cause l'éruption d'herpès, et surtout pour calmer l'impatience du malade, faites saupoudrer d'amidon les surfaces atteintes, mais évitez avec soin toute médication intempestive, et n'entravez pas la marche essentiellement bénigne de l'herpès fébrile.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 décembre 1885. — Présidence de M. Duplay.

Sommaire : Tumeur polykystique de l'ovaire récidivée et généralisée. — Rapport sur une observation d'ascite consécutive au développement de néoplasmes dans l'épiploon; ponction

©BIU Santé

par le sac d'une hernie inguinale. — Rapport sur diverses observations. — Rapport sur une observation intitulée : *Anévrysme diffus primitif; abcès; incision; tamponnement; guérison.* — Sur une forme rare d'épididymite syphilitique. — Présentation de pièce pathologique : Calcul enchatonné dans une vessie rétractée.

A propos du procès-verbal de la dernière séance et de la communication de M. Terrillon sur la récidive des kystes de l'ovaire, M. Terrier communique une observation dont la première partie a été publiée dans l'*Union médicale* du 23 mars 1884.

Le sujet de cette observation est une jeune fille qui fut adressée à M. Terrier, par M. le professeur Cornil, en mai 1883, pour être opérée d'une tumeur du ventre datant de deux à trois mois.

L'abdomen avait 81 centimètres de circonférence. A la palpation, dans la fosse iliaque gauche et l'hypogastre, on constatait l'existence d'une tumeur régulièrement arrondie, rénitente et fluctuante; l'utérus était remonté et dévié à droite.

La tumeur ne cessa de faire des progrès et, dans le courant de septembre, l'état général devint mauvais; il y eut des vomissements, de la diarrhée, un épanchement pleural à droite, du souffle cardiaque anémique et de la cyanose légère des extrémités; enfin, le 3 octobre, on constatait de la pleurésie sèche à gauche.

L'ovariotomie fut pratiquée le 16 octobre, avec le concours de MM. Berger, Just Championnière et Richelot. Elle montra que la tumeur était formée d'une foule de petites cavités kystiques, les unes du volume d'un pois, les autres plus petites. Toutes contenaient un liquide jaunâtre ou blanc grisâtre visqueux et muqueux. Sur les parties réséquées de l'épiploon, et surtout le long des vaisseaux, existaient de petites granulations grisâtres un peu plus larges que la tête d'une épingle.

L'examen histologique, fait par M. Malassez, révéla les caractères d'une tumeur comparable aux *tumeurs mixtes du testicule*, et formant comme un intermédiaire entre les kystes dermoïdes et les kystes mucoïdes. S'appuyant un peu sur ce qu'on observe dans les tumeurs polykystiques du testicule, dont cette tumeur ovarienne avait la structure, M. Malassez ne dissimula pas à M. Terrier ses craintes relativement à la possibilité d'une récidive. Ces craintes n'étaient que trop fondées, car, au mois d'octobre 1884, on constatait l'existence d'une tumeur dans le côté droit; puis, en février 1885, se manifestaient des accidents péritonitiques; le ventre, distendu, présentait des masses dures existant surtout à gauche. Vers la fin de mars apparaissait une tumeur au niveau d'une fistule ancienne résultant de l'ouverture d'un abcès. Il y avait des ganglions dans l'aine, et une hernie épiploïque inguinale ancienne durcissait et augmentait de volume.

L'état général étant redevenu mauvais, la malade entra pour la troisième fois à l'hôpital Bichat, où M. Terrier constata l'existence de tumeurs en diverses parties du corps indiquant la généralisation probable de la tumeur primitive. Cependant, dans le doute et pour tout tenter, il pratiqua la laparotomie le 16 juin 1885; la malade succomba au choc opératoire huit ou neuf heures après l'opération.

L'autopsie et l'examen histologique montrèrent qu'il s'agissait d'une récidive avec généralisation de la tumeur ovarienne, récidive qui s'était faite moins d'un an après la première opération.

M. Terrier insiste beaucoup sur ce fait que la gravité probable de la première tumeur enlevée n'avait été soupçonnée qu'après l'examen microscopique fait par M. Malassez. Ce dernier avait reconnu que la tumeur différait absolument des kystes ovariques ordinaires et qu'elle se rapprochait des tumeurs kystiques du testicule. Or, si les premiers sont d'ordinaire bénins, les secondes sont toujours malignes.

En fait, et contrairement aux conclusions de M. Terrillon, M. Terrier s'appuyant sur cette observation, pense que, dans certains cas, l'examen histologique permet de diagnostiquer la malignité d'une tumeur ovarique alors qu'elle paraît être un kyste des plus ordinaires.

M. Terrillon ne pense pas avoir été aussi affirmatif que veut bien le dire M. Terrier. Tout en admettant qu'au point de vue clinique, c'est surtout l'existence des végétations internes et externes qui constitue la plus forte présomption en faveur de la récidive des tumeurs kystiques de l'ovaire, M. Terrillon est d'accord avec M. Terrier pour penser que

BIU Santé

l'examen histologique bien fait donne les meilleurs caractères d'où il soit possible de tirer des indications certaines sur le point dont il s'agit.

— M. Chauvel fait un rapport sur une observation, de M. le docteur de Grandmaison, intitulée : « Ascite consécutive au développement de néoplasmes dans les épiploons; ponction par le sac d'une hernie inguinale. »

Appelé auprès d'un homme de 45 ans, atteint d'ascite consécutive à une tumeur probablement épiploïque, M. de Grandmaison pratiqua la paracentèse régulière. Mais l'épanchement se reproduit rapidement, et la ponction au lieu d'élection paraissant cette fois difficile et dangereuse à cause du développement de la tumeur accolée aux parois abdominales, M. de Grandmaison, voyant l'asphyxie imminente, se décide à ponctionner un vieux sac herniaire inguinal distendu par le liquide ascitique et ne contenant pas d'intestin. Deux fois, le chirurgien eut recours à cette petite opération, d'ailleurs simple et facile, qu'il pense avoir été le premier à pratiquer et qu'il recommande en cas pareil. Il conseille, dans le manuel opératoire, de pincer et de maintenir sur la canule tous les tissus, « sans oublier le sac herniaire », pour éviter l'infiltration du liquide dans le tissu cellulaire du scrotum.

— M. Le Dentu fait un rapport complémentaire sur un certain nombre d'observations adressées par M. le docteur Bruck, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Alger. Parmi ces observations, M. le rapporteur signale :

1° Un kyste ovarique multiloculaire ponctionné chez une femme enceinte de six mois, ponction qui fut suivie de la naissance d'un enfant vivant.

2° Une opération de taille pour l'extraction d'un calcul vésico-prostatique, suivie de guérisou.

3° Une observation de coup de hache ayant séparé le nez et une partie de la joue, guéri par la suture avec réunion immédiate sans difformité sensible.

4° Une observation de papillo-adénome de la voûte palatine opéré par l'écrasement linéaire; guérison.

5° Un cas rare de bec-de-lièvre commissural traité avec succès par l'avivement et le rapprochement au moyen de la suture.

6° Un groupe de cinq opérations de cataractes dont quatre suivies de succès.

7° Trois cas de tumeurs du sein dont un kyste laiteux, assez rare, et un épithélioma pavimenteux chez l'homme, avec examen histologique très soigné, etc.

8° Enfin M. Bruck a envoyé tout récemment à la Société de chirurgie un travail considérable intitulé : *Considérations générales avec notice historique sur les diverses méthodes de traitement de la chute de matrice.* Ce travail renferme un certain nombre d'observations propes à l'auteur et dans lesquelles ce chirurgien a traité et guéri plusieurs femmes atteintes de chute de matrice, soit en pratiquant l'opération de M. Léon Le Fort, soit au moyen de la colpo-périnéorrhaphie.

Après un éloge chaleureux des travaux adressés par M. Bruck, M. le rapporteur termine en proposant : 1° de publier dans les *Bulletins* des extraits, d'ailleurs très courts, des plus remarquables et plus intéressantes observations de M. Bruck, et de déposer les autres aux archives; 2° d'inscrire le nom de l'auteur dans un rang des plus honorables sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. (Adopté.)

M. Pozzi demande si la chute de l'utérus, dans l'observation de M. Bruck, traitée et guérie par la colpo-périnéorrhaphie, était une chute simple ou une chute par allongement hypertrophique de la partie sus-vaginale du col utérin (maladie de Huguier). Le cathétérisme utérin a-t-il été fait?

Cette remarque a une grande importance. En effet, l'expérience a démontré à M. Pozzi que la colpo-périnéorrhaphie, suffisante pour les chutes simples de la matrice, ne l'est pas quand cette chute est produite par l'hypertrophie sus-vaginale. En pareil cas, il faut pratiquer d'abord l'amputation du col, pour faire la colpo-périnéorrhaphie, si elle est nécessaire; à ce prix seul, on a un succès durable. M. Pozzi possède plusieurs observations qui prouvent cette proposition, qui a été développée dans la thèse, soutenue cette année par un de ses élèves, M. Laghiadès.

— M. Tillaux donnne lecture d'un rapport sur une observation lue devant la Société

©BIU Santé

de chirurgie par M. le docteur Houzel (de Boulogne-sur-Mer), intitulée : *Anévrysm diffus primitif, abcès, incision, tamponnement, guérison.*

Il s'agit d'un jeune garçon âgé de 11 ans, atteint de paralysie infantile et qu'on avait l'habitude de transporter d'un lieu à un autre en le prenant par dessous le aisselles.

Une tumeur du volume d'une mandarine apparut dans l'aisselle droite. MM. Houzel e Cazin, malgré les recherches les plus minutieuses, ne constatèrent aucun signe d'anévrysme et diagnostiquèrent un abcès. M. Cazin ouvrit cet abcès avec le bistouri et s'écoula un peu de pus. Mais ayant détaché quelques caillots qui remplaissaient la poche, un jet de sang rouge s'échappa tout à coup au dehors avec une grande violence. Introduisant immédiatement un doigt dans la plaie, M. Cazin ferma l'orifice du vaisseau qui était, sans doute, l'artère axillaire, pendant que M. Houzel comprimait la sous-clavière, puis ils bourrèrent énergiquement la poche avec des morceaux de serviette rempés dans du perchlorure de fer et fixèrent solidement le tampon à l'aide d'une bande embrassant le moignon de l'épaule. Le sang s'arrêta et tout danger immédiat fu conjuré. Mais que faire pour l'avenir? M. Tillaux fut appelé pour donner son avis.

Il s'agissait très probablement d'une déchirure de l'axillaire et d'une déchirure incomplète puisque les battements avaient été perçus dans la radiale avant l'ouverture de la poche. L'hémorrhagie allait-elle se reproduire à la chute du tampon? C'était à craindre et, d'ailleurs, la compression de l'aisselle ne pouvait être prolongée longtemps ave une pareille vigueur sans provoquer la gangrène du bras, car on ne sentait plus les battements du pouls au poignet. Le bras était froid et l'enfant souffrait beaucoup.

M. Tillaux proposa d'enlever le pansement, et d'aller dans la plaie à la recherche de l'artère blessée ; mais, prévoyant de grandes difficultés, il prévint la famille de la gravité du cas et demanda ses coudées franches jusqu'à pouvoir désarticuler l'épaule, s'il le croyait nécessaire. Les parents effrayés et n'apercevant d'ailleurs aucun accident immédiat repoussèrent absolument toute espèce d'intervention et l'événement leur donna raison.

La compression devenue intolérable, fut enlevée le troisième jour, et les tampons laissés en place. Le bras se réchauffa peu à peu, les tampons se détachèrent successivement et la plaie finit par se cicatriser comme une plaie simple.

Ce fait vient s'ajouter à ceux déjà assez nombreux dans la science, où des anévrysmes diffus primitifs ne donnent souvent naissance à aucun signe spécial, et sont pris pour des abcès chauds. Dans ces cas l'orifice de communication du vaisseau avec la poche est très étroit, obturé par les caillots et la circulation continue à se faire dans le vaisseau blessé, ce qui explique l'absence de battements et du bruit de souffle. Le sang filtre peu à peu entre les caillots et les bords de l'orifice.

Mais les choses ne se passent pas toujours aussi favorablement que dans le cas de MM. Houzel et Cazin. La poche s'enflamme, s'ouvre spontanément, les caillots se détachent ; la plaie artérielle n'étant plus comprimée, fournit les hémorrhagies à répétition qui entraînent finalement la mort du malade, de telle sorte que la véritable méthode de traitement est toujours la ligature au-dessus et au-dessous de la poche préalablement ouverte.

M. le rapporteur propose : d'adresser à M. Houzel une lettre de remerciements, de déposer son travail aux archives et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant. (Adopté.)

M. Verneuil pense que le succès qui, dans ce cas, a suivi l'abstention, s'explique par le jeune âge du sujet et les conditions aseptiques du milieu, car c'est à la campagne que l'opération a été pratiquée. Dans d'autres conditions l'intervention eût été nécessaire.

— M. Paul Reclus communique un travail *sur une forme rare d'épididymite syphilitique.*

Il s'agit d'une tumeur du testicule qui, par un aspect particulier, en a imposé pendant plusieurs mois pour une lésion de nature tuberculeuse. Il a fallu pour rectifier l'erreur de diagnostic, la suppuration d'une gomme du testicule, le développement, en

BIU Santé

d'autres points du corps, d'accidents incontestables de vérole et l'efficacité du traitement spécifique.

Cette observation, dit M. Reclus, soulève plusieurs problèmes, dont un au moins lui semble résolu, c'est la suppuration possible du sarcocèle syphilitique, niée encore dans la plupart des traités de chirurgie. On sait maintenant, d'après les nombreux faits recueillis par M. Reclus, appuyés par ceux de MM. Terrillon, Guyon, Reynier, que les gommes profondes peuvent se ramollir; il se fait une ulcération plus ou moins large, mais jamais simplement fistuleuse comme dans la tuberculose; elle est située, dans la majorité des cas, non en arrière et en bas comme dans la tuberculose, mais directement en avant; enfin, au fond du cratère on aperçoit une substance jaune analogue au bourbillon de l'anthrax.

Le point vraiment intéressant de cette observation, est le mode de début du sarcocèle syphilitique, qui, à l'encontre de ce qu'on observe en général, a débuté par l'épididyme. Comme conclusion, M. Reclus pense qu'il est démontré par ce fait que : la syphilis, dans ses premiers mois, peut provoquer l'apparition d'une épididymite gommeuse, différente de l'épididymite circonscrite de Dron, par la diffusion des masses infiltrées.

— M. le docteur Quenu, chirurgien des hôpitaux, lit une observation intitulée : *Laparotomie pour étranglement interne, guérison.* Ce travail est renvoyé à l'examen de la Commission des titres.

— M. Polaillon présente une pièce relative à un calcul enchâtonné dans une vessie à parois extrêmement hypertrophiées et rétractées. La taille hypogastrique commencée par le chirurgien n'a pu être terminée parce que, d'une part, le cul-de-sac péritonéal descendait très bas devant la partie antérieure de la vessie, et que, d'autre part, le ballon de Petersen, au lieu de soulever la vessie, passait par dessus cet organe et l'appliquait encore davantage sur le calcul. Le malade guérit de son opération, mais il mourut deux mois après, d'accidents de pyélo-néphrite.

L'autopsie a fourni l'explication d'un fait qui avait paru inexplicable, étant donné le peu de capacité de la cavité vésicale, à savoir la possibilité d'injecter dans cette cavité jusqu'à 150 et 200 grammes de liquide. Elle a montré que les reins, les calices, le bassinet, les uretères et leurs orifices vésicaux étaient considérablement dilatés, de telle sorte que le liquide de l'injection refluait par les uretères jusque dans les reins. — A. T.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 10 au 25 décembre 1885.

Vendredi 11. — M. Heitz : Contribution à l'étude des éruptions bulbeuses. (Président, M. Fournier.) — M. Mullot : Du vertige auriculaire consécutif aux injections de liquide dans le conduit auditif externe. (Président, M. Lannelongue.)

Samedi 12. — Pas de thèses.

Lundi 14. — M. Morin : D'une variété d'exanthème observée dans l'embarras gastrique aigu fébrile. (Président, M. Vulpian.) — M. Leclerq : Maladies aiguës précédant ou accompagnant les débuts de la fièvre typhoïde. (Président, M. Potain.)

Mardi 15. — M. Chassin : Sur l'inoculation de la fièvre intermittente. (Président, M. Bouchard.) — M. Jardet : Des lésions rénales consécutives à la lithiase urinaire. (Président, M. Cornil.)

Mercredi 16. — Pas de thèses.

Jeudi 17. — M. Degail : Contribution à l'étude des polypes fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales. (Président, M. Richet.) — M. Blanc : Le nerf moteur oculaire commun et ses paralysies. (Président, M. Panas.) — M. Dieu : Du pseudo-lipome. (Président, M. Grancher.) — M. Ribbe : Étude sur l'ordre d'oblitération des sutures du crâne dans les races humaines. (Président, M. Grancher.) — M. Gaston-Gilbert : Tuberculose pulmonaire chronique chez les vieillards. (Président, M. Grancher.)

Vendredi 18. — M. Leval-Picquechef : Du pseudo-tabes. (Président, M. Charcot.)

©BIU Santé

— M. Martin du Magny : Contribution à l'étude de l'inoculation tuberculeuse che l'homme. (Président, M. Lannelongue.)

Samedi 19. — M. Paul Jean : Essai sur la syphilis précoce du rectum. (Président, M. Ball.) — M. Poupon : Pseudo-étranglements par péritonite primitive. (Président, M. Laboulbène.) — M. Dufouy : La rupture complète du cordon ombilical pendant le travail de l'accouchement. Causes, anatomie pathologique, considérations médico-légales. (Président, M. Brouardel,) — M. Alphandery : La thérapeutique morale et la suggestion. (Président, M. Brouardel.)

Lundi 21. — M. Cotton d'Englesqueville : Du délire toxique en général et du délire urémique en particulier. (Président, M. Hayem.) — M. Lesage : Du chancre par morsure. (Président, M. Fournier.)

Mardi 22. — M. Deseuche : De l'atrophie du triceps crural dans la fracture de la rotule. (Président, M. Le Fort.) — M. Boudin : Essai de diagnostic du volume fœtal (de la tête en particulier) au point de vue de la dystocie. (Président, M. Le Fort.)

Mercredi 23. — M. Cotton : Etude sur la résection du coude dans la tumeur blanche. (Président, M. Trélat.) — M. Delahousse : Contribution à l'étude des maladies chirurgicales du diaphragme. (Président, M. Lannelongue.) — M. Marciguey : Contribution à l'étude de la régénération des nerfs périphériques. (Président, M. Béclard.) — M. Guilain : Contribution à l'étude du traitement des abcès prostatiques et péri-prostatiques par l'incision périnéale. (Président, M. Guyon.) — M. Caravias : Traitement des collections purulentes du foie par incision large et antiseptique. (Président, M. Guyon.)

Jeudi 24. — M. Malibran : Contribution à l'étude des ectasies gastriques (Distension et dilatation de l'estomac.) (Président, M. G. Sée.) — M. Frémont : Pleurésies à signes pseudo-cavitaires. (Président, M. Cornil.)

COURRIER

École de médecine d'Alger. — M. Cochez, docteur en médecine, délégué dans les fonctions de chef de clinique obstétricale, est nommé chef de clinique obstétricale à ladite École.

M. Ramakers, docteur en médecine, prosecteur, est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Mouttet, dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté des sciences de Besançon. — M. Charbonnel-Salles, docteur ès sciences, est chargé du cours de zoologie, en remplacement de M. Joyeux-Laffuie, appelé à d'autres fonctions.

Mensuration des pieds chez les nouveau-nés. — La *Revue des sciences médicales* indique, d'après un journal allemand, un procédé étudié par Gonner, et qui peut avoir quelque intérêt au point de vue de l'obstétrique. Existe-t-il une proportion constante entre la dimension des pieds et le volume de la tête? La solution de cette question présente de l'intérêt dans les présentations du bassin. Une série de mensurations recueillies à la clinique de Bâle paraissent établir qu'on peut présumer les difficultés que présentera le passage de la tête d'après la longueur du pied de l'enfant. Il résulte des mensurations prises sur 100 nouveau-nés, qu'en général un pied mesurant 8 centimètres de longueur correspond au poids de 3,000 grammes de l'enfant et qu'au-dessus de 8 centimètres il faut s'attendre à trouver un enfant dépassant le poids moyen du fœtus à terme; on devra donc dans ce cas prévoir des difficultés particulières d'extraction. Lorsque le pied mesure moins de 73 millimètres, on a habituellement affaire à un fœtus qui n'est pas à terme. Ces résultats ont été obtenus sur des enfants de la classe ouvrière. L'influence de l'hérédité (professions, races) peut modifier sensiblement ces chiffres.

(*Lyon médical.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

© BIU Santé

Sommaire

I. Onimus : Aperçu général de l'action des courants électriques dans les affections cérébrales. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de médecine de Paris. — V. Variétés. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Aperçu général de l'action des courants électriques dans les affections cérébrales (1)

Par le docteur Onimus.

On croit généralement que toutes les affections du système nerveux ont pour base thérapeutique l'emploi des courants électriques, et cependant, sauf quelques maladies, parmi lesquelles nous comprenons naturellement toute la grande classe des paralysies, et surtout des paralysies périphériques, on s'est fait beaucoup d'illusions sous ce rapport. Nous ne voulons pas dire par là que l'électricité ne donne pas de bons résultats dans les affections nerveuses, mais son action est moins constante que dans d'autres maladies, dans celles du système musculaire, par exemple. D'un autre côté, on est trop disposé à compter sur son intervention plus ou moins « merveilleuse » pour guérir des affections incurables et qui progressent constamment, comme malheureusement c'est la caractéristique de beaucoup d'affections nerveuses.

Au lieu de suivre un classement ordinaire, nous diviserions volontiers les affections du système nerveux en trois grandes classes : 1° celle où l'on ne peut rien obtenir; 2° celle où l'on peut améliorer l'état anormal, mais où l'électricité n'a rien de spécial; et 3° celle où l'électricité guérit certainement et mieux que n'importe quel autre agent thérapeutique.

Dans la première classe, nous avons toutes les affections qui arrivent sans cause appréciable, et qui ont une marche progressive; dans la seconde, et surtout dans la troisième, nous avons les affections de cause extérieure ou accidentelle. Si nous considérons la lésion même, nous pouvons dire d'une façon générale que, dans les cas où la circulation et la nutrition ne présentaient primitivement rien d'anormal, ou du moins rien qui les empêchât de se faire normalement, s'il survient une altération anatomique, un ramollissement ou un épaississement sclérotique ou autre, en un mot une modification anormale sans autre raison qu'une disposition héréditaire ou organique, il n'y a guère d'espoir d'influer sur la maladie. Celle-ci est survenue pour ainsi dire au milieu de la santé; elle n'a pas eu de cause apparente, et il n'y a aucune raison pour qu'en rétablissant une circulation plus active et en stimulant la nutrition, il y ait un changement. La lésion s'est produite au milieu d'un état normal, sur quoi devra-t-on agir et comment modifier un élément anatomique qui, primitivement, n'avait aucune raison appréciable pour s'altérer? Peut-on agir sur la nutrition? Mais rien ne semble la contrarier. Sur la fonction? Mais elle subsistait parfaitement. Il y a donc là une sorte de fatalité organique, et l'électrothérapie reste presque toujours aussi impuissante que les autres agents thérapeutiques.

Parmi ces maladies, on peut citer comme typiques les diverses formes de l'atrophie musculaire progressive, la paralysie agitante, la sclérose en

(1) Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Électrothérapie.

©BIU Santé

plaques, certaines formes de myélite et même d'ataxie locomotrice, les crampes, les tics, etc.

Lorque, au contraire, la lésion est due à un accident, à un manque de la circulation, ou à un ralentissement de la nutrition intime, quelle qu'en soit la cause, pourvu qu'elle ait été passagère, on peut affirmer que tout au moins on améliorera la lésion. L'amélioration sera d'autant plus grande, relativement à la gravité de la lésion, que celle-ci dépendra plus d'une altération de la nutrition. Agir sur la nutrition intime, la provoquer, la stimuler et la forcer, pour ainsi dire, à s'entretenir, malgré les influences fâcheuses qui constituent la maladie, c'est là l'action toujours prépondérante des courants électriques.

Ainsi, les affections cérébrales qui sont justiciables de l'emploi de l'électricité, sont précisément celles-là seulement qui dépendent d'un trouble de la circulation. Mais, avant tout, il faut que nous sachions si l'on peut agir sur la circulation intra-crânienne, et comment on peut agir.

Avec des courants continus, grâce à leur diffusion, il est absolument certain qu'on agit sur la masse cérébrale, et, sans tenir compte des expériences physiologiques, les seuls phosphènes indiquent bien que le courant pénètre jusqu'au nerf optique, alors que les électrodes sont placées sur les côtés du front, ou bien même près de la nuque. Un autre phénomène facile à reproduire est le vertige qui survient lorsqu'on électrise la tête. Toutes ces impressions sont des preuves que l'électrisation du cou et de la tête agit sur le cerveau. Nous ne connaissons pas de médecins qui ait mis cette action en doute, même après les preuves purement cliniques données par Remak et Benedikt.

L'électrisation du ganglion cervical supérieur amène souvent des modifications de la pupille; nous l'avons vu, dans un cas de dilatation anormale, amener presque aussitôt un léger rétrécissement; mais, en général, c'est plutôt une dilatation qu'on observe (Erb, Mayer, Schmidt, Seeligmuller). Letourneau et Laborde ont parfaitement observé, chez des animaux dont le cerveau était mis à nu, que la circulation était modifiée par cette application.

Nous avons vu, à l'ophthalmoscope, la circulation devenir plus active sous l'influence de l'électrisation du ganglion sympathique du cou.

Au moment où l'on applique les rhéophores sur le cou, au voisinage des ganglions crâniens, on voit se produire sur les vaisseaux de la pupille un léger mouvement de contraction. Puis, peu à peu, on voit la circulation devenir plus considérable qu'à l'état normal, et cette augmentation est due à une plus grande fréquence, et mieux à une plus grande étendue des mouvements de dilatation et de resserrement des vaisseaux. En examinant bien attentivement le contour des vaisseaux, et surtout chez certaines personnes, on distingue nettement ces contractions péristaliques, et l'on voit les vaisseaux, selon le moment d'observation, être resserrés ou bien dilatés. C'est sans doute ce phénomène qui a fait croire à des médecins américains, et principalement à Beard, que l'application des courants électriques produisait le resserrement des vaisseaux lorsque ceux-ci étaient préalablement dilatés, et réciproquement leur dilatation, lorsque avant l'électrisation ils paraissaient contractés.

Si l'on examine un œil normal à l'éclairage latéral, on voit aussitôt sous l'influence de la lumière, la pupille se contracter. Si l'on maintient cet éclairage latéral, la pupille ne reste pas toujours dans le même état de contrac-

BIU Santé

tion, mais on voit se produire de petits mouvements presque imperceptibles de contraction et de dilatation. Ce sont ces mouvements qui sont rendus plus manifestes, lorsqu'on fait passer un courant continu sur les ganglions cervicaux supérieurs.

La pupille n'est donc jamais absolument immobile, et il y a comme une lutte entre les mouvements de dilatation et de resserrement ; et ce fait est encore bien démontré par le phénomène suivant, que nous avons observé plusieurs fois et qui démontre bien que, lorsqu'un des mouvements ne peut s'effectuer, c'est l'antagoniste qui alors s'exécute plus énergiquement. Si l'on examine à l'éclairage latéral un œil atteint de mydriase, on voit la pupille rester pendant une seconde environ sans subir aucun changement ; elle est sollicitée pendant ce temps à se contracter, mais elle n'y peut parvenir ; bientôt le mouvement antagoniste l'emporte et elle commence à se dilater assez notablement, et alors on observe une série de petits mouvements de contraction et de dilatation, mais jamais la contraction n'arrive au point où était la pupille avant d'être sous l'impression de la lumière. Si dans ces cas de mydriase, on électrise comme précédemment le grand sympathique, le mouvement de dilatation déterminé par l'influence de la lumière est rendu beaucoup moins sensible, parfois même imperceptible.

Avec Ch. Legros, nous avons vu également la différence d'action des courants continus, selon leur direction. Sur un chien robuste chez lequel nous avions trépané le crâne, *en mettant le pôle positif sur les portions du cerveau mis à nu, et le pôle négatif du côté du cou, il y avait un resserrement des vaisseaux et un léger affaissement du cerveau. Dans le sens contraire, il y avait une injection des capillaires et le cerveau faisait hernie à travers l'ouverture pratiquée sous la voûte crânienne.*

Cette expérience démontre donc que *la circulation cérébrale est modifiée différemment selon la direction du courant,* et que chaque fois qu'on veut agir sur la tête, et combattre une congestion, soit localisée, soit passagère, il est préférable de mettre le pôle positif sur le front et le pôle négatif du côté de la nuque.

Nous disons bien que le pôle négatif doit être mis sur la nuque, laissant de côté ici la question de direction en ce qui concerne le sympathique, et, si nous insistons, c'est que nous sommes ainsi en contradiction avec ce que recommandent Löwenfeld et Erb. Nous ne comprenons pas qu'il puisse y avoir une contradiction aussi grande, et qu'Erb ait pu écrire : Si vous voulez accélérer la circulation et élargir les vaisseaux, faites agir le pôle positif sur la partie malade ; si vous désirez le contraire, mettez le pôle négatif sur la partie malade (*Traité d'électrothérapie*, pag. 302). Il y a d'abord deux termes, « accélérer la circulation » et « élargir les vaisseaux », qui doivent être différenciés. Il se peut, et cela est même vrai, que la circulation soit accélérée près du pôle positif, mais jamais nous n'avons vu les vaisseaux être élargis ; partout et toujours, et cela chez tous les animaux et sur tous les tissus, nous avons vu et bien vu les vaisseaux être diminués près du pôle positif. Toutes les personnes qui voudront s'en donner la peine, et répéter plusieurs fois cette expérience assez facile, pourront constater les mêmes effets, et nous maintenons d'une façon absolue que c'est du côté du pôle négatif qu'a lieu l'élargissement des vaisseaux. D'ailleurs Erb reconnaît que cliniquement « il applique toujours le pôle positif par-devant sur la tête et que, d'après les travaux de Löwenfeld, il pencherait assez maintenant à faire ses applications dans la direction opposée. »

©BIU Santé

A notre avis, il faisait bien et il aurait tort de changer, d'autant plus que Neftel, qu'il cite lui-même, trouve également que le pôle positif appliqué par devant produit de meilleurs effets que le pôle négatif. L'opinion que nous combattons a peut-être la même cause que celle qui a fait dire à Remack que le pôle positif dilate les vaisseaux « parce qu'il rend la peau rouge; » mais cette action locale est bien loin d'être due uniquement au système vasculaire. Comme nous avons cherché à le démontrer, il faut tenir compte du réseau lymphatique et cela est si vrai qu'en même temps Remak ajoute qu'il y a une dépression de la peau.

Il est très important dans l'électrisation de la tête de ne jamais cesser l'électrisation d'une façon brusque, car on détermine sans cela des phosphènes, des vertiges et même quelquefois de la syncope. De plus, comme nous ne pouvons assez le répéter, il se forme aussitôt, après l'électrisation directe, des courants de polarisation, et l'action calmante et stimulante de la direction employée peut se transformer en une action plus excitante, si le courant de polarisation est trop prononcé. Aussi avec le collecteur, qui permet de diminuer sans secousses le nombre des éléments, on terminera la séance en employant un courant moins fort, et, ce qui est même préférable, on fera glisser très lentement le pôle positif sur la peau, en l'amenant peu à peu vers des régions moins conductrices, et en faisant ainsi, vers la fin de la séance, passer un courant beaucoup plus faible.

Dans quelques cas d'*anémie cérébrale* et d'*insomnie*, nous avons employé ce procédé, mais c'est surtout dans les cas d'*hémorrhagie cérébrale* qu'il est utile de faire de l'électrisation cérébrale. On place le pôle positif sur le front du côté de la lésion (fig. 39) et le pôle négatif sur la nuque, en faisant passer un courant qui peut aller jusqu'à 15 volts, mais en ayant soin, au commencement comme à la fin de la séance, de diminuer le courant par un des deux moyens que nous venons d'indiquer. La durée ne devra pas dépasser trois à quatre minutes, et on peut commencer ce traitement dix à quinze jours après l'attaque.

Dans des cas d'hémiplégie avec hémianesthésie de cause cérébrale, mais non par suite d'hémorrhagie cérébrale récente, on peut au moins pendant trois à quatre séances employer les courants induits, en faradisant, soit de grandes étendues cutanées (Rumpf), soit, comme l'a fait Merklen dans le service de Vulpian, en électrisant la peau de l'avant-bras à l'aide d'un courant faradique de grande intensité. Si, dès les premières séances, on n'obtient pas de résultat, il est tout à fait inutile de continuer ce mode d'électrisation.

Dans l'*hémianesthésie*, quelles qu'en soient la cause et la forme, on fera toujours bien d'employer une faradisation cutanée plus ou moins étendue.

On a employé l'électrisation par les courants continus dans les *affections mentales*, et Hiffelsheim cite plusieurs cas d'excitation cérébrale et même de ramollissement dans lesquels les courants continus ont donné de bons résultats. Baillarger mentionne la guérison de cas d'hallucinations qui duraient depuis plusieurs mois et qui entretenaient des conceptions délirantes. Luys les a employés dans quelques cas avec quelques avantages. Neftel et surtout Löwenfeld recommandent l'emploi de l'électricité dans les troubles cérébraux. Nous n'oserions les recommander dans tous les cas, mais nous croyons, d'après notre expérience personnelle, qu'ils conviennent chaque fois que les troubles ont pour cause une modification de la circulation. C'est ainsi que nous avons vu plusieurs fois la sédation et sur-

© BIU Santé

tout le sommeil succéder à une application de courants continus à travers la tête. Chez une malade du service d'Oulmont, nous avons pu ramener le sommeil alors que, depuis plusieurs jours, la malade était en délire, ne mangeant pas et ne dormant plus. Nous avions placé le pôle positif sur le front (10 volts) et le pôle négatif sur la nuque. Immédiatement après une électrisation de cinq minutes, la malade s'endormit d'un profond sommeil.

Cette tendance au sommeil, qui apparaît chez bien des malades chez lesquels on électrise le cerveau, est bien une preuve de l'action des courants continus sur la circulation cérébrale, et l'on peut dire que c'est là un des meilleurs indices de l'efficacité du traitement.

Dans l'*hydrocéphalie*, lorsque la maladie n'est pas trop ancienne, ni trop étendue, on peut obtenir quelques résultats en électrisant de la même manière la tête. Il en est de même dans les formes d'affections du cervelet et de la protubérance ou de la partie supérieure de la moelle, par exemple dans la maladie que nous avons proposé d'appeler *contracture pseudo-paralytique infantile*, et dont le docteur Launois a également publié quelques observations. Ces affections se trouvent un peu améliorées par l'emploi de courants continus appliqués sur l'encéphale.

Bénédidkt a publié des guérisons de la *paralysie labio-glosso-pharyngée*, ou du moins de cas s'en rapprochant. Erb a eu également des succès dans des affections un peu analogues, car ces formes peuvent varier à l'infini. Quant à nous, nous avouons n'avoir jamais obtenu d'amélioration sérieuse dans ces maladies.

Les courants induits du côté de la tête ne peuvent être employés que dans la *migraine*, et toujours par leur action dérivatrice. On promène les réophores secs sur le front et quelquefois sur la nuque. Les migraines sont si différentes de cause et de forme, qu'il est difficile de donner des préceptes précis, et que ce n'est que par l'expérience chez chaque malade qu'on peut savoir si l'on réussira, et lequel des courants est préférable, car souvent les courants continus réussissent là ou les courants induits ont échoué et réciproquement. Mais le précepte important, dans le traitement des migraines, c'est de ne pas employer de courants trop intenses; si l'on doit amener une guérison ou du moins une amélioration, on l'obtiendra aussi bien et mieux avec des courants faibles ou moyens, qu'avec des courants forts qui peuvent avoir de sérieux inconvénients du côté de la tête, et spécialement sur le nerf optique.

Quoi qu'il en soit, il est certain qu'on peut employer les courants électriques du côté de la tête et même à travers la tête, et cela non-seulement pour des affections périphériques de la tête, telles que des névralgies, des tics ou des paralysies, mais bien pour des affections de l'encéphale proprement dit. C'est un progrès réel, car, il y a quelques années, personne n'aurait osé faire ces applications, et, aujourd'hui encore, beaucoup de médecins et de malades ont une peur très grande de ces procédés. Nous pouvons affirmer qu'il n'y a absolument aucun danger à l'électrisation directe de la tête, à la condition que l'on ne provoquera pas de secousses et qu'on fera diminuer le courant peu à peu au moment de la cessation de l'électrisation.

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, par F. RILLIET et E. BARTHEZ; troisième édition, refondue et augmentée par E. BARTHEZ et A. SANNÉ. — Paris, 1885. F. Alcan.

Troisième édition d'un ouvrage fameux à juste titre dans la littérature médicale de ce siècle, ce livre est bien digne de ses aînés et des générations précédentes. Il possède de plus sur eux l'avantage d'être moderne ; car ceux-ci, malgré l'éternelle jeunesse qu'on dit appartenir aux chefs-d'œuvre, commencent à vieillir.

Certes, les deux premières éditions de ce traité magistral conservaient encore la place d'honneur dans les bibliothèques, et un rang élevé dans l'estime publique. Mais des ouvrages récents leur disputaient la place et, mieux au courant de la science contemporaine, les livres de MM. Archambault, Jules Simon, Descroizilles et autres, sont venus partager cette renommée.

Le survivant des deux auteurs de l'œuvre originale en a eu l'intuition ; aussi a-t-il voulu compléter celle-ci, la renouveler et, pour ainsi dire, la rajeunir en s'associant un collaborateur que ses travaux préparaient heureusement à supporter le poids de ce glorieux fardeau.

Elevé à l'école de M. Barthez, inspiré par son enseignement, pénétré de son esprit, M. Sanné était à même, comme on peut le constater, de conserver à l'ouvrage du maître sa physionomie originale. Cependant, il n'a pas hésité à en modifier le plan général. Aux classifications nosologiques par nature de maladies, il a substitué le groupement des maladies par appareil, groupement à coup sûr plus pratique, plus rationnel et plus durable, car il échappe aux variations des idées et des théories.

C'était une grande hardiesse que de porter aussi vigoureusement la hache dans cette classification. Mais cette réforme n'est pas la seule à relever dans le premier volume de l'ouvrage ainsi refondu ; toutes les maladies ont été réunies en trois classes : maladies organiques, maladies générales spécifiques ou constitutionnelles, et maladies parasitaires.

Le volume actuel a pour objet les affections du système nerveux et celles de l'appareil respiratoire. Leur description est précédée de chapitres sur l'état physiologique et l'état pathologique de l'enfant, ainsi que de considérations thérapeutiques générales. A en juger par ces neuf cents et quelques pages, on se rend aisément compte de l'importance de cette troisième édition et du renouveau de succès qui l'a accueillie. — Ch. E.

RABELAIS CHIRURGIEN, par M. Arthur HEULARD. — Paris, A. Lemerre, 1885.

Un homme de lettres, bibliophile érudit et bien connu pour les belles publications qu'il a dirigées, la *Chronique musicale* et le *Moniteur du bibliophile*, vient de faire une incursion sur notre terrain. Mais, pour ne point commettre la faute des romanciers « qui parlent constamment de médecine », et pour leur inspirer « l'idée d'en apprendre au moins ce qu'il faut pour cesser d'être ridicules », M. Heulard a pris pour guides, dans son voyage, M. le docteur Poirier, prosecteur à la Faculté, et M. Farabeuf, auquel il a dédié son livre.

Cet ouvrage est consacré à la solution d'un très intéressant problème de bibliographie. A la suite d'un exemplaire de la traduction du IVe livre de la *Thérapeutique* de Galien, par Philiatros, Lyon, Fr. Juste, 1537, se trouvaient les Ve et VIe livres, sans nom de traducteur, sans lieu ni date de publication, et, à la fin du dernier, deux gravures sur bois représentant « des instruments utiles pour contenir les membres fracturés, un *glottocomon* de l'invention de Me François Rabelais, docteur en médecine, et un *syringotome* » Il s'agissait de savoir si la traduction des Ve et VIe livres de la *Thérapeutique* de Galien était l'œuvre de Philiatros ou de Rabelais, et quel médecin de l'époque cachait le pseudonyme de Philiatros. En comparant les textes et surtout le style de divers ouvrages de l'époque avec celui de la traduction, M. Heulard en arrive à conclure que l'invention des deux instruments appartient à Rabelais; que la traduction des Ve et

BIU Santé

VIe livres de Galien était de Philiatros, et que ce pseudonyme était celui d'un ami de Rabelais, Jean Canappe, médecin distingué et savant qui florissait alors à Lyon.

Les causes et les origines de l'intervention du glottocomon et du syringotome, ainsi que leurs usages, sont ensuite étudiés avec un luxe de détails et une connaissance de la chirurgie qui font autant honneur à l'écrivain qu'aux excellents guides qu'il avait choisis. — L.-H. Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Deltoïdite signe suppurée par surmenage, par M. Gilbert. — Cette myosite aiguë a été observée dans le service de M. Hanot, à l'hôpital Tenon, sur un charpentier à la suite d'excès de fatigue du bras gauche. La douleur, la tuméfaction, la rougeur occupaient la région deltoïdienne correspondante, le bras et l'avant-bras étaient œdématiés. Il y avait de la chaleur et de l'empâtement, et, en même temps, de l'élévation de température.

Cette inflammation se termina par suppuration et par la formation d'un foyer sous l'aponévrose deltoïdienne ; foyer qu'on dut inciser. — Cette myosite, dans l'étiologie de laquelle le surmenage et l'adolescence ont été les deux principaux facteurs étiologiques, diffère des myosites infectieuses, comme le fait remarquer avec raison M. Gilbert, elle est à celles-ci — « ce que la périostite circonscrite est aux périotistes diffuses. » — *Archives gén. de méd.*, p. 737, décembre 1884. — C. L. D.

Le nitrite d'amyle comme antidote de la strychnine, par Hobart A. Hare. — D'après ces recherches, l'auteur admet : 1° que le nitrite d'amyle prolonge la vie des animaux empoisonnés par la strychnine, et conséquemment peut être employé comme le chloral et le bromure de potassium ; 2° qu'il peut être donné par la voie respiratoire et que ces inhalations peuvent être employées très tardivement ; 3° que, pour être efficace, l'administration de cette substance doit suivre de près celle de la strychnine ; car elle perd de sa puissance après la première attaque convulsive.

On doit employer le nitrite d'amyle par petites doses et les répéter à de courts espaces de temps jusqu'à production d'effets physiologiques. Enfin, dans les cas où il est impossible de pratiquer les inhalations, M. Hare recommande les injections sous-cutanées. Ces résultats diffèrent quelque peu de ceux que Green obtenait en 1873, dans des expériences semblables sur l'antagonisme de ces deux substances. — *The Boston medical and surgical record.* ; 20 novembre 1884, p. 481. — C. L. D.

De l'origine névrosique de quelques perturbations des voies digestives, par M. L. Weber. — Avec Beard, Richter, Mobius, Leyden, Burhart et d'autres encore, l'auteur considère les dyspepsies nerveuses, comme les manifestations de névroses et en particulier de la neurasthénie cérébro-spinale. On connaît la valeur des crises gastriques dans le tabes, la myélite subaiguë, la sclérose disséminée et la paralysie progressive : Des manifestations semblables, allant jusqu'à la simulation d'un cancer stomacal, s'observent parfois en l'absence de toute lésion anatomique viscérale. Leyden en a publié quatre remarquables observations : (*Deutsche Zeitsch. für Klin. med.*, IV, 4, p. 608, 1882). — M. Weber en a vu, chez des jeunes filles, deux autres cas dans lesquels la dysménorrhée y avait à coup sûr un rôle important.

La constipation, la diarrhée, la gastralgie sont fréquentes chez les femmes nerveuses; dans la neurasthénie ces flux intestinaux s'observent aussi, et Burkart n'a pas hésité à parler d'une neurasthénie gastrique, forme dans laquelle les troubles de l'estomac constituent le syndrome dominateur (*Neurasthenia gastrica*, 1882. Bonn). Il fait jouer, à l'hyperesthésie du ganglion abdominal du sympathique, un rôle prépondérant dans sa pathogénie et donne les points de repaire pour l'exploration de ces phénomènes : 1° sur le plexus hypogastrique à deux travers de doigt de l'ombilic de chaque côté de la ligne médiane, et un peu au-dessous d'une ligne allant de l'épine iliaque à la colonne vertébrale ; 2° au niveau du plexus cœliaque ; 3° sur le trajet du plexus aortique. La pression de ces points est douloureuse et peut provoquer des phénomènes réflexes.

©BIU Santé

M. Weber n'aurait pas trouvé ces points douloureux en l'absence de neurasthénie gastrique et dans les cas de lésions anatomiques du tube gastro-intestinal. Dans le diagnostic, il faudra tenir compte de la disproportion entre les signes objectifs et les troubles fonctionnels ; de l'influence des émotions et du travail intellectuel, enfin de leur variabilité suivant les moments de l'observation.

Ces névroses gastriques sont justiciables d'un régime tonique, du séjour dans les montagnes et d'une hygiène sévère. L'hydrothérapie, les affusions froides suivies de frictions, le massage, la galvanisation spinale ou cervicale, les hypophosphites, etc., etc., sont les moyens thérapeutiques qu'on doit employer. — *The N.-Y. med. record.*, 1er novembre 1884. — C. L. D.

De l'antipyrine contre le coup de chaleur, par B.-F. Westbrook. — Dans un cas de coup de chaleur grave, avec élévation considérable de température, coma et convulsions, M. Westbrook a pu obtenir une chute rapide de la température en combinant l'administration sous-cutanée de l'antipyrine avec les applications réfrigérantes.

L'antipyrine seule fut donnée dans un autre cas où la température rectale s'élevait, au début des accidents, à + 120 F. Ici encore, on employa la voie hypodermique et on provoqua un rapide abaissement de température, mais sans cependant obtenir une atténuation parallèle des troubles cérébraux. La solution qui servit à ces injections sous-cutanées était titrée à 50 p. 100. (*N.-Y. med. Journal*, 25 juillet 1885.) — C. L. D.

Un cas d'empoisonnement par la caféine, par M. Edward N. Liell. — Ces accidents débutèrent après l'ingestion de 21 grains de citrate de caféine, et se divisèrent en deux phases : la première, d'excitation ou de délire ; la seconde, de dépression ou de stupeur. Pendant la période d'excitation, le cœur s'accélérait et la respiration perdit toute régularité. Il survint de l'insomnie, de la confusion des idées et une augmentation de la sécrétion rénale. Parfois encore, on observait des vomissements et la malade accusait des coliques.

Durant la période de dépression, le cœur et le pouls se ralentissaient et les pupilles se resserraient ; on constatait la contracture des fléchisseurs du bras, la paralysie des extenseurs, de l'anesthésie, de la stupeur et de la perte de connaissance. Le chloral hydraté et le bromure ont été administrés pour combattre ces accidents. (*N.-Y. med. Journal*, 19 septembre 1885.) — C. L. D.

Quatre opérations de néphrectomie, par A. Martin. — C'est une série à ajouter à celle que l'opérateur, qui multiplie les indications de cette opération, a déjà communiquée au public médical : 1° Rein flottant droit chez une femme. Opération tardive. Mort d'inanition. — 2° Même indication. Mort de septicémie. — 3° et 4° Mêmes cas. L'une de ces personnes est morte de péritonite chronique après six semaines ; la seconde a guéri (*Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 10). — R. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 décembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

La correspondance comprend :

1° Une lettre par laquelle M. Rivière se désiste de sa candidature à la place déclarée vacante dans la section des associés libres ;

2° Une note relative à l'application d'une cornée artificielle dans les cas de cécité dus à un leucome incurable ;

3° Un mémoire sur le traitement interne des hernies irréductibles par l'action combinée de l'hyoscyamine et du citrate de caféine, par M. Mathieu, officier de santé ;

4° Un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude du traitement du choléra*, par M. le docteur Huguenard, médecin-major de 1re classe aux ambulances du Tonkin ;

5° Un deuxième mémoire sur l'épidémie de rage qui a régné dans le département du

BIU Santé

Var et dans les localités limitrophes en 1884 et 1885, par M. le docteur Chassinat, médecin à Hyères (Var);

6° Deux nouvelles observations de diphthérie, suivies de guérison, recueillies par M. le docteur René Couëtaux.

M. Charpentier présente un volume intitulé : *La pratique des accouchements chez les peuples primitifs*, par M. le docteur Engelmann, de Saint-Louis (Missouri), traduit par M. le docteur Paul Rodet, avec une préface de M. Charpentier.

M. Empis présente un mémoire *sur l'éthérisation intestinale.*

M. Dujardin-Beaumetz présente, de la part de M. le docteur Delmas (de Bordeaux), un volume intitulé : *Manuel d'hydrothérapie*, avec figures dans le texte.

M. Bourdon présente, de la part de M. le docteur Barthez (de Sandfort), un volume intitulé : *Dax pittoresque et médical*, guide du médecin et du malade.

M. Chatin présente, de la part de M. le docteur Moissan, professeur agrégé à l'Ecole de pharmacie, deux brochures intitulées : 1° *Sur la préparation et les propriétés du trifluorure de phosphore;* 2° *Le chrome et ses composés.*

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection des membres du bureau pour l'année 1886.

M. Sappey est élu vice-président par 49 suffrages contre 20 à M. Regnauld sur 69 votants. M. Sappey remercie l'Académie de l'honneur qu'elle vient de lui faire.

M. Proust, secrétaire annuel, est prorogé dans ses fonctions par acclamation.

M. Léon Le Fort est élu premier membre du conseil.

M. Giraud-Teulon est élu deuxième membre du conseil.

M. le docteur René Blache, candidat pour la section de thérapeutique, lit un travail sur *la dilatation de l'estomac chez les enfants*. Cette affection reconnaît surtout pour causes les fréquentes gastro-entérites qu'on observe à cet âge, la persistance de ces maladies dont l'alimentation prématurée et irrégulière, la dentition, le sevrage et la mauvaise hygiène, pendant les premières années, sont le plus souvent l'origine. Si cette dilatation de l'estomac trouve dans le mauvais état général et dans la faible résistance de certains sujets un terrain préparé à son installation, un régime sévère dans l'alimentation et longtemps observé, un traitement tonique et réparateur peuvent, au moment de la croissance de l'enfant, modifier suffisamment l'état des voies digestives pour en obtenir une guérison plus facilement peut-être que chez l'adulte.

Ce travail est renvoyé à la section constituée en commission d'élection.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 décembre 1885. — Présidence de M. de Beauvais.

Le Procès-verbal est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend le *Journal des Sociétés scientifiques*, le *Journal des sages-femmes*, l'*Odontologie*, numéro de novembre, la *Revue médicale d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes*, la *Gazette de gynécologie*, le *Journal d'hygiène*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, le *Progrès médical*, le *Giornale della reale Societa italiana d'igiene.*

La correspondance manuscrite se compose d'une lettre de M. Blondeau, qui craint de ne pouvoir assister à la séance et prie ses collègues de l'excuser.

— M. Deligny lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Colombe (de Lisieux) au titre de membre correspondant.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées. Il sera procédé au vote dans a prochaine séance.

l

©BIU Santé

M. Leblond, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Duroziez, Polaillon, Richelot fils et Thevenot, lit un rapport sur le concours de 1885 pour le prix Duparcque. Deux mémoires avaient concouru, tous deux, à titres divers, présentant un mérite réel; la commission a vivement regretté que, liée par les termes formels du règlement, elle n'ait pu partager le prix.

Après une longue délibération, la Société, adoptant les conclusions de la commission, décide, à l'unanimité, que le prix Duparcque, pour 1885, sera décerné à M. Dalché, interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire sur *l'ovarite*.

Élections. — Le dépouillement du scrutin, ouvert depuis l'ouverture de la séance, pour le renouvellement du bureau pour l'année 1886, donne les résultats suivants :

M. Gillebert-d'Hercourt père est élu président par 24 voix, sur 25 votants ;

M. Fraigniaud est élu vice-président à l'unanimité des voix ;

MM. Pellier et Dehenne sont élus secrétaires annuels ;

MM. De Beauvais et Leblond sont nommés membres du conseil d'administration ;

MM. Deligny, Christian, Pellier et Dehenne sont adjoints au secrétaire général, et composent le comité de rédaction.

Le bureau pour 1886 se compose donc des membres qui précèdent, auxquels il faut joindre M. Thorens, secrétaire général, Perrin, trésorier, et Rougon, archiviste.

— M. le docteur Gauron, de Pont-Sainte-Maxence (Oise), est élu, à l'unanimité, membre correspondant.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Deligny.

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE ET DE DERMATOLOGIE DE BIARRITZ.

Ce Congrès, qui doit s'ouvrir à Biarritz le 1er octobre 1886, a été conçu, comme on le sait, par la Société de *Biarritz-Association*, et sa direction scientifique mise entre les mains d'un comité siégeant à Paris, et composé de membres de la Société d'*hydrologie médicale de Paris* et de la Société *météorologique de France*. C'est afin de combiner les efforts de ces deux centres d'action et de prendre en commun des dispositions définitives, destinées à mener à bonne fin cette entreprise, que M. le docteur Durand-Fardel, *président du Congrès*, et M. le docteur Garrigou, *secrétaire général*, se sont rendus à Biarritz. Là, une séance publique a eu lieu à laquelle ont été conviés tous les médecins et les résidents marquants de la région.

Beaucoup ont répondu à l'appel qui leur était fait, et, le mercredi 25 novembre, à deux heures, la séance a été ouverte, dans une salle du Grand-Hôtel de Biarritz, au milieu d'un nombreux concours de médecins, hommes de science et hommes du monde, français et étrangers.

M. O'Shea, président de Biarritz-Association, avait à sa droite M. le docteur Durand-Fardel, président du Congrès, et M. le sous-préfet de Bayonne; à sa gauche se trouvaient M. le docteur Garrigou, secrétaire général, M. Ardoin, président du Syndicat de Biarritz, et M. Henry Léon, membre du comité organisateur de Biarritz, et M. le vicomte de Chasteigne, trésorier général du Congrès.

M. O'Shea, dans une courte allocution, souhaite la bienvenue à M. le docteur Durand-Fardel, et remercie le chef de l'hydrologie française d'être venu lui-même officiellement travailler sur place à l'organisation du Congrès de Biarritz.

M. le docteur Durand-Fardel remercie M. le président de Biarritz-Association des paroles aimables qu'il vient de lui adresser : « Lorsqu'on a fait appel à mon dévouement, dit-il, en même temps qu'à celui de mon savant et infatigable ami, le docteur Garrigou, je n'ai pas hésité à me consacrer à l'organisation de cette œuvre, que je considère comme éminemment utile à la science française. »

BIU Santé

Dans un exposé clair et rapide, M. Durand-Fardel rappelle que les Congrès, en général, ont pour objet la diffusion des connaissances scientifiques, le rapprochement des hommes et des idées, et surtout la coordination des travaux passés, ainsi que la préparation méthodique des travaux futurs.

C'est surtout à cette dernière idée que répondra le Congrès de Biarritz, car si l'hydrologie constitue déjà une science bien délimitée, avec une direction de travaux déterminée, une classification générale, un enseignement presque officiel, il n'en est pas de même de la climatologie. Cette dernière n'est encore qu'un ensemble d'observations disséminées, prises sans direction méthodiquement formulée. La coordination de ces précieuses données est nécessaire pour former une science complète, avec ses règles, ses lois, ses moyens de progression ; et le Congrès de 1886, rapprochant les climatologues et les météorologues de tous les pays, sera l'occasion solennelle destinée à assurer ce résultat.

M. Henri Léon rappelle l'origine du Congrès qu'il rapporte, comme l'a fait M. le président O'Shea, à Biarritz-Association. Il montre comment Biarritz est un endroit admirablement choisi pour réunir un Congrès dans lequel ont doit s'occuper de questions de climatologie et d'eaux minérales.

« Le Congrès a eu son succès assuré, dit avec raison M. Léon, le jour où M. le doc-
« teur Durand-Fardel en a accepté la présidence. »

Il remercie le Maître, en qualité de membre de Biarritz-Association, et lui souhaite la bienvenue.

Après ces discours, une discussion a lieu entre divers membres de la réunion, au sujet des questions pratiques du Congrès, puis la séance est un instant suspendue.

A la reprise, les représentants des municipalités et des corps médicaux d'Arcachon, de Dax, de Bayonne, de Cambo, etc., etc., prennent successivement la parole pour dire avec quelle sympathie est accueillie partout l'idée du Congrès, à laquelle chacun, mu par des sentiments patriotiques, demande à donner une marque d'approbation et de dévouement.

MM. Van Citters, Ardoin, Henri Léon, Delvaille, Barthe de Sandfort, Hamean, Juanchuto, O'Shea, Durand-Fardel, Garrigou, prennent successivement la parole sur des questions techniques qui jettent la lumière sur la marche à suivre pour atteindre un résultat vraiment utile à la science française, ainsi qu'à l'honneur et à la gloire du pays.

Le bureau annonce, enfin, que des adhésions au Congrès sont arrivées d'Espagne, d'Italie, de Portugal, d'Angleterre, de Hollande, de Belgique, d'Autriche, de Hongrie, de Russie et même en très grand nombre, des Etats-Unis et du Canada.

Après cette longue série de communications, la séance est levée.

FORMULAIRE

Traitement des quintes de l'hypercoqueluche. — H. Roger.

Lorsque les quintes affectent un caractère convulsif exagéré, on donne, à dose rapidement croissante, le sirop de valériane, de 10 à 40 grammes, ou bien la teinture de musc, à la dose de 5 à 10 gouttes pour les sujets au-dessous de 2 ans; à la dose de 10 à 20 gouttes aux enfants âgés de moins de 5 ans; et à la dose de 15 à 30 gouttes, à ceux qui ont dépassé cet âge. — Lorsque les spasmes laryngés se répètent, on développe, autour du malade, des vapeurs émollientes ou narcotiques; on brûle, près de ses narines et de sa bouche, du papier nitré, de la poudre de belladone ou de stramoine. Si les accès sont suffocants, on fait respirer aux coquelucheux du chloroforme ou de l'éther, en passant plus ou moins vite sous son nez, le flacon ou le bouchon. Dans le cas où le spasme laryngé se prolonge, de manière que le petit malade est menacé de syncope respiratoire ou cardiaque, on s'efforce de le réveiller par des inspirations d'ammoniaque ou de vinaigre, par une projection brusque d'eau froide au visage, par des frictions vives pratiquées avec la main sur les parois de la poitrine, et surtout sur la région du cœur. — N. G.

©BIU Santé

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion de la NOEL, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Samedi 26 décembre.

— A l'occasion des fêtes de Noël, la Faculté de médecine de Paris sera fermée les vendredi 25 et samedi 26 décembre 1885.

— Par décret, en date du 12 décembre 1885, sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique :

MM. Voisin, conseiller à la Cour de cassation; le docteur Nicaise, chirurgien des hôpitaux de Paris; Ferry, maire du IXe arrondissement; Thomas, maire du XIIIe arrondissement; le docteur Bouchardat, administrateur du Bureau de bienfaisance du IVe arrondissement, et le docteur Dubrisay, membre pris en dehors de toute catégorie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bayonne (de Gimont) et Hurel (de Gaillon).

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — M. Varet (Raoul-Raphaël-Paul), bachelier ès sciences, est chargé des fonctions de second préparateur au laboratoire de chimie organique dirigé par M. Berthelot à l'École pratique des Hautes-Études (2e section), en remplacement de M. André, dont la démission est acceptée.

MUSÉUM. — M. Douliot (Henri), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur temporaire près la chaire botanique (organographie et physiologie végétales), pendant la durée du service militaire de M. Bonard, titulaire de l'emploi.

— Il est institué, près le ministère de l'instruction publique, une commission chargée d'établir l'organisation des conditions du stage hospitalier exigé des aspirants au doctorat en médecine et de proposer un réglement général réorganisant ce service.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Gavarret, président; Peyron, vice-président; Béclard, Besnier, Charcot, Gallard, Jaccoud, Léon Labbé, Le Fort et Tillaux.

— MM. les docteurs Broch et Jacques Bertillon viennent d'être nommés membres du conseil de la Société de statistique de Paris.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — M. Joyeux-Laffuie, docteur ès sciences, chargé du cours de zoologie à la Faculté des sciences de Besançon, est chargé, à titre de suppléant jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, du cours de zoologie et physiologie animale à la Faculté des sciences de Caen.

EMPOISONNEMENT PAR LA MORPHINE DÉLIVRÉE SANS ORDONNANCE. — CONDAMNATION DU PHARMACIEN. — La neuvième chambre correctionnelle de Paris a condamné, le 19 novembre, à six jours de prison et 200 fr. d'amende pour homicide par imprudence, M. Mattei, pharmacien, avenue d'Ivry.

M. Mattei avait remis, sans ordonnance, à une femme Rassenent, pour sa petite fille malade une fiole de sirop de morphine. La mère ne sut pas administrer le médicament dont l'absorption à trop forte dose entraîna l'empoisonnement de l'enfant.

(*Le Temps.*)

ALGÉRIE. — *Excellent poste médical* à occuper gratuitement, dans une ville, sous-préfecture du département d'Alger, localité salubre et d'un grand avenir, qui doit être prochainement desservie par une voie ferrée. — Le titulaire peut compter sur les émoluments suivants :

1° Le produit d'une bonne clientèle, facile à desservir; — 2° une subvention annuelle de 3,000 francs, payée par la caisse municipale; — 3° plus une somme de 2,000 francs environ payée par des administrations diverses.

S'adresser à M. le maire de Tizi-Ouzou.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Doléris et Ricard : Nouvelles études sur l'opération d'Alexander. — II. Bibliothèque. — III. Revue des Journaux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de chirurgie. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie.

Nouvelles études sur l'opération d'Alexander.

Par MM. Doléris, accoucheur des hôpitaux et Ricard, prosecteur d'amphithéâtre et des hôpitaux.

Dans le n° 162 de l'*Union médicale*, paru le 24 novembre dernier, nous avons rendu compte, dans une courte note, de nos recherches anatomiques et opératoires sur l'opération d'Alexander. Nous avons manifesté à cette occasion une tendance un peu pessimiste. — De nouvelles recherches nous font un devoir de modifier notre première manière de voir.

1° Dans une récente tentative de découverte des ligaments ronds sur le cadavre *frais* d'une femme âgée et obèse, l'un de nous fut singulièrement déçu dans son attente, car les ligaments furent très aisés à trouver et à isoler ; ils étaient volumineux et impossibles, par conséquent, à méconnaître. Il n'y avait qu'à se rendre.

De nouvelles expériences pratiquées sur des sujets également frais (vingt-quatre heures après la mort) nous ont amenés au même résultat, sauf quelques exceptions. De telle sorte que, si, dans notre première série, nous nous étions crus obligés de conclure à la difficulté du *premier temps de l'opération* et d'émettre l'idée que hors du ventre les ligaments ronds sont le *plus souvent* réduits à des éléments cellulo-musculaires insignifiants, et ne consistent plus guère en réalité qu'en des fascicules vasculo-nerveux, il nous semble que la proposition doit perdre de sa valeur quant à la généralité des cas : L'exception tendrait même, d'après nos récentes études, à devenir la règle, de sorte que la mise à nu et la saisie d'un ligament fasciculé ou suffisamment pénicillé serait souvent possible, facile même.

Quelle est l'explication de cette équivoque ? — Nous la trouvons dans ce

FEUILLETON

CAUSERIE

Fragments d'histoire universelle :
Les différentes manières de laver son linge sale, à travers les âges.

Première manière : *Époque des patriarches.*

« Et Noé, laboureur de la terre, commença de planter la vigne. »

« Et il en but du vin, et s'enivra, et il se découvrit au milieu de sa tente. »

« Et Cham, le père de Canaan, ayant vu la nudité de son père, le déclara dehors à « ses deux frères. »

« Et Sem et Japhet prirent un manteau qu'ils mirent sur leurs deux épaules, et, mar- « chant en arrière, ils couvrirent la nudité de leur père ; et leurs visages étaient « tournés en arrière, de sorte qu'ils ne virent point la nudité de leur père.

« Et Noé, réveillé de son vin, sut ce que son fils le plus petit lui avait fait.

« C'est pourquoi il dit : Maudit soit Canaan ; il sera serviteur des serviteurs de ses « frères. (*Genèse*, chap. IX.) »

* * *

Deuxième manière : *Époque des héros.*

Pendant la campagne de 1813, après les batailles de Lutzen et de Bautzen, on s'aperçut que beaucoup de jeunes soldats, enrôlés depuis peu, présentaient des blessures aux

©BIU Santé

fait, que nos premières recherches ont été faites sur des cadavres anciens et injectés avec des substances conservatrices qui modifient étonnamment l'aspect des tissus. — L'injection phéniquée, à un fort titre, en même temps qu'elle chasse le sang des vaisseaux, donne aux différents éléments une coloration blanchâtre particulière, qui fait confondre les tissus fibreux avec les tissus musculaires (lorsque ceux-ci sont peu abondants), et enlève toute possibilité de vérifier leur nature par un examen histologique certain. Il y a, de plus, une sorte de rétraction, de tassement des tissus mous qui fausse facilement l'opinion de gens non prévenus. Il y a dans cette confusion quelque chose qui se retrouve dans la difficulté qu'on éprouve à faire, sur certains cadavres, la différence entre une artère et la veine ou le nerf avoisinants, tandis que la même recherche est relativement aisée sur le sujet vivant. — D'ailleurs nous n'avons pas été les seuls à tomber dans cette illusion.

Nous reconnaissons donc, dans cette limite bien entendu, l'exagération de notre première opinion.

Un fait plus singulier, c'est que sur le vivant, la recherche des ligaments ronds doit être parfois comparativement plus aisée que sur le cadavre, et cela s'explique : L'extrémité étant saisie par une pince à pression, les vaisseaux du ligament deviennent rapidement turgides ; leur volume augmentant, celui des tissus qui les unit et les supporte, donne à ceux-ci une apparence de netteté parfois saisissante.

M. le professeur Duplay a déjà pratiqué deux fois l'opération d'Alexander, sans rencontrer de difficultés. L'un de nous a assisté à sa deuxième opération qui, malgré un éclairage insuffisant, n'a pas demandé plus d'une demi-heure, pour son entière exécution, y compris les sutures cutanées et l'introduction du pessaire. La femme était cependant grasse et le trajet inguinal ne fut pas ouvert. M. Duplay se contenta de prendre pour point de repère le bouton graisseux qui obture habituellement l'orifice externe du canal, et à réunir en un faisceau les émanations terminales pénicillées des ligaments. Ce travail fut fait au moyen des doigts et de la sonde cannelée. — Le reste de

---

doigts, et l'idée s'accrédita dans l'entourage de l'Empereur que c'étaient des mutilations volontaires, par lesquelles les conscrits voulaient s'affranchir du service. Le fait, avec cette interprétation, fut porté à la connaissance de Napoléon, qui entra dans une grande colère, et ordonna que les hommes blessés aux doigts seraient décimés ; on devait en fusiller un sur dix. L'ordre allait être exécuté, quand l'Empereur, se ravisant et voulant donner à cette cruelle sentence un appui autorisé, prescrivit au chirurgien en chef de l'armée, d'examiner tous les blessés, et de lui adresser un rapport sur la nature et la cause des blessures ; dans la pensée de l'Empereur, ce rapport ne pouvait que confirmer la culpabilité des blessés, et justifier le terrible châtiment déjà prononcé contre eux. En parlant ainsi à Larrey, Napoléon lui donna trois jours pour achever son rapport, et lui enjoignit de le lui apporter aussitôt terminé, à quelque heure que ce fût.

Larrey rassembla ses subordonnés pour répartir entre eux la besogne de l'examen des blessés ; ils étaient près de trois mille ! Dans cette conférence, Larrey fit connaître à ses auditeurs qu'il ne partageait point l'avis de Napoléon et de son état-major sur les blessures des jeunes soldats ; le chirurgien en chef de l'armée se refusait à admettre que des hommes, qui avaient donné tant de preuves de bravoure dans les dernières batailles, fussent capables de l'action odieuse dont on les accusait ; pour lui, c'était à des causes accidentelles que tenait ce grand nombre de mutilations des doigts, et ces causes, l'examen des blessés les ferait découvrir, sans aucun doute.

Le soir du troisième jour, Larrey terminait son rapport et, assez tard dans la nuit, se rendait auprès de l'Empereur pour le lui présenter. Sous la tente, il trouvait d'abord

BIU Santé

l'opération fut plus simple encore. — De telle sorte que, si l'on pouvait tirer d'un seul fait une conclusion générale, nous serions tentés de croire que rien dans ce manuel opératoire ne comporte de danger sérieux ou de difficulté réelle. Mais nous nous garderions d'émettre une pareille opinion ; ce serait faire table rase des échecs éprouvés par d'habiles chirurgiens. Force nous est de réserver la possibilité de quelques déceptions opératoires pour l'avenir, de par les enseignements du passé. Les échecs publiés jusqu'ici pourront devenir de plus en plus rares. Toutefois les noms de Keith, de Mundé, de Lawson Tait, de Sœnger, etc., sont une garantie réelle des faits qui justifient la réserve que nous nous croyons obligés de maintenir. Les conclusions exagérées de notre première note ne pouvaient d'ailleurs avoir qu'une conséquence heureuse, en signalant des fautes à éviter, qui avaient été commises par d'autres.

2° Ce premier point écarté, les *résultats* de l'opération d'Alexander restent sous le coup d'un contrôle tout entier à faire en France. La presque innocuité de l'opération, sous le couvert de l'antisepsie rigoureuse, décidera bientôt les gynécologues, et les imitateurs du professeur Duplay ne manqueront pas. Nous saurons alors ce que vaut la chose.

3° Quant à la blessure du péritoine, nos nouvelles recherches nous font maintenir nos premières conclusions. On l'invaginera sûrement, si on attire plus de 4 à 5 centimètres du ligament hors du canal inguinal. Or, il en faut réséquer 8 à 10 centimètres pour les prolapsus tant soit peu accentués. Il sera donc compris dans la suture profonde. Nous n'avons pas à revenir sur ce point, que chaque chirurgien apprécie à sa manière. On fera un trajet herniaire mal protégé. On fera parfois même le *trajet* de la *hernie*, ainsi que nous l'a montré un fait assez curieux, mais qui doit être rare. C'est sur un cadavre de l'hôpital Lariboisière que l'un de nous l'a observé avec M. G..., interne des hôpitaux. Le grand épiploon adhérait par son bord libre à toute l'étendue du ligament rond, de l'utérus à l'orifice inguinal interne; de telle sorte qu'en tirant de l'extérieur sur le ligament mis à nu, on entraînait dans le trajet le ligament rond et en même temps l'épiploon.

---

le maréchal Soult, qui fit des difficultés pour l'introduire et troubler Napoléon dans son sommeil; Larrey insiste, arguant des ordres formels de l'Empereur, et il pénètre enfin jusqu'à lui.

Napoléon reçoit Larrey avec des paroles violentes; il lui arrache des mains son rapport, et redouble de fureur quand il en commence la lecture. Le rapport disait que l'inexpérience des jeunes soldats à charger et à manier leurs armes, ainsi que les difficultés du tir sur plusieurs rangs, étaient les seules causes des blessures aux doigts, contre lesquelles on voulait sévir; que la conduite des conscrits sur le champ de bataille excluait tout soupçon de lâcheté et de mutilation volontaire de leur part; qu'enfin ils étaient innocents d'une faute qu'il répugnait d'ailleurs d'imputer à des soldats français.

Cependant, l'Empereur continuait la lecture du rapport de Larrey, lorsque soudain, passant des plus rudes invectives à un attendrissement sincère, il se jeta dans les bras du chirurgien en chef de l'armée, en lui disant : « Merci! C'est bien ce que vous avez fait là! » L'Empereur avait compris.

Les jeunes soldats eurent la vie sauve, l'honneur de l'armée demeura sans tache.

* * *

Troisième manière : *Époque des portières*.

La scène se passe dans la loge, entre Mme Desjardins, concierge, et Mme Pochet, femme de ménage :

©BIU Santé

Nous n'avons pas l'intention d'exagérer ce fait particulier. Sur le reste, nous n'insisterons pas davantage, cette note n'ayant d'autre but que de pallier l'effet de la première et de lui enlever le caractère de discrédit que certains auraient pu en déduire pour l'opération d'Alexander. Le plus sage sera, avant de l'entreprendre, de faire des études suffisantes sur le cadavre afin d'être bien rompu à toutes les éventualités.

Nota. — Cette note était destinée à paraître, il y a quelques jours déjà. Depuis qu'elle a été rédigée, M. Beurnier a publié, dans l'*Union médicale* du 6 décembre dernier, un résumé succinct de ses recherches d'amphithéâtre. Faites dans des conditions différentes de nos premières, celles de M. Beurnier concluent naturellement d'une façon différente; en revanche, elles ne s'éloignent pas sensiblement des conclusions que nous venons de formuler d'après nos dernières expériences, en ce qui concerne les faits purement anatomiques.

BIBLIOTHÈQUE

NOUVELLE GÉOGRAPHIE UNIVERSELLE — La terre et les hommes, par Elisée Reclus. **Tripolitaine, Tunisie, Algérie, Maroc, Sahara.** — Librairie Hachette.

Habent sua fata libelli

est incontestable que le livre dont le titre précède vient à propos. Mais pour les livres comme pour les hommes, les événements ne sont utiles qu'à ceux qui, par leur valeur, peuvent en profiter. Certainement les faits du jour, les opinions débattues au sujet de la question coloniale, porteront vivement l'attention publique vers la publication d'Elisée Reclus; on voudra faire connaissance avec la Tunisie et revoir notre belle Algérie dans les pages éloquentes et dans les remarquables dessins et cartes de cette publication désormais célèbre. Pourquoi? Parce qu'on sait que l'œuvre d'Elisée Reclus est une œuvre de premier ordre, qu'on y trouvera des renseignements exacts, des notions savantes, des études libérales, en un mot, qu'on y trouvera tous les éléments d'une discussion saine et utile. Voilà comment le hasard des événements favorisera le succès du onzième volume de la *Nouvelle géographie universelle;* et tous les amis du beau, du vrai et du bon ne peuvent que s'en réjouir.

Madame Pochet. « Bonjour, ma'me Desjardins; avez-vous des nouvelles de vot' neveu, « qu'est au Tonkin?

Madame Desjardins. « Ne m'en parlez pas, ma'me Pochet; je crois bien qu'il n'en « reviendra jamais, ni lui ni les autres. Vous savez bien ce qui est arrivé là-bas? Il est descendu des montagnes, des Chinois, des Chinois, enfin tant de Chinois, que nous « autres, les Français, il a fallu se sauver, et que peut-être, à l'heure où je vous parle, « tous nos hommes sont exterminés jusqu'au dernier, dans leur maudit Tonkin!

Madame Pochet. « Si ce n'est que ça qui vous tourmente, vous pouvez vous tranquil- « liser. Parait qu'il n'y avait pas tant de Chinois qu'on a dit; que c'est seulement un « chef français, qu'était dans les brindezingues, ou dans les vignes du Seigneur, enfin, « qu'avait bu un coup de trop, et qu'a fait retirer nos soldats, parce qu'il voyait trente- « six chandelles à cause de la boisson, et qu'i croyait que c'était les fusils des Chinois.

Madame Desjardins. « C'est pas Dieu possible, ma'me Pochet; un chef qu'aurait eu son « plumet, et qui aurait pris peur des Chinois! Qui donc qui vous a raconté ces bêtises?

Madames Pochet. « Pour sûr que c'est pas des bêtises; attendu que c'est un vieux « monsieur décoré qui l'a dit à la dame du troisième, que je lui fais son ménage.

Madame Desjardins. « C'est encore un joli coco que vot' vieux monsieur décoré; en « tout cas, c'est ni un militaire ni un Français, pour aller dire partout des infamies « pareilles sur les chefs des soldats français!

Madame Pochet. « Parait cependant que c'est tout de même un militaire et un Fran- « çais qui a raconté ce que je vous dis. »

P. Dubray.

©BIU Santé

Il se passera, sans doute, encore beaucoup de temps avant que la Tripolitaine offre un grand intérêt, quels que soient d'ailleurs les projets de l'Italie sur cette contrée aujourd'hui peu avancée. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue qu'elle est placée entre nos possesssions du nord de l'Afrique et l'Egypte, et que des voies ferrées pourraient établir entre ces pays des communications importantes, de nature à rivaliser au besoin avec la voie méditerranéenne ou à la suppléer. Les considérations de l'auteur sur l'avenir de la Cyrénaïque méritent d'être lues; et, pour ne pas négliger les plus petites choses, nous ajouterons que les abeilles de ses rochers fournissent un miel exquis! Toutefois, c'est surtout vers les ports de toute cette contrée que l'attention se porte; et pénétrant plus avant dans les idées d'avenir, l'auteur émet la pensée que la ligne de chemin de fer qui se dirigerait de la Tripolitaine vers le Sud, sera tôt ou tard l'une des voies maîtresses pour le commerce du monde. On voit quel vaste horizon Elisée Reclus déploie aux yeux de ses lecteurs, et combien il sait s'attacher leur attention en leur insinuant que s'il est bon de s'occuper du présent, il n'est pas moins nécessaire de penser à l'avenir.

Ce qui nous importe surtout dans ce beau livre, c'est le chapitre consacré à la Tunisie. La conquête récente de la Tunisie est un des actes les plus méritants de la République. Sans la Tunisie, l'Algérie n'était pas complète; il suffit de jeter les yeux sur une carte d'Afrique pour en être frappé. Quoique la Tunisie, à maints égards, se distingue de l'Algérie par son histoire, et que ses habitants se trouvent encore sous une législation et une administration différentes, il est pourtant impossible de l'étudier sans la rattacher par ses traits généraux à l'ensemble des régions de l'Atlas. Elle complète et, à certains égards, elle défend l'Algérie. Qui ne voit tout de suite combien tombent toutes les discussions étroites et inopportunes qui ont eu lieu et ont lieu encore au sujet de cette habile et heureuse annexion pleine d'avenir. « Depuis l'antiquité, où Carthage devint le principal marché de l'Ancien-Monde, la Tunisie, au moyen âge, eut sa période de civilisation et de prospérité. A un avenir prochain de lui rendre la valeur qui lui appartient naturellement, grâce à sa position géographique. » Et la France en profitera, si elle sait entrer largement et franchement dans la voie des idées grandes, hardies, fécondes, c'est-à-dire des idées françaises. La description de la Tunisie est très belle; elle est éclairée par des dessins d'une grande valeur et par des considérations marquées au coin de la science et de l'observation intelligente. Un charmant dessin nous donne des images photographiques de ces Khoumirs dont on a tant parlé dans le temps.

Elisée Reclus a consacré la plus grande partie de son livre à la description et à l'histoire de l'Algérie, qui n'est en définitive que le prolongement territorial de la France dans le nord de l'Afrique. Une planche intéressante offre la disposition hypothétique de cette partie du monde, à l'époque où l'Afrique était adhérente au sud de l'Europe. La politique a donc rétabli les conditions géographiques naturelles de la France.

Nous avons des pages très belles, au sujet de l'annexion de l'Algérie à la France; « malgré les incertitudes de plan, les changements de politique, les reculs temporaires, la conquête de l'intérieur se fit de proche en proche... » La France est toujours la même! L'auteur a eu l'heureuse idée de donner des représentations comparatives de diverses localités — Constantine, Alger — avant et après la conquête.

La description du Maroc et du Sahara n'est pas moins riche de détails et de renseignements.

Dans toute cette contrée nord de l'Afrique, de la Tripolitaine au Maroc, tout est traité avec soin : le sol, le climat, la flore, la faune, la population, les religions, les confréries religieuses, les finances, l'armée, l'avenir. Les descriptions ne sont point nues, point arides. Toujours elles sont rendues vivantes par des réflexions ingénieuses, profondes, lumineuses, qui donnent à la lecture un charme particulier, et font disparaître toute fatigue. C'est une instruction qui est un plaisir. Les dessins sont nombreux et généralement admirables.

La publication qui nous occupe, élève de plus en plus son auteur; en outre, elle fait le plus grand honneur à la maison qui l'édite. C'est une publication éminemment française.

Dr G. Richelot, père.

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement de l'otorrhée chronique par le pansement boriqué occlusif, par MERMOD. — Cette médication a eu Bezold pour inspirateur ; M. Mermod s'est donc inspiré des indications établies par celui-ci. Après une douche d'air et un abondant lavage de la caisse et du conduit auditif avec une solution tiède boriquée, légèrement alcoolisée, il procède au séchage minutieux de l'oreille avec des tampons d'ouate hydrophile.

Il insuffle ensuite l'acide borique au fond de la caisse, au moyen d'un spéculum en caoutchouc dans lequel il laisse tomber l'acide borique par petites pincées et dans la proportion totale de 40 centigrammes. Une tige en caoutchouc sert à comprimer cette poudre. Au-dessus, il place un tampon d'ouate salicylée.

Ce pansement a pour but de comprimer la caisse et d'obturer le conduit à l'air ; il est donc occlusif et compressif. Il doit être conseillé chaque fois que le coton contient la moindre trace de sécrétion. Sur 80 cas d'otorrhée chronique ainsi traités, les résultats ont été satisfaisants ; douze fois la guérison survint en moins de dix jours ; dans 10 cas, elle a persisté même en dehors de toute complication osseuse pour 5 d'entre eux ; dans les autres, la durée du traitement exigea deux à trois semaines. Ces résultats et la facilité du manuel opératoire doivent engager à mettre ce procédé à l'essai. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 15 avril 1885, p. 220.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 décembre 1885. — Présidence de M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

La séance solennelle de l'Académie a eu lieu lundi 21 décembre, dans l'année même et à l'époque où elle devrait toujours se tenir. C'est un fait extraordinaire qui ne s'était pas vu depuis bien longtemps, et dont on est redevable au regretté Henri Bouley. Dès le début de sa présidence, il avait annoncé que l'Académie rentrerait dans la règle à cet égard, et le bureau a voulu faire honneur à l'engagement pris. On doit l'en féliciter vivement.

Les éloges historiques de Charles-Pierre-Mathieu Combes et de Jules-Antoine-René Maillard de la Gournerie ont été prononcés par M. le secrétaire perpétuel Jos. Bertrand.

Voici les prix qui, après le discours d'ouverture de M. le président Jurien de la Gravière, ont été distribués pour l'année 1885 :

I. MÉDECINE ET CHIRURGIE.

Prix Montyon. — L'Académie décerne :

A. Trois prix de 2,500 francs : 1° à M. le docteur Augustin Charpentier, professeur à la Faculté de médecine de Nancy (Travaux sur les fonctions de la rétine) ; — 2° à M. le docteur L.-H. Farabeuf, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris (Traité de manuel opératoire) ; — 3° à MM. J. Regnauld, professeur, et E. Villejean, chef du laboratoire de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris (Recherches sur les propriétés anesthésiques des formènes et de leurs dérivés chlorés).

B. Trois mentions honorables (de 1,500 francs chacune) : 1° à M. le docteur E. Gavoy (Invention d'un cérébrotome et travaux sur la répartition de la substance grise et de la substance blanche de l'encéphale) ; — 2° à M. le docteur P. Redard (Transport en chemin de fer des blessés et des malades militaires ; thermométrie) ; — 3° à M. le docteur P. Topinard (L'Anthropologie).

C. Une citation honorable : 1° à M. le docteur Moncorvo, de Rio-de-Janeiro (Dilatation de l'estomac chez les enfants ; recherche de la température de l'abdomen dans l'entérite et la péritonite) ; — 2° à M. le docteur L. Paoli (Étude sur les accidents de l'organisme) ; — 3° à M. le docteur Polaillon (Monographie sur la chirurgie du doigt) ; — 4° à M. le

BIU Santé

docteur L.-A. de Saint-Germain (Leçons sur la chirurgie orthopédique(; — 5° à M. Saint-Yves Ménard (Contribution à l'étude de la croissance chez l'homme et les animaux); — 6° à M. Ed. Retterer (Études sur le développement du squelette des extrémités); — 7° à M. de Robert de Latour (La chaleur animale); — 8° à M. le docteur L. Thomas (Lectures sur l'histoire de la médecine).

Prix Bréant. — A. Prix de 5,000 francs à M. le docteur Mahé, médecin sanitaire de France à Constantinople (Sur la marche et l'extension du choléra asiatique des Indes orientales vers l'Occident depuis les dix dernières années (1875-1884) et sur quelques conséquences qui en résultent; — 2° Rapport adressé à M. le ministre du commerce sur la recherche de l'origine du choléra d'Égypte en 1883).

B. Trois mentions honorables (de 1,500 francs chacune) : 1° à M. le docteur L. Bouveret (Études sur les foyers cholériques de l'Ardèche); — 2° à M. Gabriel Pouchet (Recherches sur le sang des gros vaisseaux et sur les déjections des cholériques); — 3° à M. Émile Rivière (Études statistiques sur le choléra dans les hôpitaux civils de Paris pendant l'épidémie de 1884-1885).

C. Un encouragement de 500 francs à M. A. Villiers (Sur la formation des ptomaïnes dans le choléra).

Prix Godard. — Prix de 1,000 francs à M. le docteur Ernest Desnos (1° Étude sur une cause particulière de rétention d'urine; 2° Recherches anatomiques sur l'appareil génital des vieillards).

Prix Dusgate. — Ce prix n'est pas décerné.

Prix Lallemand. — Prix de 1,800 francs à M. le docteur Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier (Traité pratique des maladies du système nerveux). — Mention honorable à M. le docteur Bernard, de Marseille (De l'aphasie et de ses diverses formes).

II. PHYSIOLOGIE.

Prix Lacaze. — Prix de 10,000 francs à M. le docteur Duclaux (Nombreux travaux de physiologie).

Prix Montyon — Prix (une médaille de la valeur de 750 francs) à M. C.-A. Rémy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris (Sur les nerfs éjaculateurs). — Mention honorable à M. le docteur Rouch, de Montpellier (Méthode graphique appliquée à la physiologie du gros intestin).

III. PRIX DIVERS.

STATISTIQUE. — *Prix Montyon.* — Prix de 1,000 francs à M. le docteur P. de Pietra-Santa (Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde à Paris). — Mention exceptionnellement honorable à M. le docteur J. Socquet (Contribution à l'étude statistique sur le suicide en France de 1826 à 1878). — Mention très honorable à M. le docteur A. Chervin (Etude statistique sur la taille dans le département de la Seine-Inférieure).

CHIMIE. — *Prix Jecker.* — Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 4,000 francs à M. Prunier, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris (Recherches sur les carbures, les glycérines, la quercite, etc); — 2° 4,000 francs à M. R.-D. Sylva (Travaux divers sur les ammoniaques, la propylamine, etc.); — 3° 2,000 francs à M. G. Rousseau (Travaux de chimie minérale et de chimie organique).

Prix Lacaze. — Prix de 10,000 francs à M. A. Ditte, professeur à la Faculté des sciences de Caen (Mémoires sur des sujets très variés de chimie).

GÉOLOGIE. — *Prix Delesse.* — Prix de 1,400 francs à M. de Lapparent (Traité de géologie). — Un encouragement de 1,000 francs à M. A. Caravan Cachen (Esquisse géographique et géologique du département du Tarn).

BOTANIQUE. — *Prix Barbier.* — Le prix est partagé de la manière suivante : 1,000 fr. à M. Raphaël Dubois (Machine à anesthésier) et 1,000 francs à MM. Heckel et Schlagdenhauffen (Série d'études aux points de vue historique, chimique et thérapeutique).

Prix Desmazières. — Prix (une médaille de 1,600 francs) à M. Leclerc Du Sablon (Recherches sur les hépatiques).

©BIU Santé

Prix Thou. — Ce prix n'est pas décerné.

Prix Montagne. — Prix de 1,000 francs à M. Patouillard, pharmacien à Fontenay-sous-Bois (Descriptions et analyses microscopiques des champignons nouveaux, rares ou critiques).

Anatomie et zoologie. — *Prix Savary.* — Il n'y a pas lieu de décerner ce prix pour l'année 1885.

Grand prix des sciences physiques. — Prix (une médaille de 3,000 francs) à M. le docteur Joannès Chatin (Etude de la structure intime des organes tactiles dans l'un des principaux groupes naturels d'animaux invertébrés).

Prix Bordin. — Aucun mémoire n'a été présenté au concours.

Prix du Gama Machado. — Prix (une médaille de 1,200 francs) à M. Paul Girod (Mémoires sur les parties colorées du système tégumentaire des animaux).

IV. prix généraux.

Arts insalubres. — *Prix Montyon.* — L'Académie décerne deux prix (de 2,500 francs chacun) : 1° à M. Ch. Girard, directeur du laboratoire municipal de la ville de Paris (Documents sur les falsifications des matières alimentaires et sur les travaux du laboratoire municipal); — 2° à M. Chamberland (Bougies filtrantes ou filtres Chamberland).

Prix Cuvier. — Prix (une médaille de la valeur de 1,500 francs à M. Van Beneden, professeur à l'Université de Louvain (Recherches sur l'organisation et le développement des animaux inférieurs; travaux sur les cétacés).

Prix Trémont. — Le prix, élevé cette année à la somme de 2,000 francs, est partagé également entre M. Bourbouze, préparateur de physique à la Sorbonne (Nombreux appareils et expériences; projections photographiques), et M. Sidot (Préparation de différents corps nouveaux).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 décembre 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Présentations. — Observation de fibrome lacunaire de la mamelle chez l'homme. — Rapport sur une observation intitulée : « Cancer du corps thyroïde développé dans un goître ancien; ablation; résection de la carotide primitive et de ses branches, de la jugulaire interne et du nerf pneumo-gastrique dans toute la hauteur du cou; récidive locale et généralisation au bout de peu de jours. » — Rapport sur une observation intitulée : « Inversion utérine datant de treize ans; ablation par la ligature élastique (procédé de M. Charles Périer), guérison. » — De la tension dans les abcès tuberculeux. Elévation de cette tension dans les abcès symptomatiques de la coxalgie lorsqu'on traite cette affection par la méthode de l'extension continue. — Observation de gros calcul vésical extrait avec succès par la taille suspubienne. — Présentation de malades : fibro-sarcome volumineux de l'abdomen, opération, guérison; uranoplastie pratiquée avec succès pour une ulcération syphilitique de la voûte palatine. — Elections pour le renouvellement du bureau.

M. Larrey présente de la part de M. Tholozan, de Téhéran (Perse), deux brochures : 1° *Le choléra et les quarantaines*; 2° *Le choléra dans l'Inde.*

— M. Le Dentu, à propos du procès-verbal de la dernière séance et de l'observation adressée par M. le docteur Bruck (d'Alger) relative à un cas d'épithélioma de la mamelle chez l'homme, communique un fait peut-être unique dans la science et dont l'observation a été recueillie dans ses salles à l'hôpital Saint-Louis, par M. Péraire, interne du service.

Il s'agit d'un fibrome lacunaire de la mamelle gauche chez un homme âgé de 57 ans. La tumeur sous-jacente au mamelon avait commencé à se développer vers l'âge de 18 ans. D'abord grosse comme un pois, elle était devenue, en 1884, du volume d'une noisette; depuis quatre mois, elle avait pris un développement plus rapide; elle avait l'aspect d'un marron lorsque le malade est entré, le 7 mai dernier, à l'hôpital.

La tumeur est mobile, sans adhérences avec les tissus voisins. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle: la santé générale est excellente.

© BIU Santé

S'appuyant sur le développement très lent de la tumeur, sur la consistance très ferme, sur les petites bosselures qui la parsèment, M. Le Dentu diagnostique un fibrome probablement kystique.

L'ablation est pratiquée le 13 mai à l'aide d'une incision de 10 centimètres qui permet d'énucléer facilement la tumeur. La plaie est réunie par six points de suture profonds au fil d'argent et trois superficiels au crin de Florence. Pansement de Lister; tube à demeure. Le 28, la cicatrisation était complète et le malade sortait de l'hôpital.

L'examen histologique de la tumeur, fait par MM. Balzer et Ménétrier, a confirmé le diagnostic porté par M. Le Dentu avant l'opération.

Au microsoope, les parties charnues de la tumeur sont formées par un tissu fibreux adulte uniquement constitué par des faisceaux de fibres lamineuses entre lesquels on ne rencontre que de rares éléments cellulaires et par des fibres élastiques. De place en place, ce tissu compact est creusé de cavités généralement en forme de fentes, et tapissées par une seule couche d'épithélium prismatique ou cubique. En quelques points, on voit partir de la paroi de ces kystes un bourgeon fibreux coiffé de son revêtement épithélial et qui végète dans la cavité. On rencontre également, dispersées au milieu du tissu fibreux, des cavités beaucoup plus petites tapissées également d'épithélium cylindrique et rappelant parfaitement, par leur forme et leur disposition, les culs-de-sac glandulaires normaux. En d'autres points, la tumeur est uniquement formée de tissu adipeux. Le tout est environné par une couche épaisse de tissu fibreux qui forme la capsule de la tumeur.

De ces divers caractères, on peut conclure que cette tumeur est un fibrome lacunaire ou kyste développé aux dépens de la mamelle rudimentaire de l'homme.

— M. Humbert lit un rapport sur une observation de M. le docteur Peyrot, intitulée : « Cancer du corps thyroïde développé dans un goître ancien; ablation; résection de la carotide primitive et de ses branches, de la jugulaire interne et du nerf pneumo-gastrique dans toute la hauteur du cou; guérison; récidive locale et généralisation au bout de peu de jours. »

La malade de M. Peyrot était âgée de 40 ans et avait toujours joui d'une bonne santé. La tumeur commença à se développer, il y a neuf ans, s'accrut lentement sans déterminer d'autres phénomènes qu'un peu de gêne de la respiration pendant les efforts. Il y a un an, elle prit tout à coup un développement plus rapide; trois nouvelles tumeurs se surajoutèrent à la masse primitive; en même temps, les troubles respiratoires s'accentuèrent, la déglutition devint difficile, surtout celle des liquides qui déterminaient de violentes quintes de toux. La voix était faible et enrouée, et de vives douleurs se manifestaient dans la région de la nuque.

Quand M. Peyrot vit la malade, la tumeur avait le volume d'une tête de fœtus à terme. La malade réclamait énergiquement l'opération; les douleurs étaient devenues très vives au point de rendre le sommeil impossible; la gêne de la respiration et de la déglutition augmentait incessamment avec le volume de la tumeur. L'état général n'était pas mauvais; il n'y avait aucun signe de généralisation.

M. Peyrot, sans méconnaître les dangers immédiats de l'opération, ni la possibilité d'une récidive, se décida à intervenir. Il avait mis la tumeur à découvert et sectionné l'isthme du corps thyroïde, lorsqu'un accès de suffocation l'obligea à pratiquer la trachéotomie. Poursuivant ensuite la dissection de la tumeur, il la dégagea de la trachée et de l'œsophage; mais, lorsqu'il s'agit d'enlever la masse constituée par les ganglions envahis, il reconnut qu'elle avait contracté avec les gros vaisseaux des adhérences telles qu'il était impossible de les détruire. Il se vit donc dans la nécessité de lier la jugulaire interne au-dessus et au-dessous de la tumeur; il lia également la carotide primitive à la base du cou, puis, sous l'apophyse mastoïde, la carotide interne et les branches supérieures de la carotide externe. Enfin, le tronc du pneumogastrique englobé dans la tumeur dut également être sacrifié. Ces organes furent réséqués en même temps que la masse ganglionnaire sur une hauteur de 12 centimètres.

Les suites de cette grave opération furent des plus simples; aucun accident ne se produisit, et, quatorze jours après, la malade commençait à se lever. La plaie était

©BIU Santé

presque entièrement cicatrisée. L'état général était excellent. Malheureusement survint une récidive sur place qui amena la mort trois semaines environ après l'opération.

L'autopsie montra que la récidive avait eu lieu dans les ganglions du cou; le médiastin était, en outre, envahi par une masse néoplasique qui avait détruit la plèvre et gagné le sommet du poumon droit. Enfin, les deux poumons présentaient de petits nodules cancéreux sous-pleuraux; rien dans les autres viscères.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Malgré les dangers de l'opération dans les cas de ce genre, dangers atténués par les progrès de la chirurgie, malgré les chances d'une récidive, M. le rapprteur déclare qu'il ne saurait critiquer la conduite de M. Peyrot. Si, dit-il, on a raison, d'une manière générale, d'insister sur les dangers et l'inutilité trop fréquente de toute intervention dans les cancers du corps thyroïde, il y a des exceptions, des cas particuliers dont le chirurgien est seul juge en présence des malades, et ces problèmes n'ont pas leur solution dans les livres.

Quant à la nature de l'opération, lorsqu'on se décide à intervenir, il faut, suivant M. Humbert, la faire aussi radicale que possible. Les ponctions, les incisions, les débridements n'ont jamais fait qu'abréger la vie; ces pratiques sont d'autant plus irrationnelles que, souvent, les tumeurs cancéreuses du corps thyroïde restent longtemps encapsulées dans une sorte de coque fibreuse; la meilleure chance est que cette enveloppe se rompe le plus tard possible; c'est donc mettre les malades dans les plus mauvaises conditions que de donner au néoplasme une liberté d'expansion et de bourgeonnement qui aurait pu se faire attendre.

Quant aux détails de l'opération, M. le rapporteur pense qu'il eût été préférable de faire la trachéotomie préventive conseillée par Rose. Il approuve d'ailleurs complètement la résection de la carotide primitive et de ses branches, celle de la jugulaire interne et du pneumogastrique, nécessitées par les adhérences profondes de la tumeur avec les organes dont les fonctions avaient été, du reste, en quelque sorte supprimées par la compression que celle-ci exerçait sur eux.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser des remerciements à M. Peyrot; 2° de publier son observation dans les *Bulletins;* 3° d'inscrire son nom dans un rang honorable sur la liste des candidats à la place vacante de membre titulaire. (Adopté.)

— M. Terrier lit un rapport sur un travail de M. le docteur Defontaine, médecin en chef du Creusot, intitulé : *Inversion utérine datant de treize ans, ablation par la ligature à traction élastique (procédé de M. Charles Périer), guérison.*

Il s'agit d'une femme de 35 ans, qui, depuis ses premières couches, en 1872, avait des pertes abondantes et répétées, liées à l'existence d'une tumeur intra-vaginale qu'un chirurgien tenta d'enlever, en 1881, la prenant pour un polype, à l'aide de la chaîne d'écraseur. Heureusement, il s'aperçut à temps qu'il avait fait une erreur de diagnostic, et il s'arrêta.

M. Defontaine, consulté en 1885, reconnut l'existence d'une inversion utérine incomplète. La réduction manuelle, le pessaire Gariel ayant été impuissants, M. Defontaine tenta l'ablation par la ligature élastique, suivant le procédé de M. Charles Périer.

L'opération pratiquée le 13 août 1885, après chloroformisation, ne fut suivie d'aucun accident immédiat, sauf des vomissements chaque fois que la ligature était serrée d'un ou plusieurs crans. La tumeur se détachait le 1er septembre, et cinq jours après, le 6 septembre, la malade pouvait se lever.

Le 18 septembre, M. Terrier examinait la malade avec M. Defontaine et constatait que le col avait si bien repris son aspect normal, qu'il était impossible de soupçonner la perte de la plus grande partie de l'utérus subie par cette femme dont la santé était parfaite.

Tout en se déclarant fort satisfait du procédé de M. Périer qu'il a utilisé, M. Defontaine se demande si, vu la possibilité d'obtenir une asepsie parfaite du vagin, on n'en reviendra pas à l'ablation rapide de la tumeur, ne craignant plus la péritonite.

M. le rapporteur estime que le fait est possible, mais qu'il resterait encore la question de l'hémorrhagie. Dans cette dernière hypothèse, l'ablation totale avec ligature des liga-

SIU Santé

ments larges, lui semble indiquée. M. le rapporteur propose d'adresser des remerciements à M. Defontaine et de déposer son travail aux archives. (Adopté.)

Le rapport de M. Terrier, est suivi de quelques remarques suggérées à MM. Guéniot, Tillaux, Polaillon, Delens, Trélat et Pozzi, par le souvenir d'opérations analogues qu'ils ont pratiquées avec succès.

— M. Lannelongue communique le résultat des recherches qu'il a faites sur la tension des abcès tuberculeux et sur les modifications que subit cette tension dans le groupe des abcès symptomatiques de la coxalgie en particulier, lorsqu'on emploie comme méthode de traitement de la coxalgie l'extension dite continue.

Il résulte de ces recherches, qu'en général la tension des abcès tuberculeux est supérieure à celle du sang veineux ; elles établissent en outre que l'extension continue augmente la tension des abcès symptomatiques des membres, ce qui revient à dire qu'elle joue à l'égard de ces abcès le rôle d'un agent de compression, et, qu'à ce titre elle contribue à favoriser leur résorption.

— M. Terrillon présente une malade à laquelle il a pratiqué l'extirpation d'un fibrosarcome de la paroi abdominale. Cette tumeur volumineuse pesait 5 kilogrammes et avait 35 centimètres de long. La malade est aujourd'hui parfaitement guérie.

— M. Poulet présente un jeune militaire auquel il a pratiqué avec succès l'uranoplastie, pour une ulcération syphilitique de la voûte palatine, par le procédé de Langenbeck.

— Dans le courant de la séance, la Société de chirurgie procède par la voie du scrutin aux élections annuelles pour le renouvellement du bureau.

D'après le résultat de ces scrutins, le bureau, pour l'année 1886, se trouve constitué de la manière suivante : *Président :* M. Horteloup ; *vice-président :* M. Lannelongue ; *secrétaire général :* M. Chauvel ; *premier secrétaire annuel :* M. Delens ; *deuxième secrétaire annuel :* M. Terrillon.

En outre : M. Terrier, archiviste, et M. Berger, trésorier, sont prorogés par acclamation, dans les fonctions qu'ils remplissent déjà depuis plusieurs années.

— M. le docteur Guerlain, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis (à Boulogne-sur-Mer), communique une observation de gros calcul vésical, qu'il a extrait avec succès par la taille sus-pubienne de la vessie d'un enfant de 8 à 9 ans. Ce calcul, dont la naissance remontait à trois ans, avait une forme ovoïde ; il était composé de phosphate ammoniaco-magnésien ; il avait les dimensions suivantes : longueur 6 à 7 centimètres ; largeur 5 à 6 centimètres ; épaisseur 4 à 5 centimètres ; son poids était de 112 grammes.

Le même chirurgien met en outre sous les yeux de la Société de chirurgie un énorme calcul vésical, provenant d'un jeune homme de 26 ans, mort de néphro-cystite, à l'hôpital de Boulogne-sur-Mer, quelques jours avant l'opération de taille hypogastrique, que M. Guerlain se proposait de pratiquer sur lui. L'autopsie a montré de telles lésions dans les reins, les uretères et la vessie, que l'opération eût été inévitablement suivie d'un insuccès complet. Les dimensions de ce calcul étaient les suivantes : longueur 8 centimètres ; largeur 7 centimètres ; épaisseur 6 centimètres. — A. T.

COURRIER

Erratum. — Dans le n° 177, p. 1054, au lieu de Congrès d'hydrologie et de *dermatologie*, lire climatologie.

Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscriptions du deuxième trimestre de l'année scolaire 1885-1886 sera ouvert le mercredi 6 janvier 1886, à midi. Il sera clos le samedi 23 janvier, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre suivant, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et de deuxième année de doctorat et de première année

©BIU Santé

d'officiat, les mercredi 6, jeudi 7, vendredi 8, samedi 9, mercredi 13, jeudi 14 et vendredi 15 janvier.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les samedi 16, mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22 et samedi 23 janvier. — La quatrième inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (physiologie).

MM. les étudiants sont tenus 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 il 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 vendredi 15 janvier 1886.

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 semestre de l'année scolaire 1885-1886. 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 aux externes qui négligeraient de les remplir.

Concours de l'internat. — Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique : Vu la délibération par laquelle le Jury du concours de l'Internat, ouvert le 19 octobre dernier, déclare qu'il lui est impossible de terminer les épreuves de ce concours en temps utile pour que les élèves qui vont être nommés puissent entrer en fonctions le 1er janvier 1886; considérant qu'il importe de prendre les mesures nécessaires pour assurer le traitement des malades jusqu'à la nomination des nouveaux internes; Arrête : Art. 1er. Les élèves internes et externes actuellement en exercice dans les hôpitaux et hospices, sont prorogés dans leurs fonctions jusqu'au 31 janvier 1886, inclusivement. — Art. 2. Ampliation du présent arrêté sera transmise aux divisions compétentes et à MM. les directeurs des hôpitaux et hospices.

Société médicale des hôpitaux. — Le bureau de la Société médicale des hôpitaux est ainsi constitué pour l'année 1886 :

Président, M. Guyot; vice-président, M. Féréol; secrétaire général, M. Desnos; secrétaires des séances, MM. Legroux et Barth; trésorier, M. Moutard-Martin. — Le conseil d'administration se compose de M. Ferrand, Balzer, Féré, Lacombe; le conseil de famille, de MM. Vidal, Siredey, Cadet de Gassicourt, Dumontpallier; le comité de publication, de MM. Barth, Legroux, Desnos, Laveran, Tenneson.

Cours d'accouchements. — Le docteur Stapfer, chef de clinique, recommencera son cours le 1er janvier. Le cours a lieu tous les jours à quatre heures pendant un mois. Sa durée est de deux heures au moins chaque jour. Théorie, applications pratiques immédiates; interrogations; maneuvres. S'adresser à M. le chef de clinique, rue d'Assas, le matin ou le soir.

— M. le docteur Maygrier, médecin-accoucheur à l'hôpital Tenon, passe à la Pitié, dont les salles d'accouchement, dépendant jusqn'à ce jour du service de M. le docteur Audhoui, formeront désormais un service spécial d'accouchements sous sa direction. M. le docteur Maygrier est remplacé à l'hôpital Tenon par M. le docteur Bar, récemment nommé.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Ernest Besnier. — *Ordre des travaux* : Lundi, visite générale. — Mardi, opérations dermatologiques : lupus, acnés, etc. — Mercredi, dermatophyties, teignes, alopécies. — Jeudi, visite générale. — Vendredi, consultation externe. — Samedi, examen clinique des entrants.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

© IU Santé

Sommaire

I. Bulletin. — II. A. Courtade : De l'épithélioma du sein chez l'homme. — III. Bibliothèque. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — V. Thèses de doctorat — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

L'année qui finit léguera-t-elle à l'année qui vient une *Société de déontologie* pour le corps médical? Le projet de la Société médicale du Louvre et d'un de nos confrères les plus sympathiques, M. Ladreit de Lacharrière (1), va-t-il réussir après l'échec de tant d'autres projets analogues?

Il paraît que les médecins montrent en ce moment « une préoccupation égale pour les intérêts moraux et les intérêts matériels de notre profession ». C'est M. de Ranse qui l'affirme, dans la *Gaz. méd.* du 12 décembre. Mais je ne suis pas sûr que la préoccupation pour les deux espèces d'intérêts soit aussi égale que mon collègue veut bien le dire.

Quoi qu'il en soit, les Sociétés médicales ont répondu à l'appel de M. Ladreit de Lacharrière. Leurs délégués, après être tombés d'accord sur le principe, ont nommé un comité d'étude, qui lui-même s'est réuni pour voter des statuts provisoires. Ainsi, tout marche à souhait; l'idée a pris un corps, on s'entend sur le principe et sur l'application, sur le fond et sur la forme; aucune opposition n'a élevé la voix, et les rouages de la nouvelle Société sont fixés dans des articles organiques. Les délégués n'ont plus qu'à soumettre à leurs Sociétés respectives le projet si heureusement élaboré... Et c'est maintenant que la difficulté commence.

Plusieurs Sociétés parisiennes ont fait des réserves, avec ou sans hostilité; d'autres se sont déclarées d'ores et déjà favorables. Combien de temps le projet va-t-il dormir dans les cartons ou sur les ordres du jour des plus zélées d'entre elles?

Il a fallu l'estime profonde qui entoure M. Ladreit de Lacharrière et la confiance absolue que son caractère nous inspire, pour nous faire examiner ses propositions avec la ferme résolution de n'y apporter aucune entrave, de ne pas même soulever les questions délicates qui ont arrêté, en semblable occurrence, tant de législateurs de bonne volonté.

Toutefois, on a demandé fort justement à l'auteur du projet : « Qu'entendez-vous par *déontologie?* Vous occuperez-vous des questions d'honneur, ou d'intérêt professionnel? » Les réponses des délégués ont prouvé qu'ils n'avaient pas beaucoup réfléchi sur le sens du mot déontologie, qui veut dire devoir, et qu'il n'était pas inutile de demander *un poco piu di luce.*

Vous dites « déontologie », on entend « intérêts professionnels », et on accourt. Précisez maintenant ce que vous allez faire. S'agira-t-il de nos devoirs, ou de nos droits? Allez-vous moraliser le corps médical, ou recouvrer des honoraires?

Votre discours, d'une honnêteté pleine d'éloquence, flétrit le « charlatanisme » et les « tripotages »; il n'est question, pour ainsi dire, que de sauvegarder l'honneur médical; vous parlez franchement déontologie; accessoirement, vous venez en aide au « petit médecin » et vous l'accompagnez devant les tribunaux. Si on prenait votre discours à la lettre, on fuirait,

(1) *Union méd.*, 3 nov. 1885, p. 743.

©BIU Santé

j'en ai bien peur. Mais non; à la question posée plus haut, vous répondez hardiment, en élargissant votre cadre, en montrant l'intention de mettre sur le tapis *toutes* les questions qui intéressent le corps médical.

Notez bien que je trouve absolument légitime le soin qu'on prend des intérêts matériels, et que je ne m'élève nullement contre la tendance de beaucoup de nos confrères à s'unir dans la lutte pour l'existence. Mais je me demande ce qui adviendra de l'union telle qu'on nous la présente aujourd'hui.

Si la Société de déontologie s'occupe surtout des intérêts professionnels, recouvrements et tarifs, contestations en justice, elle n'est autre chose qu'un syndicat. Or, les syndicats existent et n'ont pas besoin d'elle; bien plus, ils la verront d'un mauvais œil. Si elle s'occupe de déontologie, c'est l'*Ordre des médecins*, moins la sanction légale; c'est l'édifice de M. Surmay (de Ham), privé de sa base de sustentation. Vous paraissez vous être dit : Ne demandons pas ce qu'on ne voudra jamais nous accorder; abandonnons la chimère d'un Ordre des médecins reconnu par l'État, et tâchons de nous suffire à nous-mêmes. C'est fort bien; malheureusement, si la sanction légale manque, la bonne volonté ne suffit pas. M. Surmay l'a bien compris; il a poussé droit au monstre sans s'arrêter aux difficultés de ce travail d'Hercule, parce qu'il a bien vu qu'une Société d'honneur professionnel ne peut avoir de puissance morale si elle n'est soutenue par la loi; pour qu'elle fonctionne, obéie et respectée, il faut qu'elle soit une institution du pays. Autrement, qui viendra vers vous et qui vous écoutera?

Beaucoup viendront, j'en suis sûr, animés des meilleures intentions; mais ceux-là resteront dehors et à l'abri de vos atteintes, qui auraient le plus besoin d'être moralisés. Resteront dehors également beaucoup d'honnêtes gens qui ne veulent pas qu'on les régente et pour qui vous serez des déclamateurs. Que pourront valoir vos décrets d'honorabilité? Sur quel critérium, sur quelles opinions doctrinales, sur quelles amitiés se fonderont-ils? Toute cette partie de votre tâche sera vaine, contestée, voire même inconnue du plus grand nombre. Vous serez, malgré vous, une Société de recouvrements, réduite aux questions judiciaires, aux querelles entre clients et médecins. Et alors, débrouillez-vous avec les Syndicats.

L.-G. R.

De l'épithélioma du sein chez l'homme.

Par A. Courtade, interne des hôpitaux.

Le sein chez l'homme paye un faible tribut aux néoplasies qui sont si fréquentes chez la femme. Si d'une part il est moins souvent frappé que celle-ci, il est d'autre part plus gravement atteint, car chez lui la plupart des tumeurs bénignes qui sont, heureusement, assez fréquentes chez la femme, sont inconnues ou plutôt très-rares; le plus souvent, il s'agit de tumeurs à pronostic variable ou grave, comme le sarcome, l'épithéliome, le carcinome.

M. Poirier, dans sa thèse inaugurale (1883), a pu réunir 72 cas de tumeurs du sein chez l'homme; la plupart sont des carcinomes; les épithéliomes sont bien plus rares, puisque l'auteur dit n'en avoir trouvé que 4 cas dans la science.

C'est à cause de leur rareté que nous allons citer les deux observations suivantes, avec examen histologique à l'appui.

©SIU Santé

P. J..., serrurier, âgé de 56 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 15 décembre 1883, pour une affection du sein. Ses antécédents héréditaires sont négatifs. Il n'a jamais eu de maladies vénériennes.

Il y a quatre mois, il a commencé à éprouver quelques douleurs, lorsqu'en travaillant, ses vêtements venaient à frotter le sein gauch Il n'attachait point d'importance à cette douleur passagère, lorsqu'il y a deux mois, il a remarqué que sous le mamelon était une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Comme cette tumeur s'accroissait, et que d'autre part les douleurs devenaient plus vives, il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on applique sur le sein un emplâtre de Vigo et on lui donne 2 grammes d'iodure de potassium.

Quand nous prenons le service, le 2 janvier 1884, le malade trouve que la tuméfaction a diminué un peu, et que les douleurs sont bien moins vives. Mais il faut remarquer que le malade ne travaille pas ; de plus le sein est mis à l'abri des frottements par un pansement ouaté.

A l'examen, on constate l'existence d'une petite tumeur, que l'on peut facilement limiter avec les doigts quant au diamètre qui est environ de 2 centimètres 1/2. La pression d'avant en arrière fait constater une augmentation dans l'épaisseur du sein. La tumeur est sous-jacente au mamelon qui en forme le centre, sans pour cela être déformé ; la peau au niveau de l'aréole ne présente aucune altération appréciable.

L'exploration et le froid déterminent dans le sein malade quelques douleurs lancinantes. — Emplâtre de Vigo — 2 grammes d'iodure de potassium. Compression.

Le 12 janvier, le malade sort à peu près dans le même état qu'à son entrée ; cependant les douleurs spontanées sont moins fréquentes et moins vives.

Il rentre à l'hôpital le 12 février 1884. — La tumeur est toujours la même, mais elle semble moins bien limitée qu'autrefois ; elle est le siège de vifs élancements à certains moments.

Le 15 février, M. Reynier pratique l'ablation de tout le sein, tout en conservant la peau. — Réunion immédiate. — Pansement de Lister.

4 mars. — La plaie est réunie partout, sauf à la partie la plus interne où la réunion immédiate a échoué ; de plus le mamelon s'est gangrené du cinquième au sixième jour, bien qu'à ce niveau la plaie soit réunie au-dessous de lui. — Exeat le 1er mars.

Examen histologique. — La tumeur a été durcie par le procédé ordinaire : alcool, gomme, alcool, et voici le résultat de l'examen que nous avons pratiqué : Au milieu d'un tissu conjonctif très dense, on aperçoit çà et là, avec un faible grossissement, des acini et des conduits galactophores. La forme en est très variable ; arrondis ou ovalaires, ils sont quelquefois sinueux, dilatés, déformés par des prolongements irréguliers. On trouve partout une couche épithéliale continue plus ou moins épaisse, suivant les points observés, mais aucun de ces acini n'est bourré de cellules ou de granulations moléculaires, de sorte que le centre est vide et constitue la lumière du cul-de-sac glandulaire.

Le tissu conjonctif péri-acineux présente en certains points une infiltration de cellules tout à fait anormale dont le maximum correspond assez nettement au pourtour d'un conduit. La paroi conjonctive de ce dernier, intacte en beaucoup de points, a été envahie et détruite en d'autres par la prolifération de l'épithélium qui le tapisse.

Les variétés d'épithélium que l'on observe se rapportent à la forme cylindro-cubique ; on trouve plusieurs couches superposées ; la plus externe se compose de cellules plus arrondies pourvues d'un gros noyau.

Sur d'autres coupes, on voit des cellules cylindriques très allongées dont la moitié externe est occupée par un noyau ovalaire et dont la moitié interne est claire.

On ne trouve pas une augmentation notable du diamètre, ni du nombre des vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

II. Obs. — D... Théophile, scieur de pierre, âgé de 46 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 23 février 1885, pour une affection du sein. Ses antécédents héréditaires sont excellents ; mère âgée de 75 ans et père âgé de 78 ans, tous les deux bien portants et n'ayant

©BIU Santé

jamais fait de maladies sérieuses. Il y a eu cinq enfants dans la famille, dont quatre sont encore vivants, l'un d'eux étant mort de variole à 21 ans.

Les antécédents personnels sont les suivants : jamais malade jusqu'à 26 ou 28 ans, époque où il aurait été pendant deux mois soigné pour une sciatique. Quand nous aurons signalé deux blennorrhagies à l'âge de 18 ans et 22 ans, et un érysipèle de la face, nous aurons épuisé son dossier pathologique.

Il y a cinq mois, Théophile a découvert sur le sein droit une petite induration ; il a été amené à cette constatation par les douleurs qu'il ressentait sous l'influence des frottements et des heurts continuels auxquels l'expose sa profession de scieur de pierres : la pression du reste n'est point douloureuse. La tumeur qui, au début, avait le volume d'une petite noisette, s'accroît de plus en plus, surtout depuis deux mois.

Il entre à l'hôpital le 23 février. On constate alors sur le sein droit l'existence d'une petite tumeur arrondie du diamètre d'une pièce de deux francs : Son épaisseur peut être évaluée approximativement à 1 centim. 5 ou 2 centim., si l'on en juge par l'écartement des doigts qui la pincent. Cette tumeur est sous-jacente au mamelon qui ne présente aucune modification apparente. Il est impossible de plisser la peau de l'aréole, qui n'est ni plus chaude ni plus rouge que le côté sain. Les douleurs ne surviennent que pendant l'exploration ou les frottements des vêtements contre le sein.

Par la pression, on fait sourdre quelques gouttes d'un liquide ressemblant assez à du petit lait, mais un peu moins coloré. L'ablation du sein est pratiquée le 19 mars, avec toutes les précautions antiseptiques. Le 30 mars, la réunion était complète et le malade sortait guéri le 7 avril.

D... Théophile revient à l'hôpital le 13 mai, et dit qu'il y a une quinzaine de jours, le sein gauche est devenu douloureux. On constate, en effet, sur le second sein, l'existence d'une bosselure arrondie dont le mamelon occupe le centre et qui a le diamètre d'une pièce de deux francs.

En pressant, on voit perler sur le mamelon quelques gouttes de liquide un peu trouble comme une solution de sel marin. La peau ne présente rien de particulier à signaler, car son aspect est normal. Le mamelon est rattaché intimement à la tumeur sous-jacente.

Comme cette petite tumeur le gêne beaucoup dans son travail et que, de plus, elle est le siège de violentes douleurs, il vient pour se faire opérer. L'opération a lieu le 18 mai et le 28 mai, le malade sort guéri.

L'examen microscopique des deux tumeurs, absolument semblables, nous n'en ferons qu'une même relation.

A un faible grossissement, on constate une dilatation assez considérable des conduits excréteurs, tapissés par une couche épithéliale, beaucoup plus épaisse que normalement.

Les conduits, dont la paroi conjonctive est intacte, sont relativement rares. Beaucoup plus nombreux sont ceux dont la couche conjonctive est envahie, détruite par la prolifération épithéliale, sinon sur toute sa circonférence, au moins dans une partie. Dans les points ainsi atteints, on constate une zone d'infiltration irrégulière, sans limites précises, tantôt se continuant avec le conduit excréteur voisin, tantôt absolument isolé de celui-ci, parce que la coupe ne porte pas sur le point d'union.

Les cellules, qui font irruption dans le tissu conjonctif péri-acineux, appartiennent au type cylindro-cubique ; les plus avancées sont arrondies et pourvues d'un ou plusieurs noyaux. Dans les conduits excréteurs mêmes, les cellules sont cylindro-cubiques ou irrégulières avec plusieurs noyaux, mais le centre des conduits est occupé par des granulations produites par la désintégration des cellules dégénérées.

Le tissu conjonctif péri-acineux ou péri-canaliculaire ne présente aucune altération autre que celle résultant de son envahissement par les cellules glandulaires ; il n'existe aucune trace d'inflammation récente.

Les coupes du mamelon et des parties sous-jacentes présentent un grand intérêt. Perpendiculaires au grand axe des conduits excréteurs, elles permettent de constater que ces canaux sont larges, sinueux et tapissés par plusieurs couches de cellules cylindriques. En certains points, celles-ci constituent même des amas, des bourgeons intra-

BIU Santé

canaliculaires ; c'est à ce niveau surtout que la couche conjonctive des canaux est détruite, envahie par les cellules épithéliales, qui poussent des prolongements irréguliers, mal limités, affectant cependant la forme de cercles ou de cylindres, suivant la direction de la coupe.

La tumeur ne présente pas de vascularisation anormale ; les artérioles ont leur structure normale. La peau du mamelon est saine ; les glandes sébacées de la région ne sont le siège d'aucune lésion.

Dans les trois tumeurs du sein, il s'agit manifestemement d'épithélioma des conduits excréteurs. En effet, la multiplication exagérée des cellules qui tapissent normalement ces canaux, multiplication telle que les cellules forment en certains endroits des bourgeons intra-canaliculaires, de plus la destruction de la digue naturelle de cette couche interne, représentée par la paroi conjonctive et l'envahissement du tissu fibreux voisin par les cellules de nouvelle formation, sont tous des caractères propres à l'épithélioma.

Nous ajouterons, pour surcroît de preuve, le siège de la tumeur qui a le mamelon pour centre, l'écoulement d'un liquide légèrement opalescent, les douleurs lancinantes revenant assez fort et assez souvent pour gêner le travail.

Dans ces deux cas, nous n'avons point trouvé d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle, et les malades n'ont plus reparu à l'hôpital, ce qui donne la présomption que la récidive n'a pas eu lieu au moins huit à dix mois après l'opération.

La symptomatologie de ces tumeurs s'était bornée au point de vue subjectif à des douleurs plus ou moins vives, suivant que le malade heurtait le sein, ou, au contraire, lui évitait la moindre secousse ; cependant, même dans le dernier cas, la tumeur était le siège d'élancements qui devenaient de plus en plus pénibles.

Le deuxième malade a présenté une tumeur de même nature dans le deuxième sein, et cela moins de deux mois après la première opération. Ce cas est tout à fait anormal et des plus rares ; cette tendance de l'organisme à faire des néoplasmes, cette diathèse néoplasique, comme l'appelle M. Verneuil, s'est manifestée par la production de tumeurs de même origine sur des organes semblables.

Nous avons été vivement surpris de constater des lésions très caractéristiques et assez avancées sur le deuxième sein, alors que quinze jours s'étaient à peine écoulés depuis que le malade s'était aperçu pour la première fois que la mamelle gauche était le siège d'une grosseur : il est certain que le néoplasme grandissait sous roche, et qu'il s'est révélé brusquement par des douleurs ; mais il est non moins certain, en tout cas, qu'il n'existait pas lorsque le malade est entré la première fois à l'hôpital.

La marche de l'épithélioma a donc été rapide, et bien en a pris au malade de ne pas attendre pour réclamer une intervention chirurgicale.

Il est superflu de dire que le traitement, une fois le diagnostic établi même avec des points d'interrogation, consiste dans l'ablation du sein, ablation complète dans tous les cas, et non partielle, comme on pourrait être tenté de la faire quelquefois.

BIBLIOTHÈQUE

FLORE PITTORESQUE DE LA FRANCE : Anatomie, — physiologie. — classification. — Description des plantes indigènes et cultivées, au point de vue de l'agriculture, de l'hor-

©BIU Santé

ticulture et de la sylviculture. Publiée sous la direction de M. J. Rothschild, avec le concours de MM. Gustave Heuzé, Bouquet de la Grye, Stanislas Meunier, J. Pizetta et B. Verlot, à l'usage des lycées, collèges, écoles normales, écoles primaires, agriculteurs, horticulteurs, forestiers, artistes, etc. ; ornée de 1,000 gravures, avec atlas de 82 planches en chromo et une carte agricole. — Paris, J. Rothschild, 1886, in-4° de 473 pages.

Ce magnifique volume, — le plus beau et le plus complet que l'on ait à cette époque consacré à la botanique, — est dédié à la mémoire de M. Joseph Decaisne, de l'Institut, par un éditeur reconnaissant. Le fait vaut la peine d'être signalé et retenu. Tout, dans ce volume, est également soigné, le papier, la typographie, les innombrables figures intercalées dans le texte, les grandes planches coloriées qui représentent un *Genera* de plus de 500 plantes, les paysages lithographiés de M. Allongé, les gravures importantes sur bois, les portraits encadrés dans les frontispices, tout, jusqu'à la mystérieuse forêt de la couverture, est traité avec un goût irréprochable et un art parfait.

C'est à ne se consoler jamais, si l'on est vieux, de n'être pas botaniste. Mais c'est plus encore à donner une furieuse envie de le devenir, si l'on est jeune. Aussi bien, la connaissance du monde végétal qui nous entoure, qui nous charme, qui nous guérit souvent, qui pourrait exclusivement nous nourrir, cette connaissance devrait être exigée plus rigoureusement qu'elle ne l'est aux examens des écoles, quelles qu'elles soient, et tenir plus de place qu'elle n'en tient dans les programmes de l'enseignement à ses différents degrès. De toutes les sciences, en effet, la botanique est celle dont les objets nous sollicitent partout et sans cesse ; c'est celle qu'on regrette le plus souvent de ne pas savoir assez. Il n'est pas de jour peut-être que son utilité pratique ne se fasse sentir, ou bien que son agrément ne se révèle. On peut dire que la vie se passe, pour les ignorants, à désirer de l'apprendre, et, pour les initiés à désirer de l'approfondir. Aux uns et aux autres, le livre qu'édite aujourd'hui avec tant de luxe M. J. Rothschild, offre le moyen facile de suivre leurs résolutions. Le nombre vraiment considérable, et surtout l'exactitude des figures remplacent autant que faire se peut, les champs, les jardins et les forêts. De telle sorte que, même en hiver, avec ce livre sous les yeux, il est permis de se donner l'illusion d'une herborisation imaginaire. Le chapitre dans lequel M. Stanislas Meunier énumère avec une méthode si sûre, les végétaux fossiles, et nous montre avec des gravures si précises les vestiges des plantes qui couvraient à une époque antérieure le sol de notre pays, aide singulièrement à l'illusion, ou, pour mieux dire, la complète : c'est comme s'il nous faisait sentir les cailloux que nous foulons aux pieds, dans nos courses à travers les campagnes.

A ces divers points de vue, *la Flore pittoresque de la France* nous paraît supérieure à tous les ouvrages similaires, qui ont paru jusqu'à ce jour. Sans méconnaître les mérites de ces derniers, et tout en rendant hommage, par exemple, au *Traité des plantes indigènes* par feu M. le docteur Cazin (de Boulogne), père de notre savant et sympathique confrère, de Berck, traité pour lequel je professe une particulière estime en raison des services qu'il me rend tous les jours, il faut bien avouer qu'aucun ne renferme autant de matières, et surtout n'a déployé une aussi prodigieuse richesse d'illustrations, que le volume que je signale par cet article.

Le livre de Cazin est plus médical, celui de M. J. Rothschild est plus universel ; le premier est rangé par ordre alphabétique, l'autre a suivi l'ordre plus méthodique, et généralement adopté, des familles naturelles.

J'ajoute, pour ce dernier, que les auteurs se sont efforcés de simplifier autant qu'ils l'ont pu, la nomenclature souvent barbare, quelquefois rebutante, qui a été imposée à la botanique. Ils ont restreint, dans la mesure du possible, le nombre des termes techniques, et suivi la classification de de Candolle en la mettant, dans toutes ses parties, à la portée du public, même laïque. Les tables, très détaillées et très claires, permettent de trouver rapidement ce qu'on cherche. Les travailleurs qui apprécient plus que personne les tables bien faites, parce qu'elles réalisent une économie considérable de temps, seront reconnaissants de ce détail. En somme, on doit adresser de vives félicitations à l'éditeur et aux auteurs pour l'œuvre superbe qu'ils ont menée à bien, et pour la pensée pieuse qui l'a inspirée. — M. L.

BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 décembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire intitulé : *La maladie de Dupuytren*, par M. le docteur Charles Aniat, médecin-major.

2° Une *Etude sur les causes partieulières du choléra* chez les enfants par M. le docteur Pigeon (de Fourchambault).

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de M. le docteur Parise (de Lille), membre associé national.

M. le Président annonce ensuite que MM. Védrènes (de l'armée) et Willemin (de Vichy), membres correspondants, assistent à la séance.

M. Larrey présente, au nom de M. Védrènes, une brochure relative à la trépanation du crâne chez les indigènes de l'Aurès (Algérie).

M. Brouardel présente, de la part de M. Lafont, préparateur du laboratoire de toxicologie, un travail intitulé : *La toxicologie en Allemagne et en Russie.*

M. Mathias Duval présente, de la part de M. le docteur Debierre (de Lyon), un *Traité d'embryologie humaine et comparée.*

M. Colin (d'Alfort) fait hommage du premier volume de la 2e édition de son *Traité de physiologie comparée des animaux.*

M. Henri Roger présente, de la part de M. le docteur Dechaux (de Montluçon), une observation de tétanos guéri par les émissions sanguines à très haute dose.

M. Besnier présente, au nom de M. le docteur Rondet (de Lyon), la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde à Neuville-sur-Saône, étudiée surtout au point de vue de l'étiologie et du traitement.

M Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. le docteur Bonamy (de Rouen), un travail sur l'allaitement des enfants. (Commission de l'hygiène de l'enfance.)

M. Gosselin présente, au nom de M. le docteur Saboïa (de Rio-Janeiro) : 1° une observation de traitement des anévrysmes de l'aorte par la méthode du docteur Baccelli (de Rome) : Introduction de ressorts de montre dans la cavité anévrysmale dans le but d'y provoquer la coagulation du sang; — 2° une lettre adressée à M. le Président de l'Académie de médecine, par laquelle M. Saboïa demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger.

M. Galezowski lil un travail intitulé : *De l'épilepsie et d'une névrite optique guérie par l'énucléation d'un œil blessé.*

Il s'agit d'un cas très grave, d'une épilepsie des plus violentes survenue chez un homme jeune encore et chez lequel un œil était perdn depuis six ans, par suite d'un accident de chasse. Cet œil avait été réduit à l'état de moignon, après une amputatioa de l'hémisphère antérieur. Six ans après, l'autre œil devenait trouble, par une névrite optique qui coïncidait avec l'apparition des accidents épileptiques. La guérison de ces accidents eut lieu par l'énucléation de l'œil.

M. Galezowski rappelle, à cette occasion, le fait suivant, déjà signalé par lui dans son *Atlas d'ophthalmologie*. Il s'agit d'un homme de 47 ans qui avait perdu la vue de l'œil droit dès l'âge de 8 ans, par suite d'une blessure. L'œil gauche, qui était resté sain pendant près de quarante ans, fut pris tout à coup d'une névro-rétinite avec exsudations de la macula semblables à celles de la rétinite albuminurique. M. Galezowski examina ce malade avec MM. Maurice Perrin et Panas; ils trouvèrent une sensibilité au toucher dans l'œil atrophié. L'ablation de l'œil atrophié fit disparaître peu de temps après la névro-rétinite, ainsi que les exsudations maculaires. La maladie de la rétine et du nerf était produite, dans ce cas, par une endartérite oblitérante sympathique, transmise le

©BIU Santé

long des parois vasculaires, car il en est résulté une oblitération d'une artère rétinienne.

Ces deux faits paraissent donner d'une manière irréfutable l'explication du mode de transmission des ophthalmies sympathiques le long des parois vasculaires, probablement par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, d'où les thromboses et les endartérites sympathiques avec leur conséquence.

Les accidents épileptiques ont dû être provoqués aussi par une irritation des nerfs vaso-moteurs dans le trajet des bandelettes optiques et peut-être plus loin, à la surface même des corps genouillés et des couches optiques, qui disparaissent dès que la cause d'irritation a été enlevée.

M. Méhu lit une série de rapports sur les remèdes secrets et nouveaux. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

M. G. Bouchardat fils 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 à l'élection des Commissions suivantes :
Épidémies. — M. Dujardin-Beaumetz.
Eaux minérales. — MM. Bourgoin, Empis.
Remèdes secrets. — MM. Milne-Edwards, Gautier, G. Bouchardat.
Vaccine. — MM. Leblanc, Colin (L.), Guéniot.
Hygiène de l'enfance. — MM. Vallin, Lagneau.

— A quatre heures l'Académie se réunit en comité secret pour entendre : 1° La lecture du rapport de M. Milne-Edwards, sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale ; — 2° la lecture du rapport de M. Peter, sur les titres des candidats à la place de membre correspondant étranger.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 décembre 1885. — Présidence de M. Vidal.

Sommaire : *Des diverses espèces de concrétions sanguines. — Pied-bot tabétique. — Rétrécissement de l'artère pulmonaire; communication inter-ventriculaire. — Hystérique mâle syphilitique et tabétique. — Bureau pour 1886.*

M. Hayem poursuit, depuis 1877, des recherches fort importantes sur les diverses espèces de concrétions sanguines. L'histoire de la thrombose et de l'embolie est connue depuis Wirchow en ce qui concerne l'aspect, le siège, la structure et les procédés de morcellement des thromboses pour produire les embolies. Mais le mode de formation des concrétions est demeuré obscur; il se trouve éclairé par les recherches de M. Hayem sur la coagulation du sang.

Les concrétions sanguines sont de trois espèces : 1° hématoblastiques ou par battage ; 2° par stase; 3° par précipitation.

1° *Concrétions par battage.* — Lorsqu'on introduit un corps étranger dans un vaisseau (Brücke) ou lorsqu'on badigeonne d'ammoniaque la moitié de la surface interne d'un segment de vaisseau, il se forme promptement un caillot autour du corps étranger ou au contact de la surface badigeonnée. Cette coagulation est le résultat d'une altération presque instantanée des hématoblastes qui adhèrent entre eux et enveloppent le corps étranger d'une courbe uniquement hématoblastique. M. Hayem a provoqué également des concrétions hématoblastiques en machurant avec une pince la paroi d'un vaisseau, ou en altérant un point de la tunique interne de la carotide du cheval au moyen d'une tige métallique introduite par une collatérale. Les concrétions produites par ces divers procédés, aux points où le sang vient battre, consistent d'abord seulement en hématoblastes ; plus tard il s'y ajoute des globules blancs, puis des globules rouges, enfin de la fibrine qui unit le tout. Bien que ces concrétions puissent devenir assez volu-

©SIU Santé

mineuses pour obturer de petits vaisseaux, elles ne peuvent jamais oblitérer ni les gros vaisseaux, ni le cœur. Elles se montrent dans cet organe dans les diverses endocardites, aiguës, ulcéreuses, végétantes. Elles suivent toutes les lésions chirurgicales des vaisseaux, la paroi lésée agissant sur le sang comme un corps étranger, et le caillot qui se forme peut être appelé clou hématoblastique. Les concrétions hématoblastiques sont très propres, par leur constitution et leur mode de formation, à se fragmenter ei à produire des embolies.

2° *Concrétions par stase.* — Celles-ci s'opèrent par la coagulation du sang en masse, comme dans un vase à l'air libre; la condition nécessaire à leur production est la stase presque complète du sang. Celle-ci ne suffit pas cependant, puisque le sang peut demeurer liquide dans un vaisseau même séparé du corps et conservé jusqu'à la putréfaction. On a invoqué la nécessité d'une altération du sang ou de la paroi du vaisseau. Dans toute stase un peu prolongée, la paroi des vaisseaux subit des lésions de nutrition et celles-ci expliquent la production d'une coagulation en masse. C'est ce qui arrive dans les maladies du cœur, lorsque la circulation se ralentit, dans les compressions par les tumeurs. Pour expliquer les concrétions qui se forment dans les cas où les parois vasculaires ne semblent pas altérées, Vogel a désigné sous le nom d'*inopexie* une altération supposée du sang, sur la nature de laquelle nous ne savons rien de précis. C'est en vue d'éclaircir ce point obscur que M. Hayem a institué l'expérience suivante : il lie sur un chien les deux jugulaires à leurs extrémités centrales et périphériques; dans l'une d'elles, il injecte quelques centimètres cubes de sérum de chien, le sang s'y coagule immédiatement en masse; il demeure liquide, au contraire, dans l'autre jugulaire où n'a pas été faite d'injection. De ce qu'un liquide organique comme le sérum a la propriété de provoquer ainsi une coagulation en masse du sang, on peut inférer que, dans certains états pathologiques encore mal déterminés, un principe analogue à celui que renferme le sérum peut être versé dans le sang et en provoquer la coagulation, pour peu qu'il s'ajoute une faible cause de ralentissement circulatoire.

Les caillots par stase se comportent comme les caillots par exposition du sang à l'air libre; leur rétraction est complète après quarante-huit heures au plus, le sérum exhalé se mélange à la partie du sang demeurée liquide et entraîne quelques globules blancs et rouges.

On trouve beaucoup de caillots qui sont de formation mixte; une concrétion hématoblastique à l'origine gêne assez à un certain moment la circulation pour provoquer la coagulation en masse et l'oblitération complète du vaisseau. Ainsi se forment les thromboses consécutives aux artérites et aux phlébites; ainsi s'oblitèrent les poches anévrysmatiques, dans lesquelles les aspérités de la paroi vasculaire ont été le point d'appel de concrétions hématoblastiques; alors, une compression, une ligature ou quelque principe coagulateur intervenant, la stagnation dn sang dans la poche est suivie de la prise en masse de son contenu.

3° *Concrétions par précipitation.* — Dans les cas de mort par hémorrhagies multiples, on trouve dans les organes de très nombreux infarctus par thromboses ou embolies. Dans le purpura hémorrhagica, les plaques hémorragiques de la peau représentent autant d'infarctus résultant d'artérites disséminées oblitérant des artérioles sous-cutanées. Mais ce cas mis à part, les lésions hémorrhagipares sont demeurées inexpliquées et on a pu invoquer tour à tour une altération hypothétique du sang aussi bien qu'une influence vaso-motrice ou nerveuse.

Naunyn a injecté dans les veines du cou d'un lapin du sang *laqué* provenant d'un autre lapin. (Le sang laqué est obtenu par la congélation ou l'action de l'éther qui chasse l'hémoglobine du stroma des globules rouges.) Cette injection de sang laqué est suivie de la mort de l'animal par suite d'une coagulation en masse du sang depuis le point où a été faite l'injection dans les gros vaisseaux, le cœur et l'artère pulmonaire.

M. Hayem n'a pu réussir à reproduire cette expérience. Mais il en a institué une autre, relative au mécanisme de concrétions dites *grumeleuses*, et qui sont d'un certain intérêt au point de vue médical. Du sérum de bœuf est injecté à un chien; l'animal crie, a des frissons, de l'accablement, du hoquet, des vomissements, une diarrhée féca-

©BIU Santé

loïde, puis muqueuse et sanguinolente, de l'hypothermie, de l'anurie, et meurt au bout de vingt-quatre heures.

L'autopsie montre de très nombreuses lésions hémorrhagiques, résultats d'infarctus dans tous les organes et surtout dans le tube digestif.

Le sérum de bœuf ne diffère de celui du chien que par une richesse plus grande en principe coagulateur (que celui-ci soit ou non le ferment de la fibrine); c'est le principe qui amène la production des infarctus précités ; on peut supposer qu'à l'état pathologique certains organes déversent dans le sang ce principe coagulateur. D'après les recherches d'un élève de M. Hayem, le venin de la vipère, introduit dans les vaisseaux, détermine comme le sérum de bœuf des hémorrhagies multiples par infarctus.

Ce sont là des faits dont l'intérêt est considérable au point de vue de la physiologie pathologique encore si obscure des concrétions sanguines.

M. Joffroy complète une communication antérieure sur le pied-bot tabétique en faisant connaître le résultat de la dissection de la jambe et du pied chez une malade atteinte de cette déformation, et qui vient de succomber.

La contractilité électrique était conservée dans les muscles de la jambe, mais modifiée. La contraction n'était obtenue que par un courant faradique plus fort qu'à l'état normal, et la contractilité galvanique était modifiée. La réaction de dégénérescence est très rare dans ces cas : chez la femme dont M. Joffroy présente la pièce anatomique, l'atrophie dégénérative du long péronier latéral avait été constatée pendant la vie par l'exploration électrique.

L'articulation tibio-tarsienne et les parties fibreuses péri-articulaires étaient saines. La position vicieuse du pied était sous la dépendance du tendon d'Achille. La dégénérescence graisseuse a paru complète dans le soléaire et le long péronier latéral, les autres muscles étant sains ou à peine altérés.

L'existence des altérations musculaires dans le pied-bot tabétique a conduit M. Joffroy a rejeter l'hypothèse du pied-bot par atonie, et à adopter celle du pied-bot par atrophie musculaire.

Dans le cas actuel, l'atrophie du long péronier latéral permettait au jambier antérieur de redresser le bord interne du pied, et, bien que le soléaire fût atrophié, les jumeaux ont suffi à produire l'équinisme et la griffe des orteils. Quand les muscles du mollet sont, par exception, tous atrophiés, c'est le pied-bot talus qui se produit.

La fréquence du pied-bot tabétique chez la majorité des ataxiques d'ancienne date, confinés depuis plus ou moins longtemps au lit, conduit à penser que les altérations musculaires sont fréquentes chez eux. Chez la malade dont M. Joffroy a présenté la pièce, les nerfs tibial antérieur et musculo-cutané avaient perdu un grand nombre de leurs tubes nerveux, à la place desquels ne se voyaient que des gaines vides ou des tubes très grêles, qui sont probablement des nerfs régénérés. La névrite est-elle ici primitive ou consécutive à des lésions des cellules des cornes antérieures de la moelle? L'examen de celle-ci n'ayant pas encore été fait, la réponse à cette question doit être différée.

— M. Dumontpallier soumet à la Société une pièce anatomique, cœur d'un phthisique, présentant une perforation de la cloison interventriculaire et un rétrécissement de l'artère pulmonaire. Ce sujet avait présenté une cyanose d'ancienne date, un bruit de souffle systolique au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire, et s'étendant vers la clavicule; signes qui, joints à l'existence de la tuberculose pulmonaire, avaient conduit M. Dumontpallier à faire le diagnostic que l'autopsie à vérifié.

M. Féréol fait observer que la communication des deux ventricules n'entraîne pas fatalement la cyanose : celle-ci peut n'être qu'intermittente, suivant les fluctuations de la tension du sang rouge et du sang noir. Il pense que la sténose de l'artère pulmonaire peut avoir précédé la perforation de la cloison interventriculaire, et l'avoir même provoquée par l'obstacle qu'elle apportait au cours du sang.

— M. Féréol a maintenant dans son service un malade que M. Debove avait dernièrement présenté à la Société comme un hystérique mâle. Il est bien en effet hystérique,

©BIU Santé

mais il est aussi syphilitique, et affecté de symptômes tabétiques qu'il y aurait peut-être lieu de rapporter à la syphilis.

Le bureau de la Société des hôpitaux pour 1886 est ainsi composé : Président, M. Guyot ; vice-président, M. Féréol ; secrétaire général, M. Desnos. — P. L. G.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 28 AU 30 DÉCEMBRE 1885.

Lundi 28. — M. Béhier : Étude sur les méningites spinales chroniques. (Président, M. Vulpian.) — M. Maron : Des lésions du rein produites par l'oblitération des artères rénales. (Président, M. Vulpian.) — M. Gilles de la Tourette : Études cliniques et physiologiques sur la marche. — La marche dans les maladies du système nerveux, étudiée par la méthode des empreintes. (Président, M. Charcot.)

Mardi 29. — M. Hervé de Lavaur : De la dyspepsie nerveuse; traitement des vomissements alimentaires par le lavage de l'estomac et l'alimentation artificielle. (Président, M. Peter.) — M. Raspail : Contribution à l'étude de la sitiophobie et de son traitement par le lavage de l'estomac. (Président, M. Ball.) — M. Duflocq : Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine en 1884. (Président, M. Jaccoud.)

Mercredi 30. — M. Hamonic : De la rectite proliférante vénérienne et non vénérienne. (Président, M. Trélat.) — M. Francon : De l'ostéomyélite tuberculeuse. (Président, M. Trélat.) — M. Hennocque : Contribution à l'étude du favus de la peau et des muqueuses. (Président, M. Fournier.)

FORMULAIRE

MIXTURE CONTRE L'ÉPILEPSIE. — Brown-Séquard.

Iodure de potassium.....	4 grammes.
Bromure de potassium.....	4 —
Bromure d'ammonium.....	2 —
Bi-carbonate de potasse.....	2 gr. 50 cent.
Infusion de colombo.....	180 grammes.

Faites dissoudre. — Une cuillerée à café avant chacun des trois principaux repas, et trois grandes cuillerées au moment du coucher, en étendant la solution d'un peu d'eau, dans le cas d'épilepsie idiopathique. — Si le pouls du malade est faible, on substitue dans cette formule, le carbonate d'ammoniaque au bi-carbonate de potasse, et on remplace les 180 grammes d'infusion de colombo, par 45 grammes de teinture de colombo, et 135 grammes d'eau distillée. — N. G.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion du JOUR DE L'AN, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Samedi 2 janvier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret du 11 décembre 1885, M. le docteur Mathias Duval, agrégé des Facultés de médecine, directeur du laboratoire d'anthropologie à l'école des Hautes-Etudes, est nommé professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris.

SERVICES DE CHIRURGIE DES HÔPITAUX. — Dans sa séance du 17 décembre dernier, le conseil de surveillance de l'Assistance publique a décidé qu'il y avait lieu de dédoubler les services de chirurgie de Lariboisière. C'est un premier pas dans la voie d'une réforme très utile.

©BIU Santé

Nécrologie. — L'Académie des sciences vient de faire une nouvelle perte; M. Tulasne (Louis-René), membre de la section de botanique dans laquelle il avait remplacé Adrien de Jussieu, est mort mardi 22 décembre 1885, à Hyères.

Société de médecine légale. — La Société de médecine légale vient de procéder au renouvellement de son bureau qui, pour l'année 1886, est composé comme il suit :

Président, M. le docteur Blanche; vice-président, MM. Horteloup, magistrat, le docteur Polaillon; secrétaire général, M. le docteur Gallard; secrétaires des séances, MM. le docteur Le Blond, le docteur Socquet; archiviste, M. Joseph Lefort, avocat, docteur en droit; trésorier, M. Mayet, pharmacien.

Membres de la Commission permanente chargée de répondre dans l'intervalle des séances aux demandes d'avis motivés, adressées à la Société : MM. Blanche président, Gallard secrétaire général, Boudet avocat, le docteur Brouardel, le docteur Foville, le docteur Laugier, le docteur Lutaud, le docteur Pinard, le docteur Polaillon, Rocher avocat, le docteur Vibert, Yvon pharmacien.

Membres du conseil de famille : MM. Blanche président, Horteloup et Polaillon vice-présidents, Chaudé avocat, Benoist magistrat, Boudet avocat, docteur Falret, docteur Motet.

Membres du comité de publication : MM. Gallard secrétaire, Le Blond, Jules Lefort, Meignien, Pouchet, Socquet.

Dans la même séance, la Société a nommé membres honoraires : MM. les docteurs Pénard et Worms.

La Société tient ses séances le deuxième lundi de chaque mois, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des référés. Les séances sont publiques.

Six places de membres correspondants nationaux sont déclarées vacantes. Les candidats sont invités à faire parvenir leurs demandes, sans retard, au secrétariat général, 7, rue Monsigny.

— L'habitude de fixer la coiffure des femmes au moyen de longues épingles d'écaille ou de métal, remonte à la plus haute antiquité. Elle paraît avoir existé chez tous les peuples, à toutes les époques.

Il y a deux mille ans, les Gauloises et les Gaulois se servaient d'épingles, véritables bijoux artistiques.

M. Toulouze, dans ses recherches, a eu la bonne fortune d'en recueillir de fort belles, précieuses surtout par leur travail d'ornementation. Le curieux de la découverte est qu'elle a été faite dans des sépultures de guerriers gaulois, auprès de haches, de lances, de javelots et d'épées. Ce qui semblerait prouver que nos ancêtres avaient un goût prononcé pour le luxe et la parure, à moins qu'il ne faille regarder ces épingles comme un souvenir de la veuve éplorée au guerrier mort pour la patrie.

Le sommet de ces bijoux est légèrement bombé; la partie supérieure de la tige est entaillée de petits sillons circulaires, simulant l'empilement de 15 à 25 petites rondelles plates.

D'autres épingles funéraires ont été trouvées par M. Flouet à Magny (Côte-d'Or), par M. Ladislas Chodkiewicz, à Wloczyn (Pologne), près de la frontière du grand-duché de Posen.

Récemment, on en a découvert au Pérou, dans des tombeaux appartenant à l'époque historique des Incas. Ces épingles, d'un style assez semblable à celui des épingles européennes, sont cependant inférieures comme travail à nos bijoux gaulois. Les Péruviennes, d'avant Pizarre, étaient déjà coquettes, et les Péruviens artistes!

Le musée du Trocadéro possède quatre de ces épingles en cuivre argenté, à tête plate, ornées de trois stries transversales et coupées au burin. Elles ont été trouvées à Ancon (département de Lima) par M. de Cessac. Elles mesurent de 18 à 20 centimètres de longueur. Six autres, offertes par M. Macedo, atteignent 30 centimètres. Mais quoique anciennes, elles le sont moins que celles de M. Toulouze, qui datent de 1,900 à 2,000 ans.

Fin du Tome XL (Troisième série).

Le Gérant : G. RICHELOT.

©BIU Santé

TABLE DES MATIÈRES DU TOME XL

(TROISIÈME SÉRIE)

JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE, DÉCEMBRE 1885.

A

Abcès. — de l'orbite à la suite d'un coryza, Hartmann, anal., 834. — tuberculeux, leur tension, Lannelongue (Soc. de chir.), 1067. —, v. Anévrysme.

Absorption. La rapidité d'— de la muqueuse stomacale de l'homme et sa valeur diagnostique, Penzoldt et Faber, anal. R. L., 714.

Académie de médecine. (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique.) Bulletins sur l'— et comptes rendus des séances, 8, 52, 139, 175, 225, 259, 295, 335, 381, 417, 464, 503, 550, 586, 632, 670, 709, 718, 752, 800, 837, 1028, 1052, 1075.

Académie des sciences. (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique.) Comptes rendus des séances, 22, 69, 106, 152, 189, 250, 272, 309, 346, 394, 479, 515, 562, 646, 680, 730, 766, 812, 849, 1062.

Accidents. — puerpéraux chez une multipare, M. Notta, 1. — pulmonaires chez les cardiaques, traitement, C. Paul, 71.

Accouchement, v. Déviations.

Actinomycose. L'— broncho-pulmonaire primitive chez l'homme, Pietro Conti, anal. Millot-Carpentier, 652. — méconnue, Köhler, anal. R. L., 798.

Affections. Des — vénériennes traitées par les eaux sulfureuses de Luchon, Doit-Lambron, anal. L.-G. R., 21. — cardiaques, v. Athérome. — cérébrales, v. Courants électriques.

Aide-mémoire. — d'anatomie, Alexis Julien, anal. L.-G. R., 579. — et formulaire du médecin praticien, Léon Duchesne, anal. L.-H. Petit, 617.

Aine, v. Auscultation.

Albuminurie. Néphrite sans —, de Renzi, anal. Millot-Carpentier, 173. — régulièrement intermittente, Falkenheim, anal. R. L., 499. — — gravidique et éclampsie, Doléris et Poney (Soc. de biol.), anal. 539.

Albuminuries. Contribution à l'étude des — transitoires dans quelques maladies du système nerveux, H. Michel, anal. P. L. G., 773.

Alcoolisables. Les —, Féré (Soc. méd. des hôp.), 298.

Alcoolisme. Effets des boissons spiritueuses, prophylaxie de l'—, Lancereaux (Acad. de méd.), 838.

Alexander. Opération d'—, recherches anatomiques et opératoires, Doléris et Ricard, 865. Note sur l'anatomie des ligaments ronds au point de vue de l'opération d'—, Beurnier, 942. Nouvelles études sur l'opération d'—, Doléris et Ricard, 1057.

Aliénés, v. Asile. —, législation en Angleterre et en Ecosse, Foville, anal. C. L. D., 774.

Aménorrhée, v. Permanganate de potasse.

Amputation sous-périostée, v. Gangrène.

Analyse spectrale des éléments de l'atmosphère terrestre, Janssen (Acad. des sc.), 646.

Anesthésies. Appareil pour les — par les mélanges titrés de chloroforme et d'air, Raphaël Dubois (Acad. des sc.), 23. — apparentes et sensations retardées dans les névroses, Revillout (Acad. des sc.), 479.

Anévrysme. — variqueux de l'aorte, Glasgow, anal. C. L. D., 607. — diffus primitif, abcès, etc., Houzel, rapport de Tillaux (Soc. de chir.), 1042.

Anévrysmes. — de l'artère pulmonaire, S. West, anal. R. L., 343.

Angine de poitrine. —, péricardite consécutive, Donald Hood, anal. R. L., 439. — vraie, nature et traitement curatif, H. Huchard, 529, 541.

Anthrax. Injection sous cutanée contre l'—, Olavide, 516.

Antipyrine. Contribution à l'étude thérapeutique et physiologique de l'—, Léon Arduin, anal. Ch. Eloy, 559. —, action physiologique et thérapeutique, Léon Arduin, 781. — contre le coup de chaleur, Westbrook, anal. C. L. D., 1052.

Anurie, v. Néphrite.

Aorte, v. Anévrysme.

Appareil, v. Anesthésie. — auditif, v. Fièvre. — urinaire des vieillards, Launois, anal. M. Notta, 305.

Arduin (Léon), v. Antipyrine.

Artère pulmonaire, v. Anévrysmes.

Artères, v. Sclérose.

Artério-sclérose, v. Arthrites.

Arthrite. Observation d'— blennorrhagique de l'articulation sterno-claviculaire, Bousquet, rapport d'Horteloup; discussion (Soc. de chir.), 739.

Arthrites déformantes, varices et artério-sclérose, Lancereaux, 373.

Arthropathie. — d'origine spinale, Féréol (Soc. méd. des hôp.), 93.

Ascite. De l'— dans les tumeurs abdominales, v. Ovario-hystérectomie. — consécutive au développement de néoplasmes dans les épiploons, ponction par le sac d'une hernie

©BIU Santé

inguinale, Grandmaison, rapport de Chauvel (Soc. de chir.), 1041.
Asile d'aliénés. — de Villejuif, règlements, nominations, etc., 108. — de la Seine, traitement des pharmaciens en chef, 384.
Aspiration, v. Cataracte.
Assainissement. Les projets d'— de Toulon, C. L. D., 693.
Assistance. A propos du service de l'— médicale à domicile, Ch. E., 751.
Association française pour l'avancement des sciences, v. Congrès.
Ataxie, v. Paralysie.
Athérome. — artériel et affections cardiaques, Lancereaux, 205.
Atlas universel de géographie moderne, ancienne et du moyen âge, Vivien de Saint-Martin, anal. Richelot père, 510.
Atrophie. Un cas d'— musculaire progressive, Carmelo Andronico, anal. M. S., 327. — des muscles après les fractures articulaires, Duplay et Clado (Soc. de biol.), anal., 538.
Atrophies. — musculaires chirurgicales, Duplay et Clado (Soc. de biol.), 177.
Auscultation. De l'— de l'aine, Duroziez, 193. — en obstétrique, Cantacuzène, anal. Stapfer, 414.

B

Bacille. Recherches expérimentales sur les neutralisants du — tuberculeux au point de vue prophylactique et thérapeutique, Giuseppe Sormani et E. Brugnatelli, anal. Millot-Carpentier, 173.
Bacilles. La quantité de — dans les crachats des phthisiques, Zenkewitch, anal., 548. — spécifiques dans les lésions syphilitiques, Lustgarten, anal. C. L. D., 893.
Bactéries. Les — et leur rôle dans les maladies infectieuses, Cornil et Babès, anal. Lubanski, 594.
Bains de mer, v. Scrofule.
Basedow, v. Maladie.
Basiotripsie. Sur un point du manuel opératoire de la —, P. Bar, anal. Stapfer, 860.
Bassin. Du — infantile considéré au point de vue de la forme du détroit supérieur, Turquet, anal. Stapfer, 416.
Battey. Opération de —, guérison, Terrier; discussion, Trélat, Pozzi, Marchand (Soc. de chir.), 81. — (opération de), Maurice Notta, 361. —, v. Ovaires.
Beurnier, v. Alexander.
Bibliothèque, 8, 20, 28, 41, 66, 87, 103, 114, 210, 221, 294, 305, 342, 391, 429, 437, 449, 461, 475, 486, 496, 510, 547, 557, 570, 579, 594, 606, 616, 667, 676, 691, 724, 736, 773, 797, 848, 862, 869, 903, 918, 943, 955, 966, 975, 987, 1003, 1010, 1025, 1050, 1060.
Bibliothèque des merveilles, Ed. Charton, anal. G. R., 987.
Bichromate de potasse, v. Dermatite.
Bilharzia hœmatobia. Observation d'un cas de —, Gautrelet, 578.
Blennorrhagie. Des déterminations cutanées de la —, Ballet, anal., 404.
Blépharite chronique. Pommade et collyre contre la —, Panas, 648.
Blessés, v. Transport.
Boissons spiritueuses, v. Alcoolisme.
Bols diaphorétiques, 780.
Botanique. Dictionnaire de —, H. Baillon, anal. Richelot père, 884.
Bouloumié (P.), v. Service de santé.
Bourses de doctorat, 192.
Bright (maladie de), v. Folie.
Bronchite. De la — fétide, Lancereaux, 505. —, v. Potion.
Bronchites chroniques, v. Terpine.
Broncho-pneumonie. De la — dans la diphthérie, John Darier, anal. P. L. G., 28.
Bruit. Du — de galop crural, Duroziez (Acad. de méd.), 55.
Brûlure étendue de la partie supérieure du thorax, Guerlain (Soc. de chir.), 657.
Bubon. Virulence du — chancreux, Strauss (Soc. de biol.), anal., 540.
Bulletins. — L. G. R., 133, 217, 253, 662, 709, 793, 997, 1069.
Bureaux de bienfaisance, v. Médecins.

C

Cachexie. Traitement de la — palustre, Krasowsky, anal. C. L. D., 701.
Caféine. Un cas d'empoisonnement par la —, E. N. Liell, anal. C. L. D., 1052.
Calcul enchatonné dans une vessie rétractée, Polaillon (Soc. de chir.), 1043.
Calculs. Des — enchatonnés de la vessie, Maréchal, Pousson, rapport de Monod; discussion (Soc. de chir.), 128, 161. — du canal pancréatique, Herman Moore, anal. R. L., 343.
Canal pancréatique, v. Calculs.
Cancer, v. Utérus, Hystérectomie, Thyroïde.
Cancers. Les — de l'estomac à évolution lente, Dujardin-Beaumetz; discussion (Soc. méd. des hôp.), 95.
Carcinome ulcéré du sein gauche chez un homme, Gillette (Soc. de chir.), 264.
Cardiaques, v. Accidents.
Casernes, v. Hygiène.
Castration. Deux observations de — chez la femme pour des fibromes utérins, Terrillon; discussion, Tillaux, Terrier, Verneuil (Soc. de chir.) 45. — de la femme en chirurgie, L. Tissier, anal. M. Notta, 476. —, v. Battey, Ovaires.
Cataracte traumatique opérée et guérie par l'aspiration, Trousseau, 325.
Catarrhe. Mixture contre le — bronchique, Trastour, 839.
Causeries. —, Simplissime, 13, 97, 421, 673, 757, 841, 925. —, P. Dubray, 145, 229, 385, 469, 553, 637, 805, 889, 1057. — scientifiques, H. de Parville, anal. M. L., 943.
Cécité. Causes et prévention de la —, Fuchs, trad. Fieuzal, anal. Ch. E., 903.
Célibat. Remarques démographiques sur le — en France, Lagneau (Acad. de méd.), 335.
Chancre. Poudre contre le — phagédénique, Terrillon, 19. — simple chez la femme, traitement, M. Notta, 97. — induré de la langue; syphilis des paysans en Russie, Newsky, anal., 104.
Chancres. Solution contre les plaies phagédéniques, les — et les ulcères variqueux, 36.
Charpie de bois, v. Ouate.

BIU Santé

Chassagny, v. Forceps.
Chéiroplastie. Contribution à la —, Polaillon, 218.
Cheveux. Troubles trophiques des — chez les déments, Reinhardt, anal. L. Dn., 197.
Chloroforme, v. Intoxication.
Choléra. — asiatique, Doyen (Acad. de méd.), 36. — parisien en 1884, sa prophylaxie administrative, C. L. D., 83. — de 1884 à Paris, J. Guérin (Acad. de méd.), 225; de Villiers, Larrey (Ibid.), 335. — de Marseille, Brouardel; discussion (Acad. de méd.), 261. —, lettre de M. Solari (de Marseille); discussion, Brouardel (Ibid.), 295. — dans l'Inde, ses degrés, ses variétés, au point de vue de l'épidémiologie générale, Tholozan; discussion (Acad. de méd.), 336. —, recherches expérimentales, Paul Gibier et Van Ermengem (Acad. des sc.), 346. — à Toulon, J. Rochard (Acad. de méd.), 381. —, rapport de la commission d'enquête, Marey (Ibid.), 382. — et peste en Perse sans les quarantaines, Tholozan (Acad. des sc.), 394. —, expériences d'inoculation, Nicati et Rietsch, anal., 402. —, communication de Peter (Acad. de méd.), 419, 664; Le Roy de Méricourt, J. Guérin, 465; Besnier, 632. —, traitement, Hayem, anal. P. Le Gendre, 437. — en Algérie, A. Bertherand, anal. Ch. E., 557. —, sa genèse dans l'Inde, et action des ptomaïnes volatiles, G. Le Bon (Acad. des sc.), 562. — asiatique, sa marche des Indes orientales vers l'occident depuis ces dix dernières années, Mahé, anal. C. L. D., 571. — de 1884 aux pavillons de Saint-Jacques, Bonamy, anal. C. E., 606. —, injections intra-veineuses, Rouvier (Acad. de méd.), 635. —, traitement prophylactique et curatif, Duboué, anal. M. N., 667. —, Raymond Royers, anal. C. L. D., 870. — aux Indes orientales avant 1818, Semmeline, anal. Stékoulis, 975. — asiatique, traitement, Duboué, anal. C. E., 988.
Chorée. Travaux récents sur la nature et le traitement de la —, P. Le Gendre, 481.
Chromidrose, v. Chromocrinie.
Chromocrinie. Observation de chromidrose ou —, Féréol (Acad. de méd.), 295.
Chute de matrice. Sur les diverses méthodes du traitement de la —, Bruck, rapport de Le Dentu; discussion (Soc. de chir.), 1041.
Cimetières. Etude sur les —, Thouvenet, anal. Ch. E., 548.
Circulation. Le mécanisme de la — veineuse encéphalique, F. Franck (Soc. de biol.), anal., 535.
Circulations locales, v. Main.
Cirrhose. Deux observations de — hypertrophique pigmentaire du foie dans le diabète, Letulle (Soc. méd. des hôp.), 911.
Citron. Des propriétés antipyrétiques du jus de —, Aitken, anal. C. L. D., 738.
Cloisonnement. Du — pelvien antéro-postérieur; utérus bicorne, Secheyron, anal. Stapfer, 411.
Cocaïne. De l'emploi du chlorhydrate de — dans le traitement de la coqueluche, Moncorvo, anal. Ch. Eloy, 487. — dans le traitement de la fièvre des foins, Paget, anal. C. L. D., 738. — dans l'érysipèle de la face, Hacker, anal. R. L., 799. —, action toxique en ophthalmologie, Reich, anal. Winocouroff, 977.
Cœur. Du — fibreux et de la mort subite consécutive, Hale Witt, anal. R. L., 440. — surmené, R. Longuet, 589, 601. —, infiltrations et tranformations graisseuses, G. Sée, 685, 697. —, atrophie partielle par endartérite oblitérante des coronaires, Blachez (Soc. méd. des hôp.), 706. —, traitement de l'hypertrophie, C. Paul, 731. —, v. Spartéine, Ruptures. Communicatien des ventricules du — et rétrécissement de l'artère pulmonaire chez un phthisique, Dumontpallier (Soc. méd. des hôp.), 1079.
Col, v. Rigidité.
Collutoires antiseptiques, Redier, 455.
Collyre, v. Blépharite.
Colombe (de Lisieux), v. Intoxication saturnine.
Colpo-périnéorrhaphie, v. Chute de matrice.
Coma. Du — cancéreux, Jachsch, anal. R. L., 439.
Compression. Applications thérapeutiques de la — hydraulique, Desplats, rapport de Pozzi (Soc. de chir.), 872.
Concours. — du Bureau central (accouchements), 36, 108. — du Bureau central (chirurgie), 84, 180. — du Bureau central (médecine), 96, 156. — de prosectorat, 156. — de clinicat, 156. — pour les prix de l'internat, 372, 456, 984. — de chirurgien adjoint des hôpitaux du Havre, 468.
Concrétions sanguines. Des diverses espèces de —, Hayem (Soc. méd. des hôp.), 1076.
Confrérie de Saint-Côme. Notice historique sur la —, Dauchez, anal. Ch. E., 862.
Congestion. Forme particulière de — pulmonaire terminée par la mort subite, Leuf, anal. R. L., 765.
Congrès. — des médecins allemands, 135. — de Grenoble, discours de M. le professeur Verneuil, 277, 289, 301; comptes rendus, L.-H. Petit, 254, 318, 329, 352, 366, 377, 428. Composition des bureaux, 324. — de médecine publique d'Anvers, 460. — international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz, 1054. —, v. Prix.
Coniose. De la — biliaire et de ses symptômes, Merle, rapport de C. Paul, 10.
Conjonctivite. Traitement de la — purulente, Ferguson, 120. — purulente rhumatismale, traitement, Maurice Perrin, 670. —, v. Sublimé.
Conserves. De l'empoisonnement par les — alimentaires, Doggett, anal. C. L. D., 943.
Contracture. De la — tabétique progressive, Demange, anal., 404.
Contraction. Sur les phénomènes intimes de la — musculaire, Laulanié (Acad. des sc.), 680.
Convallaria maialis. Note clinique sur le —, Cl. Ferreira, 998.
Coqueluche. Gouttes contre la —, H. Roger, 227. —, v. Cocaïne.
Cornée, v. Pommade.
Corps. — étranger de la gaine du tendon du jambier antérieur, Trélat (Soc. de chir.), 44. — mobile articulaire du genou, enlevé par extraction directe, guérison, Maurice Notta, 554. — étranger de la vessie, v. Taille. — fibreux, v. Ovario-hystérectomie. — étranger, v. Plaie.

©BIU Santé

Correspondance. — Duroziez, 270. — Bouloumié, 370. — Gouguenheim, 645. — Ladreit de la Charrière, 743.
Coryza. — vaso-motrica périodica, autrement dit fièvre des foins, J. Mackenzie, anal. C. E., 579. —, v. Abcès.
Cosmétique. — contre la teigne, Descroizilles, 191.
Côtes, v. Fractures.
Cou, v. Kyste.
Coup de chaleur, v. Antipyrine.
Courants électriques. De l'emploi des — dans les névralgies, Onimus, 961. —, leur action dans les affections cérébrales, Onimus, 1045.
Courtade (A.), v. Favus, Epithéliome.
Couveuse, v. Enfants.
Crâne, v. Syphilis.
Crayon-feu, Moser, 564.
Crin de Florence. Le — et sa valeur thérapeutique, Guermonprez, anal. Ch. E., 691.
Cristallin, v. Luxation.
Crématoire. Le — du Père-Lachaise et la crémation au Conseil municipal de Paris, 240.
Cysticerque. — sous-conjonctival, Duci, anal. Millot-Carpentier, 392.
Cysticerques. — chez l'homme, Troisier; discussion (Soc. méd. des hôp.), 707.
Cystite, v. Suppositoire.

D

Daviel (Jacques). Honneurs posthumes rendus à un oculiste français, —, A. Brun, 801, 971.
Décapités. A propos des expériences sur les —, Paul Bert (Acad. des sc.), 190.
Déformation. De la — des projectiles sur les pièces du squelette, Bousquet, rapport de Chauvel (Soc. de chir.), 618.
Dehenne, v. Luxation.
Deligny, v. Eczéma.
Deltoïdite suppurée par surmenage, Gilbert, anal. C. L. D., 1051.
Démence, v. Glycosuriques, Cheveux.
Dentistes, v. Anesthésie.
Dents. Recherches sur les propriétés physiques et la constitution chimique des —, Galippe (Acad. de méd.), 752.
Dénutrition. Note sur la — expérimentale, Quinquaud (Acad. des sc.), 1019.
Dermatite résultant du maniement du bichromate de potasse, Richardson, anal. L. Dn., 610.
Dermatoses. Sirop contre les — herpétiques, Bazin, 216 ; arthritiques, 1031.
Dermoïdes de l'œil, Panas, 13 ; lettre à M. le professeur Panas, Tillaux, 169.
Désarticulation. Procédé de perfectionnement de la — du genou, Vaslin, anal. Ch. Eloy, 488.
Désinfectants. Les agents — devant « The American public health Association », 492.
Désinfection. De la — des wagons ayant servi au transport des animaux sur les voies ferrées, Redard (Acad. de méd.), 227. —, v. Iodoforme.
Déviations. — latérales congénitales de la matrice dans leurs relations avec les tumeurs péri-utérines et le mécanisme de l'accouchement, Lazarewitch, anal. Stapfer, 858.
Diabète. — sucré, v. Fièvre typhoïde. — azoturique, son traitement, Demange, 274. —, un travail de Frerichs, anal. L. Dn., 332. — aigü, Wilks et Audland, anal. R. L., 344. —, traité de Frerichs, trad. Lubanski, anal. Ch. E., 869. — hydrurique, son traitement, Demange, 947. — et diabétides oculaires et auriculaires, régime, Boucheron (Acad. des sc.), 979. —, v. Cirrhose.
Diabétiques, v. Reins. —, accidents pulmonaires, Dreschfeld, anal. C. L. D., 870.
Diélectrolyse, v. Electricité.
Dilatation. — stomacale considérable, consécutive à un rétrécissement du duodenum, Hayem (Soc. méd. des hôp.), 622. — énorme de l'estomac, Legroux (Soc. méd. des hôp.), 705. — de l'estomac chez les enfants, Blache (Acad. de méd.), 1053.
Diphthérie, v. Broncho-pneumonie, Epidémie, Résorcine. —, causes, nature et traitement, Francotte, anal. Ch. E., 572.
Doctrines. Inconséquences et conséquences des — parasitaires, leçon de Peter, anal. P. L. G., 829.
Doigts, v. Malformation.
Doléris, v. Alexander.
Douche. De la — froide sur les pieds et de ses usages, Caulet, anal. Ch. E., 571.
Dubrisay, v. Estomac.
Dubuc, v. Tuberculose.
Dumontpallier, v. Cœur.
Duroziez, v. Auscultation, Souffle, Rétrécissement.
Dyspepsie. — et dyspeptiques, Seure, anal. M. N., 461. —, v. Sels biliaires.
Dystocie, v. Forceps.
Dysurie. Prises contre la —, Mallez, 694.

E

Eau. Injections intra-veineuses d'— oxygénée, Regnard, Laborde et Quinquaud (Soc. de biol.), anal., 538. —, influence sur la nutrition, Debove (Soc. méd. des hôp.) ; discussion, 993. — minérales, récompenses honorifiques, 995.
Eaux. — sulfureuses, v. Affections.
Echinococcus cérébral, Kowalewsky, anal. Winocouroff, 282.
Eclampsie des enfants, v. Potion.
Eclampsie, v. Albuminurie, Veratrum viride.
École. L'— des infirmières à Reims, 311. — de médecine d'Alger, règlements, nominations, etc., 1044.
Eczéma. Une formule contre l'— parasitaire, Gabey, anal. L. Dn., 453. — chez les goutteux, Deligny, 937; discussion (Soc. de méd.), 815. — et impétigo sur le même sujet, Deligny, 841. —, v. Pommade.
Effusions cavitaires, v. Purgatifs.
El Cativi, Luis Lazo Arriaga, anal. Ch. E., 347.
Élections. — à l'Académie de médecine, 53, 175, 259, 800, 886, 1053.
Électricité. Introduction dans l'économie de certains médicaments au moyen de l'—, Brondel (Acad. de méd.), 503 ; Dujardin-Beaumetz (Ibid.), 551.
Électrolyse. De l'— ou de la galvano-caustique chimique de la trompe d'Eustache, Baratoux, anal. Ch. E., 607.

BIU Santé

Electuaire vermifuge, Dutoit, 1020.
Éléphantiasis du clitoris et des petites lèvres, Pinto, anal. C. E., 738.
Élevage. De l'— des enfants nés avant terme, Tarnier (Acad. de méd.), anal. Stapfer, 862.
Eloy (Ch.), v. Sclérodermies, Fièvre, Noix, Impétigo, Hopéine, Euphorbia pilulifera, Terpine.
Embaumement. De l'— et de la préservation des corps, 383.
Emphysème, v. Respirateur. — pulmonaire, pathogénie, Brown-Séquard (Soc. de biol.) anal., 536.
Emplâtre de Vigo, v. Orchi-épididymite.
Empoisonnement, v. Conserves, Sublimé, Caféine.
Enfance. Histoire de la protection de l'— à Rome, A. Moutier, anal. C. L. D., 547.
Enfants. — nés avant terme, emploi de la couveuse, Tarnier; discussion (Acad. de méd.), 139. —, v. Maladies, Dilatation.
Enseignement. — clinique de Munich, Z. L. S., 356. —, v. Services hospitaliers.
Entérite, v. Température.
Énucléation, v. Épilepsie.
Entéroptose. L'—, Longuet, 241.
Épidémie. — de diphthérie, Lecerf, anal., 114. — de fièvre typhoïde du corps expéditionnaire en Tunisie, Ch. E., 406. — d'ictère de Brême, C. L. D., 500. — de santé à Cannes, de Valcourt, 755.
Épidémie cholérique. — de 1885, C. L. D., 21, 43, 67, 80, 105, 150, 186, 223, 239, 249, 270, 283, 308, 345, 393, 430, 477, 513, 562, 599, 645, 931. — de 1884 dans l'armée de Paris, rapport de M. Léon Colin, anal. Ch. Eloy, 86. —, v. Choléra.
Epidémies. Récompenses honorifiques aux médecins des —, etc., 1020.
Epididymite. Sur une forme rare d'— syphilitique, Reclus (Soc. de chir.), 1042.
Epilepsie. De l'— d'origine auriculaire, contribution à l'étude de l'otopiésis, Boucheron (Acad. des sc.), 272. — jacksonienne, William Osler, anal. R. L., 764, et Névrite optique guérie par l'énucléation, Galezowski (Acad. de méd.), 1075. Mixture contre l'—, 1079.
Epiploons, v. Ascite.
Epithéliome, v. Psoriasis. — du sein chez l'homme, A. Courtade. 1070.
Epithelium. Développement embryonnaire de l'— dans les voies aériennes, Laguesse, anal. M. L., 1003.
Eruption. — iodique simulant la variole, Zlevelly Elliot, anal. C. L. D., 944.
Erysipèle. L'— en province, Roché, 3. —, v. Cocaïne. — de la face chez le mari, septicémie puerpérale chez la femme, Guichard, anal. Stapfer, 861. — dans les hôpitaux de Londres, L.-H. Petit, 1009.
Erysipèles. Essai sur la pathogénie des — à répétition, Verneuil (Soc. de chir.), 658; discussion, 702.
Erythroxylum coca. L'—, Feigneaux, anal. C. L. D., 773.
Ermengem (Van), v. Inoculation.
Estomac. De certaines perturbations fonctionnelles au début des maladies organiques de l'—, Dubrisay, 604; discussion (Soc. de méd.), 155. —, v. Ulcère, Lavages, Dilatation, Ether, Hernie.
Euphorbia pilulifera. Les propriétés physiologiques et les usages thérapeutiques de l'—, Ch. Eloy, 795.
Eventration, anus contre nature, guérison, Pintaud Desallées, rapport de Polaillon (Soc. de méd.), 981.
Excavation pelvienne. De la forme de l'— au point de vue obstétrical, Boissard, anal. Stapfer, 413.
Excitabilité. Durée de l'— réflexe chez les suppliciés, Regnard et Loye (Soc. de biol.), anal., 538.
Excitations. — psychiques et sensorielles, v. Force musculaire.
Exercice. Rapport de la Commission chargée d'examiner les projets de réformes de l'— de la médecine, C. L. D., 171.
Expectoration, v. Toux.

F

Faculté. — de médecine de Paris, thèses de doctorat, 84, 131, 168, 178, 886, 911, 1043, 1079, — de médecine de Paris, règlements, nominations, etc., 96, 300, 348, 432, 660, 672, 900. — de médecine de Lille, règlements, nominations, etc., 648. — de médecine et de pharmacie de Lyon, thèses de doctorat, 383, 443. — de médecine de Lyon, règlements, nominations, etc., 96. — de médecine de Bordeaux, règlements, nominations, etc., 348, 864. — de médecine de Montpellier, règlements, nominations, etc., 456. — de médecine de Nancy, règlements, nominations, etc., 12, 275, 803.
Favus de la peau, A. Courtade, 964.
Fermentation. Note sur la — panaire, Aimé Girard (Acad. des sciences), 515.
Ferreira (Cl.), v. Convallaria maialis.
Fétidité. De la — dans les affections des voies respiratoires, Gelly, 650.
Feuilletons. — L.-H. Petit, 337, 397, 661, 709.
Fibrome. — lacunaire de la mamelle chez un homme, Le Dentu (Soc. de chir.), 1064.
Fibromes, v. Castration.
Fibro-myomes, v. Ovaires.
Fibro-myxome naso-pharyngien, Tillaux (Soc. de chir.), 875.
Fièvre. Les déterminations de la — ourlienne sur l'appareil auditif, Ch. Eloy, 145. — puerpérale, Juan Fernandez, anal. Ch. Eloy, 294. — jaune, doctrine microbienne et inoculations préventives, Domingo Freire, anal. Ch. Eloy, 391. — des foins, v. Coryza, Cocaïne.
Fièvre typhoïde. — compliquant le diabète sucré, W. Ebstein, anal. R. L., 90. — de l'homme, son microbe; cultures et inoculations, Tayon (Acad. des sc.), 310. — ambulatoire, perforation, laparotomie, Surmay, 901. —, v. Epidémie, Quinine.
Filaire, v. Sclérodermie.
Fistules. Compte rendu de la statistique de 50 femmes opérées de — uro-génitales, Morisani (de Naples), anal. Millot-Carpentier, 173.
Flore pittoresque de la France, anal. M. L., 1073.
Foie, v. Cirrhose.
Folie. La — brightique, Dieulafoy; discussion, Féré, Ferrand (Soc. méd. des hôp.), 93; Barrié (Ibid.), 298. — à deux, Lehmann,

©BIU Santé

anal. L. Dn., 195. —, v. Permanganate de potasse.
Force. Des relations entre l'accroissement de la — musculaire et les excitations psychiques et sensorielles, Féré (Soc. de biol.), anal., 536. — électique, son transport, Marcel Deprez (Acad. des sc.), 730.
Forceps. Dystocie terminée par le nouveau — de M. Chassagny, Chassagny, anal. G. R., 571. — de Chassagny, 844.
Formulaire, 19, 36, 56, 71, 95, 108, 120, 131, 143, 155, 191, 203, 216, 227, 235, 274, 299, 312, 324, 344, 384, 408, 443, 455, 475, 504, 516, 528, 564, 576, 600, 611, 624, 635, 648, 670, 694, 708, 717, 731, 743, 767, 780, 792, 802, 839, 875, 888, 899, 912, 923, 936, 947, 972, 983, 995, 1008, 1020, 1031, 1055.
Fosses nasales, v. Oreille.
Fracture. — du crâne, trépanation, Lucas-Championnière (Soc. de chir.), 263; Dieu (Ibid.), 263. —, v. Plaies.
Fractures. Sur l'état fonctionnel du membre inférieur à la suite des — transversales de la rotule, L.-G. Richelot, 517. — articulaires, v. Atrophie. — de côtes par action musculaire, Desnos (Soc. méd. des hôp.), 620.
Fraigniaud, v. Résorcine.

G

Gale, v. Pommade.
Galezowski, v. Epilepsie.
Gangrène du membre inférieur, amputation sous-périostée de la cuisse, etc., Duménil; discussion (Soc. de chir.), 740.
Garde-malade. Nouveau manuel de la —, Bérillon, anal. C. L. D., 797.
Gargarisme. — contre la pharyngite chronique, Bartholow, 324.
Gastrostomie. Cas de — avec canule à demeure, Sklifasowsky, anal., 548.
Gautrelet, v. Bilhazia hœmatobia.
Gelly, v. Fétidité.
Genou, v. Désarticulation, Corps.
Genu valgum. — paralytique, v. Ostéoclasie.
Géographie. Nouvelle — universelle, E. Reclus, anal. Richelot père, 1060.
Gilles de la Tourette. La maladie de —, P. Le Gendre, 109.
Glycéré, v. Vaginite.
Glycosuriques. Démence des —, Snell, anal. L. Dn., 196.
Goître. Quelques considérations sur la pathogénie du — exophthalmique, Panas, 181.
Gouttes. — calmantes antidyspeptiques, G. Sée, 504.
Goutteux, v. Eczéma.
Greffe. Observation de — oculaire, Rohmer, rapport de Terrier (Soc. de chir.), 958.
Grossesse, v. Vomissements.

H

Hallopeau, v. Teigne.
Hamamelis virginica. Sur l'—, Campardon, anal. C. E., 595.
Hardy, v. Herpès.
Hayem, v. Concrétions sanguines.
Hématurie. Sur un cas d'—, L.-G. Richelot, 1021; discussion (Soc. de méd.), 897.
Hémiplégie. — spasmodique infantile double, Nutt, anal. R. L., 765. — hystérique chez un homme, Millard (Soc. méd. des hôp.), 992. —, v. Paralysie.
Hémoptysie. Traitement de l'— cardiaque, G. Sée, 635.
Hémoptysies, v. Terpine.
Hermaphrodisme, v. Pseudo-hermaphrodisme.
Hernie. Du traitement de la — étranglée par les irrigations d'éther, Bartosz, anal. L. Dn., 692. — inguinale, v. Ascite.
Hernies. Les — de l'ovaire, Ceccherelli, anal. Millot-Carpentier, 651.
Herpès. De l'— fébrile, Hardy, 1034.
Histoire. Lectures sur l'— de la médecine, L. Thomas, anal. L.-H. Petit, 617.
Hopéine. Les propriétés de l'—, Ch. Eloy, 711.
Hôpitaux. — de Milan et de Bruxelles, 322. —, v. Services hospitaliers.
Huchard (Henri), v. Angine de poitrine.
Hydrastis canadensis. Propriétés physiologiques de l'—, Fellner, anal. C. L. D., 786.
Hydrophobie, v. Rage.
Hydropisie, v. Purgatifs.
Hydro-quinine. Des propriétés antipyrétiques de l'—, Seifert, anal. C. L. D., 701. —, Rostoshinsky, anal. C. L. D., 1005.
Hygiène. Un peu d'— à propos de nos casernes, Notta (de Lisieux), 61. — publique en Angleterre et diminution de la mortalité, 71.
Hygroma de la cuisse à grains riziformes, Nicaise (Acad. de méd.), 9.
Hymen. Imperforation congénitale de l'—, Segond, rapport de Berger (Soc. de chir.), discussion, 989.
Hypercoqueluche, v. Potion. —, traitement des quintes, H. Roger, 1055.
Hypnone. Note sur un nouvel hypnotique, le phényl-méthyl-acétone, ou acéto-phénol, ou —, Dujardin-Beaumetz (Acad. de méd.), 801.
Hystérectomie. — vaginale pour cancer, Trélat, Terrier (Soc. de chir.), 213; Gillette (Ibid.), 262. — vaginale, Gillette, Le Dentu (Soc. de chir.), 790; Richelot (Ibid.), 821.
Hystérie. Recherches expérimentales sur l'—, Debove et Flamant (Soc. méd. des hôp.), 298. — mâle et simulation, Rendu (Soc. méd. des hôp.), 828. — chez l'homme, paralysies et traumatismes, Féréol (Soc. méd. des hôp.); discussion, 909; Millard (Ibid.), 992. — et hystéro-épilepsie, P. Richer, 2e édit., anal. P. L. G., 967.
Hystériques, v. Suggestion.

I

Ictère, v. Epidémie. —, signification diagnostique, Taine, anal. C. L. D., 701.
Iléus, v. Lavages.
Imperforation, v. Hymen.
Impétigo. La contagiosité et le parasitisme de l'—, Ch. Eloy, 625. — et eczéma sur un même sujet, Deligny, 841.
Incision. De l'— exploratrice dans les tumeurs abdominales vraies ou simulées, Terrillon, anal. Stapfer, 415.
Incubation, v. Rage.
Infirmière, v. Ecole.
Injections. — intra-parenchymateuses, v. Pneumonie. —, v. Leucorrhée. — sous-cutanées, v. Anthrax. — intra-veineuses, v. Eau, Urée,

©BIU Santé

Choléra. — intra-utérines, v. Sublimé. —, v. Tuberculose.
Inoculation. Rapport sur le système d'— anticholérique du docteur Ferran, Van Ermengem, 236, 246, 254.— anticholérique du docteur Ferran, Sierra y Carbo, anal. Ch. E., 557. —, v. Choléra, Tuberculose.
Inoculations. Dernier épisode des — du docteur Ferran, 553. —, v. Fièvre jaune.
Institutions. — sanitaires en Italie, anal. Ch. Eloy, 676.
Intoxication. — saturnine, obstruction intestinale, vomissements fécaloïdes, guérison, Colombe (de Lisieux), 495. — chronique par le chroroforme, Regnault (Soc. de biol.), anal., 539. — saturnine récente, caractère pathognomonique, Du Moulin, anal. C. L. D., 894. — saturnine et rétrécissement mitral, Duroziez, 985. — mercurielle par les capsules au fulminate, Marie et Londe, anal. Ch. E., 1017.
Inversion. Note sur un cas d'— utérine suivie de grossesse normale et de guérison, de Parrel, 613. — utérine, ligature à traction élastique, Defontaine, rapport de Terrier (Soc. de chir.), 1066.
Iodoforme, v. Ouate. —, désinfection de la cavité utérine dans la métrite puerpérale, Rehfeldt, anal. R. L., 714. —, sa déodorisation, Oppler et Fraipont, anal. C. L. D., 944.
Ipéca, v. Pneumonies.

J

Jambier antérieur, v. Corps étranger.
Jéquirity, v. Microzymas.
Joffroy, v. Pied tabétique.
Journaux. — russes, 104, 282. — italiens, 173, 392.

K

Kraurosis. De la — vulvæ, Breisky, anal. 452.
Kyste. Ovariotomie, — multiloculaire, guérison, Terrier, 49. — congénital du cou, Dubar, rapport de Monod; discussion (Soc. de chir.), 162. — hydatique du foie, Championnière (Soc. de chir.), 164. — du rein droit suppuré, Championnière (Soc. de chir.), 164. — uniloculaire de l'ovaire droit, compliqué de grossesse, Cauchois, rapport de Polaillon (Soc. de chir.), 287. — de l'ovaire récidivé, Terrier; discussion (Soc. de chir.), 1040. —, v. Kystes.
Kystes. Traitement des — para-ovariques et leur récidive après la ponction simple, Terrillon; discussion (Soc. de chir.), 212, 261. — du parovarium, ablation par laparotomie, Polaillon, 349. — hydatiques du foie, traitement, L.-G. Richelot, discussion (Soc. de chir.), 905; Monod (Ibid.), 957. —, v. Kyste.

L

Lancereaux, v. Paralysies, Athérome, Arthrites, Bronchite.
Langue, v. Chancre.
Laparotomie, v. Sarcome, Kystes, Fièvre typhoïde.
Lavages. Traitement de l'iléus par les — de l'estomac, Bardeleben, anal. L. Dn., 559.
Le Gendre (P.), v. Gilles de la Tourette, Chorée, Mycosis fongoïde.
Légion d'honneur. Nominations et promotions dans la —, 12, 96, 120, 132, 168, 216, 275, 288, 324, 456, 852, 900, 912, 924.
Lèpre. De la — observée à Constantinople, Zambaco, rapport de Constantin Paul (Acad. de méd.), 177. —, sa contagion, Vidal (Acad. de méd.), discussion, 633, 671.
Lésions, v. Oreillons.
Lettres. — de Turquie, Th. David, 545. — d'Orient, Stékoulis, 956. — de Belgique, docteur Warlomont, 629, 1000. — de Suisse et d'Allemagne, F. Dumont, 881.
Leucémie. Thérapeutique de la — et des pseudo-leucémies, Kirnberger, anal. R. L., 439.
Leucorrhée. Injections contre la — fétide, 344.
Ligaments ronds, v. Alexander.
Loewenberg, v. Suppurations.
Longuet, v. Oreillons, Entéroptose, Néoplasmes, Cœur, Néphrotyphoïde, Paralysies.
Lupus. Du traitement du —, Doutrelepont, anal. C. L. D., 786.
Luxation. De l'intervention chirurgicale dans la — du cristallin, Dehenne, 25.

M

Main. Circulations locales, la —, Bourcéret, anal. Ch. E., 724.
Maisons insalubres. Les — de Paris et une circulaire préfectorale, 215.
Malades, v. Transport.
Maladie. —, v. Gilles de la Tourette. — de Parrot, v. Pseudo-paralysie. — de Basedow, traitement hydrothérapique, Beni-Barde, 923.
Maladies. —, v. Moelle, Oreille, Estomac. — nerveuses et mentales, extrait d'un rapport bisannuel, Ringrose Atkins, anal. L. Dn., 195. — cutanées, v. Oléates. — infectieuses, v. Bactéries. — puerpérales, v. Affections. — des enfants, Rilliet et Barthez, anal. Ch. E., 1050.
Malformation. Exemple rare de — des doigts, Jules Guérin (Acad. de méd.), 753.
Mamelle, v. Fibrome.
Massage. Du —, Zabludouski, anal. L. Dn., 488.
Matière médicale. La — des Bédouins, 59. —, traité de Fonssagrives, anal. L.-H. Petit, 616.
Matrice, v. Déviations, Chute.
Médecins de nuit et médecins des Bureaux de bienfaisance, C. L. D., 653, 834.
Médecine. Manuel pratique de — militaire, Audet, anal. C. L. D., 607.
Médicaments. Sur quelques — nouveaux, A. Atkinson, anal. L. Dn., 115.
Mégaloscope. Note à propos du —, Boisseau du Rocher (Acad. de méd.), 175; (Acad. des sc.), 250.
Méningite. Traitement de la — tuberculeuse par le phosphore, Greenway, anal. R. L., 500. —, symptôme non décrit, Kernig, anal. R. L., 833. —, v. Monoplégie, Paralysie.
Ménorrhagies, v. Ovaires.
Menstruation. La — après l'ovariotomie (Soc. gyn. américaine), anal. R. L., 440. —, Good-

©BIU Santé

man, anal. L. Dn., 452. —, influence des ovariotomies doubles, Terrier; discussion (Soc. de chir.), 873, 904.
Menthol. Le — succédané de la cocaïne comme anesthésique local, Rosemberg, anal. C. L. D., 534.
Mercure. Action du — sur le sang des syphilitiques, Gaillard (Soc. de biol.), anal., 539.
Métallothérapie, Moricourt, 663.
Métrite, v. Iodoforme.
Michalski, v. Oreillons.
Microbe. Le — du paludisme, Laveran, discussion (Soc. de chir.), 167 — de la fièvre typhoïde, Tayon (Acad. des sc.), 310.
Microbes. Passage des — pathogènes de la mère au fœtus, Koubassoff (Acad. des sc.), 106. — des sécrétions des ulcères syphilitiques, Cornil (Acad. de méd.), 226. — et maladies, E. Klein, anal. L.-H. Petit, 617. — pathogènes, Artigalas, anal. P. L. G., 967. —, v. Doctrines.
Microzymas. Les — du jéquirity, Bechamp et Dujardin (Acad. des sc.), 153.
Migraine. Traitement de la —, anal. C. L. D., 893.
Mildew. Note sur l'invasion du — dans le nord de la Touraine en 1885, Larreguy de Civrieux (Acad. des sc.), 647. —, destruction par les solutions de cuivre, Pasteur (Acad. des sc.), 812.
Mimicisme ou névrose d'imitation, José Armangué y Tuset, anal. Ch. Eloy, 451.
Mixture. —, v. Périostite. — antispasmodique, Dujardin-Beaumetz, 408. —, v. Catarrhe. — antidiarrhéique, Farquharson, 936.
Moelle. Maladies de la — épinière, Althaus, trad. J. Morin, anal. H. Hallopeau, 20. — diagnostic et thérapeutique de ses maladies' en douze leçons, Rosenthal, anal. R. Longuet, 498. —, maladies, Byrom Bramwell, anal. Ch. Eloy, 692. —, v. Plaie.
Molluscum pendulum. Observation de —, Gillette (Soc. de chir.), 704.
Monoplégie. — crurale par localisation méningitique, Desnos (Soc. méd. des hôp.), 828.
Monstre double, pièce présentée par L.-Championnière (Soc. de chir.), 704.
Moricourt, v. Métallothérapie.
Morphiomanes. Des —, des opiophages et des fumeurs d'opium, Ch. E., 385. —, frontières de la folie, etc., Ball, anal. Le Gendre, 429.
Mortalité, v. Hygiène.
Morve, v. Tuberculose.
Muguet. — primitif de la gorge chez un enfant de 6 mois, Tordeus, anal. R. L., 715.
Multipare, v. Accidents.
Muqueuse stomacale, v. Absorption.
Muscles de l'œil, v. Paralysies.
Mutations. — dans les hôpitaux (médecins), 995.
Mycotis fongoïde. Le —, Paul Le Gendre, 817.
Myopathie. De la — atrophique progressive, Landouzy et Déjérine, anal., 77.

N

Naphthaline. — comme moyen de pansement des ulcères, Dovodtchikow, anal. W., 976.
Nécrologie. — Ch. Masson, 12. — Réal, Velut, 24. — H. Labarraque, 96. — Minnich, 144. — A. Lesure, 156. — Joubert, Philippe-Victor Collin, Duval, 168. — Calatayud, Cervellera, Bernard Quiros, Miralles, Fos, 180. — Berthier, 192. — Guichard, 204. — Milne-Edwards, 228. — Girard, 240. — Restellini, 275. — Forget (Louis-Eugène), 288. — Livois, 300. — Ducom, Matteo Ceccarel, 324. — Verchère (Antoine), 336. — Magiorani, 384. — Lunier, 420. — Fondreton, 432. — Boyer, 456. — Gallot, Louis Thuillier, 540. — Henriet, Baudrimont, 576. — Ch. Robin, 588. — Tayon, Gaétan Delaunay, 600. — Papillaud, 624. — Dechilly, 636. — M. Notta, 738. — Maloizel, 744. — Castex, 768. — Rabuteau, 876. — Foubert, Dumollard, 900. — Bouley, 924. — Carrion (de Lima), 935. — Yvaron, 936. — Thévenet, Ayrolles, 972. — Paul Olive, Wintrebert, 996. — A. Farine, 1008. — Daga, 1020. — Bayonne, Hurel, 1056. — Tulasne, 1080.
Néoplasmes. De la pluralité des — chez un même sujet et dans une même famille, Ricard, anal. M. N., 210. —, étiologie, pathogénie, R. Longuet, 445.
Néphrectomie. Deux observations de —, Trélat (Soc. de chir.), 989. —, quatre opérations, A. Martin, anal. R. L., 1052. —, v. Rein.
Néphrite. — sans albuminurie, de Renzi, anal. Millot-Carpentier, 173. — interstitielle, emploi de la nitro-glycérine, Rossbach, anal. L. Dn., 185; Manasséine, anal., 549. — aiguë avec anurie, thérapeutique, Thorn, anal. R. L., 871.
Néphrotyphoïde. La —, R. Longuet, 733, 745, 757.
Nerf de Wrisberg. Fonctions du —, Vulpian (Acad. des sc.), 934.
Nerfs. Nouvelles recherches sur la régénération des — périphériques, Vanlair (Acad. des sc.), 69.
Névralgies, v. Courants.
Névrite. — syphilitique du plexus brachial, Schultz, anal. R. L., 500. — optique, v. Epilepsie.
Névrose, v. Mimicisme.
Névroses, v. Anesthésies.
Nitrite d'amyle comme antidote de la strychnine, H. A. Hare, anal. C. L. D., 1051.
Nitro-glycérine, v. Néphrite.
Noix de Kola. Les propriétés physiologiques et les usages thérapeutiques de la —, Ch. Eloy, 421.
Notta (de Lisieux), v. Hygiène.
Notta (Maurice), v. Accidents, Chancre, Battey, Corps, Tænia. —, notice nécrologique, 738.

O

Obésité. Causes et traitement physiologique de l'—; thérapeutique des transformations graisseuses du cœur, G. Séc (Acad. de méd.), 551, 586. — v. Sels biliaires.
Obstruction intestinale, v. Intoxication saturnine.
Occlusion. De l'— intestinale produite par les rotations de l'intestin, E. Lévêque, anal. P. L. G., 966.
Œil, v. Dermoïdes, Greffe.
Œsophage, v. Œsophagotomie, Rétrécissements.

©BIU Santé

Œsophagotomie. De la valeur de l'— interne dans le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, Henry B. Sands, anal. R. L., 91.
Oléates. Des — dans les maladies cutanées, Stelwagon, anal. L. Dn., 580.
Onimus, v. Courants.
Opération césarienne. A propos d'une — qui aurait été pratiquée par les peuples noirs, etc., lettre de Casalis, anal. Stapfer, 416.
Opiophages, v. Morphiomanes.
Opium, v. Morphiomanes.
Ophthalmies sympathiques. Mécanisme des — Galezowski, 1076.
Orbite, v. Abcès.
Orchi-épididymite. Traitement de l'— blennorrhagique aiguë par l'emplâtre de Vigo et le suspensoir ouaté, Stocquart, anal. C. L. D., 510.
Oreille. Précis des maladies de l'—, du pharynx et des fosses nasales, M.-E. Gellé, anal. P. L. G., 103.
Oreillons. Des lésions des divers organes et appareils dans les —, R. Longuet, 121. —, convulsions, mort, Michalski, 317. —, v. Fièvre.
Ostéoclasie pour genu valgum paralytique, Trélat (Soc. de chir.), 214.
Ostéo-périostite. Traitement de l'— dentaire, Magitot, 611.
Otopiésis, v. Epilepsie.
Otorrhée. Du traitement de l'— chronique par le pansement boriqué occlusif, Mermod, anal. C. L. D., 1062.
Ouate. Sur l'emploi de l'— et de la charpie de bois et d'une poudre antiseptique remplaçant l'iodoforme, Championnière; discussion, Gillette, Trélat, M. Sée (Soc. de chir.), 47.
Ovaire, v. Sarcome, Hernies, Ovario-hystérectomie.
Ovaires. De l'ablation des — dans le traitement des fibro-myomes utérins et des ménorrhagies incoercibles, S. Duplay, anal. Stapfer, 861.
Ovario-hystérectomie. — pour tumeurs végétantes des deux ovaires et corps fibreux de l'utérus; ascite dans les tumeurs abdominales, Quénu, rapport de Terrier (Soc. de chir.), 788.
Ovariotomie, v. Kyste, Battey, Menstruation.
Ovarite. Traitement de l'—, A. Ferrand, 899.
Ozène. Solution contre l'—, Mackenzie, 235.

P

Paludisme, v. Microbe.
Panas, v. Dermoïdes, Goître, Rétinite, Paralysies.
Papillome, v. Psoriasis.
Paralysie. — alcoolique, v. Paralysies. — générale, symptômes précoces, Goldsmith, anal. L. Dn., 197. — diphthéritique avec ataxie, Schultz, anal. R. L., 499. — curable par méningite simple, suite de carie du rocher, Troisier; discussion (Soc. méd. des hôp.), 908. — v. Monoplégie.
Paralysies. Etude sur les — alcooliques, Œttinger, anal. M. N., 66. — toxiques et paralysie alcoolique, Lancereaux, 73. — hystériques consécutives au traumatisme, Troisier, Joffroy; discussion (Soc. méd. des hôp.), 165. — des muscles de l'œil, Panas 469, 565, 637, 721, 853, 877, 949. — radiculaires du plexus brachial, Longuet, 913, 925.
Paris : Sa topographie, son hygiène, ses maladies, Léon Colin, anal. Ch. Eloy, 449.
Parovarium, v. Kystes.
Parrel (A.-F. de), v. Inversion.
Parthénine. Les propriétés fébrifuges de la —, Ramirez Tovar, anal. C. L. D., 535.
Pathologie. La — comparée, O. Larcher, anal. Ch. E., 918.
Perforation intestinale, v. Fièvre typhoïde.
Péricarde. De la douleur abdominale dans l'hémorrhagie du —, Naismith, anal, R.L., 798.
Péricardite, v. Angine de poitrine.
Périostite. Mixture contre la — dentaire, Redier, 203.
Perforation, v. Voûte palatine.
Permanganate de potasse. Du — dans la folie associée à l'aménorrhée, Deas, anal. L. Dn., 725.
Peste, v. Choléra.
Petit (L.-H.), v. Erysipèle.
Phagédénisme, v. Pommade.
Pharyngite, v. Gargarisme.
Pharynx, v. Oreille.
Phosphore, v. Méningite.
Phthisie. — catarrhale, v. Terpine. — pulmonaire, sanatorium d'Argelès, Ferrand (Acad. de méd.), 838.
Pied tabétique, Chauffard (Soc. méd. des hôp.), 705; Joffroy (Ibid.), 825, 1078.
Pilules. — laxatives, 312. — hémostatiques, 624.
Pieds-bots. Traitement complémentaire des — compliqués par la section sous-cutanée des ligaments du pied, Jules Guérin; discussion, Boulcy (Acad. de méd.), 296.
Piscidia erythrina. Du — comme hypnotique, Frihmüller, anal. C. L. D., 1004.
Pityriasis. Traitement du — du cuir chevelu, Bazin, 792.
Plaie. — pénétrante de la base de la poitrine, mort, Thorens; discussion (Soc. de méd.), 372. — contuse de la région ilio-inguino-scrotale avec rétention de corps étranger, Pellier (Soc. de méd.), 814. — de la région dorsale du rachis avec compression de la moelle, Kirmisson, rapport de Berger (Soc. de chir.), 991.
Plaies, v. Chancres. — de tête, trépanation, trois observations, rapport de J. Championnière; discussion (Soc. de chir.), 822; Le Dentu (Ibid.), 872.
Pleurésie hémorrhagique, Crawdall, anal. R. L., 463.
Pleurésies hémorrhagiques. Observations de —, Sorel, anal. C. L. D., 632.
Plexus brachial, v. Névrite, Paralysies.
Pneumogastrique. Physiologie du —, Gley (Soc. de biol.), anal., 537.
Pneumonie. Traitement local de la — fibrineuse par les injections intra-parenchymateuses, Lépine (Acad. des sc.), 309. —, son étiologie, Walter-Smith, anal. L. Dn., 572. —, v. Antipyrine.
Pneumonies. De l'action déprimante sur les vaisseaux de l'ipéca administré à haute dose dans les — franches, F. Verardini, anal. Millot-Carpentier, 174.

©BIU Santé

Polaillon, v. Chéiroplastie, Kystes.
Poliomyélite antérieure subaiguë de l'adulte, Eliot, anal. R. L., 764.
Polydactylie. Divers faits de —, Guermonprez (de Lille), rapport de Polaillon; discussion (Soc. de chir.), 262.
Pommade. — contre les ulcères de la cornée, Galezowski, 56. — contre la gale, Kaposi, 155. — contre l'eczéma, Kaposi, 443; Lucas-Championnière, 717. — calmante, H. Roger, 528. —, v. Blépharite. — contre le phagédénisme, E. Vidal, 875. — contre les syphilides, Mauriac, 983. — contre le prurigo, Kaposi, 995. — contre le psoriasis syphilitique, Mauriac, 1008.
Porro. Sur l'opération de —, Truzzi, anal. Millot-Carpentier, 392.
Potion. — contre l'hypercoqueluche chronique, H. Roger, 95. — contre l'éclampsie des enfants, J. Simon, 143. — contre la bronchite fétide, Lancereaux, 384.
Poudre, v. Chancre, Pyrosis. — antiseptique, v. Ouate. —, v. Transpiration.
Présentation. Du traitement de la — de l'extrémité pelvienne, mode des fesses, Lusk, anal. Stapfer, 412. —, v. Version.
Prix. — de l'Académie des sciences, 60. — de la Société nationale d'agriculture, 144. — Lenval, Congrès otologique à Bâle, 276. — de la Société médico-psychologique, 276. — de l'Académie de médecine pour 1885, 1028. — de l'Académie des sciences pour 1885, 1062.
Projectiles, v. Déformation.
Projets, v. Exercice.
Prolapsus. Du — de la paroi abdominale chez la femme, Guéniot, anal. Stapfer, 413.
Prostituées, v. Syphilis.
Protection, v. Enfance.
Prurit. Une formule contre le —, Bartholow, 863. — des muqueuses, solution, Bazin, 972.
Pseudo-hermaphrodisme. Du — comme empêchement médico-légal, etc., Leblond, anal. Stapfer, 860.
Pseudo-leucémies, v. Leucémie.
Pseudo-paralysie. De la — syphilitique (maladie de Parrot), Dreyfous, anal., 404; (Soc. méd. des hôp.), 908.
Psoriasis, papillome, épithéliome, transformations successives, White, anal. R. L., 765. —, v. Pommade.
Pulpite. Traitement de la —, Magitot, 912.
Purgatifs. Solutions concentrées de — salins cathartiques dans les effusions cavitaires et l'hydropisie, Mathew Hay, anal. L. Dn., 596. — nouveaux, Desnos (Acad. de méd.), 971.
Pustule. Traitement consécutif de la — vaccinale, Atkinson, anal. L. Dn., 610.
Pyélo-néphrite, v. Rein.
Pyrosis. Poudre contre le —, Peter, 108.

Q

Quillaja. Les propriétés de l'écorce de —, Robert, anal. C. L. D., 535.
Quinine. De l'action antizymasique de la — dans la fièvre typhoïde, Pécholier, anal. C. L. D., 580, 1017.

R

Rabelais chirurgien, A. Heulard, anal. L.-H. Petit, 1050.
Rachis, v. Plaie.
Rage. Méthode pour prévenir la — après morsure, Pasteur (Acad. de méd.), 718; (Bull.), 709. — dans le département du Var, Chassinat (d'Hyères), rapport de Leblanc (Acad. de méd.), 838, 969. —, incubation de dix-neuf mois, Tachard, 953.
Rate, v. Thyroïde.
Récompenses honorifiques, 132, 180, 216, 300.
Réformes, v. Exercice.
Régénération, v. Nerfs.
Rein. Ablation du —, Polaillon (Acad. de méd.), 53; (Soc. de chir.) discussion, 874.
Reins. De la chirurgie des —, H. Morris, anal. M. D. D., 29. — des diabétiques, Strauss (Soc. de biol.), anal., 540.
Résection. — du poignet, Polaillon (Soc. de chir.), 960.
Résorcine. De l'emploi de la — contre la diphthérie, Fraigniaud, 493.
Respirateur. Note sur le — élastique du docteur Basile Féris dans l'emphysème pulmonaire, rapport de C. Paul (Acad. de méd.), 10.
Rétinite. Du traitement de la — syphilitique, Panas, 397.
Rétrécissement. — mitral et intoxication saturnine, Duroziez, 985.
Rétrécissements. — cicatriciels de l'œsophage, v. Œsophage. — non cancéreux de l'œsophage, Dehove (Soc. méd. des hôp.), discussion, 621.
Revue des journaux, 29, 77, 90, 104, 115, 173, 185, 195, 222, 282, 332, 343, 392, 402, 439, 452, 463, 488, 510, 525, 534, 548, 559, 572, 580, 596, 608, 617, 632, 651, 692, 701, 714, 725, 738, 750, 763, 774, 786, 797, 833, 863, 870, 893, 919, 943, 976, 988, 1004, 1016, 1051, 1062.
Revue tri-mensuelle des journaux d'obstétrique et de gynécologie, H. Stapfer, 411, 858.
Rhumatisme, v. Salicylate.
Richelot (L.-G.), v. Fractures, Traumatisme, Hématurie.
Rigidité. Etude sur la — du col d'origine syphilitique, Doléris, anal. Stapfer, 411.
Robin. Le professeur —, notice biographique, 623.
Rotations. — de l'intestin, v. Occlusion.
Rotule, v. Fractures.
Ruptures du cœur, A. Robin (Soc. méd. des hôp.), 994.

S

Saint-Honoré-les-Bains. Étude historique et médicale sur —, Henry Collin, anal. L. G. R., 8.
Saint-Simon. La source de — près d'Aix-les-Bains (Feuill.), M. Legrand, 49.
Salicylate. — de soude, v. Sclérodermie. — de soude contre les prodromes du rhumatisme articulaire, Blychaerts, anal. C. L. D., 876. — de lithime dans le traitement du rhumatisme, Vulpian (Acad. de méd.), 969.

©BIU Santé

Sanatorium, v. Phthisie.
Sang. Le — de bœuf desséché, Stewart, anal. R. L., 440. —, origine en médecine légale, Masson, anal. R. L., 690.
Sarcome encéphaloïde de l'ovaire droit, laparotomie, mort, Galozzi, anal. Millot-Carpentier, 174.
Savon vert. Sur l'emploi thérapeutique du —, Senator, anal. R. L., 617.
Scarlatine. Troubles mentaux de la —, anal. L. Dn, 196.
Sclérodermies. Le diagnostic pathogénique des —, Ch. Eloy, 37. —, rapport possible avec la filiaire du sang; traitement par le salicylate de soude, Bancroft, anal. L. Dn., 774.
Sclérose. De la — des artères coronaires et de ses conséquences, Leyden, anal. C. L. D., 525.
Scrofule. De l'influence des bains de mer sur la — des enfants, Cazin, anal. Ch. Eloy, 487.
Sée (G.), v. Cœur, Spartéine.
Sein, v. Carcinome, Epithéliome.
Sels biliaires. Du traitement de la dyspepsie et de l'obésité au moyen des —, Granville, anal. C. L. D., 944.
Sénilité, v. Troubles.
Service de santé. Quelques mots sur l'organisation du — militaire au Tonkin, P. Bouloumié, 805.
Services hospitaliers. Quelques mots sur l'enseignement de la médecine et sur l'organisation des — à Vienne (Autriche), Z. L. S., 117, 141, 199.
Sirop. — tonique dépuratif, Mauriac, 299. —, v. Dermatoses.
Société. — de chirurgie, 44, 80, 128, 161, 212, 261, 284, 298, 618, 655, 701, 739, 788, 821, 872, 904, 957, 989, 1039, 1064. — médicale des hôpitaux, 93, 165, 620, 705, 825, 908, 992, 1076. — de médecine de Paris, 10, 31 (rapport sur ses travaux pendant l'année 1884), 70, 153, 370, 896, 980, 1053. — de biologie, extraits analytiques des comptes rendus, 57, 177, 1005. — allemande de chirurgie, 3. — française de tempérance, 36. — de médecine de Lyon, ses travaux, 35, 490, 799. — des sciences médicales de Lyon, ses travaux, 355, 454, 778. — médico-chirurgicale des hôpitaux de Lyon, ses travaux, 715, 728. — médicale de l'Yonne, ses travaux, 91. — de médecine d'Angers, ses travaux, 105, 549. — médicale de Reims, ses travaux, 127, 211, 583. — médicale d'Amiens, ses travaux, 188, 441, 610. — centrale de médecine du département du Nord, ses travaux, 198, 478, 944. — académique de Nantes, travaux de la section de médecine, 284, 322. — de médecine et de chirurgie de Toulouse, ses travaux, 309, 511. — de médecine et de chirurgie de Bordeaux, ses travaux, 334, 501, 598, 977. — de médecine de Rouen, ses travaux, 463. — des sciences médicales de Gannat, ses travaux, 574. — de médecine de Saint-Etienne et de la Loire, ses travaux, 787. — de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne, ses travaux, 871. — médicale de Liège, ses travaux, 921.
Solution, v. Chancres, Ozène. — désinfectante, Billroth, 743.
Souffle. Du — veineux simulant l'insuffisance aortique, Duroziez, 433.
Sourds. De la formation d'une variété de — dans l'espèce humaine, Alex. Graham Bell, anal. R. Longuet, 41.
Spartéine. Du sulfate de — comme médicament dynamique et régularisateur du cœur, G. Sée, 889.
Spéculum. Le — des parturientes, Minati, anal Millot-Carpentier, 393.
Stéthoscope amplificateur des bruits thoraciques, Gavoy (Acad. de méd.), 57.
Strychnine, v. Nitrite d'amyle.
Sublimé. Empoisonnement mortel à la suite d'une injection intra-utérine de —, Vohtz, anal. R. L., 751. — dans le traitement des conjonctivites, Below, anal. Winocouroff, 976.
Submersion. Peut-on diagnostiquer la mort par —, H. Bougier, anal. C. L. D., 595.
Sueur. Traitement de la — fétide des pieds, Stewart, anal. L. Dn., 863.
Suggestion. De l'action vaso-motrice de la — chez les hystériques hypnotisables, Dumontpallier (Acad. des sc.), 189. —, v. Troubles.
Sulfure de carbone. Sur les propriétés physiologiques, toxiques et thérapeutiquee du —, Dujardin-Beaumetz (Acad. de méd.), 176.
Suppliciés, v. Excitabilité.
Suppositoire. — contre la cystite chronique, Mallez, 888.
Suppurations. Du traitement des — mastoïdiennes sans trépanation, Lœwenberg, 157, 230, 265, 337.
Surmay, v. Fièvre typhoïde.
Surmenage, v. Deltoïdite.
Suspensoir, v. Orchi-épididymite.
Syndicats. La question des — médicaux, Vannesson, 85.
Synovite, v. Hygroma.
Syphilide pigmentaire, v. Syphilis.
Syphilides, v. Pommade.
Syphilis. — et prostituées, et principalement contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire, Maireau, anal. L. Dn., 87. —, manifestations sur la voûte du crâne, Galtier-Boissière, anal. P. L. G., 736. —, v. Chancre, Microbes, Bacilles, Rétinite, Pseudo-paralysie.
Syphilodermies. Traitement des —, Mauriac, 475.

T

Tachard, v. Rage.
Tænia. Note sur un — solium fenestrata, Maurice Notta, 673.
Taille. Tumeur de la vessie opérée et guérie par la — hypogastrique, Guyon; discussion (Acad. de méd.), 417. — périnéale pour un corps étranger de la vessie, Desprès (Soc. de chir.), 619.
Teigne. Sur le traitement de la — tondante par le procédé de Foulis, Hallopeau, 409. —, v. Cosmétique.
Température. De la — de la paroi abdominale dans l'entérite chez les enfants, Moncorvo, anal. Ch. Eloy, 1016.
Térébenthine (Essence de), v. Variole.
Terpine. Traitement de la phthisie catarrhale, des hémoptysies et des bronchites chroniques par la —, Germain Sée (Acad. de méd.), 175. —, R. Lépine, anal., 405. —,

©BIU Santé

— propriétés thérapeutiques et indications, Ch. E., 973.
Terrier, v. Kyste.
Tétanos. Etiologie du —, Larger, discussion (Soc. de chir.), 741.
Thalline. Sur les effets antithermiques de la —, Jaccoud (Acad. de méd.), 719 ; Dujardin-Beaumetz (Ibid.), 753.
Thérapeutique. Des applications nouvelles à la — pendant l'année 1884, Campardon, anal. Ch. E., 1016.
Thermométrie. Traité de — médicale, P. Redard, anal. Ch. Eloy, 848.
Thym. Du —, ses propriétés thérapeutiques, Campardon, anal. C. Eloy, 114.
Thyroïde. Des relations physiologiques entre la glande — et la rate, Tauber, anal. R. L., 750. —, cancer, Peyrot, rapport de Humbert (Soc. de chir.), 1065.
Tillaux, v. Dermoïdes.
Toulon, v. Assainissement.
Tourbillons observés par des aéronautes, Diamilla Muller (Acad. des sc.), 647.
Toux. Recherches sur la — et l'expectoration, Rossbach, anal. R. L., 90.
Transpiration. Poudre contre la — fétide, Vieusse, 708.
Transport des blessés et malades militaires, Redard, anal. L.-H. Petit, 1025.
Traumatisme, v. Paralysies. — et tuberculose, L.-G. Richelot, 769.
Trépanation. —, v. Plaies, Fracture, Suppurations. — et localisations cérébrales, Linon ; trépanation suivie de succès, Bélime ; rapports de L.-Championnière (Soc. de chir.), 285.
Trompe d'Eustache, v. Electrolyse.
Troubles. Les — mentaux dans la sénilité précoce et rapide, Charpentier, anal. C. Eloy, 221. — trophiques et vaso-moteurs par suggestion, Dumontpallier (Soc. de biol.), anal., 537.
Trousseau, v. Cataracte.
Tuberculose. —, communications diverses (Soc. allemande de chir.), 3. — primitive de la vessie chez une jeune fille, Dubuc, 313 ; discussion (Soc. de méd.), 153, 371. — prostatique, Bouilly (Soc. de chir.), 215. — pulmonaire, traitement par le Verbascum Thapsus, Quinlan, anal. L. Dn., 222. — pulmonaire, de Renzi, anal. Millot-Carpentier, 393. — et morve, auto-inoculation et réinoculation, Charrin, anal., 403. —, marche des lésions consécutives à l'inoculation, etc., S. Arloing (Acad. des sc.), 681. — généralisée à la suite des opérations, rapport de Le Dentu sur diverses observations de M. Bruch (Soc. de chir.), discussion, 655 ; Richelot (Ibid.), 702. —, n'est pas provoquée par l'injection de substances finement pulverisées, Sternberg, anal. R. L., 763. — et traumatisme, L.-G. Richelot, 769. —, production expérimentale, Sternberg, anal. C. L. D., 988.
Tulasne, v. Nécrologie.
Tumeurs, v. Incision, Taille, Déviations.

U

Ulcère. Du traitement de l'— simple de l'estomac, A.-L. Pradet, anal. P. Le Gendre, 496.
Ulcères. —, v. Chancres. — syphilitiques, v. Microbes. — perforants du pied, traitement, Frèves, anal. C. L. D., 511. —, v. Naphthaline.
Urée. Injections intra-veineuses d'—, Quinquaud et Butte (Soc. de biol.), anal., 539.
Utérus. Extirpation totale de l'— en cas de cancer de cet organe, Trélat (Acad. de méd.), 140. — bicorne, v. Cloisonnement. —, v. Hysterectomie, Ovario-hysterectomie, Déviations, Chute.

V

Vaccination. Rapport sur les essais de — entrepris en Espagne par le docteur Ferran, Brouardel (Acad. de méd.), 54. — cholérique, expériences, Chantemesse et Rummo (Acad. de méd), 466. —, rapport officiel sur l'exercice de 1883 et sur les récompenses à accorder, Blot ; discussion (Acad. de méd.), 754. —, prix et médailles, 948. —, v. Choléra.
Vaginite. Glycéré contre la —, Chéron, 131.
Varicelle. Inoculation de la —, d'Heilly (Soc. méd. des hôp.), discussion, 706, 826, 908.
Varices, v. Arthrites.
Varicocèle. Cure radicale d'un —, procédé d'Horteloup, Gillette ; discussion (Soc. de chir.), 82.
Variole. Contribution à l'étude de la — hémorrhagique et son traitement par l'essence de térébenthine, J. Penna, anal. Ch. Eloy, 342. —, de sa transmission au début de la période d'éruption, Lancereaux (Acad. de méd.), 418. —, étude statistique, Ercole Galvagni, anal. C. L. D., 607. —, v. Eruption.
Végétations. Traitement des —, de Amicis, 802.
Veratrum viride. Du — dans l'éclampsie puerpérale, Henry Thayer, anal. L. Dn., 608.
Verbascum Thapsus, v. Tuberculose.
Verrues. Topiques contre les —, 767.
Version. De la — spontanée céphalique dans la présentation du siège, Verrier, anal. Stapfer, 414.
Vertige. Du — intestinal, Leube, anal. R. L., 797.
Vessie. —, rupture, Hamilton, anal. R. L., 440. —, v. Calculs, Tuberculose, Taille.
Viburnum prunifolium. Du — comme sédatif utérin, Wilson, anal. L. Dn., 775.
Virulence, v. Bubon.
Virus. Atténuation du — cholérique, Nicati et Rietsch (Acad. des sc.), 153.
Voies. — aériennes, v. Epithélium. —, digestives, origine névrosique de quelques perturbations, Weber, anal. C. L. D., 1051.
Vomiques. Traitement médical des —, Trastour, anal. C. L. D., 787.
Vomissements. Contribution à l'étude des — incoercibles de la grossesse, Charpentier, anal. Stapfer, 414. — fécaloïdes, v. Intoxication.
Voûte palatine. Perforation de la —, Féréol (Soc. méd. des hôp.), 93.
Voyages. Influence des — en mer sur les fonctions génitales de la femme, Irwin, anal. L. Dn., 919.

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